



Reducción de Daños por Tabaquismo: La Tercera Vía





Contexto

La estrategia del Control del Tabaco se ha centrado históricamente en dos frentes: la **prevención**, para impedir que aumente el número de personas que se inician en el consumo de tabaco y la **cesación**, para ayudar a aquellos que ya son fumadores a abandonar esta conducta. A pesar de ello, siguen muriendo más de 8 millones de personas anualmente a causa del tabaquismo, siendo la principal causa de muerte evitable en el mundo.

Se debe reflexionar sobre qué se puede mejorar en las políticas de control del tabaquismo atendiendo a las características sociales y económicas de cada país y a la realidad tecnológica del mundo en el que hoy vivimos.

La prevención y la cesación han sido los pilares fundamentales y deben ser reforzados. Ahora bien; una proporción mayoritaria de personas, a pesar de estos enfoques y tratamientos, siguen sin poder o querer dejar de fumar.

En los últimos años, distintos países del mundo, tales como Reino Unido, Francia, Nueva Zelanda, Suecia, Canadá, Islandia, Japón, Uruguay, Venezuela e incluso EEUU, muchos de ellos líderes en control del tabaquismo, han experimentado o aplicado abiertamente, estrategias afines o cambios relacionados a una tercera vía amparada por el artículo 1d del Convenio Marco Para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS): La **Reducción de Daños por Tabaquismo**.

El presente documento, que ha sido desarrollado por expertos médicos, científicos, especialistas en leyes y consumidores de nicotina latinoamericanos, se irá presentando secuencialmente por capítulos en los próximos tiempos y nace con vocación de convertirse en la mayor fuente de información y obra de consulta sobre la Reducción de Daños por Tabaquismo en todas sus facetas, de manera que cubra la importante carencia de información sobre esta temática expresada en lengua española.

Tratará de revisar y actualizar todo lo que se conoce científicamente sobre Reducción de Daños por Tabaquismo, así como su historia y sus implicaciones políticas, sociales, éticas y de salud pública, para proporcionar información basada en la evidencia que sea útil tanto para los profesionales de la salud y los usuarios, como para los desarrollos regulatorios de los distintos países, especialmente los Latinoamericanos, en el medio y largo plazo.

Nuestra conversación con el lector

Existe la necesidad de informar en español de todos y cada uno de los aspectos y consecuencias de la ciencia, la ética y la regulación de los productos de Reducción de Daños por Tabaquismo, aportando una nueva visión y utilidad, sobre cada uno de los temas que tocan estas estrategias, con el fin único y último de acabar con las enfermedades derivadas del tabaquismo. Los médicos ven cada día en sus consultas miles de personas que, tras intentarlo por todos los medios, no consiguen de ninguna manera dejar de fumar y muchos de ellos, desgraciadamente acaban muriendo por esta causa. Los fumadores sufren, lo que se describe como una auténtica tortura, el proceso de dejar de fumar, pero alcanzan una efectividad muy limitada. Los desarrolladores de políticas tratan de paliar los terribles efectos de la pandemia de tabaquismo a nivel mundial. La mayoría de ellos no conocen, o sólo conocen una versión, sobre las estrategias de Reducción de Daños por Tabaquismo.

Es notoria la falta de formación e información que existe en este campo en los países hispanohablantes. Nuestro interés es proporcionar formación útil dirigida, en primer lugar, a médicos y profesionales de la salud de todas las ramas, para aportarles luz sobre la realidad de estas herramientas, que les permita evaluarlas para ayudar a sus pacientes.

Es de vital interés aportar formación dirigida a los agentes reguladores e instituciones políticas y legislativas de todos los países de cara a obtener una visión completa sobre la importancia de implementar regulaciones finas y delicadas sobre los productos de Reducción de Daños por Tabaquismo. Los legisladores no deben quedarse sólo a las puertas dando por válido un único discurso. Es necesario profundizar seriamente en aquello que están regulando, más aún cuando se trata de la ética sobre la salud y las vidas de millones de personas en cada país.

Finalmente, este documento se dirige especialmente a dotar de información completa a las personas fumadoras, aquéllas que, tras intentar dejar de fumar de mil formas posibles, siguen sin conseguirlo o simplemente quienes declaran que *"no quieren dejar de fumar"*. Se podrán documentar ampliamente sobre lo importante que es que dejen de fumar, sin embargo, probablemente por primera vez, observarán que su conducta y condición de consumidores de nicotina no es motivo por el cual deban soportar estigma, exclusión, culpabilidad o discriminación.

