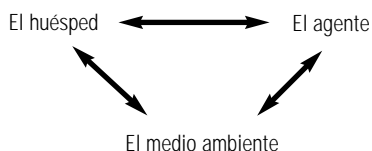


# Adopción de medidas

Para las autoridades normativas y los profesionales de la salud en ejercicio, el modelo de salud pública puede servir de marco para establecer servicios integrales de salud y planificar actividades. El enfoque de la salud pública para reducir la enfermedad (por ejemplo, la muerte o la discapacidad causadas por el tabaquismo) entraña actuar en las tres esferas del problema.

La clave para reducir el uso de tabaco en las Américas —y el aumento de la tasa de mortalidad por esa causa—, está en establecer medidas estratégicas para disminuir el consumo (huésped), reducir la potencia del tabaco (agente) y reducir la accesibilidad y aceptabilidad del uso de tabaco (medio ambiente) en los niveles nacional y regional.



Las estrategias de control del tabaco pueden ponerse en práctica mediante la vigilancia, las iniciativas de políticas, las actividades de información pública, las intervenciones en materia de prevención o, idealmente, un conjunto de todas esas actividades.

## VIGILANCIA DEL USO DE TABACO

En reconocimiento de la importancia y la necesidad de mejorar la vigilancia del uso de tabaco, en 1990 la Asamblea

## MUESTRA DE UN PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA EL CONTROL INTEGRAL DEL TABACO

### *Promoción de la salud*

- Días sin tabaco.
- Presión en los medios de comunicación.
- Programas escolares.
- Iniciativas comunitarias.
- Patrocinio de actividades culturales y deportivas.

### *Protección de la salud*

- Actividades legislativas.
- Medidas fiscales.

### *Creación de la capacidad necesaria*

- Formación de profesionales de salud y educación.
- Alianzas entre organizaciones públicas y privadas de salud.
- Colaboración intersectorial (por ejemplo, entre los sectores de salud, educación, formación de los jóvenes y derechos del niño).

### *Vigilancia y evaluación*

- Programas y políticas.
- Vigilancia del uso de tabaco.

Mundial de la Salud pidió a la OMS que vigilara la magnitud del problema del tabaquismo y el uso de tabaco alrededor del mundo. La OMS recolectó luego las estadísticas nacionales

disponibles, publicadas más tarde con el título *Tobacco or Health: global status report* (WHO, 1997a). En la publicación se señalan importantes indicadores para vigilar el uso de tabaco. Se indican las siguientes categorías como campos fundamentales para la encuesta en cada país o región:

- la situación sociodemográfica,
- la producción de tabaco y la situación de la industria tabacalera,
- el consumo de tabaco,
- la prevalencia del tabaquismo en diferentes grupos de población: por ejemplo, adultos, jóvenes y mujeres embarazadas,
- las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo, y
- la legislación vigente sobre el uso de tabaco y su aplicación.

El problema del tabaquismo es uno de los mayores desafíos para la medicina preventiva en la Región. La falta de los datos nacionales específicos necesarios para diseñar proyectos ha sido un obstáculo para superar ese desafío. En general, los datos básicos desagregados y sistematizados sobre el consumo de tabaco en muchos países de la Región no están disponibles de modo rutinario. Los datos específicos de cada país se pueden transformar en instrumentos eficaces de política, defensa de intereses y promoción de la salud. Según la Unión Internacional contra el Cáncer (International Union Against Cancer -IUAC-, 1990), se necesita este tipo de datos para:

- influenciar a las autoridades normativas y decisorias,
- conseguir aliados para el control del tabaco entre los profesionales de salud, los educadores y el público en general,
- seleccionar o diseñar intervenciones apropiadas, y
- vigilar el progreso hacia la reducción del uso de tabaco.

