FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

Estrategias de salud pública ante las nuevas políticas de la industria del tabaco-nicotina

Public health strategies to counteract the new activities of the tobacco-nicotine industry.

Autora: Clementina Martínez Llaria

Director: Prof. Dr. F. Javier Ayesta Ayesta

Santander, junio 2023

RESUMEN / ABSTRACT
1. INTRODUCCIÓN
2. CONTROL DEL TABACO: QUÉ ES Y PARA QUÉ HA SERVIDO
2.1. OBJETIVOS DEL CONTROL
2.2. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE TABACO
2.3. VISIÓN GENERAL DE LAS ESTRATEGIAS
3. CONTROL DEL TABACO EN EL SIGLO XXI
3.1. EL CONVENIO MARCO SOBRE EL CONTROL DEL TABACO (CMCT)
3.2. OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y PUNTOS CLAVE DEL CMCT
3.3. OBSTÁCULOS EN LA APLICACIÓN DEL CMCT
3.4. RELACION DEL CMCT CON LA INDUSTRIA DEL TABACO
3.4.1. ANTECEDENTES
3.4.2. EL ARTÍCULO 5.3 DEL CMCT
3.4.3. SITUACIÓN ACTUAL
4. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN TABACO
4.1. EL PROBLEMA AL QUE SE ENFRENTA LA INDUSTRIA
4.2. PLANTEAMIENTO DE "REDUCCIÓN DE DAÑOS"
4.3. ESTRATEGIAS PROPUESTAS
4.3.1. DESDE EL ÁMBITO SANITARIO
4.3.2. DESDE LA INDUSTRIA DEL TABACO
4.4. SITUACIÓN EN EL SIGLO XXI: LOS NUEVOS PRODUCTOS
4.5. EVOLUCIÓN-REACCIÓN DE LA IT EN EL SIGLO XXI
4.5.1. CONTROL DEL MERCADO CON LOS E-CIGS
4.5.2. DESARROLLO DE TABACO CALENTADO
4.5.3. CAMBIO DE LA PERSPECTIVA DE MÁRKETING
4.5.4. CONTINÚAN PROMOCIONANDO Y VENDIENDO CIGARRILLOS
5. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN TABACO: PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA
5.1. REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO ESTRATEGIA COMERCIAL
5.2. NECESIDAD DE ACTUACIÓN
5.3. IDEAS PREVIAS A TENER PRESENTES
5.4. REDUCIR EL DAÑO NO CONSISTE EN TRANQUILIZAR CONCIENCIAS
5.5. DISCERNIR SALUD PÚBLICA DE ESTRATEGIAS COMERCIALES
5.6. ANÁLISIS DE PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS
5.6.1. REINO UNIDO
5.6.2. INCOMPETENCIA Y PATERNALISMO
5.6.3. DE QUÉ PRDs DESCONFIAR
5.7. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE UN AUTÉNTICO PRD
6. CONVENIENCIA-NECESIDAD DE UNA REGULACIÓN NO DIFERENCIAL
6.1. IDEAS QUE PODRÍAN JUSTIFICAR REGULAR DIFERENCIADAMENTE
6.2. RAZONES QUE DESACONSEJAN UNA REGULACIÓN DIFERENCIAL
6.3. "LA DUDA ES SU PRODUCTO"
6.4. SCREAM TEST
6.5. CONTROL DE LOS NUEVOS PRODUCTOS
6.5.1. CÓMO SE PODRÍAN REGULAR LOS NUEVOS PRODUCTOS
6.5.2. OBJETIVOS
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

A diferencia de otras amenazas para la salud, como determinante comercial de salud que es, el consumo de tabaco y la adicción nicotínica es promovido a través de estilos de vida inducidos por intereses comerciales. Conociendo estas estrategias, a principios del siglo XXI la OMS elaboró el Convenio Marco sobre el Control del Tabaco (**CMCT**).

Abordar este problema requiere tener claro que el principal objetivo de la Industria tabaquera (IT) es la **normalización** de sus productos, algo a lo que contribuye una inadecuada percepción del riesgo promovida a través de su **negación** (sembrado dudas sobre la verdadera toxicidad de los productos y ganando tiempo para evitar ser regulados o serlo adecuadamente), y ofreciendo opciones supuesta o potencialmente menos tóxicas ("más seguras"), a la par que se apropia de conceptos de Salud Pública, como el de **"reducción de daños"**, que sufre una reconversión/reducción.

En la actualidad, la IT pretende promocionar −especialmente, entre la población infanto-juvenil− sus **nuevos productos**, desvinculándose de forma solo aparente de los cigarrillos de combustión que siguen siendo su principal fuente de negocio con la población adulta. Una parte importante de la normalización de estos nuevos productos −que contribuye al mantenimiento de la dependencia nicotínica y a la desincentivación de la cesación− trata de conseguirse mediante la ausencia de regulación específica o, al menos, mediante la creación de una **regulación diferencial**, que pudiera permitir vender como estrategia "terapéutica" aquello que, en realidad, solo es una mera estrategia comercial.

Es crucial, por tanto, regular estos nuevos productos evitando su normalización, independientemente del potencial uso terapéutico que pudieran acabar teniendo o no.

PALABRAS CLAVE: Tabaco, nicotina, nuevos productos, cigarrillos electrónicos, control del tabaco

ABSTRACT

Unlike other threats to health tobacco consumption and nicotine addiction are promoted through lifestyles which are induced by commercial interests (commercial determinants of health). Recognizing these strategies, the WHO developed the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) at the beginning of the 21st century.

Addressing this problem requires having in mind that the main objective of the Tobacco Industry (IT) is the **normalization** of its products, something to which an inadequate perception of risk promoted through its denial contributes. This can be obtained by sowing doubts about the true toxicity of the products, which allows the buying of time trying to avoid being regulated or to be properly regulated), and by offering supposedly or potentially less toxic ("safer") options, while appropriating some Public Health concepts, such as **"harm reduction**", which undergoes a semantic conversion/reduction.

Currently, the IT intends to promote –especially among the child and adolescent population– its **new products**, dissociating itself in an only apparent way from combustion cigarettes that continue to be its main source of business with the adult population. An important part of the normalization of these new products -which contributes to the maintenance of nicotine dependence and discourages cessation- tries to be achieved through the absence of any specific regulation or, at least, through the creation of a **differential regulation**, which could allow selling as a "therapeutic" strategy what is only a mere commercial strategy.

It is therefore crucial to regulate these new products, avoiding their normalization, regardless of the potential therapeutic use that they may or may not end up having.

KEY WORDS: Smoking, nicotine, new products, electronic cigarettes, tobacco control

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de las **sustancias adictivas más consumidas** se encuentra el tabaco, que posee una serie de características que explican su peligrosidad y la urgencia de su abordaje. Entre estas se encuentran su alta toxicidad y la adictividad de la nicotina; adicionalmente, el alto grado de aceptación social que aún posee en gran parte del mundo explica su alta prevalencia de consumo (>10% de la población mundial).

El consumo de tabaco es percibido como un problema, especialmente en los países con mayor desarrollo económico, siendo la causa aislada más importante de mortalidad y morbilidad prevenible. Considerar al consumo de tabaco como un **"factor de riesgo de enfermedad evitable"** implica que la aplicación de una serie de **medidas políticas** en diversos ámbitos conseguiría reducir significativamente su prevalencia y su impacto sobre la población.

Ante el **incremento de la percepción de riesgo** asociado al consumo de los productos de tabaco, que se ha ido desarrollando desde mediados del siglo XX, pero sobre todo en el **siglo XXI**, la **Industria tabáquica** (IT) siempre se ha visto obligada a ofrecer nuevos productos, en teoría menos tóxicos, con el fin de desincentivar la cesación tabáquica y mantener su fuente de ingresos. Así, en el pasado surgieron los cigarrillos con filtro, los cigarrillos light o bajos en nicotina y alquitrán y algunas otras formas. En el presente, se ha servido del boom de los cigarrillos electrónicos para hacerse con la mayoría del mercado y para desarrollar productos similares y de tabaco calentado.

En la **actualidad** estos nuevos productos son promocionados mediante tres estrategias complementarias:

1. Son útiles para quien quiere **seguir disfrutando de la nicotina**, pero con muchos menos riesgos.

2. Sirven como herramientas para **dejar de fumar**.

3. Pueden servir como **estrategia de reducción de daños** para aquellas personas que no se ven capaces de dejar de fumar.

Aparentemente, estas tres estrategias van dirigidas a una **población adulta** consumidora que ya es adicta a la nicotina. Pero el análisis de a quién se dirigen las campañas promocionales, en qué medios se realizan, cuáles son las prevalencias etarias poblacionales y de ciertas características (como los aditivos y saborizantes empleados) muestra que su objetivo fundamental es **ampliar su mercado de consumidores**, iniciando a los más jóvenes en la dependencia nicotínica.

Adicionalmente, aunque es factible que algunos de estos productos sean algo menos **tóxicos** que, en ningún caso son inocuos y comportan riesgos para la salud. La evidencia de su utilidad para la **cesación** es muy escasa y deficiente: ni siquiera hay evidencia moderada de que sirvan más que la intervención control.

Lo que la Industria presenta inicialmente como **"reducción de daños"** se desenmascara como una estrategia comercial para mantener estable el **mercado de consumidores**. Su beneficio rara vez será es clínicamente relevante, ya que la evidencia sobre la toxicidad de los nuevos productos sigue siendo muy limitada y enturbiada por los *resultados* ofrecidos por una no desdeñable parte de los autores, que presentan flagrantes conflictos de intereses.

El objetivo de todas las industrias que elaboran cualquier tipo de producto, material o cultural, es conseguir la **normalización** de estos productos, de las conductas de consumo de estos productos, para así comercializarlos y difundirlos con el mayor rendimiento económico.

2. CONTROL DEL TABACO: QUÉ ES Y PARA QUÉ HA SERVIDO

Denominamos control del tabaco (o del tabaquismo) al "conjunto de medidas, habitualmente legislativas, que pretenden alterar la normatividad del consumo del tabaco, disminuyéndola".

En **España**, debido a razones históricas, a las "estrategias de control" se las ha denominado "estrategias de prevención". **Prevención** es un término relativamente impreciso, que tiende a muy diversas estrategias o modalidades de intervención, incluso terapéuticas. Sin embargo, no hay que olvidarse de que muchas estrategias de control son preventivas y viceversa; en determinados ambientes preventivistas, a las estrategias de control se las denomina d*e prevención ambiental*.

El **consumo de tabaco** es percibido como un problema, especialmente en los países con mayor desarrollo económico, siendo la causa aislada más importante de mortalidad y morbilidad prevenible. Considerar al consumo de tabaco como un **"factor de riesgo de enfermedad evitable"** implica que la aplicación de una serie de medidas políticas en diversos ámbitos conseguiría reducir significativamente su prevalencia y su impacto sobre la población.

Un aspecto que tener en cuenta, respecto a este último punto, es que los **ámbitos de actuación de las herramientas de control** no se aplican, ni exclusiva ni fundamentalmente, en un entorno clínico/asistencial, sino más bien desde un plano legislativo, educativo, informativo,… dado que **el tabaquismo debe ser comprendido como un problema de salud pública.** Es decir, como una conducta -habitualmente con un fuerte componente adictivo- donde, tanto el adquirir o desprenderse del hábito tabáquico, se ve fuertemente influenciada por el **entorno de la persona**, que convive en una sociedad, y en la que influyen los múltiples engranajes sociales. Se parte de la base de que toda conducta humana es susceptible a cambio, mediante la modificación de las mismas o adquisición de otras nuevas, a través de diversas estrategias biológicas, psicológicas y/o sociales.

- Como **responsables de la salud** les ayudamos a cambiar la conducta tabáquica, teniendo en cuenta que, de la misma forma que un fumador ha sido objeto de varias estrategias de la industria tabacalera para iniciarse en el consumo, también puede ser susceptible de modificar estas conductas o adquirir otras que le permitan abandonar el hábito. La **desnormalización** se considera un **pilar fundamental en el**

abandono tabáquico por parte de una población. Cuando se disminuye la normatividad de algo, se consigue disminuir la prevalencia de su consumo: una mayor parte de la población se ve más inducida a no iniciarlo y otra mayor parte de la población se ve más inducida a dejarlo.

- La **Industria** ejerce su papel importante en el plano opuesto, intentando "normalizar" el tabaco como un producto de consumo conveniente y necesario - incluso imprescindible - para obtener un cierto disfrute de la vida, un determinado nivel social o para afrontar adecuadamente diversas circunstancias adversas. De esta forma, consigue dotar al tabaco de una posición de normalidad, haciendo que resalten sobremanera los aspectos positivos del consumo, sean estos reales o no. Aquí reside la importancia de las medidas de control: desnormalizan esta visión que se ha convertido en la clave del éxito de la Industria. Esta perspectiva desnormalización-normalización es la que deberíamos tener todas aquellas personas, profesionales sanitarios o no, interesadas en disminuir el impacto de este grave problema de Salud Pública.

2.1. OBJETIVOS DEL CONTROL

Como se ha señalado anteriormente, el tabaco es un **problema de Salud Pública** de carácter grave en donde se hace patente la necesidad urgente de reducir los niveles de consumo, consiguiendo de esta forma una reducción en su impacto sobre la mortalidad y morbilidad asociada al mismo.

Esta **disminución de la morbi-mortalidad** que ocasionan las medidas de control es posible gracias a dos efectos generales:

1) La citada **disminución de la prevalencia de consumo,** que se consigue mediante el incremento en las tasas anuales de cesación y mediante la reducción de las tasas anuales de inicio y el retraso de la edad media de inicio al consumo.
2) La **menor exposición** de la población al **humo ambiental** del tabaco (asociado o no a lo anterior).

Al modificar los factores ambientales de riesgo y protección asociados con el consumo de tabaco se está trabajando en los llamados **"objetivos intermedios",** mientras que conseguir el abandono tabáquico o la no iniciación al mismo se considerarían **"objetivos finales"**.

Aunque no es estrictamente necesario, en nuestra actuación clínica terapéutica o preventiva, si deseamos tener una real eficacia poblacional -y por ello, también individual- debemos comenzar por los intermedios e ir **avanzando** progresivamente hasta el objetivo final.

2.2. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE TABACO

El inicio y mantenimiento del tabaquismo se ha asociado estadísticamente a una serie de **factores protectores** (que reducen la posibilidad de inicio o mantenimiento del tabaquismo)

y de riesgo (que incrementen la posibilidad), que han contribuido a crear unos modelos de análisis e intervención y una disminución de la prevalencia del consumo.

- Los **FACTORES DE RIESGO** varían en función del **momento** del consumo tabáquico (inicio, mantenimiento o final del proceso) encontrándose factores influenciados por 3 grandes esferas contextuales: **social y económico** (precios del tabaco, accesibilidad del producto, regulación en lugares públicos…), **entorno cercano** en la infancia y adolescencia (consumo en entorno familiar, consumo en grupos de amigos…) y **contexto individual** (factores cognitivos y actitudinales o biológicos).

- Los **FACTORES DE PROTECCIÓN** más habituales están relacionados con la **regulación normativa** del mercado, el **grupo de iguales**, la **estructura familiar**, así como diversos **factores escolares e individuales.**

2.3. VISIÓN GENERAL DE LAS ESTRATEGIAS

Una estrategia de control o prevención del tabaquismo va a tener como **objetivo** modificar aquellos determinantes (ya sean ambientales, individuales o sociales) implicados en el consumo de tabaco, permitiendo así evitar el inicio del consumo y/o fomentar su abandono.

Pueden describirse **cuatro grupos de estrategias:**

A. CONTROL DE LA OFERTA. Gran parte de las medidas están enfocadas en ella, procurando conseguir la reducción de las oportunidades de consumo para así reducir el mismo. Podrían destacarse como ejemplos: incrementar los impuestos relacionados al tabaco, prohibir la venta o el consumo a menores de edad o regular directamente la venta, restringiendo los horarios por ejemplo, o restringiendo el consumo en vías púbicas o en centros educativos, deportivos o donde haya menores.

B. CONTROL SOBRE LA DEMANDA. Se trata de influir sobre la visión y percepción del tabaco que tiende a darse en la población, por haber sido comercialmente inducida. Entre estas medidas se encuentran, por ejemplo, restringir la promoción, publicidad o patrocinio del mismo, adjuntar mensajes sobre los riesgos para la salud que estén en forma de etiquetado, campañas de promoción de la cesación del hábito tabáquico y de estilos de vida más saludables, etc.

