

Aspectos bioéticos del abordaje del paciente fumador en Colombia

Vanessa Pinzón Gómez

Especialización en Bioética

Facultad de Medicina

Nota de la autora:

Esta monografía fue realizada con la tutoría del Doctor Gilberto Alfonso Gamboa Bernal y no refleja los puntos de vista de la Universidad de la Sabana. Cuenta con la corrección de estilo de la Señorita Katherine Calvo Martínez.

Cualquier mensaje con respecto a este artículo debe ser enviado al correo:

vanessapigo@unisabana.edu.co



Universidad de
La Sabana

“Curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre”

(Bérard & Gubler S. XIX.)

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	Pág. 5
JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 6
OBJETIVO GENERAL.....	Pág. 7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Pág. 8
MARCO TEORICO	
1. DEFINICIONES.....	Pág. 9
2. HISTORIA DEL TABAQUISMO.....	Pág. 11
2.1 EL TABAQUISMO COMO ENFERMEDAD.....	Pág.13
2.2 TABAQUISMO Y EPOC EN COLOMBIA.....	Pág. 14
2.3 MARCO POLITICO Y NORMATIVO EN COLOMBIA	Pág. 15
2.3.1 Leyes y resoluciones.....	Pág. 16
2.3.2 Impuestos al tabaco.....	Pág. 17
2.4 NACIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE CESACIÓN DE TABAQUISMO..	Pág. 18
2.5 PUBLICIDAD ANTI-TABACO	Pág. 20
3. PROGRAMAS DE CESACIÓN DE TABAQUISMO	Pág. 26
3.1 EVALUACION DEL PACIENTE FUMADOR	Pág. 27
3.1.1 Etapas del fumador	Pág. 27
3.1.2 Otros aspectos de la evaluación inicial: la dependencia, la motivación y marcadores biológicos	Pág. 28
3.2 TIPOS DE INTERVENCION	
3.2.1 Tipos de intervenciones según el tiempo de contacto durante la atención	Pág. 29
3.2.2 Modelos de intervención	Pág. 30

4. ROL DEL FISIOTERAPEUTA Y DEONTOLOGIA DE LA PROFESIÓN.....	Pág. 33
4.1 PAPEL DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION.....	Pág. 35
4.2 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN ATENCION PRIMARIA, CONSULTA EXTERNA Y PROGRAMAS DE CESACION DE TABAQUISMO	Pág. 37
4.2.1 Pautas para la intervención breve	Pág. 39
4.2.2 Intervención intensiva o especializada	Pág. 45
5. PROGRAMAS DE ATENCION INTEGRADA DE LA FUNDACION NEUMOLOGICA COLOMBIANA	Pág. 49
5.1 EXFUMAIRE	Pág. 49
5.2 AIREPOC Y PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR	Pág. 51
5.3 RESULTADOS	Pág. 52
6. BIOETICA DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO	Pág. 54
6.1 CONSIDERACIONES DEONTOLOGICAS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DE ABORDA AL PACIENTE FUMADOR	Pág. 54
6.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL TABAQUISMO	Pág. 56
6.3 AUTONOMIA Y ENFERMEDAD EN EL PACIENTE FUMADOR	Pág. 60
6.4 EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES PROFESIONAL DE LA SALUD – PACIENTE	Pág. 61
6.5 IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPIOS EN EL ENFOQUE DEL PACIENTE FUMADOR.....	Pág. 64
CONCLUSIONES.....	Pág. 73

ASPECTOS BIOETICOS DEL ABORDAJE DEL PACIENTE FUMADOR EN COLOMBIA

INTRODUCCION

Según la Organización mundial de la salud [OMS-2011] (1) el tabaquismo supone la segunda causa de muerte, enfermedad y discapacidad en el mundo. El tabaco mata a la mitad de las personas que lo consumen. Cada año más de 8 millones de personas fallecen a causa del tabaco. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo de tabaco y alrededor de 1.2 millones son consecuencia de la exposición de no fumadores al humo ajeno. En 2020, el 22,3% de la población mundial consumía tabaco (36,7% de los hombres y 7.8% de las mujeres)(2). En Colombia, según el Estudio Nacional sobre Consumo de sustancias Psicoactivas, la prevalencia del tabaquismo viene en descenso pasando del 12.9% (2013) al 9.7% (2019). La carga de enfermedad atribuible al tabaquismo sin embargo aún ocasiona un número importante de muertes y elevados costos al sistema de salud para atender a las personas con enfermedades provocadas por el consumo o exposición al tabaco siendo esto algo prevenible (3).

El tabaquismo es considerado una enfermedad crónica, en cuanto se constituye primero en hábito y luego en dependencia, por lo tanto, requiere además de la intervención médica, la intervención desde las instancias políticas, en salud pública e impuestos que desestimulen el consumo y asignen recursos para tratar la dependencia a esta sustancia (1).

Por otro lado, desde el ámbito de la autonomía cada fumador se planteará en algún momento las razones que lo han llevado al hábito y la dependencia, y evaluará seriamente la conveniencia de continuar o no por razones que van más allá del marco legal, partiendo desde sus valores y principios en la búsqueda de una coherencia interna y como un compromiso con su salud y la de quienes le rodean.

De este modo, es importante reflexionar sobre la relevancia de la sinergia entre autonomía personal y heteronomía, entendida ésta última como “la ley del otro” o norma legal. Surgen

así determinados interrogantes en el campo de la ética clínica en relación con el papel que el profesional de la salud puede desempeñar en el proceso de cesación (4).