La ciencia y la tecnología han abierto un nuevo paradigma que cambia el panorama del tabaquismo. Muchos, bien sea por desconocimiento de los productos de Reducción de Daños, o por el miedo motivado por la desinformación y los titulares sensacionalistas, no confían en estas alternativas. Aquí encontrarán contexto y detalle completo para tomar una decisión informada sobre el potencial que podrían tener sobre su salud y su vida. Esperamos que les sea útil y les ayude a elegir su propio camino para proteger activamente su salud.



Capítulo 1. Introducción

1.1 El tabaquismo en el mundo: Contexto actual

1.2 Respuesta de la OMS: El Convenio Marco para el Control del Tabaco

1.3 Reducción de Daños: Origen y concepto

1.4 Reducción de Daños aplicada al Tabaquismo

1.5 Resumen y Conclusiones

Bibliografía

1.1 El tabaquismo en el mundo: Contexto actual

Según la OMS, el tabaquismo es la mayor causa de muerte evitable y una de las mayores amenazas para la salud pública mundial, matando a más de 8 millones de personas al año, de las cuales más de 7 millones son consumidores directos y alrededor de 1,2 millones son no fumadores expuestos al humo ajeno. El tabaco mata a la mitad de las personas que lo consumen. Actualmente existen 1300 millones de fumadores en el mundo, de los cuales el 80% se encuentran en países de bajos y medios recursos, donde la carga de morbilidad asociada a este producto es más alta⁽¹⁾.

A su vez, el tabaquismo tiene un impacto sobre la pobreza porque los hogares gastan en tabaco un dinero que podrían dedicar a necesidades básicas como la alimentación y la vivienda. El consumo de tabaco tiene un costo económico enorme en el que se incluyen los elevados costos sanitarios de tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debida a su morbilidad⁽¹⁾.

1.2 Respuesta de la OMS: El Convenio Marco para el Control del Tabaco

Ante la magnitud del tabaquismo, en 2003, los Estados Miembros de la OMS adoptaron por unanimidad el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS). A este acuerdo, en vigor desde 2005, se han adherido 182 partes o países aglutinando más del 90% de la población mundial⁽¹⁾.

El CMCT es, según la OMS, un convenio histórico en la promoción de la salud pública que se basa en pruebas científicas, reafirma el derecho de las personas a gozar del nivel más alto posible de salud que puedan alcanzar, establece un marco jurídico para la cooperación sanitaria internacional y fija criterios rigurosos para su cumplimiento. Estos criterios, se van adoptando en las reuniones bianuales denominadas COP (Conference of Parties) y sus conclusiones son vinculantes para todas las Partes. Además, el fortalecimiento de la aplicación del tratado se ha incluido de forma específica en la Agenda 2020 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁽¹⁾.

En 2007, se adoptó el conjunto de medidas MPOWER, definido como una forma práctica y costo eficaz de intensificar la aplicación de las principales disposiciones en materia de reducción de la demanda de tabaco establecidas en el CMCT sobre el terreno. Cada una de las medidas MPOWER corresponde, por lo menos, a una disposición del Convenio Marco para el Control del Tabaco y son las siguientes⁽¹⁾:

(Monitor) Hacer seguimiento del consumo de tabaco y de las medidas de prevención

(Protect) Proteger a la población del consumo de tabaco

(Offer) Ofrecer ayuda para dejar de consumir tabaco

(Warn) Advertir de los peligros del tabaco

(Enforce) Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

(Raise) Aumentar los impuestos sobre el tabaco

Desde ese año, se hace un seguimiento de las políticas aplicadas bajo el enfoque MPOWER. En los informes que publica, se explican los progresos logrados para combatir el tabaquismo a nivel mundial, regional y nacional(2). Brasil y Turquía son los dos únicos países que han aplicado plenamente todas las medidas MPOWER al más alto nivel de ejecución(2).