C. DESARROLLO DE COMPETENCIAS. Incluidas en los programas educativos, a modo de prevención, tratarían de que la población -especialmente, la infanto-juvenil- adoptara un espíritu crítico que le permitiera: desarrollar habilidades para resistir a la influencia consumista de tabaco, tomara decisiones de consumo más adecuadas y resolviera sin necesidad de sustancias químicas los diversos conflictos emocionales o las adversidades de otro tipo. El desarrollo de estas competencias requiere la posibilidad de acceso a una adecuada información, sobre la que adoptar posturas y decisiones.

D. APOYO PARA DEJAR DE FUMAR. Es evidente que, si se aplican medidas de control del tabaco, un mayor número de personas desearán abandonar el mismo; para que estos intentos sean más efectivos, deben aplicarse medidas de apoyo con evidencia científica contrastada,

tales como: asesoramiento profesional, prescripción de medicamentos útiles, programas de autoayuda o ayuda a través de las TIC, etc.

Es necesaria una **COORDINACIÓN de estas estrategias.** Es preferible adoptar una combinación de varias estrategias (**poder potenciador**), en vez de aplicarlas solo individualmente; así se consigue que su impacto positivo perdure en un plazo mayor de tiempo. La **integración** de varias estrategias implica a **varios elementos de la sociedad** (administración en sus diversos niveles y sociedad civil, mediante ONGs o sociedades científicas, por ejemplo) en su implementación y supervisión; también es relevante una cierta **coordinación** entre los sistemas de atención a la salud y los programas socio-educativos.

3. CONTROL DEL TABACO EN EL SIGLO XXI

3.1. EL CONVENIO MARCO SOBRE EL CONTROL DEL TABACO (CMCT)

Viendo la gravedad del problema del tabaquismo y siendo consciente de la evidencia científica existente sobre las diversas medidas de control del tabaco, la OMS decidió a finales del siglo XX elaborar un tratado universal al respecto. Así surgió el **Convenio Marco sobre el Control del Tabaco** (**CMCT** o **FCTC** por sus siglas en inglés), que fue aprobado durante la Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2003.

El CMCT es el primer Tratado Internacional **redactado bajo el auspicio de la OMS** y hasta ahora es el **único que se ha conseguido firmar**. Entró en vigor el 28 de febrero de 2005, tras la firma del número necesario de Partes (Países implicados), constituyendo el tratado **más rápido adoptado** por las Naciones Unidas.

Tal rapidez fue debida a una **creciente preocupación ante la globalización de la epidemia tabáquica**, cuya extensión y morbi-letalidad era altamente alarmante para las autoridades sanitarias. Se basa en la **premisa de las Naciones Unidas** por la cual todas las personas tienen el derecho de gozar de un nivel máximo de salud. En él se exponen las políticas de planificación, las intervenciones y los recursos, tanto políticos como sociales y financieros, para el **control del tabaco.**

Su **importancia** radica en que constituye una **forma de promoción de La Salud Pública**, en la que se incentiva la cooperación internacional y se transforma el abordaje de las sustancias adictivas y de otros problemas de salud pública, cuya característica fundamental es que están inducidos por determinantes comerciales de salud específicos. El **marco de intervención**, más que centrarse en quien consume, se dirige predominantemente a las diversas estrategias que condicionan las actitudes y conductas de los pacientes de estos consumidores de riesgo (que siguen siendo el objetivo último de toda intervención).

Constituye **un cambio de visión**, en el que se prioriza las actuaciones sobre determinados **determinantes comerciales**, ya que se considera que: 1) éstas son los principales agentes causales de estos problemas; y 2) se antepone el derecho a la salud de la ciudadanía a la de

determinados intereses económicos. Obviamente, desde el principio -y de manera sistemática y continuada- la industria tabacalera opone gran resistencia, la cual se irá explicando a lo largo del trabajo.

El CMCT ha sido firmado por 187 Partes y ha sido ratificado por 180, de forma que constituye **el Tratado más ampliamente aceptado en la historia de las Naciones Unidas**. Solo 9 países no lo han firmado aún: Indonesia (siendo el único país realmente importante), Malawi y Rep. Dominicana (en gran parte controlados por la industria del tabaco), Eritrea, Somalia y Sudán del Sur (países actualmente en guerra) y Andorra, Liechtenstein y Mónaco (países mequeños).

Se denominan **"Partes"** a los Estados Miembros firmantes, que son casi todos los países del mundo y, además, la Unión Europea en su conjunto. Los Estados Miembros firmantes tienen la obligación de aceptar y aprobar y no distorsionar lo contenido en el CMCT; deben participar unánimemente en el cumplimiento de las premisas, con el fin de que se cumpla el objetivo final: **control de la epidemia del tabaco y promoción de la salud.**

3.2. OBJETIVOS, ESTRUCTURA Y PUNTOS CLAVE DEL CMCT

El **objetivo principal** de la CMCT es "*proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco*" [art. 3]. Como se ha señalado en el apartado anterior, para reducir el consumo tabáquico se debe actuar sobre los dos elementos básicos de funcionamiento de todo mercado: la **oferta y la demanda.**

La **estructura del CMCT** consta de un **Preámbulo** (donde se resalta la importancia y la urgencia del problema a tratar, se explican razones de la creación del Tratado y se aclaran algunas otras cuestiones previas) y **38 artículos,** organizados **en 11 Partes**.

Entre las **puntualizaciones**, cuya interpretación ayudar a llevar a cabo una verdadera y fuerte lucha contra el tabaco, destacan :

A. El derecho a la vida y a la salud están por encima del derecho al comercio industrial. Durante la redacción del CMCT hubo ciertos problemas para plasmar una frase en la que quedara explícitamente reflejada la **antítesis** entre el derecho a la vida y la salud de la población, frente al derecho comercial de la industria. A pesar de ello, se consiguió reflejar en una frase que las Partes firmantes dan **prioridad a proteger la salud pública**, indirectamente haciendo alusión a la idea anterior.

B. El CMCT marca mínimos, no máximos. Como fruto del consenso múltiple que es, cuando se redactó el CMCT tuvo que tenerse en consideración la voluntad de todos los países miembros. A través de complejos tratos, se acabaron reflejando no solo aquellas medidas que eran comúnmente aceptadas. Por ello, el CMCT aporta una serie de pautas que son **"un mínimo" de medidas efectivas** en las que se logró el consenso entre los Estados Miembros, pero indudablemente hay muchas otras que, aunque no están explícitamente recogidas, también pueden ser adoptadas por cualquiera de los países miembros.

De esta manera, cada país puede desarrollar y llevar a cabo todas aquellas medidas de control de tabaco que considere convenientes u oportunas, estén explícitamente o no recogidas en el CMCT. Adicionalmente, debe tenerse en consideración que hay **cierta flexibilidad** en cómo cumplimentar el CMCT, de forma que las diversas pautas y directrices no deben entenderse como estándares cerrados que deben cumplirse a rajatabla.

Gran parte de los artículos poseen **Directrices** que permiten a las Partes guiarse en el cumplimiento de los mismos, actuando además como herramientas que ejercen una cierta presión sobre los Gobiernos. Aquí entra en juego la COP (**Conferencia de las Partes**), donde se van desarrollando estas directrices.

C. Principios básicos. En el CMCT se proponen una serie de principios básicos que buscan conseguir una **mayor efectividad.** Entre ellos destacan derecho a la información plena sobre la epidemia del tabaquismo, necesidad de implementar medidas directamente proporcionales a las características de la epidemia, compromiso político entre los países miembros, cooperación entre las naciones, el deber de implementar medidas nacionalmente e internacionalmente, inclusión de la responsabilidad de la industria tabaquera, ofrecer asistencia a los trabajadores del tabaco que puedan verse afectados por esta regulación del tabaco, considerar a la población civil como una piedra angular en el cumplimiento del CMCT, etc.

3.3. OBSTÁCULOS EN LA APLICACIÓN DEL CMCT

Hay que comprender que la CMCT es una "vía de tránsito" hacia un mundo sin tabaco, la cual busca erradicar la epidemia actual, que consiste en una serie de políticas, estrategias y medidas (aceptadas por los países miembros) a modo de pasos a seguir con ese objetivo: indicaciones en las que **llegar a los objetivos propuestos** depende fundamentalmente del uso que se haga de ellas.

La gran **responsabilidad** de llevarlo a cabo adecuadamente radica en los gobernantes, pero también la sociedad civil, a la hora de proponer, implementar y controlar a las diversas instancias gubernamentales o administrativas. Adicionalmente, el CMCT permite también una **cooperación** entre distintas naciones a la hora de controlar la epidemia tabáquica.

Pese a la buena gestión y argumentación de las bases que defiende la CMCT, a lo largo de estos 20 años han surgido **opiniones opuestas a sus principios** (sobre todo, por parte de la Industria del Tabaco o sus *adláteres*), que para que no se consigan los objetivos del CMCT, tratan de desestimar sus medidas. De esta forma han surgido críticas, cuyo principal objetivo es **sembrar la incertidumbre y la confusión,** con el fin de poder **evitar la aplicación de estas medidas, o al menos conseguir posponer su aplicación**.

Así, por ejemplo, se ha argumentado que:

> - *El CMCT deja de lado el derecho soberano de cada país de decidir su propio enfoque sobre el consumo del tabaco*. Falso: precisamente, el CMCT ha sido elaborado mediante una negociación de sus estados Miembros, habiendo decidido cada país si lo firmaba y/o si ratificaba; es decir, habiendo participado en este enfoque.

- *El CMCT genera una nueva y costosa burocracia para el control del tabaco*. Falso: es una herramienta que trata de ayudar a los países miembros en el control de la epidemia tabáquica. Se disminuye en costes porque aumenta el impacto a nivel individual de las políticas y se escoge a personas capacitadas para promover esta regulación del tabaco.

- *El CMCT viola los acuerdos comerciales*. Falso: como ya se ha señalado, el derecho a la vida supera con creces el derecho a cualquier actividad comercial. Los países miembros reconocen el CMCT y, por tanto, consideran la importancia que merece la salud pública. Ante lo perjudicial que es el tabaco, su comercio debe ser regulado. Incluso la OMC (Organización Mundial de Comercio, WTO) reconoce y señala que hay excepciones comerciales por razones sanitarias.

- *El CMCT elimina los cultivos de tabaco; consecuentemente, los cultivadores se quedarán sin empleo*. Falso: las medidas del CMCT son de impacto a largo plazo, es decir, se ven a medio-largo plazo, lo que permite la reconversión de los cultivos y/o de los empleos. Pese a que la prevalencia global disminuye, se prevé un **crecimiento en el número de personas fumadoras a corto plazo**, ya que está aumentando la población mundial. Además, existen estudios que proponen alternativas económicas más sostenibles para los trabajadores del tabaco. Pese a la negativa de algunos países, como Argentina, a ratificar del CMCT por miedo a que afecte a su economía (más probablemente por presiones comerciales espúreas), **más del 90% de países del mundo forman parte en el CMCT**, por lo que es cuestión de tiempo que esta posición no pueda mantenerse. Además, la ratificación por parte de grandes productores de tabaco (como Brasil, China o India) muestra que estos países entienden que la implementación del CMCT es una forma de favorecer su propio **desarrollo económico.**

3.4. RELACION DEL CMCT CON LA INDUSTRIA DEL TABACO (IT)

A pesar de las diversas iniciativas sanitarias o de salud pública que se han hecho desde que disponemos de evidencia concluyente acerca de la toxicidad del consumo de tabaco, si este sigue consumiéndose y difundiéndose, es debido a que hay una **presión por parte de las diversas multinacionales tabacaleras en su mantenimiento**. La adicción no es solo atribuible a la molécula de nicotina y a cómo son nuestros cerebros (que también), sino sobre todo a la presión de la IT.

En el CMCT se asume -Artículo 5.3- que cada Parte elaborará sus políticas de salud pública en relación con el control del tabaco manteniendo al margen todo interés comercial relacionado con la Industria del Tabaco. Esto se debe a que los esfuerzos por disminuir los efectos del consumo de tabaco y de la adicción nicotínica tienen que hacer frente, no solo a la adicción y las enfermedades derivadas, sino a una industria que, actuando sigilosamente y "por detrás", busca debilitar todo el esfuerzo y empeño que pretenden ejercer las Partes miembros del CMCT. Por ello, es muy importante **prestar atención, monitorizar y evaluar las actividades de la IT**. Siempre hay diversos intereses comerciales -explícitos o implícitos- que tratarán de retrasar y limitar la aplicación de estas medidas de control. Es por ello necesario estar siempre atentos ante cualquier actuación de la Industria del tabaco, que únicamente posee como

objetivo **desacreditar** todo aquello que sirva para **desnormalizar el consumo** de sus productos y, consecuentemente, disminuir la prevalencia de su consumo.

Siendo plenamente consciente de esta amenaza la actividad de control de esta epidemia, el CMCT elaboró unas **directrices para el Artículo 5.3**, que es el que aborda las relaciones de las Partes con la IT. Estas directrices son un conjunto de medidas que facilitan la vigilancia exhaustiva de la **buena praxis del control del tabaco** y destacan la necesidad de **mantenerse alerta** ante cualquier amenaza que pueda surgir contra sus propósitos. Son **objetivos** de estas medidas: concienciar sobre la adicción tabáquica, limitar las interacciones con la industria y asegurarse de su transparencia, evitar vínculos con la industria, evitar conflictos de interés en sus trabajadores, información transparente y precisa por parte de la industria, desnormalizar las actividades "socialmente responsables" de la industria y la no concesión de tratos preferenciales a la IT, tanto de propiedad estatal como cualquier otra.

La **monitorización de la eficacia de las medidas de control** promovidas es importante también porque estas medidas no siempre consiguen los resultados previstos, algo que puede deberse a diagnósticos erróneos, medidas inadecuadas o reacciones poblacionales inesperadas.

3.4.1. ANTECEDENTES

INFORME DEL COMITÉ DE EXPERTOS DE 2000. En el año 2000 se publicó un informe realizado por el *Comité de Expertos de la OMS sobre documentos de la industria del Tabaco* (WHO 2000) En él se hace pública la **oposición de la IT a las iniciativas de la OMS** y se **visibilizan** las actividades y estrategias reales de las mismas. Es la primera declaración inequívoca de que quienes eran responsables de salud no solo se enfrentaban a una molécula química inerte, sino fundamentalmente a Industria con múltiples recursos que hacía todo lo posible para evitar una cesación de la epidemia tabáquica. En los documentos, sacados a la luz por orden judicial, se muestra cómo la IT considera a la OMS como su principal amenaza y se desvelan los planes de boicot hacia las estrategias de control de tabaco.

Su ***modus operandi*** no consistía en rebatir cualquier afirmación de la OMS, sino en distraer la atención del público hacia cualquier aspecto en cuestiones de salud, reducir impuestos destinados a cuestiones científicas, incluso generar disputa entre la OMS y otros organismos. También pretendieron ganarse la confianza de los países en vías de desarrollo, afirmando que la lucha antitabaco de la OMS perseguía como objetivo acabar con el crecimiento y la fuente de economía de los países en desarrollo. En definitiva, su objetivo principal era **difamar y desprestigiar a la OMS** como institución recurriendo a desacreditar a su personal clave, contratar periodistas para difundir noticias difamatorias, impedir la adhesión de la OIT al programa antitabaco de la OMS, obstruir la financiación privada de la misma, etc.

Además de estos ejemplos de ataque directo también se desvelaron **diversas actuaciones indirectas**, que pretendían distorsionar la evidencia científica. Es el caso del CIIC (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer), creado por la OMS en 1988: cuando diseñó un estudio para tratar de establecer la relación entre la exposición al HAT y el Cáncer de Pulmón, Philip Morris destinó muchos millones de dólares a difamar a esta institución, atacar el estudio epidemiológico, procurar dificultarlo y retrasarlo, sobornar a los científicos que en él trabajaban, así como elaborar paralelamente otras investigaciones destinadas *a priori* a legar a conclusiones totalmente opuestas a los encontrados en el estudio.

El prólogo de este informe se afirma: "*que empresas tabacaleras se opongan a las propuestas de lucha antitabáquica no es una sorpresa para nadie. Lo que ahora no queda claro es la escala y la intensidad de sus estrategias y tácticas, a menudo engañosas*". Se hace manifiesto que, no es solo que la IT se oponga sistemáticamente a todos los esfuerzos de las instituciones sanitarias, sino que lo hace de una forma enmascarada: se evidencia que los documentos en contra de la OMS se cobijaban bajo organizaciones falsamente académicas, de política pública o financieras …cuyos reales orígenes no eran públicamente desvelados y contando con el apoyo de numerosos científicos a los que se les otorgaba beneficio económico por establecer vínculos y ayuda a la industria. Actuar de forma enmascarada permitía a la IT poder no ser acusada de estas políticas corruptas y dañinas para la población, mientras conseguían mantener su lucro a toda costa.