JUSTIFICACION

“Aunque la prevalencia del tabaquismo en Colombia ha disminuido en la última década, pasando de 13% a 10%, expertos de la salud afirman que el tabaquismo sigue siendo una problemática grave en el país que no solo se lleva miles de vidas por diferentes enfermedades relacionadas con la adicción a la nicotina, sino que también le cuesta a la nación billones de pesos al año. Anualmente el tabaquismo le cuesta al país \$17 billones, de los cuales distintos ejercicios de evaluación indican que por tratamiento médico la cifra está entre \$5 y \$6 billones al año, la mayoría de los cuales los asume el sistema de salud. El resto de los costos proviene de pérdidas de productividad” (5).

El tabaquismo se considera también como una carga al sistema puesto que por incapacidades y muerte prematura la productividad y la economía se ven afectadas. La OMS y el Ministerio de Salud y protección social encontraron que un fumador falta al trabajo entre 1 y 10 días al año, siendo estos costos asumidos por las empresas o el sistema por las incapacidades. Además, la mitad de los fumadores muere prematuramente; es decir, de los 4.5 millones de fumadores en el país, la mitad morirá antes y en años en que todavía tienen capacidad de estar trabajando (5).

En atención a esta problemática y su necesidad de control, el Ministerio de Salud y Protección social emitió las directrices a los actores del sistema de salud para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo, con base en la evidencia científica y lo recomendado en las directrices del Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco (Artículo 14) (3).

Los programas de Cesación de tabaquismo son una forma muy efectiva de abordaje de este problema de salud pública, siendo reconocida incluso la costo - efectividad de las intervenciones breves; sin embargo, más del 50% de los prestadores de atención primaria, sobre todo aquellos de los de países de ingresos medios y bajos no ofrecen estas intervenciones de manera sistemática, lo que constituye uno de los principales obstáculos para ofrecer ayuda a los consumidores de tabaco (3).

OBJETIVO GENERAL

Reflexionar sobre la responsabilidad ética del profesional de la salud que aborda al paciente fumador en cualquier escenario de atención primaria, siendo la educación al paciente, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud uno de los pilares fundamentales del ejercicio profesional, aproximándolo asertivamente a la posibilidad del abandono del tabaquismo desde el ejercicio de su autonomía.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Convalidar la ética del profesional de la salud en la atención primaria del paciente fumador ante la deseable posibilidad del abandono del hábito tabáquico.
2. Renovar el compromiso del profesional de la salud en el abordaje asertivo del paciente fumador, estableciendo una relación de empatía que facilite la aproximación del paciente a un programa efectivo de cesación de tabaquismo.
3. Aproximar al paciente fumador desde la atención primaria hacia un programa de cesación de tabaquismo y rehabilitación integral que sea capaz de acogerlo y dirigirlo con éxito hasta el cese total del hábito tabáquico, generando en él una motivación autónoma y reflexiva de los beneficios de dejar de fumar.
4. Contribuir desde la prevención a un sistema de salud debilitado en recursos, en procura de evitar el desarrollo de comorbilidades asociadas al tabaquismo que generan sobrecostos y alta mortalidad, apelando al principio de justicia distributiva que garantice un menor gasto en enfermedades prevenibles de alto costo para el sistema y asegurando la cobertura de otras patologías.

MARCO TEORICO

1. DEFINICIONES

TABAQUISMO: Condición de dependencia al tabaco. El cigarrillo y otras formas de tabaco crean adicción, siendo la nicotina la sustancia responsable. El tabaco es, en consecuencia, el medio utilizado por el fumador para tomar nicotina, sustancia que se autoadministra de diferentes maneras para proporcionarse el beneficio de sus efectos y/o evitar la sintomatología desagradable de su deprivación, lo que plenamente encaja en el concepto de “droga”. En este sentido, la OMS incluyó en su novena codificación de enfermedades (ICD9), con el código 305.1, la dependencia a la nicotina (F17.2 en la ICD10) (6).

EXTABAQUISMO: condición en la cual el paciente ha dejado de fumar sin recaídas durante al menos un año.

NICOTINA: droga psicoactiva que ocasiona una elevación de los niveles plasmáticos de noradrenalina y de dopamina en el cerebro, lo que da lugar a efectos estimulantes y euforizantes. Su rápida absorción a través del lecho capilar pulmonar le permite alcanzar en pocos segundos una alta concentración cerebral, característica farmacocinética que permite una clara asociación de sus efectos a la administración, condicionando y facilitando el alto poder adictivo de esta sustancia (6).

SINDROME DE ABSTINENCIA A LA NICOTINA: conjunto de varios signos y síntomas que alcanzan un pico entre las 24 y 36 horas después de haber fumado el último cigarrillo, manteniendo una alta intensidad hasta los siete o diez días, para descender gradualmente por espacio de dos a cuatro semanas (6). Los síntomas son: deseos irresistibles de fumar, ansiedad o depresión, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, mal humor, dificultad para concentrarse y pensar con claridad, aumento del apetito y aumento de peso, bradicardia (6).