Así vemos desde hace años cómo se han tomado medidas fundamentalmente restrictivas destinadas a la Prevención (evitar que más personas, especialmente los jóvenes, empiecen a fumar) y a la Cesación (que las personas que ya fuman dejen definitivamente de fumar). En general, las principales legislaciones se traducen por tanto en:

- Prohibición creciente de fumar cada vez en más espacios públicos. Segregación de los fumadores.
- Advertencias sanitarias gráficas, mensajes impactantes en espacios publicitarios y en los propios empaquetados de los productos de tabaco.
- Prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco. Tanto de formas directas, incluyendo en los propios productos, a través del empaquetado neutro, así como en medios de comunicación, espacios públicos, eventos, etc, como de formas indirectas prohibiendo la exposición en los propios puntos de venta, descuentos, promociones, aparición de “influencers” o personas famosas utilizando los productos en los medios de difusión masiva, cine, series de televisión, etc.
- Regulación de los puntos y canales de venta (lugares de venta física, prohibición de venta online, máquinas expendedoras, etc).
- Establecimiento de impuestos especiales a los productos del tabaco de manera que el aumento del costo del tabaco sea superior al crecimiento de los ingresos.
- La medida anterior se relaciona con una fuerte y necesaria inversión en el control del comercio ilícito de productos del tabaco.
- Potenciación de las ayudas para dejar de fumar en los sistemas sanitarios de los países. Principalmente a través de las Terapias de Sustitución de Nicotina OTC (sin receta) o medicamentos como la Vareniclina o el Bupropion, así como la creación de servicios médicos de ayuda para dejar de fumar, terapia conductual, líneas telefónicas de apoyo, etc.

Todas estas medidas se centran en luchar contra un único y oficialmente declarado enemigo del CMCT: La Industria Tabacalera.

Muchas de las estrategias del CMCT, especialmente las de prevención, han logrado reducir parcialmente las tasas de tabaquismo en varios países, sobre todo en aquellos de altos ingresos. Sin embargo, el principal problema que los fumadores habituales tienen, es que su índice de cesación es muy bajo. Se consiguen muy bajas tasas de abstinencia y las tasas de recaída son muy altas. Sólo el 5% de los fumadores que intentan dejar de fumar sin ayuda lo consiguen. Al intentarlo con las ayudas anteriormente expuestas el éxito es variable pero no suele sobrepasar el 30%. El éxito en la cesación a 6 meses en EEUU es del 7%(3), pero las tasas de recaída al año o incluso muchos años después son excesivas. La compulsión por fumar es muy difícil de controlar. Por ejemplo, en el caso de las mujeres canadienses que cesan durante el embarazo, la mitad recae al alta ya en periodo de lactancia y el 90% recae al año del alta(4).

A pesar de los esfuerzos del CMCT y la sanidad pública por conseguir que las personas dejen de fumar, la propia OMS reconoce que el tabaco matará a 1000 millones de personas durante este siglo(5). Una cifra inasumible que nos indica la urgencia de aplicar nuevos e innovadores enfoques en el control del tabaquismo.

1.3 Reducción de Daños: Origen y Concepto

La historia de los psicoactivos camina junto a la historia de la humanidad(6); la diferencia con la actualidad es que en un principio se utilizaban con fines rituales, consumiéndose esporádicamente. Con la llegada del capitalismo, la situación cambia de figura. El consumo de drogas se ha vuelto importante en el orden socioeconómico, perdiendo entonces sus características rituales. La droga pierde su carácter mágico y se vuelve un producto de consumo y generador en algunos casos de muchos problemas sociales, psicológicos y enfermedad.

Con los problemas derivados del consumo de drogas, aparecen las regulaciones, prohibiciones y, como respuesta, se desarrolla el contrabando de sustancias, iniciándose conflictos ya en el siglo XVIII con las “guerras del opio”.

Desde entonces, las drogas se han planteado como un verdadero problema de salud pública generando políticas para tratar de controlar sus consecuencias. En general, estas políticas históricamente han sido represivas, estableciendo un amplio catálogo de sustancias o bien prohibidas, persiguiendo su venta y/o consumo según el país (drogas tipo heroína, cocaína, etc), o bien permitidas, pero ampliamente fiscalizadas y reguladas (tabaco, alcohol, marihuana, etc). Este enfoque, en algunos casos, ha desembocado en la estigmatización y segregación del consumidor. Los programas de tratamiento están destinados casi exclusivamente a la abstinencia.