El Informe concluye sugiriendo que los diversos países miembros de la OMS deberían llevar a cabo ciertas indagaciones en cada país sobre esta posición de la industria en contra de los intereses de la OMS, además de resaltar la necesidad de vigilar y anteponerse a los posibles métodos que podrían ser empleados por la IT en el futuro.

LA DECLARACIÓN DE 2001 DE LA WHA. Fruto de este Informe de 2000, en mayo de 2001 la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA) hace entrever la gran preocupación por parte de la OMS ante los intentos de la IT por **boicotear el papel de los gobiernos y ella misma para controlar la epidemia tabáquica**. Se incide sobre la importancia de que la OMS (y los Estados) estén atentos a cualquier intento de la IT por oponerse al control tabáquico y asegurarse que hay una integridad ante las medidas elaboradas en sus asambleas. Además, se advierte de la importancia de tener en cuenta cierta posible filiación de la Industria a sus delegaciones, así como de la obligación de la OMS de informar a los Estados miembros de la actividad de la Industria.

La importancia de esta Declaración radica en que, por primera vez de manera universal, se **manifiesta públicamente** que la IT ejercía influencia negativa hacia los esfuerzos que estaban realizando las diversas personas e instituciones responsables de la salud de la población ejerciendo la CMCT y los estados miembros, explicitándose que los intereses de la IT chocan con los de aquellos que luchan por el bien de la salud pública y la erradicación del tabaco, por lo que debían de mantenérseles alejados de toda influencia en las acciones sanitarias.

Así mismo, es donde se decidió la orientación de las diversas políticas de control del tabaco y elaboración del CMCT.

3.4.2. EL ARTÍCULO 5.3 DEL CMCT

A través de la creación del CMCT, la OMS trata de luchar contra los intereses comerciales de la IT y sus estrategias de obstrucción directa e indirecta a la búsqueda de un objetivo final: **acabar con las consecuencias de la epidemia tabáquica**.

El artículo 5 del CMCT versa sobre las *Obligaciones generales*. El punto 5.3 señala: *A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.*

Para garantizar que el CMCT estuviera sujeto a **revisión y a una garantía de cumplimiento** se desarrollaron las Directrices del Artículo 5.3, que constan de cuatro partes: introducción, principios rectores, medidas específicas y conclusión.

En la **INTRODUCCIÓN** se hace alusión a una **iniciativa de transparencia** expresada en la Asamblea Mundial de la Salud: *"la industria tabacalera ha funcionado durante años con la intención manifiesta de socavar el papel de los gobiernos y de la OMS en la aplicación de las políticas de salud pública encaminadas a combatir la epidemia de tabaquismo"*. También se menciona el Preámbulo de la CMCT en el que las Partes confiesan **la necesidad de mantener vigilada a la Industria** en cualquiera de sus intentos por menospreciar el esfuerzo de la OMS por controlar el tabaco. Además, se destaca la necesidad de **proteger las políticas de salud Pública** del control del tabaco a la hora de ser aplicadas de los intereses fraudulentos de la Industria: protegerlas, no solo en cuanto a asegurarse de su aplicación, sino también de aquellas personas o entidades que influyen en su realización o regulación.

Los **PRINCIPIOS RECTORES** de las directrices son cuatro:

> *1. Existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de Salud pública.*
>
> *2. Al tratar con la industria tabacalera o quienes trabajan para promover sus intereses, las Partes deberían ser responsables y transparentes.*
>
> *3. Las Partes deberían exigir a la industria tabacalera y quienes trabajan para promover sus intereses que funcionen y actúen de manera responsable y transparente.*
>
> *4. Debido a que sus productos son letales para la salud, no se debería de conceder incentivos a la industria tabacalera para que establezcan o lleven a cabo sus negocios.*

A continuación, se sugieren diversas **MEDIDAS** con el objetivo de propiciar las políticas de Salud Pública y auxiliarlas de la amenaza de la IT. Se trata no solo que se lleven a cabo las 8 medidas expuestas, sino que se explicita que *"nada de lo que ellas disponen se impedirá a una Parte imponer requisitos más estrictos que sean compatibles con estas recomendaciones"*. Entre estas medidas, cabe destacar:

- **Sensibilizar** sobre la adicción a la que predispone el consumo de tabaco y la influencia negativa que ejerce la IT ante el trabajo de su erradicación por parte de la Salud Pública.
- Establecer **normativas** que traten de reducir las interacciones de la Industria y, regular aquellas que se lleven a cabo.
- **Evitar** aquellas **vinculaciones** que no sean imprescindibles con la Industria tabacalera.
- **Rehuir de conflictos de intereses** entre los funcionarios y empleados públicos.
- La información elaborada por la Industria debe ser **clara y precisa.**
- **Desnormalizar y controlar** aquellas **actividades** que la **IT** denomina como *responsables social e institucionalmente*, además de a otras.
- **No** ofrecer un **trato prioritario a la Industria**, aunque sea de propiedad del Estado.

En la **PARTE FINAL**, conclusiva, de las directrices, se aborda la necesidad de elaborar un **protocolo** con el fin de tratar de dar mayor protagonismo legal a las Directrices. Dos ideas fundamentales que destacan en esta última parte: 1) la importancia de mantenerse

actualizados, dado que la IT está en continua evolución y trata de "esquivar" el control del tabaco; 2) la importancia de detectar y manifestar aquellas prácticas corruptas hacia la Salud Pública.

3.4.3. SITUACIÓN ACTUAL

Ante el incremento de la percepción de riesgo ante los productos más tradicionales de tabaco, el objetivo prioritario actual de la IT es **ofrecer alternativas *más saludables*** y presentarse como **parte de la solución** y no del problema.

Distinguiendo entre el humo de los productos más clásicos y el vapor de los más recientes, dicen luchar por un mundo libre de tabaco **(*smoke-free world*)**, con el objetivo de una transformación comercial que les permita mantenerse a flote comercialmente, ya que las nuevas generaciones de los países más desarrollados económicamente les están abandonando.

Dado que en ningún caso han disminuido la producción de los productos clásicos y que no está claro si es relevante la potencial menor toxicidad de los nuevos, sigue existiendo un **conflicto opuesto entre el interés de la Industria del tabaco y la política de Salud Pública**. De hecho, su único interés es retrasar las medidas de control del tabaco, es decir, ganar tiempo con el objetivo de que **seguir lucrándose** mucho tiempo más.

4. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN TABACO

4.1. EL PROBLEMA AL QUE SE ENFRENTA LA INDUSTRIA

Una vez que resulta clara la morbimortalidad asociada al tabaco y cuando la OMS establece las políticas de control del mismo, se logra **disminuir paulatinamente la prevalencia de su consumo**, sobre todo en los países más desarrollados económicamente. Sin embargo, las prevalencias siguen siendo inaceptablemente altas.

Como toda empresa, la IT es una *unidad de organización dedicada a actividades industriales, mercantiles o de prestación de servicios con fines lucrativos.* Están en el negocio de ofrecer una sustancia adictiva, la nicotina, y sus fines son, por definición, lucrativos.

Interesados en la no-pérdida de beneficios, la TI se esfuerza como **estrategia clave** en que la población -actual o potencialmente- consumidora de sus productos **no adquiriera una adecuada percepción del riesgo** que supone su consumo. Para ello emplean consistentemente dos sub-estrategias claves: 1) **negación del daño** (en base a una **cosecha de dudas** sobre la verdadera toxicidad de los productos, de forma que el principal objetivo de muchas industrias es **"ganar tiempo"** basándose en generar duda sobre la verdadera evidencia de la toxicidad del tabaco, para **evitar ser reguladas**) y 2) ofrecer **opciones supuestamente más seguras**, que permiten continuar con el consumo, **manteniendo la dependencia nicotínica** y , por tanto, el negocio, además de **disuadir en el abandono tabáquico.**

La experiencia ha mostrado que se trataba fundamentalmente de **estrategias comerciales** destinadas a reducir la percepción de riesgo asociada al consumo, para así poder seguir promocionando y vendiendo sus productos. Su objetivo principal nunca han sido reducir el daño (aunque lo buscan, ya que no les compensa que sus consumidores regulares mueran prematuramente), sino **disminuir la percepción de riesgo**: 1) tanto en los consumidores habituales, lo que conlleva el retraso de -incluso la renuncia a- la cesación tabáquica; 2) como de quienes aún no se han iniciado, para así facilitar la iniciación al consumo.

Pese a la innegable toxicidad asociada al consumo de tabaco, que provoca el fallecimiento prematuro de al menos el 50% de quienes lo consumen de acuerdo con las instrucciones del fabricante (si no consiguen dejarlo), durante muchas décadas la IT mantuvo una **posición de negacionismo** respecto a la nocividad de sus productos. Históricamente, ante todo aumento en percepción de riesgo de la población respecto al consumo de los productos disponibles de tabaco, la IT ha trabajado en esforzarse por en difuminar o negar la evidencia y en aparentar que ahora ya ofrecía novedosos productos, que aparentemente eran menos perjudiciales.

En la actualidad cara a la captación de las nuevas generaciones para el consumo, la mayor percepción de riesgo (aunque aún no del todo adecuada) de los productos que ofrece la TI les obliga a **desmarcarse** aparentemente de los antiguos productos y a ofrecer "nuevos", que carecen de los inconvenientes de los antiguos. De ahí que surjan constantemente una infinidad de nuevos productos, todos ellos sin un mínimo control de seguridad de toxicidad a medio-largo plazo, ya que se asume que es casi imposible que sean más o tan tóxicos como los cigarrillos convencionales.

4.2. PLANTEAMIENTO DE "REDUCCIÓN DE DAÑOS"

"Reducción de daños y/o de riesgos" es una **estrategia terapéutica** desarrollada por Salud Pública que en la década de 1980 adquirió un gran protagonismo dada la adicción a drogas por vía parenteral que acabó difundiendo la epidemia de VIH/SIDA. Ante el grave riesgo de mortalidad por SIDA de los usuarios de drogas por vía parenteral (en aquella época era mortal) se consideró prioritario aumentar las posibilidades de supervivencia de estas personas, ya que solo se puede cambiar la conducta -tratar una adicción- en aquellas personas que aún están vivas. Como en muchos casos no se veía factible conseguir la abstinencia completa en poco tiempo, se decidió con buen criterio aconsejar y adiestrar a los adictos acerca de consumos similares en efectos recreacionales, pero que comportaban un mucho menor riesgo de contraer la infección del VIH, como insistirles en la importancia de no compartir jeringuillas, proporcionarles jeringuillas estériles, o que consumieran heroína marrón por vía inhalada. De este modo, gente que podría haber abandonado la heroína no la abandonó de momento, pero se consiguieron salvar muchas vidas de personas que más tarde consiguieron dejar su droga problema (o que no lo consiguieron).

No hay duda de que la mejor forma de **prevenir el daño** derivado **del consumo de tabaco** es **evitar el inicio del consumo y conseguir precozmente la cesación**. Prevenir el inicio del consumo apenas reduce el impacto sobre la morbimortalidad poblacional a corto plazo, ya que la toxicidad del tabaco es muy diferida: los resultados de una prevención eficaz serían visibles en unos 20-40 años. Para conseguir tener un impacto en la morbimortalidad a corto

plazo (en < 20 años) debería tratarse sistemáticamente a las personas fumadoras y aplicar políticas de control estrictas, ya que promueven la percepción de problema y, consecuentemente, la cesación. Dado que todas **las políticas sanitarias que contribuyen a disminuir la prevalencia de consumo de tabaco** de una población son **sistemáticamente combatidas por la IT**, los descensos en la prevalencia se han visto enlentecidos.

Esto ha llevado a algunos profesionales a considerar que quizá sería bueno emplear algún tipo de **"estrategia de reducción de daños"**, con el objetivo de reducir a corto plazo el número de muertes. El objetivo de la reducción de la mortalidad con este tipo de estrategias es razonable, dado que la mayoría quienes fuman no ven fácil dejar de hacerlo (aunque realmente quieren hacerlo). De esta forma se entiende que, si se dispusiera de **algunas alternativas con un significativo menor grado de toxicidad y que pudieran resultar atractivas** para quienes fuman, se conseguiría reducir el daño que el tabaco -los cigarrillos- comportan. Si existieran, estos productos o estrategias estarían **enfocadas** principalmente a aquellos **usuarios que se ven incapaces de dejar de fumar a corto plazo** y así se podría conseguir una **reducción de daños.**

Figura 1. *Todo paso hacia un menor riesgo es un paso en la dirección correcta (Fuente: https://www.pinterest.es/pin/132434045265582292/, 20/04/2023)*

La figura 1 propone que, en vez de "saltar" de un consumo en exceso hacia una abstinencia completa, existen **tramos intermedios** en donde se podría realizar un consumo más moderado y menos lesivo. Esto es algo muy lógico. Sin embargo, **en adicciones este esquema es un tanto engañoso**, ya que no tiene en cuenta dos aspectos fundamentales:

- Lo definitorio de un trastorno adictivo es la existencia un consumo por encima de lo deseado, la **existencia de una relativa incapacidad de controlar el consumo**; cuando la capacidad de control del consumo está disminuida no suele ser factible dar pasos paulatinos, grandes o pequeños, hacia la abstinencia.
- Adicionalmente, si bien fijarse algún objetivo intermedio puede ayudar a conseguir los objetivos finales, la evidencia muestra que **la existencia de múltiples objetivos intermedios tiende a dificultar su consecución.**

4.3. ESTRATEGIAS PROPUESTAS

En Salud Pública reciben el nombre de **PREPs** (*Potencially Reduced Exposure Products*; *productos que potencialmente reducen la exposición)* aquellos productos o estrategias cuya **toxicidad se postula menor que la conducta de riesgo**. Se utiliza el término "potencialmente"

porque la evidencia muestra que, en realidad, no reduce el daño todo lo que *a priori* podría reducir la exposición: no siempre se consigue reducir la exposición poblacional a tóxicos con productos o estrategias que, de hecho, sí reducen la exposición individual.

En el **ámbito del tabaquismo** las estrategias de reducción de daño fueron originalmente **propuestas por los profesionales sanitarios** con el objetivo de reducir las enfermedades asociadas al consumo de cigarrillos o como un paso intermedio para lograr la cesación. Sin embargo, paralelamente al aumento de la concienciación sobre el riesgo que fumar suponía para la salud, es la **IT** quien se encarga de ir generando nuevos productos o estrategias que son promocionadas como menos lesivas o "más saludables". De hecho, la IT ha empleado *Reducción de Daños* como estrategias comerciales para **no perder cuota de mercado,** a la par que se atribuye un papel significativo en esa "mejora" de la salud de la población.

4.3.1. DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

A lo largo del tiempo se han propuesto diversas estrategias con un mayor o menor fundamento científico. En ocasiones el objetivo prioritario era disminuir el daño sin más; la mayor parte de las veces, sin embargo, se contemplaban como **pasos intermedios** para acabar consiguiendo, si era factible, la cesación. Entre ellas cabe destacar:

· **Reducción en el número de cigarrillos**

Puede ser propuesta para avanzar en el proceso de abandono o como forma de disminuir el riesgo, en pacientes en los que la cesación completa tabáquica no se considera factible.

La **evidencia científica** muestra que **la toxicidad del tabaco es dosis-dependiente**, aunque no siempre de manera lineal. Sin embargo, de manera un tanto paradójica, la disminución del consumo del número de cigarrillos apenas va ligada a una disminución de la toxicidad. Esto se atribuye a diversos factores entre los que se encuentran: 1) el **tiempo de exposición** (años fumados) juega un papel más relevante -3 veces mayor- que la propia cantidad; 2) al disminuir el número tienden a desarrollarse inconscientemente **conductas compensatorias**, como inhalar más profundamente o consumir más completamente el cigarrillo). Por este motivo, fumar menos no conlleva disminución del daño (tampoco en las embarazadas), aunque sí que puede servir para tranquilizar la conciencia de quien fuma.

En cualquier caso, fumar menos puede ser un paso muy importante en algunas personas ya que les muestra que son capaces de obtener metas que consideraban inasequibles y facilitar así un incremento de su autoestima, de su autoeficacia (muy importante) y del deseo de conseguir otras metas que al principio también se veían como imposibles.

Una estrategia terapéutica derivada de ésta es la **reducción gradual de nicotina y alquitrán (RGINA)**. Es una estrategia paulatina de cesación, que se realiza a través de un cambio semanal en la marca de cigarrillos. Se emplea en determinados ambientes terapéuticos y está enfocada a la consecución de la abstinencia completa, pero no existe una evidencia concluyente sobre su utilidad.