EPOC: sigla de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Una enfermedad inflamatoria y progresiva de los bronquios y los pulmones, en la que se observa obstrucción al flujo de aire. Asociada por lo general a la inhalación crónica de humo y/o partículas nocivas. Sus síntomas característicos son disnea o falta de aire, expectoración o producción de esputo y sibilancias. Su diagnóstico es principalmente funcional, por medio de la espirometría y otras pruebas de función pulmonar. Se observan dos fenotipos, a saber, uno, tipo enfisema y otro, tipo bronquitis crónica. Es una enfermedad prevenible mediante la supresión del factor de riesgo y tratable mediante un abordaje interdisciplinario que va desde la asistencia para la cesación del tabaquismo hasta la rehabilitación pulmonar, pasando por controles médicos periódicos en los que se evalúa la función pulmonar, los síntomas, las exacerbaciones y la respuesta a las terapias instauradas.

2. HISTORIA DEL TABAQUISMO

Para el descubrimiento de América, los indígenas ya hacían uso del tabaco desde tiempos ancestrales, aspirando el humo por la boca, principalmente los chamanes y sacerdotes de forma ceremonial. Muchos europeos fueron adoptando la costumbre de los indígenas de enrollar las hojas secas del tabaco y fumarlas. Así fue introducido el tabaco a Europa a finales del siglo XV por los viajeros que regresaban tras las empresas conquistadoras. En las bitácoras y diarios de los expedicionarios, relataban que los indígenas utilizaban “*ciertos artilugios en forma de rollos de hojas o unos tubos a manera de pipas*”. Fray Román Pane llevó las semillas de tabaco a España en 1518, por los japoneses y portugueses en 1573, por el Nuncio Papal Próspero Santacroce Publicola de Lisboa a Italia y por Walter Raleigh a Inglaterra en 1565. Jean Nicot de Villemain, embajador de Francia ante la corte portuguesa, envió en 1560 a la Reina madre de su país, Catalina de Medici, ésta hierba codiciada cuyas virtudes medicinales el mismo había comprobado. De este modo el empleo del tabaco se puso de moda en dicho país gracias al ejemplo de la reina. Le dieron a la planta los nombres de “Nicotiana o hierba de la reina”. El nombre botánico fue dado posteriormente por Carlos Linneo (*Nicotina tabacum*) y el de su nefasto alcaloide (*nicotina*) provienen del apellido Nicot (7).

Por siglos el tabaco fue considerado como un remedio *...herb propre à tous maux* (hierba apropiada para toda enfermedad) hasta el aislamiento de la nicotina y la demostración de sus efectos tóxicos en 1828.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, alcanzó una difusión masiva e incluso la mayoría de los doctores creía que el tabaquismo moderado en adultos no era nocivo, pero que era peligroso para los niños; esta premisa inspirada más en una actitud moral que en cualquier evidencia científica.

Esa amplia difusión pronto contribuyó a que se consolidara una próspera industria con grandes ganancias. “Los gobiernos, comenzando por el de Carlos I de Inglaterra, no tardaron en convertirlo en una fuente de entradas, sometiendo a régimen de monopolio la producción y el comercio del tabaco, y gravando con fuertes impuestos el cultivo y el producto. Esto ha implicado la plena legalización del consumo de tabaco y su legitimación social” (8).

La primera relación que pudo ser demostrada entre tabaquismo y enfermedad se dio entre 1940 y 1950 cuando se detectó el cáncer pulmonar. De diferentes estudios epidemiológicos se pudo concluir que las tasas de muertes por cáncer iban en aumento y de forma constante pasando de 4.9 por 100.000 personas en 1930 a 75.6 por 100.000 personas en 1990 (American Cancer Society, 1999) (9).

El tratamiento contra la tuberculosis era el mayor problema de salud pública en un mundo en desarrollo hasta inicios del siglo XX y ocupaba la atención de las asociaciones de Neumología por aquel entonces. Sin embargo, luego se dio un giro en la atención hacia las consecuencias del tabaquismo en la salud, observadas en todo el mundo (9).

La Asociación Americana del Pulmón, que hasta ese momento había sido llamada la Asociación Nacional para el Estudio y la Prevención de la Tuberculosis, en 1956 incrementó su interés en asma, bronquitis crónica, enfisema y otras condiciones respiratorias ocurridas por primera vez, como se nota por la asignación de subvenciones y becas de estudio al respecto (9). En 1960, la Junta Directiva de esta Asociación emitió una advertencia sobre el tabaquismo y una declaración: “El tabaquismo es la causa más importante de cáncer pulmonar”.

La misma progresión fue vista en asociaciones de tuberculosis en Europa y del mundo a través de los cambios adoptados en la Unión Internacional contra la Tuberculosis, que cambió su nombre en 1986 a Unión Internacional contra la Tuberculosis y la Enfermedad Pulmonar obedeciendo una propuesta de extensión hecha desde 1973 (9).

Es posible enumerar dentro de los estudios una larga lista de patologías asociadas al tabaquismo: cáncer de labio, de pulmón, de tráquea y de bronquios, de vejiga, de riñón y de vías urinarias. Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular; las afecciones respiratorias que van desde asma hasta enfisema, problemas pediátricos como bajo peso al nacer, afecciones respiratorias del recién nacido y muerte súbita del lactante. También se ha encontrado relación directa del tabaquismo con consecuencias nocivas en el campo de la sexualidad y la procreación; complicaciones en el embarazo como abortos espontáneos, anomalías en la placenta, retraso del crecimiento intrauterino y mortalidad perinatal. Predisposición a la enfermedad respiratoria en niños de madres fumadoras. Los efectos tóxicos a los niños se producen por el paso de agentes químicos a través de la placenta y directamente causando vasoconstricción en éste importante órgano encargado de la oxigenación y nutrición del feto

en desarrollo. Además, tiene un efecto sumatorio la exposición in útero y después del nacimiento, potencializando el efecto letal sobre la salud de los niños (8).