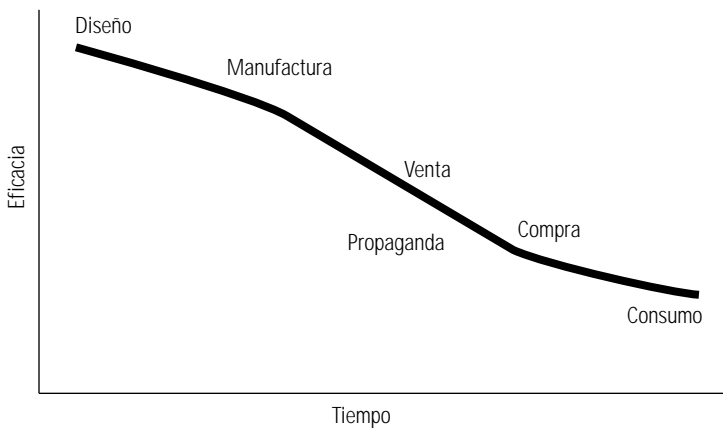
## POLÍTICAS INTEGRALES DE CONTROL

Aunque las políticas de control del tabaco están ganando terreno en todo el mundo, algunos países han adelantado más que otros. A partir de 1977, Finlandia prohibió fumar en lugares públicos. En 1988, el Canadá prohibió la propaganda de productos del tabaco. En fecha más reciente, los Estados Unidos e Inglaterra comenzaron a restringir la promoción, la venta y el consumo de tabaco. Por ejemplo, el gobierno británico presentó hace poco un proyecto de ley destinado a prohibir la mayor parte de la propaganda del tabaco y se propone abolir su promoción —incluso el patrocinio de eventos deportivos como el de la Fórmula Uno— en el año 2006 (UK, Secretary of State for Health, 1998; Hibbs, 1999). Bélgica, Noruega, Portugal y Tailandia también han adoptado medidas de prevención que incluyen la prohibición de la propaganda del tabaco, el control del consumo en recintos cerrados, el aumento de los impuestos a los cigarrillos y la realización de campañas nacionales de prevención y abandono del hábito de fumar (WHO, 1998b).

Esas actividades provienen de exitosas campañas de presión e información pública que han permitido informar debidamente a las autoridades normativas de las graves consecuencias para la salud y los enormes costos económicos que acarrea el uso de tabaco y la exposición al mismo.

La lucha contra el tabaco por medio de iniciativas legislativas es un elemento importante de los planes de acción nacionales. Sin embargo, el verdadero efecto de la legislación varía y debe evaluarse mejor para orientar la acción en materia de establecimiento de políticas, y su ejecución y cumplimiento. Por ejemplo, aunque la legislación que afecta al diseño o a la fabricación de cigarrillos debería tener, en teoría, un efecto más inmediato y poderoso sobre el uso de tabaco, esas iniciativas no se han

Figura 7. Efecto a largo plazo de las actividades legislativas enfocadas sobre varios aspectos de la manufactura y el consumo de tabaco.



evaluado ni promovido. En contraste, las autoridades normativas favorecerán con más frecuencia la legislación que influye en la propaganda y compra de tabaco. Ese tipo de esfuerzos legislativos puede lograr un posible efecto, pero a largo plazo. La factibilidad de poner en práctica y hacer cumplir distintos tipos de legislación también debe tenerse en cuenta en la evaluación de las opciones en materia de política (figura 7).

Entre 1970 y 1986, la Junta de Sustancias Tóxicas (*Toxic Substances Board*) de Nueva Zelanda realizó un estudio sobre la relación entre la reglamentación de las políticas de promoción del uso de tabaco y las tendencias del consumo en 39 países. La Junta determinó que, en general, cuanto mayores sean las restricciones para promover el tabaco, mayor será la reducción media anual del uso del producto (Roemer, 1995).

## PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

En pocas palabras, la prevención surte efecto. No solo surte efecto para reducir la enfermedad y la muerte sino que, en

el caso del tabaco, sirve para disminuir los astronómicos costos económicos por la pérdida de productividad y la atención de la salud. La OMS estima que las actividades efectivas de prevención del uso de tabaco cuestan entre US\$ 20 y 40 por año de vida ganado en un país en desarrollo (abril de 1999). Pero este costo es minúsculo en comparación con los \$18.000 anuales que se consideran necesarios para tratar a una víctima de cáncer de pulmón.

Los especialistas de todo el mundo están de acuerdo en que la reducción eficaz de la mortalidad y la discapacidad causadas por el uso de tabaco exige estrategias que incorporen actividades de prevención, como la defensa de políticas, la promoción de la salud y las campañas de información pública, junto con programas de abandono del hábito de fumar para adultos y adolescentes.