· **Terapia sustitutiva de Nicotina (TSN)**

Se ha propuesto que se podría emplear como: paso previo al cese del consumo de tabaco, sustituto permanente del tabaco, un tratamiento paliativo de los síntomas de abstinencia en quienes se ven obligados a una aquellos usuarios que no pueden dejar de fumar (hospitalizaciones, viajes largos, espacios públicos sin humo,…) o como una estrategia para reducir el consumo de cigarrillos. La inutilidad de reducir el consumo de cigarrillos para disminuir el daño se ha descrito en el anterior epígrafe. Su uso terapéutico paliativo en ningún caso es origen de discusión, pero eso no se considera reducción de daño.

El uso de TSN como estrategia de reducción temporal en el consumo, podrían entenderse también como posible utilidad para conseguir reducciones a largo plazo e incluso la sustitución del mismo de forma definitiva. **No hay evidencia científica fiable** de que la TSN sirva para una **sustitución completa del tabaco**, aunque sí alguna de que podrían servir para disminuir el consumo como estrategia intermedia para conseguir -no muy posteriormente- la cesación.

No conviene olvidar que la utilización continua y permanente de productos potencialmente reductores de daños es una **gran fuente de ingresos** para quien promueve esos productos y que a estas personas les interesa *sesgar* la evidencia a favor de su producto: lo prioritario es que estos se utilicen, cuestión que beneficia a quien los fabrica, a quien los prescribe y a quien los vende.

4.3.2. DESDE LA INDUSTRIA DEL TABACO

Son productos que contienen nicotina y diversos otros componentes, que se ofrecen a los consumidores como avances científicos, como desarrollos dotados de mejoras técnicas que dan lugar a menos efectos nocivos y que, por ello, son más seguros (incluso, más saludables). Algunos ejemplos son:

· **Cigarrillos con filtro**

Su gran difusión comenzó en la década de los 50, que anteriormente minoritarios y exclusivamente femeninos. Aunque ofrecían más seguridad, el objetivo principal de su comercialización no consistía en mejorar la salud de los consumidores, sino en **desincentivar la idea de** la necesidad de conseguir la **cesación tabáquica**, dando que eran presentados como productos menos perjudiciales que los cigarrillos tradicionales.

Esta *modernización* surge a partir de los primeros estudios epidemiológicos que relacionan tabaco y cáncer de manera causal. El filtro tenía su razón de ser en que disminuía el riesgo de aspiración de *alquitrán* (todo el residuo sólido que queda del tabaco calentado tras eliminarse la nicotina y el agua) el cual estaría relacionado con muchos cánceres tabáquicos En los metanálisis se comprueba que el riesgo de cáncer de pulmón se reduce realmente, hasta la mitad incluso; pese a ello, el número de cánceres de pulmón siguió aumentando durante varias décadas. Esto se debió a que la **falsa idea de seguridad** asociada a estos filtros conllevó que mucha gente no abandonase el tabaco y mucha otra se iniciara a los nuevos consumos. Además, el **estudio Framingham** (estudio de cohortes de larga duración sobre el riesgo cardiovascular) comprobó que los cigarrillos con filtro aumentaban la mortalidad

coronaria, ya que eran incapaces de eliminar los gases procedentes del calentamiento y la combustión, además de las partículas más finas y peligrosas.

· **Cigarrillos light**, bajos en alquitrán y nicotina

Surgieron en los años 70. Aunque el cigarrillo era absolutamente igual, en el filtro había una línea más de agujeros, lo que permitía una mayor oxigenación de la inhalación (si quien fumaba no ponía sus dedos en el filtro). Estos "menores" contenidos aportaban la **falsa esperanza de unos menores riesgos** e incrementaban la percepción de "menor riesgo" asociado al consumo, que era la intencionalmente promovida por la industria del tabaco. Generó que muchas personas fumadoras, sobre todo mujeres, preocupadas por una potencial ganancia de peso post-cesación, pospusieran durante años -o indefinidamente- la decisión de dejar de fumar.

Sin embargo, esta mayor percepción de riesgo también contribuyó a que en bastantes casos el paso al tabaco light fuera un **paso previo a la cesación tabáquica**. Desde 2003, en la Unión Europea y en otros países está prohibida la utilización de los términos "mild", "light" o "suave", por ser considerados engañosos y sugerentes de menor toxicidad. Pese a ello se continúan comercializando bajo otras nomenclaturas o señales específicas (diseños, colores,…). Tampoco está permitido, por engañoso, que se haga constar los niveles de nicotina o alquitrán en el empaquetado. Cincuenta años después del inicio de su comercialización sigue sin haber evidencia de que estos productos sean menos tóxicos.

· **Cambio a puros y pipas**

Fumar tabaco en puros o pipas había sido minoritario a partir de principios del siglo XX. Estas dos formas de consumo de tabaco se asocian con una mucha **menor toxicidad general** que los cigarrillos, pero con una mayor toxicidad local. Esto se debe a la manera en que son fumados, que da lugar a nicotinemias menores y más diferidas, lo que ocasiona también que su consumo sea menos adictivo (que exista una mayor proporción de consumidores regulares que no presentan un trastorno adictivo).

Esta menor toxicidad y el hecho de que estos productos sean *más naturales* (que contengan menos aditivos que el tabaco de cigarrillos) animó al cambio a una serie de fumadores que rehusaban abandonar la nicotina. Quizá este movimiento tuvo bastante de espontáneo y no fue explícitamente promovido por la IT: no siempre las cosas son claras en este campo (de hecho, casi nunca lo son).

El problema que surge se debe a que, efectivamente, la toxicidad de puros y pipas es menor cuando se fuman como se fuman los puros y pipas (es decir, absorbiendo el humo por la mucosa orofaríngea y no inhalándolo), algo que es prácticamente imposible de conseguir para quienes ya se habían acostumbrado a fumar cigarrillos normales.

· **Tabaco sin humo (*smokeless tobacco*)**

Consiste en diferentes formulaciones de tabaco, por ejemplo, en pasta, polvo… que es **consumida en forma oral o nasal**, pero no en forma de combustión, es decir, "sin humo". En general, suponen menos riesgo a la salud que los cigarrillos. Su consumo está

bastante extendido en diversos países del mundo. En algunos países occidentales (como Suecia) se consume **"*snus*"**, que consiste en una bolsa de pasta de tabaco colocada en bajo el labio superior que se absorbe a través de la mucosa. Sigue produciendo cáncer, pero mucho menos que los productos más clásicos; podrían, por ello, ser empleados como una **posible estrategia para reducir realmente los riesgos**. También es en ocasiones empleado por la población como paso intermedio para la cesación. En otros países, como EEUU, el *snus* es más utilizado por la población juvenil como vía de inicio hacia el consumo de cigarrillos y contiene además mayores niveles de nitrosaminas y otras sustancias tóxicas.

No es claro hasta qué punto se consigue un abandono del consumo de cigarrillos, cuando en el *snus* solo se busca una ***alternativa recreativa* menos tóxica.** Es decir, pasar del consumo de cigarrillos al tabaco oral solo puede realizarse si existe un cierto **componente de renuncia** (de la misma manera que nadie se pasa por gusto de la heroína a la metadona), ya que en caso contrario difícilmente se podrá cambiar el patrón conductual adictivo de los cigarrillos.

· Cigarrillos modificados

Los cigarrillos de combustión pueden considerarse propiamente como sistemas de dispensación de nicotina en los que el excipiente ha resultado ser especialmente tóxico. Por ello, cuando en los últimos 40 años la IT se ha visto obligada a intentar reducir la nocividad de sus productos, la primera idea que venía a la mente era intentar aportar la nicotina liberándola del humo y también del tabaco. En 1988 se lanzó al mercado el cigarrillo *Premier*, que calentaba y vaporizaba el tabaco, buscando eliminar los efectos desfavorables del tabaco, tanto para el fumador activo, como para el pasivo. No tuvo mucho éxito, dado su sabor a carbón y un sistema de encendido un poco complejo, y fue retirado del mercado. En la última década del siglo pasado surgen bastantes otros relativamente similares -como *Eclipse,* Accord, etc.- que tampoco lograron una aceptable cuota de mercado y acabaron desapareciendo o siendo marginales. No había ninguna duda que estos productos -precursores de los actuales cigarrillos electrónicos o de los dispositivos de tabaco calentado- simplemente pretendían **desincentivar la cesación tabáquica**, ofreciendo productos aparentemente más seguros (que probablemente lo eran, al menos en parte).

Aunque la IT apenas habían usado el término "reducción de daños" hasta el siglo XXI (más en concreto hasta la llegada del *boom* occidental de los cigarrillos electrónicos en 2005-06), sí pretendía conseguir -o al menos decir que los ofrecía- **productos menos tóxicos**, pero fundamentalmente **como estrategia de marketing,** de **mantenimiento y crecimiento de un negocio** que les era **muy lucrativo**.

4.4. SITUACIÓN EN EL SIGLO XXI: LOS NUEVOS PRODUCTOS

Como se ha comentado previamente, en el campo del tabaco el siglo XXI con el descubrimiento de las verdaderas dimensiones del papel de la IT en la epidemia tabáquica y de la importancia de las medidas de control (2000-01), así como con la elaboración (2001-03) y

entrada en vigor (2005) del CMCT, entre 2003 y 2006 gran parte de los países occidentales implantaron **políticas de espacios sin humo** para poder proteger a la población de los efectos adversos del humo ambiental de tabaco. Esto contribuyó a un **incremento en la percepción de riesgo de la población y a una desnormalización del consumo de tabaco**, algo que afectó más al sector infanto-juvenil. Cayeron las ventas, en definitiva.

Los primeros **cigarrillos electrónicos** se patentaron en China en 2004 y se empezaron a comercializar en Occidente en el 2006, produciéndose una inesperada explosión inicial de su consumo en los países occidentales. El éxito de este producto que, probablemente, no era mucho más atractivo para las personas fumadoras que los cigarrillos modificados de la década previa, podía probablemente explicarse por la **coincidencia temporal** con lo señalado en los dos primeros párrafos de este epígrafe: **había aumentado la percepción de riesgo**, por lo que la población fumadora estaba especialmente sensible a ofertas de menor riesgo ("*más sanas*"), aunque conllevara cierta pérdida de calidad.

Las multinacionales tabaqueras, que habían invertido mucho en la creación de productos menos tóxicos sin especiales resultados y que tenían el monopolio del uso recreativo de la nicotina, se vieron sorprendidas por el éxito inicial de una serie de empresas pequeñas, artesanales, y que eran advenedizos en el campo de la nicotina.

El desbordante desplazamiento inicial de personas fumadoras (presumiblemente preocupadas por su salud) a los cigarrillos electrónicos **fue rápidamente atemperándose**, ya que la mayor parte de estas personas **no llegaban a encontrar el impacto satisfactorio** que les ofrecían los cigarrillos convencionales. De esta manera, a finales de la década, la mayor parte **había vuelto a los cigarrillos convencionales** (o realizaba un **consumo dual**), un pequeño porcentaje se había quedado en los cigarrillos electrónicos (muy probablemente, aquellos que más fácilmente hubieran podido dejarlo si lo hubieran querido) y otro pequeño porcentaje se **sirvió del aumento de la percepción de riesgo** y de la relativa insatisfacción que les producían los nuevos productos para abandonar todo tipo de consumo de tabaco y nicotina.

Para estas fechas, las diversas IT y los profesionales de la Sanidad tenían claro que la demanda hacia productos más seguros era cada vez más notable y que los cigarrillos electrónicos disponibles no lograban la misma experiencia sensorial que los cigarrillos originales.

Quince años después de su invención, existían en el mercado **varios miles de *nuevos productos*** absolutamente heterogéneos, cuyo **perfil de seguridad y potencial eficacia terapéutica** -caso que la tuvieran- era prácticamente **imposible de determinar** (Zakiyah et al. 2021).

4.5. EVOLUCIÓN-REACCIÓN DE LA INDUSTRIA DEL TABACO EN EL SIGLO XXI

Tanto la implantación de las diversas medidas de control como el desarrollo de los cigarrillos electrónicos ofrecían no muy buenas perspectivas para el negocio de la IT. Al enfrentarse a un nuevo escenario, la IT se vio obligada a intentar ofrecer **una imagen renovada** (algo que venía haciendo desde finales de los 90, tras la publicación de los papeles de la industria) en la que podía jugar una papel -y un papel importante, según ella- en la solución del problema generado.

El primer cambio significativo fue el **reconocimiento (parcial) de la toxicidad de los cigarrillos** que habían fabricado hasta entonces y que siguen fabricando. Ya en 2000 la IT había decidido reconocer que la nicotina es adictiva; lo hizo con el único objetivo de evitarse problemas *a posteriori*. Aunque la toxicidad de las diversas formas de consumo de tabaco y nicotina era algo innegable ya desde 1950-60, la Industria se negó a reconocerlo abiertamente hasta finales de la primera década de este siglo. Cuando, hace unos 15-20 años, aumentó la percepción poblacional de riesgo hasta un grado incompatible con lo que la IT consideraba mantener un mínimo de credibilidad, comenzaron a reconocer -no siempre de una manera pública- que el perfil de los cigarrillos habituales era mejorable y que, precisamente por eso, estaban diseñando nuevas estrategias menos dañinas.

Los primeros cigarrillos electrónicos no conseguían proporcionar la misma experiencia sensorial o gustativa que los cigarrillos tradicionales, por diversos motivos como que el mecanismo de calentamiento se activaba con la inhalación (con lo que los efectos eran más diferidos y algo menos intensos) o que esos primeros e-cigs carecían de aditivos que suavizaran los efectos de la nicotina o que le facilitaran estar en forma menos ionizada. De hecho, como se ha comentado en 4.4, la mayor parte de quienes solamente buscaban la mera sustitución de los efectos que producción los cigarrillos convencionales pronto volvieron a ellos.

Visto el aumento de la percepción de riesgo que había ocurrido en las sociedades más desarrolladas económicamente y tanto el gran éxito inicial de los e-cigs como su relativo fracaso parcial para recoger a la mayor parte de los consumidores, para 2013 la IT tenía ya claro que **su futuro a medio-largo plazo pasaba por una reconversión hacia los nuevos productos** (e-cigs u otros que ella pudiera elaborar); percibieron la absoluta **necesidad de desmarcarse** aparentemente **de sus viejos productos** cara a conseguir clientes en las jóvenes generaciones. En caso contrario, su futuro a partir de 2035-40 iba ser muy problemático. Por otra parte, eran plenamente conscientes de que sus beneficios entre 2010-40 dependían mayoritariamente de los cigarrillos de combustión, negocio al que bajo ningún concepto pueden renunciar. Desarrollan para ello una serie de estrategias, que se detallan a continuación.

4.5.1. CONTROL DEL MERCADO CON LOS E-CIGS

Una primera estrategia fue **hacerse con el mercado de los e-cigs**, que empezaba a amenazar su mercado tradicional. Había demanda entre la población fumadora de productos menos tóxicos, pero las múltiples pequeñas empresas llegadas al campo carecían de la ciencia necesaria para competir con la IT en el campo químico.

Dado que estos primeros e-cigs no acababan de proporcionar la experiencia gustativa de los tradicionales, la IT se vio capaz de invertir en **perfeccionar estos nuevos productos** y poder **continuar con su oferta de mercado**: serían capaces de aportar sus destrezas de ingeniería química: el efecto de la inhalación debía ser instantáneo y lo menos irritante posible, los diversos sabores los hacían más atractivos, el humo o vapor que expelían pasó a ser prácticamente invisible, etc.

Figura 2. Major players *en el mercado de los e-cigs y sus perspectivas de crecimiento (Fuente: https://www.mordorintelligence.com/industry-reports/global-e-cigarettes-market-industry, 20.04.2023)*

Esto supuso también una **reconversión en los propios ENDSs** (*Sistemas eléctrónicos de liberación de nicotina*, nombre genérico que engloba a los e-cigs). Su apariencia deja de ser la de los cigarrillos y adquieren formas similares a productos de diseño que en nada recuerdan a los primeros e-cigs. De esta manera se crea una **nueva forma de consumo**, que recibió el nombre de ***vaping***, bastante menos contaminado que el de *smoking*.

4.5.2. DESARROLLO DE TABACO CALENTADO

Como los e-cigs no eran del todo satisfactorios, Philip Morris Internacional y alguna otra compañía desarrollaron unos nuevos productos de tabaco calentado que, aunque heredan algunas características de los antiguos productos, presentan innovaciones que podrían responder mejor a las demandas del mercado.

Así se desarrollan los que acabaría conociéndose como **HTP** (*Heated Tobacco Products*, productos de tabaco calendo); es decir, productos que permitían que el consumidor fuese consciente de que lo que seguía consumiendo tabaco, pero -según ellos- con un menor riesgo.