“El humo de segunda mano en espacios cerrados, el que inhala el fumador pasivo no es menos mortal. Cada cigarrillo fumado libera solo por mencionar algunas de las sustancias más tóxicas y adictivas como nicotina, cotinina, monóxido de carbono, amoniaco, benceno, cadmio e hidrocarburos aromáticos policíclicos, más alquitrán en partículas más pequeñas que el humo inhalado directamente y que penetra más profundamente en las vías respiratorias. También se han sintetizado sustancias altamente cancerígenas como las nitrosaminas y algunas sustancias radioactivas provenientes de los suelos y fertilizantes que se emplean en la producción del tabaco” (Sociedad Americana contra el cáncer).

2.1 EL TABAQUISMO COMO ENFERMEDAD

El tabaquismo está perfectamente enmarcado desde la definición de adicción como enfermedad crónica – que ocurre tras el consumo continuado de una droga, en este caso nicotina, durante un periodo relativamente largo, siendo el mismo consumo de la droga el principal factor desencadenante.

En la aparición de una adicción interactúan diferentes factores, a saber, genéticos, ambientales, rasgos de personalidad (impulsividad, tendencia a buscar nuevas sensaciones), enfermedad mental y factores sociales (bajo costo, publicidad como en el caso del tabaco al ser socialmente aceptado). La interacción de estos factores actúa a nivel cerebral a nivel de los circuitos de recompensa generando en la persona el deseo patológico de repetir una conducta que le genera placer o tranquilidad y requiriendo recurrentemente aumentar la frecuencia o la intensidad del consumo, para mantener sus efectos. Esto retroalimenta los efectos biológicos en el cerebro y de forma cíclica se perpetúa el consumo, estableciéndose la adicción como enfermedad.

De forma general, en el tratamiento de los trastornos adictivos, el objetivo principal es evitar complicaciones físicas, psicológicas y sociales, así como evitar el consumo y las recaídas; en cada una de las etapas del proceso, el acompañamiento de la familia y el personal de salud es fundamental para brindar el apoyo necesario y para reforzar del desarrollo de herramientas de autocontrol.

2.2 TABAQUISMO Y EPOC EN COLOMBIA

En el campo de la neumología uno de los diagnósticos más frecuentes es el de enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] asociado por lo general un factor de riesgo muy específico: la exposición al humo de biomasa (leña, caña u otros) y el tabaquismo. Esta relación ya ha sido recurrentemente documentada a través de los años y de múltiples estudios que han demostrado no solo el desarrollo de la enfermedad sino de la morbilidad y mortalidad asociadas. En el año 2003 la Fundación Neumológica Colombiana y la Asociación colombiana de Neumología y Cirugía de tórax realizaron el primer estudio sobre la Prevalencia de la EPOC en cinco ciudades colombianas - PREPOCOL. Las ciudades evaluadas fueron Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga. Este estudio estableció que para ese momento (2003) la prevalencia global de EPOC a diferentes altitudes sobre el nivel del mar, utilizando la definición primaria (espirométrica) fue de 8.9%, con un rango de 6.2% en Barranquilla a 13.5% en Medellín. La prevalencia medida por definición espirométrica fue superior a las definiciones médica (2.8%) y clínica (3.2%). Tras el análisis de regresión logística, los factores relacionados con la EPOC fueron la edad ≥ 60 años, el sexo masculino, el antecedente de tuberculosis, el tabaquismo, la exposición al humo de leña ≥ 10 años y el nivel educativo muy bajo. Hubo una tendencia no significativa hacia una mayor prevalencia con mayor altitud (10). Comparado con los resultados de otro estudio de prevalencia de la EPOC a nivel de 5 ciudades de Latinoamérica, PLATINO, se pudo afirmar que había similitudes estadísticas, dada la homogeneidad en el comportamiento del tabaquismo como enfermedad en las poblaciones de grandes concentraciones urbanas. En este estudio de base poblacional también, las ciudades evaluadas fueron Sao Paulo, Ciudad de México, Montevideo, Santiago de Chile y Caracas. De 5529 individuos, se identificó por medio de la espirometría a 758 individuos con EPOC, de los cuales 86 tenían diagnóstico médico previo. Considerando la totalidad de los pacientes con EPOC, solo la mitad de los fumadores o exfumadores habían recibido consejo anti tabáquico. En el grupo de EPOC con diagnóstico médico previo el 69% de los fumadores o exfumadores habían recibido consejo médico para dejar de fumar (11).

Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2019, el 12.1% de las personas encuestadas declaró haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en el año previo al estudio (16,9% de los hombres y 7.6% de las mujeres). El 5.7% de la población colombiana declaró fumar diariamente, principalmente los hombres (8.1%), grupo etario de 45 a 64 años (7.3%). La edad más frecuente de inicio del consumo de tabaco es 18 años, y un 25% de las personas que han fumado lo hicieron por primera vez a los 15 años o antes. El

85.5% de la población considera de gran riesgo el consumo frecuente de cigarrillos, más alto entre las mujeres que entre los hombres y con un incremento a medida que la población es de mayor edad, es decir, los adolescentes son los que menor percepción de gran riesgo tienen, y representan el 80,5% (12).