En lo que respecta a la dependencia del tabaco, la prevención secundaria a menudo aborda la detección temprana y la atención primaria de las personas dependientes del tabaco, incluso con enfoques educativos y de comportamiento para lograr el abandono del hábito. Por otra parte, la prevención terciaria se dedica a tratar y rehabilitar a las personas que sufren una enfermedad más avanzada relacionada con el tabaco,

como enfisema, enfermedad cardiovascular y cáncer de pulmón y de laringe.

Es indispensable realizar actividades de prevención primaria bien enfocadas para evitar el sufrimiento y las muertes prematuras por causa del tabaco pronosticados para 250 millones de niños y adolescentes de la población actual (WHO, 1999b April). Al poner en la mira a los jóvenes por medio de programas de prevención del uso de tabaco, se puede evitar la dependencia permanente de la nicotina que causa un sinnúmero de enfermedades y, a la larga, la muerte prematura.

## Las estrategias más eficaces para reducir la muerte y la discapacidad causadas por el tabaco vinculan las actividades de prevención del tabaquismo a los programas para dejar de fumar.

Para incorporar elementos que ayuden a enfocar los programas dirigidos de prevención, es necesario examinar el enorme cuerpo de documentación que los describe. Los científicos conductistas Dusenbury y Falco (1995) lo hicieron en su revisión de programas de prevención del uso de drogas dirigidos a los jóvenes que se realizaron entre 1989 y 1994. Además, encuestaron a un grupo de 15 especialistas de ese campo. La investigación señaló las siguientes características esenciales de los programas de prevención eficaces:

- los métodos se basan en la teoría del comportamiento (teoría del aprendizaje social),
- la información es concreta y orientada hacia el presente,
- los programas se realizan en las escuelas,
- se emplean métodos de educación normativa y enseñanza interactiva,
- los maestros han recibido la formación debida,
- los programas comprenden 10 sesiones como mínimo, además de

las sesiones de seguimiento o refuerzo en los años subsiguientes,

- los programas son culturalmente apropiados (es decir, adaptados a la cultura de la población destinataria), y
- se evalúa la eficacia de los programas.

También es importante examinar los programas eficaces desarrollados en determinados lugares o marcos culturales. Una estrategia fundamental para enfocar mejor los programas de prevención primaria consiste en diseñarlos cuidadosamente para que atiendan las necesidades singulares de los jóvenes que viven en medios específicos. Los programas de prevención que tienen una influencia definitiva en el cambio favorable del comportamiento de los jóvenes (por ejemplo, con respecto a la decisión de fumar), deben abordar no solamente los factores individuales sino también el contexto social del patrón de comportamiento escogido como objetivo de cambio (International Union Against Cancer -IUAC-, 1990). Un marco conceptual acertado incorpora el mayor número posible de canales sociales de influencia.

## PROGRAMAS ESCOLARES

Casi 90% de los fumadores comienzan a usar tabaco antes de cumplir los 18 años y los jóvenes empiezan a probar cigarrillos alrededor de los 13 años de edad, en promedio. Como resultado, las actividades de prevención del uso de tabaco lógicamente surten más efecto cuando se concentran en los niños y los jóvenes. En realidad, la mayoría de esos programas de prevención se dirigen a los niños de edad escolar y esto hace de las escuelas un sitio ideal para ponerlos en práctica.

De los 6.000 millones de habitantes del mundo, 1.000 millones están matriculados en las escuelas. En los países en desarrollo, 80% de los jóvenes

## ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN PÚBLICA

Es preciso formular y poner en práctica políticas que aseguren que se va a decir la verdad sobre el tabaco a los fumadores de hecho y en potencia. Eso entraña tres pasos clave:

1. **Protección de los niños.** Los niños son incapaces de tomar decisiones con pleno conocimiento de causa sobre el uso de tabaco y deben protegerse de la dependencia del tabaco. Los mensajes que digan que “fumar es para adultos” pueden ser uno de los mejores incentivos para que los niños comiencen a fumar; quizá no sea ninguna coincidencia que las compañías tabacaleras respalden esas campañas. Para reducir las ventas de tabaco a los niños, debe haber mensajes coherentes que restrinjan la venta de productos de tabaco al determinar cuándo, dónde, cómo y a quién está permitido.
2. **Suministro de información detallada al público.** Las decisiones tomadas con pleno conocimiento de causa exigen información más detallada sobre las enfermedades causadas por el uso de tabaco, el mayor riesgo a consecuencia de esas enfermedades y el pronóstico. El público también debe saber cuáles son los beneficios y los métodos de abandono del hábito de fumar, y dónde y cómo obtener ayuda al respecto.
3. **Protección del público contra la información errónea.** Hay que prevenir cualquier esfuerzo de la industria tabacalera por engañar a los consumidores, y reconocer y rectificar las prácticas engañosas de épocas pasadas.