En su afán de promocionar algo menos dañino para la salud, pretendieron denominar a estos nuevos productos con el nombre genérico ***Modified risk-tobacco products*** (*Productos de tabaco de riesgo modificado*), nomenclatura prohibida por la FDA, porque en el mejor de los casos lo que reducen es la exposición (son PREPs).

Los primeros países en donde se comercializan los HTP fueron Japón e Italia, que son en los que casualmente más había disminuido el consumo juvenil y menos problemas regulatorios se prestaban a dar. Casi 10 años después están extendidos en bastantes más países.

Las potenciales ventajas de los HTP frente a los e-cigs han quedado muy difuminadas con la introducción del "**Juul**", que es un cigarrillo electrónico, con unas características químicas

(tanto en la nicotina como en los sabores) y un diseño que han supuesto una revolución en el mundo de los nuevos productos. Si bien su uso en la UE está muy limitado por la concentración máxima de nicotina permitida (20 mg/ml), no ocurre lo mismo en otros países. Quienes veían favorablemente una regulación diferencial entre los HTP y los E-cig, son ahora mucho más escépticos al respecto.

Todos estos productos (ENDSs y HTPs) son promocionados como algo en lo que "no hay humo, sino vapor" y que "no se fuma, sino que se vapea". Dado que el término "vapor" suena relativamente inocuo, los profesionales de la salud prefieren usar el término más preciso de "aerosol", que implica que el *vapor* contiene partículas de las diversas substancias (así como metabolitos intermedios y finales) contenidas en los nuevos productos.

4.5.3. CAMBIO DE LA PERSPECTIVA DE MÁRKETING

Aunque la IT continúa vendiendo sus productos tradicionales, en los países económicamente más desarrollados se han centrado en desligarse del humo y de los cigarrillos y en dotar a sus nuevos productos de una imagen radicalmente distinta. Su idea fundamental es transmitir que "no tienen nada que ver con el humo, ni con el fumar". De hecho, se han adueñado prácticamente de las expresiones "sin humo" o "libre de humo"; en sus promociones refieren luchar "*for a smoke-free world*" y la página web s*mokefreeworld.org* es de PMI.

Su estrategia para promocionarse se centra en un **nuevo tipo de diseño** apartado de la idea de encender un cigarrillo, y más centrado en la informática y las tecnologías. Se venderían como productos más limpios, atractivos, modernos, etc. muy diferentes a la imagen cotidiana que toda persona asocia al cigarrillo. Incluso, dependiendo a quién se dirijan, se esfuerzan en destacar parte de la toxicidad de las viejas formas de consumo, para resaltar los muchos menores riesgo de los nuevos.

La forma de hacer marketing con estos nuevos productos se basa en buscar las **diferencias** respectos a las viejas formas de consumo. Precisamente por ello proponen la conveniencia de realizar una **regulación diferencial**, evitando así sobre ellas los efectos de las diversas políticas de control. Al haberse realizado un cambio de perspectiva de promoción de la industria del tabaco, también se requiere una actualización en las perspectivas de control.

El **cambio de las características de la epidemia de adicción nicotínica** que está ocasionando la IT requiere por nuestra parte una reevaluación y actualización de las políticas de control. Esto resalta la importancia de la M (Monitorización) del programa **MPOWER de la OMS.**

4.5.4. CONTINÚAN PROMOCIONANDO Y VENDIENDO CIGARRILLOS

A pesar del aparente cambio de estrategia de ruptura con el pasado, hay que destacar que únicamente el 5% de los fumadores consumen los nuevos productos de tabaco, mientras que el descenso de los tradicionales es un 3% anual. El **cambio a los nuevos enfoques** del tabaco **apenas se observa en aquellos países en vías de desarrollo**, donde el negocio de los cigarrillos tradicionales sigue aportando buenos réditos; incluso siguen apareciendo nuevas marcas de tabaco tradicional, como puede comprobarse en la figura 3.

Si la IT estuviera realmente preocupada por el daño que ocasiona sus productos clásicos y buscara reducirlos -como afirma en los países occidentales-, no seguiría **promocionando y**

vendiendo los viejos. Dado que son su principal fuente de ingresos actual, no lo hacen; lo cual probablemente implica que el cambio que imagen que intentan ofrecer es un simple postureo.

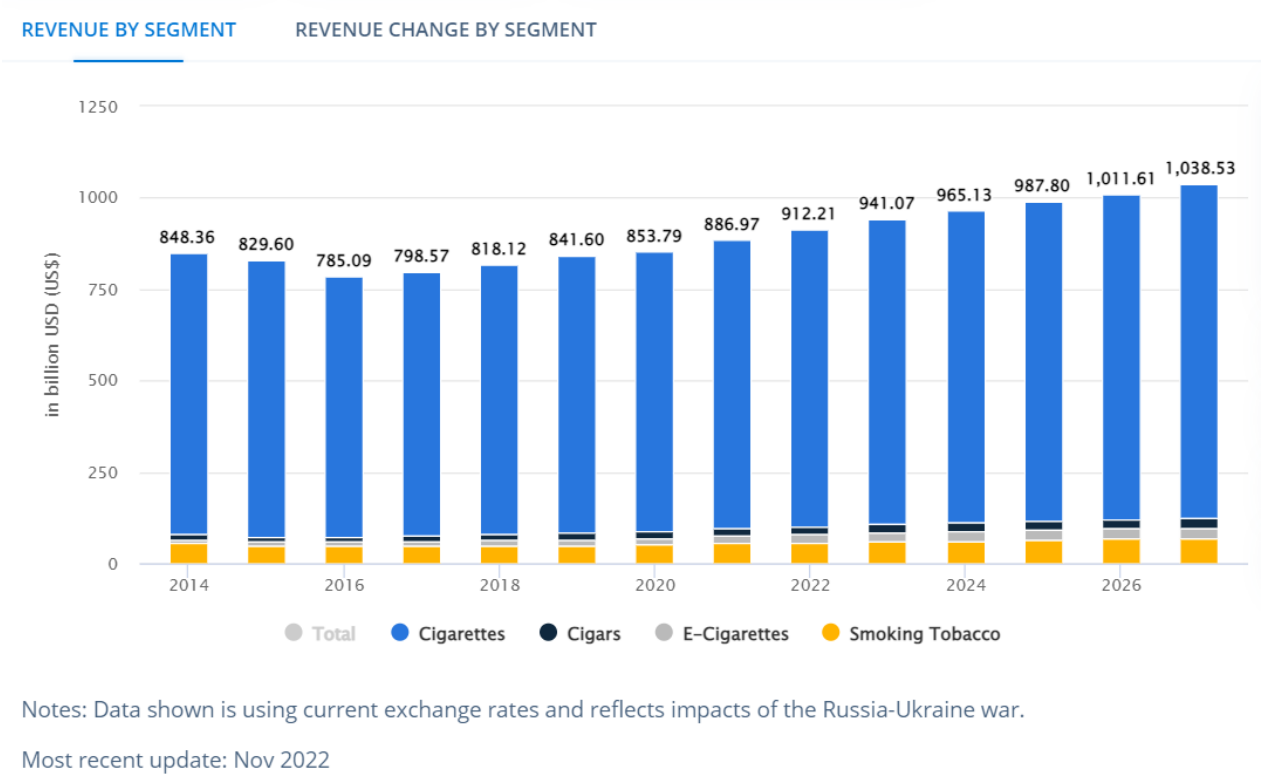

Figura 3. *Ingresos y expectativas de ingresos de las ITs según los segmentos en los que participan (https://www.statista.com/outlook/cmo/tobacco-products/worldwide#revenue, 20.04.2023)*

5. REDUCCIÓN DE DAÑOS EN TABACO: PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA

5.1. REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO ESTRATEGIA COMERCIAL

Un concepto -más bien, un término- que la **IT está intentando apropiarse** es el de **"reducción de daño"**, concepto originario de y utilizado en el ámbito de la Salud Pública.

Es bastante evidente que la mayor parte de los **ENDS** presumiblemente dan lugar a unas menores exposiciones de sustancias tóxicas identificadas. Esto podría traducirse en una menor toxicidad a nivel de la persona expuesta, aunque quizá no. Las cuestiones clave serían si potencial **menor toxicidad individual**: 1) es clínicamente relevante para las personas; y 2) se traduce en una menor toxicidad a nivel poblacional. Que los **HTP** den lugar a una menor exposición de sustancias tóxicas identificadas no es en absoluto claro. Y mucho menos la potencial reducción de daño que podría comportar.

El hecho de que **algunos** de estos nuevos heterogéneos productos puedan **ser potenciales reductores de la exposición** hace que todo este conjunto de productos sea promocionado

como estrategias de reducción de daño para quien no quiera o no pueda dejarlo. Adicionalmente, aunque la evidencia no es concluyente, se promocionan como productos que podrían ayudar a dejar de fumar, lo que -dicen- contribuiría a su eficacia como reductores del daño.

La propuesta de la IT es que la **difusión masiva e indiscriminada** de sus nuevos productos a la población fumadora daría lugar a una **significativa reducción de daños poblacional**, fruto del **abandono de los productos clásicos**. Para ello consideran que los nuevos productos deberían tener una regulación diferencial respecto a los viejos productos en todas aquellas **medidas eficaces para controlarlos** (publicidad, tasas impositivas, advertencias, espacios libres de consumo, etiquetado,…).

Su estrategia podría resumirse en *cuanto más se difundan los nuevos productos, peor irán las cosas a los viejos* (que casualmente también son míos), que puede reformularse en *si te opones a la difusión masiva de los nuevos productos, estás siendo responsable del daño que sigan ocasionado los viejos.*

Es claro que la IT utiliza lo que considera "reducción de daños" como **estrategia comercial para impedir que sus nuevos productos sean regulados similarmente.** Esta interpretación se aleja enormemente del concepto de "Reducción de daños" defendido por la Salud Pública; eso sí, ciertas pinceladas han sido calcadas del mismo, a modo de **apropiación conceptual**, con el único objetivo de distorsionar el verdadero significado.

Esta estrategia de la IT, intentando apropiarse de las políticas de reducción de daños, sesgando la información disponible y pretendiendo enfocarlas exclusivamente a un nivel individual, sin tener presente perspectiva poblacional alguna, responde a un interés claro: **normalizar el consumo nicotínico a través de los nuevos productos**. El objetivo prioritario de la industria es que un mayor número de personas -especialmente de la población juvenil- se inicien y consigan mantenerse en el consumo, pero esta finalidad no puede ser manifiesta, para lo cual lo que hacen es desvirtuar el concepto sanitario de "reducción de daños", más vendible, ofreciéndose como parte de la solución más que del problema.

5.2. NECESIDAD DE ACTUACIÓN

Hoy en día la epidemia tabáquica es responsable de cerca de 8 millones de muertes anuales. Como cualquier otro **problema de salud pública,** este requiere una **intervención** fundamentalmente a nivel cívico, social, legislativo y educativo-sanitario, además de a nivel médico.

A lo largo de las últimas décadas los profesionales sanitarios y los gobernantes no han sido capacesde proteger adecuadamente a una gran parte de los conciudadanos, especialmente a quienes pertenecen a las capas más vulnerables de la sociedad.

Es evidente que reducir el daño es una misión de todo profesional sanitario, pero debe tenerse en cuenta que -aunque pueda parecer tautológico- **el objetivo de reducir el daño es reducir el daño**, es decir, no simplemente por aplicar determinadas estrategias que se autodenominan "reductoras de daño" se va a conseguir reducir el daño. No se trata solamente de hacer algo y mucho menos de hacer como que se hace algo: se trata de poner en marcha estrategias

y tácticas que realmente protejan y ayuden a la población general y, especialmente, a quienes ya tienen problemas.

A nivel poblacional -es decir del conjunto de todas las personas individuales- **nunca podrá haber una real reducción poblacional de daños si no se disminuye la prevalencia poblacional de consumo.**

La mayor parte de los profesionales sanitarios no ponen en duda que algunos nuevos productos podrían ser útiles en algunos casos para promover un cambio de conducta que llevara -si no a corto, sí a medio plazo- a abandonar todo consumo de riesgo inaceptable para su propia escala de valores. Sin embargo, es muy dudoso -en realidad no es dudoso en absoluto- que la difusión a nivel universal de diversas prácticas acabe reduciendo el riesgo para quienes las llevan a cabo. La evidencia tiende a mostrar que, entre quienes las aplican con buena intención -bien para la cesación o para cambiar a consumos menos tóxicos-, la mayoría acaba o bien **retenida en estas estrategias** de discutible menor riesgo real o bien haciendo un **retroceso al consumo de viejos productos**, combinados o no con los nuevos.

Todo esto asumiendo que la difusión poblacional indiscriminada -propuesta por la IT- de ***sus*** estrategias de *reducción de daño* careciera de efecto en la iniciación en la adicción nicotínica de la población infanto-juvenil, lo cual es mucho asumir, ya que es su objetivo prioritario

Por todo esto, los profesionales sanitarios debemos ser consciente que todo PRD debe realizarse en unas **determinadas circunstancias y con unas características muy definidas** y **controladas** a la hora de aplicarse. Se trata de reducir el daño en la población, no de hacer de tontos útiles.

5.3. IDEAS PREVIAS A TENER PRESENTES

ELIMINAR EL CONSUMO ES LA MEJOR MANERA DE REDUCIR EL DAÑO OCASIONADO POR EL CONSUMO. Todo tipo de estrategia que acabe resultando en una **disminución de la cesación** y/o en una **mayor iniciación** a productos claramente tóxicos (aunque lo sean algo menos) no puede ser denominada propiamente como reductora de daño, aunque es posible que reduzca el daño en algún caso concreto.

NO CONVIENE RECHAZAR A PRIORI CUALQUIER ALTERNATIVA SIMPLEMENTE PORQUE VENGA DE LA IT. Los intereses de la IT son meridianos para cualquier persona que trabaje en el campo del control del tabaco. Sin embargo, la IT es quien más saldría ganando si sus productos no fueran tóxicos. No es lógico descartar una idea o actuación solo por el hecho de que sea coincidente con las inclinaciones de la industria. Puede ser adecuado tener en mente que la heroína marrón fue un invento de los narcotraficantes en respuesta a la epidemia de VIH/SIDA, que estaba diezmando a sus *clientes*: fue ella la que posibilitó la transición de la vía intravenosa a la inhalatoria por parte de las personas heroinómanas. No obstante, **intentar de carecer de prejuicios apriorísticos no nos exime de aplicar el sentido crítico** frente a las actuaciones de la IT.

QUIEN NO CONOCE SU HISTORIA, ESTÁ CONDENADO A REPETIRLA. Conviene ser cauteloso ante todas los PREPs promovidos por la IT y no dejarse encandilar por campañas publicitarias

(en ocasiones, dirigidas solo a profesionales sanitarios) o por resultados científicos diseñados para justificar estrategias comerciales. No es esta la primera vez que la IT ofrecer productos *mucho más seguros* (menos lesivos) promocionar nuevos productos o falsas promesas que publiciten. Haber sido engañados varias veces nos ha permitido extraer varias conclusiones, que podrían resumirse en:

· FUMAR MENOS APENAS DISMINUYE EL RIESGO: aunque el daño del tabaco es dosis-dependiente (más tóxico cuanto más se fuma), como se ha comentado previamente, la reducción del consumo apenas da lugar a la reducción del daño. Esto se debe a que, en general, se tiende a compensar la reducción con inhalaciones más profundas y/o más frecuentes y, sobre todo, a que la toxicidad del tabaco es fundamentalmente tiempo-dependiente: fumar poco durante mucho tiempo es unas tres veces más tóxico que fumar poco durante mucho tiempo, aunque la cantidad consumida haya sido la misma. Por eso, **todo lo encaminado a desincentivar la cesación apenas resuelve los problemas.**

· UNA DISMINUCIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL NO IMPLICA NECESARIAMENTE UNA DISMINUCIÓN DEL RIESGO A NIVEL POBLACIONAL. Previamente se ha comentado que en el pasado la IT ha utilizado sus *nuevos* productos para tranquilizar a quienes corrían riesgos e inducirles a no abandonar el consumo, sino **a cambiar a los nuevos productos más seguros** (que son los que ahora llamamos -incluso la IT *viejos productos más tóxicos*). Así, el filtro reduce aproximadamente a la mitad el riesgo de que una persona fumadora desarrolle cáncer de pulmón; sin embargo, la introducción de los filtros no impidió que el cáncer de pulmón atribuible al tabaco disminuyera: es más, aumentó notablemente, ya que una mayor parte de la población cambió o se inició en los nuevos productos (cigarrillos con filtro). Sucedió exactamente lo mismo con los cigarrillos con un menor contenido de nicotina y alquitrán.