Para mayo de 2021, Colombia reportaba menos de 3 millones de fumadores, pero muchos de quienes fuman no se reconocen como tal, entonces se podría hablar de 4,5 millones. La mayoría está por debajo de los 24 años y la tercera parte están en grupos poblacionales con menores ingresos. Según el Ministerio de Salud, al año se producen 34.000 muertes atribuibles al tabaquismo y esta es la causa de otras 200 enfermedades. No obstante, cerca del 70% de estos consumidores quiere dejar de fumar (5).

“Es ideal, que los fumadores conozcan de primera mano los efectos nocivos del fumar, los beneficios de dejar este hábito y que reciban atención para tratar la adicción. Para la mayoría de los consumidores de tabaco, el conocimiento de estos efectos es un elemento determinante en la motivación para dejar el consumo, siendo importante que la población y las instancias gubernamentales del nivel nacional y local lo comprendan para que se implementen dichas intervenciones. Esto a su vez debería complementar las acciones que desarrolla el Estado para controlar el tabaquismo en Colombia, acorde a lo definido por la Ley 1109 de 2006, la Ley 1335 de 2009 y las políticas de salud pública vigentes” (3).

Aunque hay otros factores de riesgo que pueden deteriorar los sistemas cardiovascular y respiratorio, no hay otros factores que tengan consecuencias tan severas que sean tan fácilmente prevenibles como dejar de fumar. La motivación para hacerlo puede ser promovida basándose tanto en beneficios económicos como para la salud (13).

2.3 MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO EN COLOMBIA

Es deber de los gobiernos promulgar leyes que protejan a las personas contra el humo de tabaco y se corresponde con su obligación frente a las amenazas a los derechos y libertades fundamentales. Esa obligación se hace extensiva a todas las personas, y no se limita a determinadas poblaciones.

Siendo conscientes de los peligros que entraña inhalar humo de tabaco ajeno, el deber de proteger contra el humo de tabaco está implícito, entre otros, en el **derecho a la vida** y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocidos en numerosos instrumentos jurídicos internacionales (entre ellos la Constitución de la Organización

Mundial de la Salud, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), incorporados oficialmente en el Preámbulo del Convenio Marco de la OMS y reconocidos en las constituciones de muchos países (3).

2.3.1 Leyes y resoluciones: El ministerio de salud y protección social [MSPS], autoridad rectora de las políticas públicas en salud en Colombia ha establecido la normativa y marco para el control del tabaquismo a través de las siguientes leyes y resoluciones: (3)

Ley 1109 de 2006 por medio de la cual se aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco”. Este convenio que establece en su *Artículo 14 “Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco”*, insta a cada uno de los Estados Parte, a elaborar y difundir directrices apropiadas e integradas, basadas en evidencia científica para promover el abandono del consumo del tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia de este.

Ley 1335 de 2009 establece las disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención y el abandono al consumo de tabaco y sus derivados en la población colombiana. En su artículo 11 referido a continuación, dicta:

Artículo 11. Parágrafo 1º. *Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, y las Entidades responsables de los Regímenes de excepción que tratan el Artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumir tabaco o derivados de este y brindarle al usuario los servicios del POS que le ayuden a manejar el factor de riesgo. Parágrafo 2º. Las IPS y las EPS que detecten ese factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios (3).*

Resolución 1841 de 2013. Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Esta política plantea las metas y estrategias para atender los problemas y necesidades de salud relacionadas con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, como el tabaquismo. Entre las metas, asociadas se encuentran el

disminuir la prevalencia y la oferta de consumo de tabaco e incrementar los servicios de Cesación de Tabaquismo en el territorio nacional (3).

Resolución 3202 de 2016. Define como obligatoria la implementación de la RIA (Ruta Integral de Atención en Salud) de promoción y mantenimiento de la salud, la RIA materno perinatal, la RIA de las enfermedades cardiovasculares y las RIA del cáncer, entre otras. En las mencionadas rutas, se deben identificar los factores de riesgo, entre ellos el tabaco y derivar para su abordaje y atención (3).

Resolución 3280 de 2018. Mediante la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, y la RIA para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. En esta ruta se debe identificar el tabaquismo, brindar un consejo breve y derivar para su atención y control (3).

Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, [CMCT OMS 2003]. Es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. Se constituyó en una estrategia de reglamentación para abordar las sustancias adictivas, pero a diferencia de tratados previos sobre el control de drogas, éste establece la importancia de estrategias de reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro. Se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia del tabaco (1).

Celebración del día Mundial sin tabaco: cada 31 de mayo el Ministerio de Salud y protección social se asocia con diferentes organizaciones como la Liga Colombiana contra el cáncer, el Instituto Nacional de Cancerología y algunas organizaciones de la sociedad civil para generar sensibilización en la comunidad y empoderamiento ciudadano contra el consumo de cigarrillo(1).

2.3.2 Impuestos al tabaco

En el año 2017 el entonces ministro de Salud, Alejandro Gaviria expuso una justificación conceptual para los impuestos saludables. Esa justificación conceptual iba más allá de generar recursos adicionales para el sistema de salud: “Fundados en un principio básico de equidad, las personas que por cuenta de sus hábitos o comportamientos – respetados por supuesto- demandan más recursos del sistema, deben pagar más. Por ejemplo, quien fuma debe pagar un poco más que el que no fuma” (14).