El origen del concepto de Reducción del Daño nace en Inglaterra en 1926 con la creación del Comité Rolleston. Este comité tenía como misión establecer las condiciones para una prescripción legítima de opiáceos por parte de los médicos a pacientes adictos, de manera que al menos consumieran de una manera controlada

y minimizada. Se creó un dispositivo de intervención llamado British System que creó la tradición en los médicos ingleses de trabajar con esta visión, adoptándose el modelo en distintas ciudades inglesas(7)(8).

Este enfoque reaparece a principios de los años 80 con la extensión del VIH por las prácticas de riesgo sexual y el uso compartido de material para drogas inyectables. Las drogas eran un problema, pero el VIH era un problema mucho mayor que había que controlar, luego decidieron encontrar una manera de trabajar con las conductas sexuales de la población y los usuarios de drogas inyectables, pasando inevitablemente por la desestigmatización de estos colectivos y conductas, por muy controvertida que fuera.

“Si estigmatizas a la gente no puedes conectar con ella”. “Los individuos deben tomar el control de los factores que afectan a su propia salud”. Profesor Gerry Stimson(9)(10).

La primera persona en acuñar el término Reducción de Daños fue el Doctor Russell Newcombe en la Revista Druglink en 1987(11):

“Es mi visión e incrementa cada día como visión de los que trabajan con usuarios de drogas y con jóvenes. Este es el momento de la reducción de daños”

La distribución entre los trabajadores sexuales y la población general de información veraz, preservativos y de agujas y jeringas estériles entre los usuarios de drogas inyectables, junto con otras estrategias de Reducción de Daños, evitaron la propagación del virus hasta el punto de que Reino Unido se estableció como uno de los países del mundo con menores tasas de contagio de VIH(12)(13).

Siguiendo este modelo, otros países comenzaron a aplicar de manera exitosa las mismas estrategias. Como ejemplo, los casos de Suiza, Portugal y España que desde los años 80 hasta mediados de los 2000 afrontaron los brotes de VIH relacionados con el consumo de drogas inyectables instituyendo tratamientos de bajo umbral con metadona, programas de intercambio de jeringas y salas de venopunción para el consumo supervisado en muchas localizaciones(14). En estos locales, equipos multiprofesionales (asistentes sociales, médicos, enfermeras) facilitaban que esas personas, que en cualquier caso se iban a inyectar heroína, lo hicieran en las mejores condiciones higiénicas y se evitaba así la propagación de enfermedades contagiosas. Estos países registraron reducciones drásticas en los contagios y se han mantenido en bajos niveles desde entonces.

Harm Reduction International(15), una Organización No Gubernamental especializada en reducir los impactos negativos en la salud por el uso de drogas y que tiene estatus de órgano especial del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, define la Reducción de Daños como “políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo reducir los daños asociados con el uso de drogas psicoactivas en personas que no pueden o no quieren parar de consumirlas. Se basa en el enfoque centrado en la prevención de los daños, más que en la prevención del uso de drogas en sí y se centra en las personas que continúan consumiendo drogas”(15).

Este concepto no entra a valorar o a emitir juicios morales sobre la persona que consume; la decisión de consumir droga simplemente se considera un hecho en una parte de la sociedad.

Pudiera considerarse la Reducción de Daños como una estrategia exclusiva o novedosa para la salud pública, pero la realidad nos indica que el enfoque de Reducción de Daños se ha venido aplicando históricamente en multitud de ámbitos de la sociedad y las políticas públicas, con el objetivo de mitigar los efectos adversos que generan ciertas actividades o conductas **que necesitamos, disfrutamos o de las que dependemos**. Podemos citar algunos ejemplos:

- Transporte y automoción: uso del cinturón de seguridad en automóviles y del casco en motos. Normativas de seguridad vial.
- Energía: sustitución de la producción eléctrica a base de carbón progresivamente por energías renovables y limpias, medios de transporte eléctricos. Normativas medioambientales.
- Alimentación: concienciación sobre los beneficios de una alimentación sana y buenas prácticas, proyectos educativos y regulaciones de calidad y seguridad alimentaria.
- Laboral: adecuada formación y equipamiento en profesiones que implican riesgos (por ejemplo, en la construcción). Normativas de prevención de riesgos laborales.
- Deportes de riesgo: Equipamientos de protección, cascos, protectores articulares, sujeciones, etc.