· LA IT SE ENCUENTRA DETRÁS DE MUCHAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS. La publicación de los documentos internos de la Industria a partir de finales del siglo pasado ya evidenció que la IT promovía un discurso sobre la reducción del daño asociada a un tabaco sin humo y que su interés fundamental era asegurar un mercado y evitar mayores perjuicios en su industria de tabaco tradicional. Cara a mantenerse en el mercado, sus objetivos primarios son: 1) retrasar o evitar la desnormalización de sus viejos productos; 2) poner todos los medios para conseguir la normalización del consumo de sus nuevos productos.

¡OJO A LOS AGOREROS QUE CONTINUAMENTE SEÑALAN QUE ESTAMOS FALLANDO! Es evidente que se podrían haber obtenido más y mejores resultados a la hora de frenar la epidemia tabáquica. Sin embargo, **quienes ponen un excesivo énfasis en los actuales fallos de las regulaciones** que se están aplicando, lo **que habitualmente buscan es que estas dejen de aplicarse.** Pueden hacerse cosas nuevas, pero sin eliminar las que la evidencia científica muestra que claramente funcionan (y que la IT desearía que desaparecieran). Proteger de las tácticas predatorias de la IT a las personas más vulnerables de nuestra sociedad implica también ser conscientes de quienes tienen interés en que la tarea de la Salud Pública sea lo menos eficaz posible.

EL CONCEPTO DE DESNORMALIZACIÓN ES EL ABSOLUTAMENTE CLAVE. Determinadas personas**,** incluso profesionales sanitarios, que consideran que **normalizar/desnormalizar** simplemente son conceptos que tratan de aportar unas soluciones al todo el tema del tabaquismo, sin ser plenamente conscientes de su importancia: estas personas son las que **carecen de espíritu crítico para enfrentarse a los PRDs** al servicio de la IT. **Normalizar/des-normalizar** es el concepto clave en el control de la epidemia tabáquica, así como a la hora de enfrentarse a los diversos determinantes comerciales de la salud: la IT no tiene ninguna duda al respecto; tampoco los profesionales del control del tabaco. Como se comentará posteriormente, todo intento de reducción de daños en tabaquismo -o en otras drogas- deber ir asociado al concepto de **desnormalización**.

5.4. REDUCIR EL DAÑO NO CONSISTE EN TRANQUILIZAR CONCIENCIAS

A la hora de aplicar un programa de reducción de daños, el objetivo no debe ser buscar la tranquilidad de conciencia -*algo hemos hecho*- ni de la persona fumadora ni del profesional que intenta ayudarle. **Se trata de reducir el daño, no de quedarnos tranquilos**. Si las estrategias de reducción de riesgo se centran en reducirlo una ínfima parte o de forma irrelevante, esto implica que se impide el progreso hacia medidas realmente efectivas de reducción de riesgo.

Obviamente, lo peor para la IT es que sus clientes cesen en su consumo de derivados nicotínicos más o menos elaboradores. **Todo antes que la cesación**: por eso, pretenden tranquilizar a aquellos de sus clientes que están más preocupados por los posibles riesgos. Para la IT es una cuestión de **mera supervivencia económica** conseguir mantener sus clientes, para lo cual no les queda más alternativa que **ofrecer productos *más saludables*** (lo sean realmente o no). **Promocionando productos *de menor riesgo* consiguen mantener la tasa de adicción nicotínica,** intentando además **llegar a las nuevas generaciones**. Personas que podrían haber abandonado el consumo de nicotina y haber reducido grandemente sus riesgos, son **inducidas a mantener -o iniciarse en ella-** su consumo nicotínico, ya que ahora se les ofrece todas las ventajas sin casi ninguno de los riesgos.

Los PRDs no pueden ser distractores de la cesación tabáquica; si lo son, **no están** consiguiendo su principal teórico objetivo, que es **reducir el daño.**

5.5. DISCERNIR POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA DE ESTRATEGIAS COMERCIALES

En cualquier actividad mercantil, cara a **ampliar o mantener su cuota de mercado**, las diversas empresas utilizan aquellos recursos o estrategias que consideran convenientes. Promoción y publicidad apenas tienen que ver con información y sí con persuasión. Una parte de estos recursos son *misleading*, cuando no claramente engañosos (*deceiving*) o totalmente falsos.

5.5.1. BLANQUEO ECOLÓGICO O *GREENWASHING*

Se denomina *greenwashing* -o blanqueo ecológico- al hecho de generar una **estrategia comunicacional sostenible con el medio ambiente**, **sin realmente implicar acciones** concretas para

su **cuidado.** Fruto de diversos estudios sobre el calentamiento global y otros aspectos relacionados, en las últimas décadas se ha ido incrementando la conciencia ecológica dentro de la sociedad. Es por esto que la **sostenibilidad de las grandes empresas y organismos** se ha vuelto cada vez más primordial para los consumidores. Por esta razón, y con el fin de capturar este tipo de clientes, es que se creó el *greenwashing*. Con esto, las empresas pueden dar la impresión de ser «verdes», pero sin gastar los recursos que implica ser ecológico.

Existen **diversas formas** de generar *greenwashing*, principalmente apelando las imágenes o contenidos que nos acercan a lo natural:

1. Utilización de **términos confusos y no claros** para generar una impresión. Palabras como «natural» o «bio» y frases como «amigo del medio ambiente» en los productos no necesariamente indican que la empresa tenga acciones ecológicas, o que el producto sea sostenible. Las imágenes sugerentes de la naturaleza o en conexión con animales también buscan producir este tipo de sugestiones.

2. **Enfoque en el único producto o empresa que sí es sostenible**, para ocultar que el resto de las acciones de las empresas contaminan, de tal forma que esa única acción es inofensiva.

3. Uso de una serie de **«etiquetas ecológicas»** que no demuestran realmente las acciones del producto o de la empresa. Algunas de ellas son certificaciones de las mismas empresas, legislaciones locales con bajos estándares, e incluso algunas son simplemente falsas.

Grandes empresas y conglomerados internacionales han utilizado -y siguen utilizando- esta práctica para verse más «verdes» y ganar adeptos. Como se ha señalado, emplean las diversas técnicas que permiten a las empresas dar esta impresión ecológica sin serlo: conceptos ambiguos, imágenes vinculadas con la naturaleza, sellos «verdes» que no significan sustentabilidad, etc. para engañar al consumidor, desvirtuando así la lucha contra el cambio climático en aras de meros intereses comerciales.

5.5.2. DISFRAZAR COMO REDUCCIÓN DE DAÑOS LO QUE SOLO ES ESTRATEGIA COMERCIAL

Con los nuevos productos de tabaco y nicotina está ocurriendo un **blanqueo similar:** "*Mis productos ya no tienen nada que ver con el pasado* (enfocando solo a quien les reporta el 5% de sus beneficios): *ahora son más saludables* (utilizando criterios exclusivamente suyos)".

Cualquier observador imparcial del mercado y de la evidencia científica respecto a la toxicidad y potencial terapéutico de los nuevos productos, puede concluir que **su *aparente* interés en reducir los daños es fundamentalmente una estrategia comercial** para intentar conseguir su **supervivencia.**

Las políticas de reducción de daños deben ser **realizadas e impulsadas por la Salud Pública** y **autoridades sanitarias**, evitando la influencia de intereses comerciales que las acaben distorsionando. Dejar en manos de intereses comerciales a quién, cómo y cuándo deben aplicarse los PRDs implica algo así como poner a la zorra a cuidar del gallinero: indudablemente hay quien los necesita, pero si quien va a decidir tiene **claros conflictos de intereses** (llevándose

absolutamente nada en uno de los casos y un claro beneficio en el otro) es totalmente ***naïve*** pensar que es el bien de la persona que tiene el problema del consumo el que va a prevalecer.

Quien directamente se beneficia de la aplicación de una medida (y se ve perjudicado por la no aplicación de la misma) **no debe ser quien lo aplique**. Esto es algo muy lógico. Como se ha señalado previamente, si las IT hubieran renunciado a sus viejos productos y si no enfocaran la promoción de los nuevos fundamentalmente a la población infanto-juvenil, se podría empezar a considerarlas como "parte de la solución"; no habiéndolo hecho, siguen siendo "parte del problema".

5.6. ANÁLISIS DE PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Los **PRDs** son **instrumentos que la Salud Pública** tiene para abordar diferentes problemas asociados con las **sustancias adictivas.** Siendo herramientas de Salud Pública, su principal ámbito de decisión no es el nivel individual, aunque lógicamente se aplican a las personas concretas y en donde estas son atendidas.

A la hora de hablar de la reducción del daño, tanto del tabaco como de cualquier otro producto o conducta, es importante distinguir entre los **efectos individuales y poblacionales** de las diversas intervenciones, sean estas individuales o poblacionales. Indudablemente las intervenciones en el ámbito de la Salud Pública ejercen su efecto sobre la población diana y como tales influyen -positiva o negativamente- a nivel personal/individual.

Por el contrario, como se ha comentado previamente**, estrategias diseñadas para reducir el daño individual pueden disminuir la precepción colectiva de riesgo e incrementar el daño poblacional** (suma de los daños individuales). De manera similar, no siempre es conveniente extender a nivel poblacional estrategias que pueden ser convenientes a nivel individual. Por ejemplo: que a una persona que ha sufrido una mastectomía se le permita circular sin cinturón de seguridad en un vehículo de motor, no implica se le permita hacerlo a toda persona que refiera sentir molestias al ponerse el cinturón.

La **potencial utilidad de un PREP de tabaco** va a acabar **dependiendo de una serie de características del producto/situación** a la que se apliquen las mismas:

- La **toxicidad** propia del producto.
- Porcentaje de consumidores de productos otros de tabaco que acaban **pasándose a los nuevos productos.**
- Porcentaje de fumadores que, tras los nuevos productos, van a conseguir **abandonar el tabaco o nicotina.**
- Porcentaje de exfumadores que **retornan al consumo de los nuevos productos.**
- Porcentaje de personas jóvenes que **se incorporan** al consumo con estos productos novedosos, **sin previamente haber consumido**.

Además de valorar la influencia de cada PREPs sobre estos cinco aspectos (si realmente fuera posible), interesa determinar **hacia qué grupos poblacionales van fundamentalmente**

dirigidas las estrategias. Así, por ejemplo, la mayor parte de la población adolescente no tiene por qué saber especialmente de las características de las *narcosalas*.

La **utilidad en la reducción de daños** se basa en aspectos como: p**ercepciones, urgencia y prudencia.** De esta forma **no hay un acuerdo por parte de los profesionales sanitarios** (sí entre la Industria que promueve estos productos) sobre **cuándo y cómo se deben realizar** estas estrategias de salud pública para reducir los daños.

5.6.1. REINO UNIDO

Reino Unido es una excepción respecto al resto del mundo: son **partidarios de fomentar la aplicación de los nuevos productos** -como estrategias de PRDs- según la decisión de la persona consumidora. Lógicamente **solo** consideran potencialmente útiles los **ENDS y en ningún caso los HTPs.**

De esta forma, se insta a los sanitarios a **no desaconsejar** -si los recomendaran podrían acabar siendo responsables de la posible toxicidad- su uso **a las personas consumidoras de cigarrillos convencionales**. Por otra parte, cuidan de que **no se fomente el consumo en la población juvenil.**

La razón de su planteamiento se basa en **dos razones** principales: 1) allí se han aplicado más medidas de control ya desde hace décadas (entre las que destacan los altos precios, el empaquetado genérico y la atención gratuita en sus centros de cesación); 2) tienen un serio interés en reducir el gasto público, por lo que tienden disfrazar de nuevas estrategias lo que es un intento de recorte presupuestario.

Los **resultados obtenidos por el Reino Unido** no son fáciles de analizar: sus prevalencias siguen bajando (aunque a menor ritmo) y no ha aumentado la incorporación de las nuevas generaciones (aunque tampoco ha disminuido). Más difícil aún resulta discernir qué porcentaje de estos efectos poblacionales son atribuibles al mayor uso de los nuevos productos (que, de ser, serán pequeños, aunque no por eso insignificantes).

En países con un retraso en la aplicación de medidas de control y que presentan prevalencias de consumo más altas, como España, esta estrategia carecería de sentido (aunque solo sea por fallar la primera de las condiciones). De manera similar, puede concluirse que en los lugares donde la prevalencia de consumo es alta o en donde la misma no está descendiendo: no tiene sentido aplicar prioritariamente algún PRDs a nivel poblacional, aunque sí a nivel individual.

5.6.2. INCOMPETENCIA Y PATERNALISMO

Muy diversas causas pueden explicar **por qué una persona no ha sido capaz de dejar de fumar** de forma mantenida en sus intentos previos serios, caso que los haya habido, lo cual no debe darse por supuesto. Entre ellas se encuentran:

- **La ausencia de una voluntad real de cambio:** que la persona no vea el cambio de conducta que supone el abandono del consumo como algo deseable, sino más bien como una **pérdida**; en definitiva, que el **balance costes-beneficios** de la cesación no sea

favorable, algo que muy frecuentemente se debe a que no hemos sabido ayudar a la persona a encontrar suficientes razones de motivación.

- **El cambio de conducta no se vea como posible**, fruto de extrapolar consecuencias de alguna experiencia previa, por desconocimiento de lo que es un trastorno adictivo, por no poder desprenderse de la etiqueta de "caso perdido" que otras personas le han -quizá hemos- colocado o por otros motivos.

- No hayamos sabido ayudar a la persona a **identificar y afrontar los antecedentes de su conducta adictiva**: aquellos estímulos insospechados -o sospechados- que precipitan el deseo de consumo.

- No hayamos sabido ayudar a la persona a **identificar y sustituir adecuadamente los consecuentes de su consumo adictivo**, aquellas funcionalidades que este presenta.

- No hayamos tenido suficientemente en cuenta **la relativa carencia de habilidades de abordaje y manejo de situaciones**.

- No hayamos **sabido sacar a la superficie** aquellas ideas desadaptadas o irracionales que el paciente presenta.

- **Otras diversas causas**, como no haber tomado adecuadamente la medicación consensuadamente prescita o percepción de adquisición de control sobre el consumo adictivo, por ejemplo.

En definitiva, en una persona con una vida mínimamente normalizada, antes que emplear términos como "residuales", "irreductibles" o "casos perdidos", lo que debemos plantearnos es por qué no hemos sido capaces de ayudar a esa persona, en qué hemos fallado, en qué hemos sido profesionalmente incompetentes. Obviamente, en ocasiones, el problema reside en que la persona no tiene ningún interés en ser ayudada, en cambiar de conducta, pese a lo que externamente manifieste. Pero en muchas otras ocasiones el problema reside en nuestra incompetencia profesional.

No se trata de echar toda la responsabilidad sobre nuestras espaldas: es la persona fumadora la que tiene el problema y la que debe cambiar su conducta. Pero sí es claro que, **cuando una persona no consigue la abstinencia mantenida** -algo muy frecuentes en adicciones, que es la ciencia de las recaídas- parte de **la responsabilidad está en nuestras manos,** bien porque no se ha logrado transmitir una adecuada percepción de riesgo o bien porque no hemos sabido ayudarle a ver el cambio como algo posible (…aunque no siempre a la primera o a la segunda).

Cualquier personal sanitario que intenta ayudar a sus pacientes a abandonen el tabaquismo, si estos no lo consiguen en un determinado intento, debe plantearse cómo lo podría haber hecho mejor y qué debe cambiarse en un próximo intento. Que un tumor no responda a un primer o segundo tratamiento no implica necesariamente que esa persona deba pasar a cuidados paliativos.

Etiquetar prematuramente -y casi siempre es prematuramente- a un paciente de **"caso perdido"** suele ser señal de una **actitud paternalista** (que menosprecia su capacidad de cambio y les niega plantearse la realización de un nuevo esfuerzo terapéutico) o de una cierta

incompetencia profesional (incapaz de dar algo más que unos pocos consejos generales y prescribir una molécula farmacológica).

La evidencia científica muestra que, para cambiar su consumo, hay personas que apenas necesitan ayuda profesional y que hay otras que la necesitan ampliamente: **la eficacia en tabaco es tiempo-dependiente y hay personas que necesitan un trato diferencial y un esfuerzo extra**, pero a las que una compasión mal entendida apenas les ayuda con su problema. Una actitud de conmiseración puede ser una forma de eludir la obligación profesional de buscar las mejores alternativas terapéuticas posibles para nuestros pacientes.

5.6.3. DE QUÉ PRDs CONVIENE DESCONFIAR

Como se ha señalado previamente, la IT se ha **apropiado de algunos términos**, secuestrado, suele decirse, confiriéndoles unas matizaciones particulares conforme a sus intereses. Tienen interés en reducir el daño, pero obviamente este interés es muy secundario a su interés principal: su propio **beneficio económico**; es de lo que van los negocios.