A partir de la reforma tributaria que quedó vigente el mismo año mediante la Ley 1819, se esperaba recaudar cerca de 500.000 millones que serían destinados al sector salud, más los 1.3 billones del medio punto del IVA aprobado en la misma ley para el aseguramiento en salud, particularmente para la ampliación del Régimen Subsidiado y el pago por servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud en el Régimen Contributivo. Mediante esa ley se estableció un aumento en el impuesto al tabaco en dos momentos: un incremento de 1400 pesos para las cajetillas de 20 cigarrillos (o lo proporcional a su contenido) en el 2017 y luego en el 2018 cuando la tarifa aumentó en 2100 pesos. Así con la tarifa plena del impuesto, el precio promedio de la cajetilla de cigarrillos subió casi al doble en 2018, con lo que se esperaba desincentivar el consumo y disminuir la proporción de fumadores en casi dos puntos porcentuales (del 12.9% al 11.2%) entre el 2017 y el 2018. El déficit de casi dos billones de pesos en el sistema de salud para ese momento debía ser cubierto por la Nación, vía impuestos generales (14).

2.4 NACIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE CESACION DE TABAQUISMO

Si el rol de los neumólogos en la lucha contra el tabaco seguía siendo importante, se debía al reconocimiento del factor determinante de la toma de conciencia sobre el tabaquismo y la enfermedad asociada, como fruto del trabajo de los epidemiólogos R. Doll y A.B. Hill, quienes demostraron los efectos nocivos, evidentes e indiscutibles del cigarrillo sobre la salud (9).

El nacimiento de los programas se ha basado en la necesidad de prevención de enfermedades relacionadas con el tabaquismo: El tabaquismo es la principal causa de mortalidad prevenible en el mundo. Por cada cigarrillo fumado se acorta la expectativa de vida en aproximadamente 11 minutos. La historia de tabaquismo debe ser documentada en la HC de cada paciente y la cesación prontamente implementada. Incluso para los pacientes que han dejado de fumar, la duración del tiempo de tabaquismo y la cantidad de cigarrillos fumados son cruciales. La reducción del riesgo es progresiva, algunos riesgos se reducen pronto y otros más tarde. El cáncer por ejemplo puede aparecer décadas después de haber dejado de fumar. El tabaquismo es la primera causa de EPOC y ha sido relacionado con cáncer, enfermedad cardíaca y asma. El riesgo de cardiopatía isquémica es acumulativo y puede llevar también a infarto. El tabaquismo activo y pasivo ha sido implicado en EPOC y enfermedad coronaria. La contaminación ambiental del tabaquismo influye en el desarrollo del sistema respiratorio de los niños y produce bajo peso al nacer en bebés de madres

fumadoras. También contribuye en otras condiciones sistémicas, diferentes del sistema respiratorio, como enfermedad vascular periférica, osteoporosis y cáncer de diferentes órganos (seno, vejiga, cavidad oral, entre otros (13)

A principios del siglo XXI, las seis sociedades líderes en el mundo involucradas en el estudio de enfermedades pulmonares (American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asian Pacific Society of Respiriology, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society and Internacional Union Against Tuberculosis and Lung Disease), cuyos miembros son en su mayoría neumólogos, publicaron una declaración poniendo el tema del tabaquismo y la salud como la responsabilidad más importante del médico. En 2002, la American College of Chest Physicians publicó las Guías de Práctica Clínica para Cesación de Tabaquismo publicadas en 1996 por la Agencia Americana para las Políticas de la Investigación y el Cuidado de la salud, posteriormente actualizadas en el año 2000 (9).

En el 2007, la cesación de tabaquismo en pacientes con enfermedades respiratorias fue reportada como un componente de terapia de alta prioridad por el grupo de trabajo sobre directrices para dejar de fumar designado por la Sociedad Respiratoria Europea (9).

Las conclusiones de este panel de expertos fueron reportadas al establecerse nuevos estándares para la profesión de los neumólogos (9):

- 1. Los pacientes con enfermedad respiratoria tienen una mayor y urgente necesidad de dejar de fumar que los fumadores promedio, así que los neumólogos (y los profesionales de la salud) deben asumir un rol proactivo y continuo con todos los fumadores en animarlos a dejar de fumar, así como en darles un tratamiento para ayudarles en la cesación del tabaquismo.*
- 2. El tratamiento de cesación de tabaquismo debe estar integrado en el manejo de la condición respiratoria del paciente.*
- 3. Las terapias deben incluir tratamiento farmacológico (por ejemplo, terapia de reemplazo con nicotina, bupropión o vareniclina) combinadas con terapia cognitivo conductual).*
- 4. Los neumólogos deben recibir entrenamiento para garantizar que tengan el conocimiento, las actitudes y herramientas necesarias para proporcionar estas intervenciones o remitir a los pacientes al especialista apropiado.*
- 5. Aunque el costo de implementar estas recomendaciones se compensará en parte por la disminución de la atención del número de exacerbaciones, se debe establecer un presupuesto que permita su implementación.*

2.5 PUBLICIDAD ANTI-TABACO

Entre las funciones de la publicidad no solo está el vender productos. También está la responsabilidad social de advertir sobre los riesgos y efectos nocivos de ciertas cosas, como el cigarrillo. Este tipo de publicidad lejos de ser agradable suele por el contrario ser agresiva e impactante visualmente para que genere impacto y recordación.

El objetivo no es fácil pues, aunque las personas por lo general no desconocen los efectos indeseables del tabaquismo, una vez instaurado el hábito o adicción tienen grandes dificultades para dar marcha atrás. Es todo un reto para los publicistas ya que se trata venderle a alguien la idea de dejar de hacer algo que le gusta, aunque sea nocivo. Este es el caso de la publicidad antitabaco. El público por lo general no tiene objeción y aunque son mensajes agresivos, son aceptados pues comprenden la idea de neutralizar un problema grave y actuar para salvar vidas.