Es una obviedad que no es realista intentar prohibir o evitar que las personas decidan conducir, consumir energía, comer ciertos alimentos, practicar sexo o deportes arriesgados, entre muchos otros ejemplos. En su lugar, el estado, las autoridades y el mercado proveen de regulaciones en los sectores concretos, información útil y materiales, que ayuden a las personas a realizar estas prácticas con la mayor seguridad posible. Esta es la esencia de la Reducción del Daño.

En el caso de las políticas de salud pública para el consumo de sustancias, sean lícitas o ilícitas, debido al profundo daño sanitario y social que ha producido la extensión de algunas de ellas, el enfoque actual se centra en el único objetivo final de la abstinencia completa, apoyado en los dos ejes fundamentales de la prevención (regulaciones estrictas, prohibiciones, persecución de mercados ilícitos, etc) y la cesación (tratamientos de deshabitación, clínicas especializadas, campañas de información sobre las adicciones, etc).

Las estrategias de prevención y cesación se aplican con mayor o menor éxito a gran parte de la población, sin embargo, no se debe abandonar y se debe ayudar a los millones de personas para las que estas estrategias no han funcionado y se debe evitar su estigmatización.

Es en estos casos, cuando las personas que han intentado de todas las formas posibles dejar de consumir una sustancia y no lo logran, o simplemente no es su voluntad dejar de consumirla, que la salud pública puede adoptar un enfoque de Reducción de Daños, por ejemplo, con los programas de metadona para consumidores de heroína o con las terapias de sustitución de nicotina en los fumadores. La Prevención, la

Cesación y la Reducción de Daños no son enfoques excluyentes, sino complementarios, para llegar a abarcar y prestar servicio a la totalidad de la población.

La Reducción de Daños se basa en que, si bien lo deseable es que ninguna persona consuma absolutamente ninguna sustancia, el consumo de drogas y el desarrollo de otras conductas potencialmente dañinas en la sociedad es un hecho. Por tanto, la finalidad se centra en empoderar al usuario, proveyéndole de toda la información, estrategias y materiales posible para que tome decisiones informadas y adopte nuevas conductas que minimicen los daños a su salud y su estatus social, considerándolo protagonista responsable y centro de la estrategia. Esto remarca un fuerte contraste, al desarmar el estereotipo de estigmatización y segregación del consumidor.

Esta inversión de prioridades resultado de la Reducción de Daños, donde el objetivo primario de la abstinencia del consumo de drogas se sustituye por la prevención del daño a la salud física, junto con el daño psicológico, social y económico derivado de su consumo, es aplicable a todas las drogas psicoactivas lícitas e ilícitas. El modelo se centra en objetivos intermedios alternativos a la abstinencia obligatoria para las personas que, en cualquier circunstancia, van a continuar consumiendo. Propicia programas y estrategias más flexibles y adaptadas al contexto concreto y las necesidades del consumidor, valorando en profundidad la complejidad de cada caso.

Las sustancias son heterogéneas y presentan riesgos a corto, medio y largo plazo. Basado en este modelo se suelen aplicar distintas intervenciones⁽¹⁶⁾ como, por ejemplo:

- Cambios en la vía y modo de administración.
- Promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas.
- Disminución de dosis y frecuencia.
- Reducción del patrón de uso múltiple de sustancias.
- Dotar al usuario con información completa y evidencia contrastada sobre la sustancia o sustancias que consume, el modo de consumirlas, los riesgos y consecuencias de su consumo y las posibles alternativas para reducir su impacto.
- Control entre iguales. Apoyo y flujo de información en comunidades creadas por los propios consumidores.

La experiencia y el sentido común nos dice que al igual que una parte de la población siempre va a continuar realizando prácticas de riesgo sexual, consumiendo alimentos poco saludables, conduciendo vehículos o practicando deportes arriesgados, una parte de la población inevitablemente seguirá consumiendo drogas e, innegablemente, también otra continuará fumando. Es en estos sectores de la población donde se puede aplicar todo el potencial de la Reducción de Daños.

1.4 La Reducción de Daños aplicada al Tabaquismo

Para que la Reducción de Daños pueda tener un rol en las políticas de control del tabaquismo(18) es necesario recordar que ella no supone un fin en sí mismo, sino una estrategia que puede complementar las políticas de prevención y cesación para ayudar a un colectivo claramente definido y, con ello, contribuir a mejorar la salud pública.