La aplicación casi universal e indiscriminada de sus nuevos productos, tal como los propone la IT y sus adláteres choca con la percepción que la inmensa mayoría de los profesionales de la salud pública tienen al respecto. Por este motivo, todo aquello promocionado como "reducción de daños" debe de **estar sujeto a revisión y ser visto con cierta mirada crítica**, dado que puede que ya no solo no reduzca el daño, sino que es muy factible que lo aumente.

¿Cuándo se deben poner en duda ciertas actuaciones ofertadas como PRDs? Conviene sospechar de que estén, conscientemente o de manera inconsciente, al servicio de la IT, aquellas personas u ofertas de PRDs que presenten alguna de las siguientes características:

- **No distinguen entre los HTPs y los ENDS:** el tabaco calentado no ha mostrado menor toxicidad alguna; son los e-cigs los que se asocian con una potencial menor exposición. En principio, solo podrían hacerse PRDs con determinados ENDS, nunca con HTPs.

- No distinguen entre la potencial utilidad de los cigarrillos electrónicos para **conseguir la cesación tabáquica y la utilidad de reducir el daño:** que sirvan para uno de estos fines no implica que sirvan para el otro. Mezclar los fines implica no ser consciente de la metodología de cada caso.

- Se **minimizan los riesgos** derivados de un uso prolongado o del uso en el embarazo: no hay suficientes estudios que comprueben la inocuidad de estos productos en determinadas circunstancias.

- No son (o no quieren) ser conscientes de que el **concepto "desnormalizar"** es la **piedra angular** de cualquier estrategia encaminada a bordar los determinantes comerciales de salud, entre los que destaca el tabaco. En la importancia del concepto de *normalizar* y de *desnormalizar* coinciden plenamente quienes trabajan para el control del tabaco y la IT; no así los *adláteres* o fuerzas de choque de la IT.

- Se considera que las medidas de control ya **han agotado su potencia**l y que se requieren nuevas estrategias o tácticas; la realidad -la evidencia científica- muestra que gran parte de estas medidas apenas se han aplicado.

- Dificultades para c**omprender la potencial utilidad de los productos de TSN comercializados** para que sean aplicados en PRDs; su utilidad podría no ser grande, pero tampoco es despreciable.

- **Catalogación de *persona promovedora*** *del* ***consumo*** *de cigarrillos tradicionales* y ***responsable*** *de las muertes que ocasiona el tabaco* a quien se niega a aplicar *sus* PRDs o a quien se permite advertir de los potenciales riesgos de los nuevos consumos.

5.7. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE UN AUTÉNTICO PRD

Para poder decir que reduce el daño, un PRD tiene que **reducir el daño de una manera clínicamente relevante**. Esto es obvio, pero no siempre es aplicado. Siguen existiendo agentes que proponen el empleo de HTPs o su uso en embarazadas, por ejemplo.

Una segunda característica es que todo PRD es una **estrategia de Salud Pública**. Consecuentemente, debe ser **diseñada, aplicada y evaluada por profesionales sanitarios**. Es algo que no se puede dejar a la "mano invisible" del mercado, porque en nuestro campo -el de la adicción nicotínica- esa mano existe y no es precisamente invisible. Carece de sentido que entidades con exclusivos fines económicos y que, claramente puedan beneficiarse de un programa, intervengan en las diversas fases de su desarrollo. Así, por ejemplo, los profesionales sanitarios usan metadona con bastante libertad, pero no se permite su promoción a todo tipo de personas ni su dispensación en todo tipo de tiendas.

Y lo más importante, toda regulación o estrategia que se realice debe hacerse **en un marco desnormalizador**. Es decir, hágase lo que se haga, las medidas en ningún caso deben dar lugar a una al mantenimiento de la normalización -o a una renormalización- de los productos o conductas a extinguir, ni tampoco a una normalización de las productos o conductas nuevas, a poco lesivas que sean estas.

Ante **la desnormalización paulatina del consumo de sus viejos productos** (fruto de la aplicación del CMCT), los **objetivos de la IT** son dos: a corto plazo, intentar diferir esta desnormalización; a medio plazo, intentar conseguir la normalización de los nuevos productos. Para ello, emplean las diversas estrategias y tácticas que se han descrito previamente.

Quienes trabajan en control del tabaco -así como las cabezas pensantes de la IT (no así las lenguas ejecutantes)- tienen claro que **cualquier renormalización del consumo nicotínico diferiría notablemente la disminución de las tasas de prevalencias de consumo y morbimortalidad** atribuibles al consumo de tabaco y/o nicotina.

6. CONVENIENCIA-NECESIDAD DE UNA REGULACIÓN NO DIFERENCIAL

Precisamente por lo que se ha señalado en el párrafo previo, la IT lucha por **regulaciones lo más laxas posibles**. Propone que se dé a sus **productos *más saludables* o de *menor riesgo*** - es decir, **potencialmente menos tóxicos**- diversas ventajas operativas, como mínimo control de la promoción y publicidad, posibilidad de consumo en espacios públicos cerrados o mayor disponibilidad y accesibilidad los mismos.

No conviene perder de vista -como se ha remarcado insistentemente- que, quienes **difunden y promocionan** los nuevos productos nicotínicos son las mismas empresas y personas que quienes siguen **promocionando los antiguos**, aunque aparentemente, intenten desvincularse de ellos.

La premisa ***"ahora somos parte de la solución"*** con la que manifiestan identificarse podría tener **algo de razón:** no es descartable *a priori* que nuestros pacientes puedan beneficiarse en algunas situaciones clínicas determinadas de alguno de los nuevos productos (usamos alcohol en la intoxicación metílica, anfetaminas en la narcolepsia y morfina en el tratamiento de algunos dolores). Pero, cara al público ya consumidor o potencialmente consumidor, no se ofrecen como *parte de la solución*, sino como **"la solución"**, algo que es absolutamente **falso y engañoso.**

6.1. IDEAS QUE PODRÍAN JUSTIFICAR REGULAR DIFERENCIADAMENTE

Si los denominados nuevos productos fueran:

- Mínimamente tóxicos.
- No adictivos.
- Consumidos únicamente por quienes, tras varios intentos previos de cesación serios y adecuadamente orientados, se han visto incapaces de cesar en su consumo.
- Nunca empleados por la población menor de edad…

…es decir, si pudiéramos situarnos en este **escenario idílico**, podría entrar en consideración la existencia de una regulación relativamente laxa para ellos. No es el caso.

La única razón por la cual resulta razonable el empleo de los nuevos productos de tabaco y nicotina podría ser que facilitasen la **transición** de un producto muy tóxico (tabaco tradicional) a otros menos tóxicos. Se trataría de aplicar un mal menor cuando no es posible o conveniente aplicar algo más satisfactorio.

Es precisamente para *facilitar la transición* por lo que la IT propone que se dé a sus nuevos productos potencialmente menos tóxicos las **diversas ventajas normativas** señaladas previamente: posibilidad de promoción y publicidad, de consumo en espacios públicos cerrados, de que sean más baratos, de que sean más atractivos, etc.

Pero esto es bastante **engañoso.** Nunca nadie se ha pasado de la heroína a la metadona porque esta fuera tan satisfactoria como aquella. Los heroinómanos usan la metadona porque

son conscientes de que su consumo de heroína les da más perjuicios que beneficios, porque son conscientes de que "no tienen otra opción". Del mismo modo, el abandono de los viejos productos de tabaco -bien sea hacia la ausencia de toxicidad o hacia productos menos tóxicos- solo se produce cuando quien consume tiene percepción de tener un problema serio, cuando adquiere una **adecuada percepción de riesgo.**

Se trata, por tanto, de que quien consume tenga una adecuada percepción del problema que tiene. Para **poder desarrollarla** deben tener presente que:

- Quien es consciente de que tiene un problema serio, su objetivo principal suele ser **resolverlo**, no simplemente mitigarlo.
- Los cambios de conducta deseables han de ser ***facilitados*** a todas las personas, pero especialmente a quienes son relativamente **inconscientes** de su problema.
- Preocuparse por facilitar algún cambio, pero **no por proporcionar una adecuada percepción del riesgo** (antes y después del cambio), en absoluto ayuda al paciente (aunque pueda servir para tranquilizar nuestras y/o sus conciencias).

El CMCT de la OMS -así como **su programa MPOWER**- recalca la necesidad de generar percepción de riesgo ante los productos de tabaco, debido a que injustamente está muy baja. Si verdaderamente se es consciente del problema que se padece, se tratarán de **poner solución** al mismo, sin creer en caminos más sencillos o atajos. Las soluciones fáciles rara vez suelen ser las más adecuadas.

6.2. RAZONES QUE DESACONSEJAN UNA REGULACIÓN DIFERENCIAL

La razón fundamental es **evitar la normalización** del consumo de los nuevos productos y la **renormalización** de los antiguos productos. El objetivo de la IT al proponer una regulación más laxa para sus nuevos productos, ¿es realmente facilitar la transición desde los viejos o es conseguir su normalización? Nadie que trabaja en este campo -en un lado o en el otro- duda de cuál es la respuesta a esta pregunta.

Para conseguir la transición de aquellas personas con percepción de problema, ¿es necesario permitir a la IT **una promoción indiscriminada** de sus productos? De permitirse esto, ¿debería autorizarse su consumo **en lugares públicos** asumiendo que la gente sabrá diferenciarlos de los productos tradicionales? Cara a facilitar la transición, ¿deben omitirse las **advertencias sanitarias**, dado que lo más probable es que *solo* acaben matando al 10-20% de sus consumidores?, ¿sus **precios** deberían ser mucho más baratos que los del tabaco tradicional para desincentivar al consumo de este último?

Nadie duda de que algunas **personas fumadoras de larga evolución** podrían beneficiarse de estrategias de reducción de daño **selectivas**. Esto puede conseguirse perfectamente aplicando a los nuevos productos las mismas medidas restrictivas que se aplican a los viejos. Por este motivo, no es imprescindible, ni mucho menos conveniente, la existencia de una regulación diferencial más laxa para los nuevos productos.

A la IT no le interesa el desarrollo de estrategias de reducción de daño selectivas. No conviene perder de vista que, aunque proclama que los nuevos y los viejos productos tienen objetivos completamente distintos, su objetivo principal es en ambos casos el mismo: **continuar con su negocio.** Y para ello es absolutamente imprescindible su normalización.

La no adecuada percepción "igual de gratificante, pero mucho menos tóxicos" puede ser lógica desde una perspectiva comercial, pero no desde una sanitaria. La experiencia muestra que las personas consumidoras **siguen manteniendo su adicción nicotínica** y que, en cierto sentido, han sido inducidas a **no renunciar a disminuir la gratificación nicotínica**, lo que conlleva la evolución hacia un **consumo dual** de estos nuevos productos y los cigarrillos convencionales, que tan frecuentemente se ve.

Precisamente porque mantienen la adicción nicotínica en el mismo grado en que está y porque no está claro la significación clínica de la reducción que podrían producir, toda transición **no encaminada al abandono definitivo** a medio plazo no ayudará a nuestros pacientes.

Es imposible que las **regulaciones diferenciales** que propone la IT para sus nuevos productos -es decir, la no aplicación en ellos de las medidas de control eficaces- acaben **mejorando la salud** poblacional (suma del conjunto de la salud de las personas individuales). Sus efectos lógicos, más que aumentar el paso a los nuevos productos y encuentran prácticamente imposible la cesación, van encaminadas a: 1) desincetivar la cesación **en quienes ya fuman**; y 2) promover, mediante una mayor normalización asequibilidad y accesibilidad los nuevos consumos **en quienes aún no fuman.**

Por este motivo, se oponen a la regulación de los aditivos que aumentan la características atractivas (como los sabores o el precio), ya que son medidas que podrían tener el efecto colateral de desincentivar la transición en algunas personas, cuando es bien sabido que el principal objeto de estas medidas es bloquear el efecto buscado por la IT: conseguir llegar más fácilmente a la población no fumadora, fundamentalmente menores de edad.

Desde la **perspectiva de Salud Pública** se trata de conseguir que las viejas generaciones sean conscientes de los riesgos que corren y de evitar que las nuevas generaciones se vean inducidas al consumo de productos eminentemente adictivos y tóxicos, aunque su toxicidad sea algo menor afortunadamente. **Carece de sentido** por ello permitir la libre promoción de estos productos, dotarles de ventajes regulatorias y hacerlos más asequibles de la población infanto-juvenil, objeto clave de la IT al respecto.

6.3. "LA DUDA ES SU PRODUCTO"

Para poder realizar una **regulación con bases científicas** se necesita que la **evidencia al respecto sea concluyente**. Esto es algo de lo que no siempre se dispone. En el caso de los nuevos productos de tabaco y nicotina esto se debe fundamentalmente a que:

- **La toxicidad del tabaco es muy diferida** (20-40 años); por ello, la demostración de menor toxicidad también conlleva varias décadas. De hecho, el nivel de toxicidad de los cigarrillos de combustión solo se acabó determinando, ya en este siglo, tras el seguimiento de 50 o más años de la cohorte de médicos británicos. Esta cuestión se

complica, además, por el hecho de que, como se ha comentado, en la toxicidad del tabaco influye bastante más (por un factor de tres, aproximadamente) **el tiempo del consumo** que la propia cantidad consumida.

- Los **nuevos productos son** absolutamente **heterogéneos y están en continua evolución**, con lo que su potencial seguridad o toxicidad de uno de ellos apenas se relaciona con la del resto o con la de los consumidos en la actualidad.

- La **evidencia científica disponible se ve interferida** (oscurecida, falseada, puesta en duda) por estrategias comerciales de la propia IT (o sus *adláteres*), aspecto que se desarrollará a continuación.

El epidemiólogo David Michaels, en su libro ***Doubt is their product*,** revela cómo las diversas industrias pretenden **difuminar la evidencia científica existente** para **evitar** -o, al menos, diferir- **las posibles regulaciones** que protegerían a la población y obstaculizarían sus ingresos. Concluye que, cara a la promoción de sus productos, lo que realmente venden es la duda, son **sembradores de dudas allí donde todo es más o menos concluyente, para así se pueda justificar la no conveniencia de la regulación**. No sólo la industria tabaquera, sino también otras industrias "*han desvirtuado cada vez más la literatura científica, han fabricado y magnificado la incertidumbre científica y han influido en las decisiones políticas en beneficio de los contaminadores y los fabricantes de productos peligrosos*"

Hoy en día es indudable que la IT -al igual que otras industrias- solo intenta **ganar tiempo** para evitar o, al menos, **retrasar la regulación, sembrando dudas** sobre las evidencias de su toxicidad. La evidencia nunca será concluyente para quienes deciden lo que se necesita o debe ser creído. Una gran parte de la información disponible en este campo no es fiable debido a la existencia **de múltiples conflictos de interés** o porque es de **escasa calidad**, lo que dificulta la extracción de evidencias concluyentes, no porque no existan, sino porque hay quien tiene interés es taparlas.

6.4. *SCREAM TEST*

Por los motivos citados, adoptar una **actitud expectante** hasta lograr una unánimemente aceptada y absolutamente concluyente evidencia para tomar decisiones reguladoras implica no defender a la población general y a sus intereses. En ese momento ya será demasiado tarde y la mayor parte del daño ya estará hecho por quienes acostumbraban a esgrimir datos *científicos* que ni ellos mismo se creían.

Ante esta táctica de la Industria de sembrar la duda y retrasar la regulación de sus productos, en el control del tabaco y la nicotina se posee la llamada ***prueba del grito*** o ***scream test***.

La **respuesta de la IT** ante el anuncio serio de establecer determinadas medidas regulatorias a sus productos nos **muestra la eficacia de estas medidas**: todo lo que contribuye a la desnormalización de sus productos y a la disminución de la prevalencia de su consumo se verá acompañado de una **respuesta airada** -aparentemente desproporcionada- de la IT, directamente o a través de colectivos interpuestos.

De hecho, sabemos cuándo es probable que una estrategia de control del tabaco sea eficaz por el **grado de reacción** de la industria tabacalera. Esto es más relevante cuando hay poca apropiación o comprensión de su potencial importancia.

Así, por ejemplo, en 2006 en Australia se exigieron advertencias sanitarias gráficas basadas en imágenes en los envases de los productos del tabaco. La IT las ve como una amenaza y comienza a blandir argumentos -muchas veces contradictorios entre sí- a favor de la retirada de las mismas. El primer argumento de la industria en contra fue que la producción de las imágenes sería costosa y llevaría mucho tiempo (algo que era totalmente falso); argumentó, además, que supondrían una infracción inaceptable de la propia marca comercial (que se seguía manteniendo) y, más sorprendentemente que las advertencias gráficas no eran eficaces (algo que, de ser cierto, no debería ser un motivo de queja, sino todo lo contrario).