Estos son ejemplos de algunas campañas a nivel mundial y en Colombia (15).



Fig. 1

<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html> (15)



Fig. 2

<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html> (15)



Fig. 3

<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html> (15)

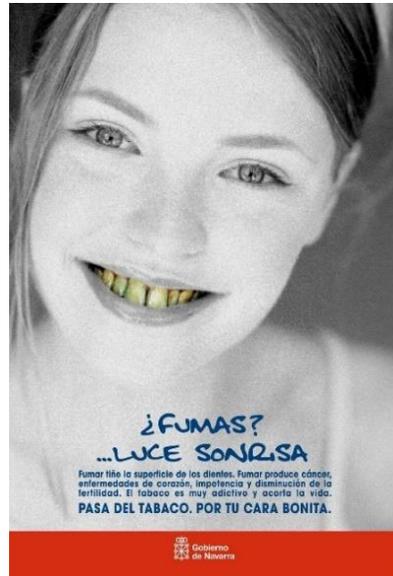


Fig.4

<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html> (15)



Fig. 5

<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html> (15)



Fig. 6

<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html> (15)

Instituto Nacional de Cancerología – ESE, Colombia 2019:

Lema “No fumar es la actitud”. Concurso digital de publicidad la para la prevención del cáncer en Colombia, a través de la visibilización y rechazo de las estrategias de mercadeo utilizadas por la industria tabacalera para atraer a niños y niñas como nuevos consumidores de tabaco. Al conmemorar el día Internacional de la Juventud, el Instituto quiso sumarse con éste concurso, a la serie de acciones interinstitucionales que se realizaron en Colombia ese año en pro de la calidad de vida de los jóvenes quienes a diario se enfrentan a diferentes fenómenos sociales que amenazan su bienestar y desarrollo, entre los que indiscutiblemente está el inicio del consumo de tabaco y ahora del cigarrillo electrónico y vapeadores a muy temprana edad.(16)

Fig.7



<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/2019/07/22/campana-antitabaco-que-entre-colores-y-sabores-el-tabaco-no-te-enamore/> (16)

También desde el frente medioambiental y de la economía familiar se puede generar reflexión en los fumadores que no consiguen ver la importancia en el cuidado de su salud o la de otros, pero pueden considerar ser cuidadosos del medio ambiente y los recursos de sus hogares (17).



Fig.8



Fig.9

<https://www.mallamaseps.com.co/index.php/noticias/item/92-dia-mundial-contra-el-tabaco> (17)

Además, los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la salud (OMS) frecuentemente emiten comunicados actualizados sobre la importancia de abordar el tema del tabaquismo de forma prioritaria, como por ejemplo en relación con el incremento de la severidad de la morbilidad y mortalidad con nuevas enfermedades como la COVID 19.



Fig.10

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fes%2Fcampanas%2Fdia-mundial-sin-tabaco-020&psig=AOvVaw1jwPVMPtoEPETQo1FFdXHG&ust=1653521452048000&source=images&cd=vfe&ved=oCAwQjRxqFwoTCOiajsel-fcCFQAAAAAdAAAAABAD>

3. PROGRAMAS DE CESACION DE TABAQUISMO

La Organización Mundial de la Salud [OMS] recomienda el tratamiento del tabaquismo dentro de los programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT), y a la vez debería integrarse a la atención del consumo de sustancias psicoactivas. En la lucha antitabaco todos los recursos son valiosos; en los extremos y buscando un control heterónomo por un lado están las iniciativas legislativas para disminuir la oferta y por otro, aumentar los impuestos para desestimular el consumo del tabaco. Pero desde el punto de vista de la autonomía, lo ideal es el autocontrol desde el conocimiento y la educación para no iniciar en el tabaquismo y si ya se es fumador, para decidir dejarlo. Los tratamientos de cesación cada vez son más importantes para la salud pública, principalmente porque la mayoría de las acciones tomadas están dirigidas a reducir la demanda del tabaco entre los jóvenes previniendo la iniciación en el hábito, pero desafortunadamente tienen un efecto menos contundente entre quienes son fumadores. Es ideal generar un alto impacto con los programas de Cesación de Tabaquismo en la atención primaria, pero para ello las acciones deben contar con el compromiso de los gobiernos a nivel nacional y local, las comunidades, las Entidades Prestadoras de Salud - EPS y las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS (1).

Aunque muchas personas desean dejar de fumar, solo un pequeño número lo consigue sin ayuda, pero según la OMS 2003, Convenio Marco para el Control del Tabaco – CMCT, se obtienen tasas de abandono de hasta el 30% por medio de programas de cesación de tabaquismo bien conformados. (OMS, 2003. *Fortalecimiento de los sistemas de salud para el tratamiento del tabaquismo como parte de la atención primaria/ parte III*). (1)

Las intervenciones más utilizadas para el tratamiento del tabaquismo son farmacológicas, educativas, o terapia cognitivo conductual que independientemente o en conjunto brindan herramientas de apoyo dentro de programas de cesación a nivel institucional dentro de clínicas (IPS) o consultorios.