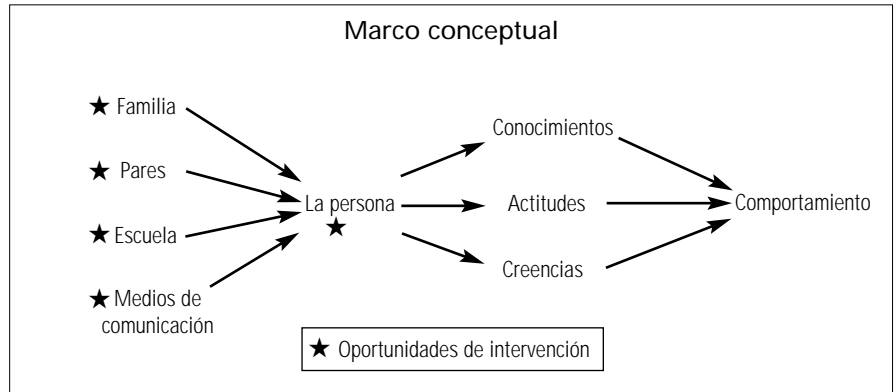
*OPS, 1999.*

están matriculados en las escuelas y 60% de ellos terminan por lo menos cuatro años de estudios (WHO, 1998b). La escuela es un lugar de especial importancia para la ejecución de campañas de prevención, puesto que permite llegar a muchos, muchos jóvenes en una etapa crítica de su desarrollo. Sin embargo, siempre se debe tener presente que los jóvenes más expuestos al riesgo del uso de sustancias quizá ya no estén en la escuela y hayan abandonado por completo el sistema de educación formal y de servicios sociales. Por lo tanto, se debe explorar los programas de prevención dirigidos a los jóvenes que están fuera de la escuela, realizados en sitios no formales.

Además de llegar a la mayoría de los niños y adolescentes, las escuelas ofrecen canales eficaces para cubrir a otros segmentos de la población (por ejem-

plo, el personal escolar, las familias y los miembros de la comunidad). Como resultado, el sistema de educación formal puede ser un importante vehículo para la difusión de información sobre salud pública.

Aunque hay consenso con respecto a que las escuelas son el lugar ideal para realizar actividades de prevención del uso de sustancias, los especialistas no siempre están de acuerdo sobre cuál es el mejor año de estudios para iniciar una campaña de esa naturaleza. Algunos programas se han concentrado en los primeros años de la escuela primaria; otros, en los niños de quinto, sexto y séptimo grados, es decir, en los estudiantes que ya han llegado a un nivel de madurez intelectual suficientemente alto como para asimilar conocimientos de fundamental importancia. Además, los niños de esos grados supe-



riosos están más próximos a la edad en la que existe el peligro de comenzar a probar sustancias.

La Región de las Américas se enorgullece de tener una de las tasas de matrícula escolar más altas del mundo y esa situación proporciona una amplia infraestructura para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Banco Mundial y OPS, 1998). En los países en desarrollo de la Región hay cinco veces más maestros que trabajadores de salud y esos maestros, en su mayoría, tienen contacto regular y prolongado con los estudiantes. Asimismo, los maestros han señalado que el tabaco, el alcohol y otras drogas son grandes barreras para el aprendizaje. Esto puede facilitar la

aceptación por parte de los distritos escolares para utilizar tiempo de clase para poner en práctica programas de prevención del uso de sustancias.