Seis años después, Australia fue también testigo del mayor ataque de la IT, cuando anunció que iba a implantar el empaquetado neutro, sin logotipos o colores llamativos, para hacerlos menos atractivos los paquetes. Además de provocar el juicio de mayores dimensiones de la historia de la WTO (Organización Mundial de Comercio), juicio que perdieron, entre las razones propuestas para defender su oposición al empaquetado neutro figuraba que iba a aumentar el consumo infanto-juvenil de tabaco (cosa que evidentemente no ocurrió, pero que, de haber ocurrido, les hubiera beneficiado).

Lo mismo ha ocurrido en múltiples otros países cuando se ha intentado implantar medidas de creación de espacios sin humos. En España se anunciaron graves crisis en el sector turístico y hostelero que aún están por producirse y en otros países, como Filipinas, argumentaron que se estaba engañando a la población con la cuestión del humo ambiental de tabaco y su restricción en el Metro y otros espacios públicos.

En definitiva, **esperar a que la evidencia** sea unánimemente concluyente es hacer el juego a quienes luchan por oscurecerla.

6.5. CONTROL DE LOS NUEVOS PRODUCTOS

Hoy en día resulta evidente que los nuevos diseños de los productos se promocionan como “no tóxicos” o como una nicotina inhalada que resulta “menos lesiva” aparentemente que la consumida de forma tradicional, cuando es el efecto contrario.

Se puede establecer la analogía de los nuevos productos como un ave fénix que renace de sus cenizas, siendo las cenizas el tabaco tradicional y el ave los nuevos dispositivos.

6.5.1. CÓMO SE PODRÍAN REGULAR LOS NUEVOS PRODUCTOS

Si se **demuestra inequívocamente** que los nuevos productos pueden ser empleados de forma preventiva y terapéutica y existen procedimientos para **regular** aquello que ha demostrado ser útil (y en aquellas condiciones que ha demostrado ser útil) se podría considerar que los **productos son eficaces y útiles en la lucha antitabaco.**

Se tendría que permitir que siguieran siendo un producto de consumo, de libre consumo y con una **regulación** que facilite y suavice sus efectos beneficiosos, como la metadona facilitando sus efectos beneficiosos y evitando los perniciosos.

Si se demostrara la **utilidad potencial** de uno de estos nuevos productos en determinadas circunstancias, las autoridades saniatrias estarían dispuestas a **promocionarlos.** Sin embargo **aún está por demostrar** y la Industria del tabaco no tiene ningún interés en ello.

6.5.2. OBJETIVOS

La situación actual es que **el negocio nicotínico va desapareciendo poco a poco**, sobre todo en los **países con mayor poder adquisitivo** donde hay más conciencia acerca de lo perjudicial que son estos productos. A modo de respuesta, **la industria del tabaco sufre una reconversión**, aparentemente desvinculándose de los antiguos productos, continúan vendiendo los antiguos productos.

Las **ventas de los antiguos productos** están cayendo gracias al desarrollo y aplicación de políticas de control que está llevando a una desnormalización de su consumo, es por ello que la Industria considera que sus **nuevos productos** deben aparecer **desvinculados de los antiguos**, sin hacerlo realmente.

En consecuencia, el **objetivo clave** de la Industria es que las políticas de control no afecten a los nuevos productos y que, si se aplican, todas las medidas deben ser menos restrictivas. Cuanto más tarden en aplicarse, mejor para ellos, dado que trabajan bajo la premisa de que **"La duda es su producto"**.

Con la normalización los nuevos productos, no se implica necesariamente la difusión y normalización de los viejos. Son **dos campos diferentes.**

Obviamente, no se trata de normalizar los nuevos; es más, debido a su alta adictividad y toxicidad (menor en el caso de algunos de ellos) es absolutamente crucial evitar su normalización, pero si se consiguiera desvelar cierto beneficio que permitiera su empleo y normalización, no se debería caer en la aceptación de los productos tradicionales.

Los productos del tabaco calentado son productos del tabaco por lo que no tiene sentido regularlos de forma diferente.

Casi todo el mundo está de acuerdo en que debería aplicarse una **normativa similar a los ENDS** en la mayoría de los ámbitos, es decir: en la publicidad, promoción y patrocinio, lugares sin humo, empaquetado sin publicidad, precios de los productos algo más baratos que el tabaco tradicional para incentivar a su consumo…etc.

7. CONCLUSIONES

1. La **disminución de la morbi-mortalidad** asociada al tabaco se consigue gracias a la disminución de la **prevalencia del consumo** (abandono tabáquico o la no iniciación del mismo, objetivos finales) y la menor **exposición** al humo ambiental (objetivos intermedios).

2. Se denomina **control del tabaco** (o del tabaquismo) al conjunto de medidas, habitualmente legislativas, que pretenden alterar la normatividad del consumo del tabaco, disminuyéndola. Su objetivo es **desnormalizar** el consumo de tabaco. **Desnormalización** es el concepto clave para poder controlar los problemas socio-sanitarios producidos por los **determinantes comerciales de salud**, como es el caso del tabaco. La **Industria del tabaco (IT)** ejerce justo el papel opuesto: su principal objetivo es intentar "normalizar" el tabaco.

3. La herramienta fundamental de control del tabaco es el **Convenio Marco de la O.M.S. sobre el Control del Tabaco** (**CMCT)**, que entró en vigor el 28 de febrero de 2005, y sus directrices. Dada su eficacia en las últimas décadas, la IT procura contrarrestarlo sistemáticamente y desarrollar **nuevas estrategias comerciales** al respecto.

4. La IT ha apostado su futuro a medio-largo plazo al desarrollo de nuevos productos que los promociona como **opciones sustancialmente más seguras** y a la apropiación del del concepto de **"reducción de daños"**, propio de la Salud Pública, cuando en realidad lo que pretende es **disminuir la percepción de riesgo** asociada al consumo, sobre todo de los nuevos productos, pero también de los viejos, fuente muy mayoritaria de sus actuales ingresos.

5. La propuesta de la IT es una **difusión masiva e indiscriminada** de sus nuevos productos a la población fumadora (y también a la población general) con el fin declarado de conseguir una **significativa reducción de daños poblacional**, fruto del **abandono de los productos clásicos**. Para ello propone una regulación sustancialmente diferencial para los nuevos productos. Utiliza la "reducción de daños" como una mera **estrategia comercial** para impedir que sus nuevos productos les sean aplicadas las medidas del CMCT con el objetivo de **normalizar (o renormalizar) el consumo nicotínico a través de los nuevos productos**.

6. Frente a esta propuesta claramente interesada, debe quedar claro que los **PRDs** son estrategias de Salud Pública, que deben ser diseñadas, aplicadas y evaluadas por profesionales sanitarios y que se deben realizar en un marco desnormalizador, que no permita su empleo como distractores de la cesación tabáquica. Es algo que no puede dejarse a la mano invisible del mercado (caso que esta exista), aunque tampoco es descartable a priori que algunos de nuestros pacientes puedan beneficiarse de alguno de los nuevos productos en algunas situaciones clínicas específicas.

7. Para conseguir que determinados nuevos productos sean utilizados en potenciales estrategias de reducción daños, y en sus correspondientes PRDs, **no es necesario que estos nuevos productos** -capaces de generar adicción y de perpetuar las adicciones ya establecidas- **sean objeto de una regulación distinta** a la de otros productos de tabaco y nicotina. Es más, dada la estrategia normalizadora que se busca con su comercialización, tampoco es conveniente que lo sean.

8. Aunque en ocasiones la evidencia concreta respecto a alguna medida pueda no ser absolutamente concluyente, debe tenerse siempre presente que la evidencia en este campo está intencionalmente oscurecida.

8. BIBLIOGRAFÍA

Anónimo. Adding harm reduction to tobacco control. Editorial. Lancet 2007; 370: 1189

Ayesta FJ, Castelao S, Martín F. Nuevos productos por calentamiento (ENDS & THPs) (tema A-07). PIUFET3.0: Máster Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo, Universidad de Cantabria; 2018a.

Ayesta FJ et al. Reducción de daños en tabaco: el pasado (tema C-50). PIUFET3.0: Máster Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo, Universidad de Cantabria; 2018b

Ayesta FJ et al. Reducción de daños en tabaco: el presente (tema C-51). PIUFET3.0: Máster Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo, Universidad de Cantabria; 2018c.

Ayesta FJ et al. Reducción de daños en salud pública: Racionalidad; Prudencia en la regulación (tema C-53). PIUFET3.0: Máster Interuniversitario de Formación de Especialistas en Tabaquismo, Universidad de Cantabria; 2018d.

Bickel WK, Pope DA, Kaplan BA, DeHart WB, Koffarnus MN, Stein JS. Electronic cigarette substitution in the experimental tobacco marketplace: A review. Prev Med 2018; 117:98-106.

Blanqueo ecológico. En: https://www.malaespinacheck.cl/ciencia-y-salud/2022/08/19/que-es-el-greenwashing-el-blanqueo-ecologico/ [04.04. 2023]

Castelli WP, Garrison RJ, Dawber TR, McNamara PM, Feinleib M, Kannel WB. The filter cigarette and coronary heart disease: the Framingham study. Lancet 1981; 2: 109-13

Civiletto CW, Aslam S, Hutchison J. Electronic delivery (vaping) of cannabis and nicotine. 2019. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. Available from http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545160/

CNPT. Manifiesto sobre los nuevos productos de tabaco. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, Madrid, 2020. Disponible en: https://cnpt.es/assets/docs/cnpt-consenso-ecigar-2020.pdf

Córdoba R. El desafío de los cigarrillos electrónicos. Atención Primaria 2014; 46: 307-12.

Drope J, Cahn Z, Kennedy R, Liber AC, Stoklosa M, Henson R, et al. Key issues surrounding the health impacts of electronic nicotine delivery systems (ENDS) and other sources of nicotine. CA Cancer J Clin 2017; 67:449-71.

El Dib R, Suzumura EA, Akl EA, Gomaa H, Agarwal A, Chang Y, et al. Electronic nicotine delivery systems and/or electronic non-nicotine delivery systems for tobacco smoking cessation or reduction: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2017;7: e012680.

Farsalinos KE, Le Houezec J. Regulation in the face of uncertainty: the evidence on electronic nicotine delivery systems (e-cigarettes). Risk Manag Health Policy 2015;8:157-67.

Gartner C, Hall W. Harm reduction policies for tobacco users. Int J Drug Policy 2010;21: 129-30.

Glasser AM, Collins L, Pearson JL, Abudayyeh H, Niaura RS, Abrams DB, Villanti AC. Overview of electronic nicotine delivery systems: A systematic review. Am J Prev Med 2017;52:e33-66.

Hajat C, Stein E, Shantikumar S, Niaura R, Ferrara P, Polosa R. A scoping review of studies on the health impact of electronic nicotine delivery systems. Intern Emerg Med. 2022;17:241-68.

Hartmann-Boyce J, Lindson N Butler AR McRobbie H, Bullen C, Begh R, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Nov; 11: CD010216.

Hatsukami DK, Carroll DM. Tobacco harm reduction: Past history, current controversies and a proposed approach for the future. Prev Med. 2020;140:106099.

Hefner K, Valentine G, Sofuoglu M. Electronic cigarettes and mental illness: Reviewing the evidence for help and harm among those with psychiatric and substance use disorders. Am J Addict 2017;26:306-15.

Leone FT, Carlsen KH, Chooljian D, Crotty Alexander LE, Detterbeck FC, Eakin MN et al. Recommendations for the appropriate structure, communication, and investigation of tobacco harm reduction claims. An Official American Thoracic Society Policy Statement. Am J Respir Crit Care Med. 2018;198: e90-e105.

Li X, Zhang T, Zhao L, Liu Q, Shi C, Zhang R. Mapping of Global Research on Electronic Cigarettes: A Bibliometric Analysis. Front Public Health. 2022;10:856257.

Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, Begh R, Farley A, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database Syst Rev 2016; 10:CD005231.

Ling PM, Kim M, Egbe CO, Patanavanich R, Pinho M, Hendlin Y. Moving targets: how the rapidly changing tobacco and nicotine landscape creates advertising and promotion policy challenges. Tob Control. 2022;31:222-8.

Mallock N, Pieper E, Hutzler C, Henkler-Stephani F, Luch A. Heated tobacco products: A review of current knowledge and initial assessments. Front Public Health 2019;7:287.

Mathers A, Hawkins B, Lee K. Transnational tobacco companies and new nicotine delivery systems. Am J Public Health 2019;109:227-35.

McNeill A, Simonavicius E, Brose L, Taylor E, East K, Zulkova E, Calder R, Robson D. King's College London. Nicotine vaping in England: an evidence update including health risks and perceptions, 2022. Public Health England; September 2022. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1107701/Nicotine-vaping-in-England-2022-report.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018 [20 Mayo 2021]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf

Ministerio de Sanidad. Informe EDADES 2022. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES). Ministerio de sanidad, 2023. Disponible en:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf [24.05.2023]

Ministerio de Sanidad. Informe ESTUDES 2022. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2021. Ministerio de Sanidad, 2022. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2022_Informe.pdf [24.05.2023]

O'Leary R, Polosa R. Tobacco harm reduction in the 21st century. Drugs Alcohol Today 2020; 20: 219-34.

OMS. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

OMS. Pongamos fin a las artimañas de la industria tabacalera contra los niños y los jóvenes. OMS. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/29-05-2020-stop-tobacco-industry-exploitation-of-children-and-young-people

OMS. Vigilar y combatir la industria del tabaco. OMS. 2021. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/industry/es/

Peruga A, López MJ, Martinez C, Fernández E. Tobacco control policies in the 21st century: achievements and open challenges. Mol Oncol 2021; 15:744-52.

Philip Morris International. Top 15 myths about smoke-free alternatives: Frequently asked questions. Disponible en: https://www.pmi.com/smoke-free-life/busting-common-myth-around-smoke-free-alternatives [24.05.2023]

Pisinger C, Godtfrensen NS. Is there a health benefit of reduction tobacco consumption? A systematic review. Nicotine Tob Res 2007; 9: 631-46.

Plataforma para la reducción del daño por tabaquismo. Libro blanco de la reducción de daños por tabaquismo. España; 2020. Disponible en: https://www.porlareducciondedanoportabaquismo.org/libro-blanco/ [24.05.2023]

Pratt SI, Sargent J, Daniels L, Santos MM, Brunette M. Appeal of electronic cigarettes in smokers with serious mental illness. Addict Behav 2016;59:30-4.

Prochaska JJ, Benowitz NL. Smoking cessation and the cardiovascular patient. Curr Opin Cardiol 2015;30:506-11.

Rigotti NA, Reddy KP. Vaping and e-cigarettes. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/vaping-and-e-cigarettes [24.05.2023]

Saitta D, Ferro GA, Polosa R. Achieving appropriate regulations for electronic cigarettes. Ther Adv Chronic Dis. 2014;5:50-61.

Simonavicius E, McNeill A, Shahab L, Brose LS. Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review. Tob Control 2019;28: 582-94.

Sircar N, Fleming ME, Bialous SA. Does a human rights-based approach to harm reduction support commercialized harm reduction? Brief research. Front Public Health. 2022;10:1001036.

Stone E, Marshall H. Tobacco and electronic nicotine delivery systems regulation. Transl Lung Cancer Res 2019;8(S1):67-76.

Tobacco Tactics. Harm Reduction. TobaccoTactics. University of Bath 2022. Disponible en: https://tobaccotactics.org/wiki/harm-reduction/ [24.05.2023]

Tobacco Tactics. PMI Promotion of IQOS Using FDA MRTP Order. Tobacco Tactics. University of Bath. 2021. Disponible en: https://tobaccotactics.org/wiki/pmi-iqos-fda-mrtp-order/ [24.05.2023]

Villalbí JR, Suelves JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. Rev Esp Salud Pública 2019; 93: 15 de julio e201907044.

Warner K. How to think -not feel- about tobacco harm reduction. Nicotine Tob Res 2019; 21: 1299-309.

Wayne GF. Potencial reduced exposure products (PREPs) in industry trial testimony. Tob Control 2006;15 (S4): 90-7.

Weke A, Holliday R. Electronic cigarettes: an update on products, regulation, public health approaches and oral health. Community Dent Health. 2022;39:68-73.

WHO. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents. Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization, Geneve: WHO; 2000.

Zakiyah N, Purwadi FV, Insani WN, Abdulah R, Puspitasari IM, Barliana MI et al. Effectiveness and safety profile of alternative tobacco and nicotine products for smoking reduction and cessation: A systematic review. J Multidiscip Health. 2021;14:1955-75.