En el mundo, el tabaco es una de las principales sustancias adictivas a las que se le niega a priori la reducción de daños. Existe para opiáceos (metadona, programas de intercambio de agujas, etc), el alcohol(17) (sociedades médicas tienen publicadas sus recomendaciones para el bebedor de riesgo que consume alcohol) y está reconocida en publicaciones internacionales para cannabis, estimulantes y alucinógenos.

El caso de la Reducción de Daños por Tabaquismo se dirige específicamente a aquellos fumadores que no pueden o no quieren dejar de fumar como colectivo definido. No hay evidencia alguna, ni dogma, que establezca que no se pueda usar este enfoque sobre actividades que son muy frecuentes en la población.

El uso del preservativo es un ejemplo claro de estrategia de reducción de daños aplicada a nivel poblacional. El uso de Terapias Sustitutivas de Nicotina para los fumadores lleva décadas establecido como enfoque de Reducción de Daños amparado por el artículo 1d del Convenio Marco para el Control del Tabaco. El uso de antibióticos, a pesar de ser nefrotóxicos y hepatotóxicos compensa el riesgo de enfermedad y muerte ante una infección descontrolada. Así, la Reducción de Daños se aplica en multitud de niveles en la estructura social sin siquiera meditarlo.

El tabaquismo, además, parece tener la peculiaridad de ser una patología idónea para idear, desarrollar y evaluar programas de reducción de daños. Se trata de un problema de salud que causa una alta morbimortalidad y en la que los tratamientos disponibles han demostrado una eficacia limitada. El marco legal evita la asociación con delincuencia, marginación social, etc, que aparecen con otras drogas ilegales y posibilita el desarrollo de programas oficiales de evaluación de su aplicación.

Debe destacarse como punto central, la evidente diferencia entre los daños asociados al hábito de fumar tabaco y los daños potenciales, mucho más limitados, del uso habitual de nicotina. La ciencia ha establecido sobradamente(20) que la nicotina no es la causa del cáncer ni de otras graves enfermedades relacionadas con el tabaquismo (EPOC e infarto de miocardio, entre otras). Estas enfermedades son causadas por la inhalación del humo resultante de la combustión de los cigarrillos (más de 7000 sustancias entre las que se incluyen alquitranes, multitud de tóxicos y monóxido de carbono). Debido a ello, Michael Russell, conocido como el padre de la Reducción de Daños por Tabaquismo y una de las figuras más influyentes en el control del tabaco en el siglo XX, acuñó en 1976 la frase “Los fumadores fuman por la nicotina, pero mueren por el humo”(19). Por tanto, la Reducción de Daños por Tabaquismo se centra en garantizar un suministro de nicotina al consumidor que no puede o no quiere dejar de fumar, de manera que la nicotina esté separada del humo de la combustión(21).

Las herramientas de reducción del daño por tabaquismo pueden minimizar el daño a la salud de estas personas al producirse el cambio de humo por una forma de consumo de nicotina más limpia y segura. Actualmente, la inmensa mayoría de los 1300 millones de personas que consumen nicotina en el mundo, lo hacen de la manera más tóxica posible; a través de la inhalación del humo del tabaco.

La aplicación de la Reducción de Daños por Tabaquismo, pasa necesariamente por la desestigmatización de los consumidores de nicotina. El abordaje basado en un modelo moral con el mensaje hegemónico y dogmático “*Déjalo o muere*” (“*Quit or die*”) no ha demostrado ser eficiente en las políticas de salud pública. Algunos médicos rechazan atender a fumadores inveterados que padecen patologías posiblemente muy relacionadas al tabaquismo, diciéndoles “*si no deja de fumar no lo atiende más*”. Esto que, a veces podría llegar a tener buen resultado de abstinencia, en general estigmatiza al paciente que necesita un tratamiento por ese profesional y que termina alejándose de toda terapia. El profesional “*se deshace de un paciente problema*” pero denigra su juramento de aliviar al enfermo que sufre y lo necesita. Al prohibir o regular en exceso una sustancia no siempre se disminuyen sus potenciales riesgos, sino que en muchos casos se multiplican y aparecen otros mayores (véase el comercio ilícito y las sustancias adulteradas).