Los resultados preliminares de un reciente análisis de las intervenciones de salud en el medio escolar (World Bank y PAHO, 1999) indican que hay una mayor colaboración entre los sectores de salud y educación en los países en desarrollo de la Región, particularmente en Colombia, el Ecuador y El Salvador. Esos resultados significan que los gobiernos locales consideran que los programas escolares de prevención del uso de sustancias revisten cada vez más importancia. Un estrecho vínculo entre esos sectores ha llevado a la expansión de programas de prevención enfocados

### LA REALIZACIÓN DE CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN LAS ESCUELAS PUEDE:

- Reducir el costo de los programas al usar la infraestructura existente.
- Agilizar la evaluación a corto y largo plazos.
- Facilitar la orientación y la experimentación.
- Utilizar maestros expertos y competentes.
- Mejorar la credibilidad ante los padres y los vínculos con la comunidad.
- Llevar a una vida más sana y productiva en la edad adulta.

*Botvin y Tortu, 1988; OMS, 1998b; Banco Mundial/OPS, febrero de 1999.*

El Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos, ha determinado que los siguientes elementos son indispensables para los programas escolares de prevención del uso de sustancias:

- Se deben realizar sesiones por lo menos cinco veces al año con los niños de 6.º y 8.º grados.
- Conviene recalcar los factores sociales relacionados con la iniciación del hábito de fumar, las consecuencias del tabaquismo a corto plazo y la fuerza de voluntad para rechazar el tabaco.
- El programa debe integrarse al currículo escolar.
- Se debe introducir el programa durante el período de transición de la escuela primaria a la secundaria (es decir, alrededor del 7.º grado).
- Debe haber participación interactiva de los estudiantes en el programa.
- Hay que fomentar la participación de los padres.
- Se debe preparar debidamente a los maestros.
- Es preciso adaptar el programa a la cultura de la población destinataria.

CDC, febrero de 1994.

en el uso de sustancias, la violencia escolar, los accidentes y las enfermedades de transmisión sexual. Ese análisis también sugiere que hay una necesidad, tanto real como percibida, de tener más proyectos de salud escolar basados en habilidades (y no en enfermedades específicas) y de buscar asistencia, particularmente para la formación de maestros y el desarrollo de programas.

Los programas escolares de prevención del uso de sustancias pueden ser generales, destinados a todos los estudiantes, independientemente del riesgo al que estén expuestos; selectivos, concentrados en los adolescentes con factores de predicción de patrones de comportamiento de alto riesgo; o específicos, concentrados en los jóvenes que muestran señales tempranas de participación en un patrón de comportamiento de alto riesgo (US Institute of Medicine, 1980). Desde el punto de vista histórico, los programas escolares de prevención del uso de sustancias se

han agrupado en cuatro categorías generales (Botvin T *et al.*, 1989).

En los años sesenta, las estrategias de prevención se basaban en la teoría racional empírica de que un mayor conocimiento de las consecuencias desfavorables de determinados patrones de comportamiento (por ejemplo, el uso de sustancias) conduciría a tomar una decisión racional para evitar esa clase de comportamiento. En esas estrategias se supuso que los fumadores adolescentes carecían de información sobre los efectos adversos del tabaquismo. En los programas de prevención se buscó mejorar el nivel de conocimientos de los estudiantes por medio de libros, videocintas, folletos y carteles. Sin embargo, la evaluación de esos programas demostró que no surtían efecto para reducir las tasas de tabaquismo (Thompson y Goodstadt, 1978). Aunque la información actualizada y bien enfocada sobre los efectos del abuso de sustancias es fundamental para prevenir su uso, no basta tener programas que

ofrecen solamente información. Además, hay razones para creer que ese método puede llegar a despertar la curiosidad de los jóvenes que asumen riesgos y resultar en el aumento de la experimentación con sustancias (Kaminer, 1994).

Otro método popular empleado en los años sesenta y comienzos de los setenta se basó en la educación afectiva, concentrada en ampliar la comprensión y aceptación de sí mismo por medio de actividades destinadas a esclarecer los valores y tomar decisiones de una forma responsable, mejorar las relaciones interpersonales mediante el fomento de una comunicación eficaz, la orientación por los pares y la autoafirmación, y aumentar la capacidad de los estudiantes para satisfacer sus necesidades básicas por medio de las instituciones sociales existentes. La evaluación de esas estrategias no ha mostrado ningún efecto en el comportamiento.

A partir del decenio de 1970, los programas de prevención comenzaron a utilizar todo el cuerpo de evidencias de la literatura social que reconocía que los factores sociales desempeñaban una función importante en la iniciación del consumo de sustancias. La “inoculación psicológica” se destinó a sensibilizar a los estudiantes con respecto a las diversas presiones sociales que encontrarían para animarlos a fumar, de manera que estuvieran psicológicamente preparados (inoculados) para resistir esas influencias (Evans, 1976). Al mismo tiempo, se comenzó a hacer más hincapié en la enseñanza de “habilidades para resistir las drogas” o “habilidades para rechazar las drogas”. Se enseñó a los estudiantes a reconocer, evitar o responder a situaciones de alto riesgo de la manera más efectiva posible y también a reconocer la presión de los medios de comunicación para que usen sustancias. Este enfoque considera que la enseñanza de habilidades básicas y generales para una vida saludable es una forma holística de promover la formación de los jóvenes. Los defensores del desarrollo social promueven, con buenos resultados, la participación en

el aprendizaje cooperativo en la escuela elemental, para no tener que recurrir a patrones de comportamiento agresivo o de otra clase que cause problemas. Ese grupo ha identificado un conjunto de factores de riesgo de algunos problemas (como el abuso de sustancias, la delincuencia, el embarazo de adolescentes y el fracaso escolar) y otro conjunto de factores de protección (como apego a la familia, la escuela y los compañeros, y patrones o normas de comportamiento claros) que reducen el riesgo que tiene una persona de sufrir problemas más tarde, al amortiguar los efectos de la exposición a los factores de riesgo (Hawkins, Catalano *et al.*, 1999). Otro componente del método de prevención del uso de sustancias basado en la influencia social acaba con el mito de que la mayoría de la gente fuma, brindando datos adecuados y fomentando la participación de los estudiantes en programas de prevención. Muchos de esos programas de prevención basados en el modelo de influencia social incluyen el empleo de los líderes del grupo de compañeros porque tienen una credibilidad mayor entre los jóvenes.

Por último, el enfoque que realiza la competencia utiliza la enseñanza de habilidades personales y sociales en general, en combinación con componentes seleccionados del modelo de influencia social. El “programa escolar de adquisición de habilidades para una vida saludable” es el enfoque de prevención del abuso de drogas más extensamente empleado para mejorar la competencia (Botvin GJ, 1979). El fundamento teórico de ese enfoque se basa en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969) y en la teoría del comportamiento problemático (Jessor y Jessor, 1977), que proponen que el medio social y los factores intrapersonales inciden en la vulnerabilidad al uso de sustancias.

El enfoque de la influencia social está diseñado para impartir información y enseñar normas y habilidades para rechazar ciertas opciones, con una concentración en problemas especifi-



Los maestros han determinado que el uso de tabaco, junto con el abuso de alcohol y otras drogas, representa una enorme barrera para el aprendizaje. Eso debe facilitar la aceptación de programas de prevención del tabaquismo en los distritos escolares.

cos. Los enfoques para mejorar la competencia, como “la adquisición para habilidades para una vida saludable”, subrayan la aplicación de habilidades generales en situaciones directamente relacionadas con el uso de sustancias; por ejemplo, las habilidades generales de afirmación personal en situaciones donde hay presiones de los compañeros.

Las investigaciones sobre las causas del abuso de drogas y el desarrollo de los adolescentes indican que el comienzo de la adolescencia es un momento crítico para comenzar a probar tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Por esa razón, la mayoría de los programas escolares

de prevención del uso de drogas se realizan con estudiantes de séptimo grado. Sin embargo, se ha llegado a un acuerdo general de que por lo menos algunos de los factores de riesgo pueden originarse en la primera infancia, lo que ofrece una prueba a favor de la iniciación de intervenciones a una edad más temprana. Los programas destinados a corregir el comportamiento agresivo e indisciplinado en el aula y el rendimiento académico deficiente de los niños de primero y segundo grado han demostrado ser eficaces para reducir la incidencia de la iniciación del tabaquismo en estudiantes del sexo masculino (Kellam y Anthony, 1998).



La Región de las Américas tiene una de las mayores tasas de matrícula escolar del mundo, lo que se traduce en una extensa infraestructura disponible para realizar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.