La Reducción de Daños por Tabaquismo se apoya en los productos que administran nicotina con o sin tabaco, pero cuyo uso no implica combustión y, por tanto, no supone la inhalación de humo (cigarrillos electrónicos, tabaco y productos de uso oral, tabaco calentado y terapias de sustitución de nicotina). Se trata de productos diseñados para sustituir al cigarrillo u otros productos de combustión y que han demostrado una disminución muy significativa de la carga tóxica en el organismo del consumidor(18)(20). La investigación y desarrollo sobre estos productos tiene el potencial a futuro de conseguir dispositivos cada vez más eficientes en la cesación tabáquica y con mejor perfil toxicológico.

1.5 Resumen y Conclusiones

1- El tabaco combustible es la mayor causa de muerte evitable en el mundo matando a la mitad de sus consumidores; 8 millones de personas anualmente. Además, provoca multitud de daños asociados (psicosociales, económicos, etc). Hay 1300 millones de fumadores en el mundo y 1000 millones morirán por tabaquismo durante este siglo.

2- Desde 2003 el CMCT de la OMS a través de sus estrategias MPOWER basadas en la prevención y la cesación, ha tratado de reducir esta gran carga de morbimortalidad en el mundo.

3- Las estrategias de Reducción de Daños se aplican con amplio éxito por primera vez en Reino Unido en los años 80 debido a la extensión del VIH. Este enfoque pasaba inevitablemente por una desestigmatización de los usuarios de drogas y del comportamiento sexual de la población.

4- La Reducción de Daños consiste en políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo reducir los daños asociados con el uso de sustancias en personas que no pueden o no quieren parar de consumirlas. No entra a valorar o a emitir juicios morales sobre la persona que consume. La abstinencia, si bien es deseable, no se contempla como única opción.

5- Estas estrategias incluyen, cambios en la vía y modo de administración (ej. salas de venopunción controladas, parches de nicotina), promover el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas (ej. metadona, nicotina limpia), disminución controlada de dosis y frecuencia, reducción del patrón de uso múltiple de sustancias, empoderación del usuario para tomar decisiones informadas (proveyendo con evidencia contrastada, métodos y alternativas), control entre iguales (apoyo y flujo de información entre los propios usuarios).

6- La Reducción de Daños se aplica, sin meditarlo, a multitud de ámbitos de la sociedad y las políticas públicas, para mitigar los efectos adversos que generan ciertas actividades o conductas que necesitamos, disfrutamos o de las que dependemos (transportes, energía, alimentación, laboral, deportes, etc). No hay evidencia alguna, ni dogma, que establezca que no se pueda usar este enfoque sobre actividades que son muy frecuentes en la población. En su lugar, las autoridades y el mercado proveen de regulaciones, información y materiales, que ayuden a las personas a realizar estas prácticas con la mayor seguridad posible.

7- La nicotina no es la causa del cáncer ni de las otras graves enfermedades relacionadas con el tabaquismo, sino que son causadas por la inhalación de las más de 7000 sustancias del humo resultante de la combustión. "Los fumadores fuman por la nicotina, pero mueren por el humo".

8- La Reducción de Daños por Tabaquismo se basa en garantizar un suministro de nicotina a la población diana específica de fumadores que no pueden o no quieren dejar de fumar, de manera que la nicotina esté separada de las 7000 sustancias del humo provocado por la combustión. Se cambia el consumo de tabaco combustible por una forma de nicotina más limpia y segura.

9- En tabaquismo, el abordaje basado en un modelo moral con el mensaje hegemónico y dogmático “*Déjalo o muere*” (“*Quit or die*”) no ha demostrado ser eficiente en las políticas de salud pública, sin embargo, el tabaco combustible es una de las principales sustancias adictivas a las que se le niega a priori la Reducción de Daños.

10- La Prevención, la Cesación y la Reducción de Daños no son enfoques excluyentes, sino complementarios, para llegar a abarcar y prestar servicio a la totalidad de la población. El uso de estrategias de Reducción de Daños está amparado por el artículo 1d del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS; un ejemplo de ello son las terapias sustitutivas de nicotina. Las estrategias de prevención y cesación se aplican con mayor o menor éxito a gran parte de la población, sin embargo, no se debe abandonar a las personas que no lo consiguen.

11- El tabaquismo es una patología idónea para idear, desarrollar y evaluar programas de Reducción de Daños. El marco legal evita la asociación con delincuencia, marginación social, etc, que aparecen con otras drogas ilegales y posibilita el desarrollo de programas oficiales de evaluación de su aplicación.

12- La Reducción de Daños por Tabaquismo se apoya en los productos que administran nicotina con o sin tabaco, pero cuyo uso no implica combustión, no supone la inhalación de humo (cigarrillos electrónicos, tabaco y productos de uso oral, tabaco calentado y terapias de sustitución de nicotina) y que han demostrado una disminución muy significativa de la carga tóxica en el organismo del consumidor. La investigación y desarrollo sobre estos productos tiene el potencial a futuro de conseguir dispositivos cada vez más eficientes en la cesación tabáquica y con mejor perfil toxicológico.

Bibliografía

1. OMS 2019. Notas descriptivas; Tabaco.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

2. OMS 2019 Informe sobre la epidemia mundial de tabaco: Ofrecer ayuda para dejar el tabaco.

<https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/who-report-on-the-global-tobacco-epidemic-2019>

3. US Department of Health and Human Services 2020

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>

4. Greaves L, et al 2011 Expecting to quit: a best practices review of Smoking Cessation Interventions for Pregnant and Post partum Women and Girls. British Columbian Center for Woman Health Vancouver.

https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2011_Expecting-to-Quit-2nd-edition.pdf

5. OMS. Nota de Prensa Día Mundial sin tabaco 2011.

<https://www.who.int/tobacco/wntd/2011/announcement/es/>

6. Júnior, C. Drogas. Rio de Janeiro: Editora Codecri, 1983

7. Marlatt, G. (1998). Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Cádiz.

8. Trevor Bennett. The British Experience with Heroin Regulation. 1988.

<https://core.ac.uk/download/pdf/204288931.pdf>

9. Stimson GV. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. Soc Sci Med. 1995 Sep;41(5):699-716.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7502102/>

10. London Drug & Alcohol Policy Forum. Lectura pública del Profesor Gerry Stimson en su concesión de la Medalla de la Libertad de la Ciudad de Londres.

<https://www.youtube.com/watch?v=sCKXhOnO8aE>

11. Profesor Russell Newcombe. High Time for Harm Reduction. Druglink 1987.

<http://www.drugwise.org.uk/wp-content/uploads/High-time-for-harm-reduction.pdf>

12. Strathdee SA, Stockman JK. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. Curr HIV/AIDS Rep. 2010;7(2):99-106.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856849/>

13. PHE: Shooting Up: infections among people who inject drugs in the UK. GOV.UK.
<https://www.gov.uk/government/publications/shooting-up-infections-among-people-who-inject-drugs-in-the-uk#history>
14. Observatorio Español sobre Drogas. National report to the EMCDDA by the Reitox national focal point of Spain 2000. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas/ EMCDDA; 2000.
<https://www.redalyc.org/pdf/731/73140041009.pdf>
15. Harm Reduction International, What is harm reduction? A position statement.
<https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
16. Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. Gac Sanit. 2016 Nov;30 Suppl 1:99-105.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300838>
17. T. Robledo. Alcohol y reducción de daños: políticas institucionales. Trastornos Adictivos. 2002. Vol 4 (4): 233-243.
<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-alcohol-reduccion-danos-politicas-institucionales-13041850>
18. Libro Blanco de la Reducción de Daños por Tabaquismo. Plataforma médica española por la Reducción de Daños por Tabaquismo 2020.
<https://www.portlareducciondedanoportabaquismo.org/libro-blanco/>
19. M.A. Russell. Low-tar medium-nicotine cigarettes: A new approach to safer smoking. British Medical Journal, 1 (1976), pp. 1430-1433
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1640397/>
20. Royal College of Physicians. Nicotine without smoke. Tobacco Harm Reduction. 2016.
<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>
21. Karl Olov Fagerström, Kevin Bridgman, Tobacco harm reduction: The need for new products that can compete with cigarettes, Addictive Behaviors, Volume 39, Issue 3, 2014, Pages 507-511.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.002>

Si necesitas que te aclaremos dudas o buscas más información sobre la reducción de daños por tabaquismo ponte en contacto con nosotros:

Para información en general info@reldat.org

Para prensa prensa@reldat.org



Reducción de Daños por Tabaquismo: La Tercera Vía

www.RELDAT.org