Para la mayoría de los pacientes el dejar de fumar no se constituye en un hecho aislado y puntual sino un proceso que consta de varias fases en las cuales se abordan de forma integrada cada uno de los componentes de la dependencia. Todo fumador presenta en mayor o menor grado una necesidad psicológica de fumar a la vez que una necesidad variable (según el grado de dependencia a la nicotina) de orden bioquímico que requiere una

intervención farmacológica individualizada y acorde a las necesidades del sujeto. Para cerrar el círculo de atención se debe dar cobertura al tratamiento nutricional y de llegar a requerirse, también manejo con ansiolíticos y antidepresivos (6).

El fumar forma parte de la conducta del sujeto, por lo tanto, dejar de fumar implica un cambio de actitud y de conducta. Todo cambio de actitud se realiza gradualmente, como un proceso que lleva tiempo y se efectúa impulsado por una motivación precisa, sólida, convincente y duradera. La motivación inicial puede ser pequeña, pero puede irse fortaleciendo en el proceso en la medida en que el fumador va adquiriendo la conciencia y la percepción de tener el control. Aquí es donde el profesional de la salud, también como modelo de autocuidado, refuerza esa motivación, dando argumentos basados en datos científicos, y apoyando en el componente psicológico de la dependencia y el componente psicosocial sobre el que también va a impactar de forma positiva el abandono del hábito.

En las primeras aproximaciones al paciente es necesario explorar el grado de dependencia a la nicotina y el nivel de motivación para abandonar el tabaquismo. La dificultad para dejarlo por ejemplo puede ser inversamente proporcional a la motivación y directamente proporcional a la dependencia. Identificar estos aspectos permitirá un abordaje individualizado y aumentará las probabilidades de éxito (6).

3.1 EVALUACION DEL PACIENTE FUMADOR

En cualquier consulta médica, general, especializada, de fisioterapia en rehabilitación o en evaluación (física o respiratoria), es importante documentar en la historia clínica el estatus de fumador y fase en la que se encuentra, para saber cómo abordar al paciente o por dónde empezar. Los efectos de humo de cigarrillo de segunda mano no están bien documentados y por lo general se pasan por alto y el estatus de fumador pasivo no debería ser menos importante.

3.1.1 Etapas del fumador (6)

Tomadas de Giménez. Servera. Vergara. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica.

- **Primera etapa o de fumador consonante (periodo de pre - contemplación):** aquí se ubica el sujeto que nunca se ha planteado dejar de fumar;

está satisfecho con lo que considera una costumbre social sin consecuencias o con consecuencias aisladas y ocasionales. No existe conciencia de dependencia, aunque ésta puede ser elevada y la motivación es pequeña. Por lo general, se trata de personas jóvenes sin problemas de salud y poco consumidoras de tabaco (6).

- **Segunda etapa o de fumador disonante (periodo de contemplación):** el fumador se encuentra en esta fase cuando encuentra motivos para plantearse la importancia de abandonar el tabaco y empieza a no estar de acuerdo con su conducta. Puede no haber intentado nunca dejar de fumar por indecisión, miedo al fracaso o sencillamente porque no ha sabido encontrar el momento adecuado. Una vez convertido en fumador disonante, irá acumulando experiencias e información que incrementarán su motivación, hasta plantearse un primer intento de cambio. Éste, frecuentemente fracasa, manteniéndose en el individuo una conducta que el mismo no aprueba; el individuo fuma inducido por su dependencia, pero desearía dejar de fumar, permaneciendo algún tiempo en esta disyuntiva hasta plantear nuevos intentos; ocasionalmente puede persistir en este espiral de forma prolongada en el tiempo (6).

3.1.2 Otros aspectos de la evaluación inicial: la dependencia, la motivación y marcadores biológicos (6)

Tomados de Giménez. Servera. Vergara. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica.

- **Dependencia:** el instrumento más habitual y sencillo es la prueba de Fagerström (tabla 1). Cuando el resultado de éste es igual o inferior a cinco se considera que la dependencia es leve.
- **Motivación para dejar de fumar:** se valora mediante escalas analógicas en las que el sujeto marca su situación en respuesta a preguntas como “¿Cuál es la intensidad con la que desea dejar de fumar? “, aunque también puede valorarse de forma indirecta, pues de ella dependerá la situación en la que se encuentre dentro del proceso para dejar de fumar, de manera que el número de intentos previos es también indicador del grado de motivación. Un número de intentos elevado, por lo regular con breve duración de la abstinencia, indica una gran motivación, pero también una elevada dependencia.

- **Marcadores biológicos:** son las medidas de los productos derivados de la combustión del cigarrillo en el organismo (monóxido de carbono en aire espirado, carboxihemoglobina en sangre, concentración de tiocianato en sangre, o la concentración de metabolitos de nicotina en orina, saliva o sangre). Aunque su medición no debe considerarse imprescindible, resulta de suma utilidad por varios motivos:
 - Informan del nivel de absorción del humo de cigarrillo, lo que supone una valoración del consumo de nicotina, mucho más precisa que el número de cigarrillos consumidos y lógicamente relacionada con la magnitud de la dependencia.
 - Permiten valorar de manera objetiva la abstinencia del sujeto durante el seguimiento.
 - Aportan un componente de *feed - back* que estimula al exfumador, al comprobar como disminuyen dichas valoraciones cuando deja de fumar.

3.2 TIPOS DE INTERVENCION

Una vez elaborado el diagnóstico por medio de la valoración de los elementos antes mencionados (situación en el proceso de cambio de actitud al respecto del tabaco, dependencia a la nicotina y motivación para dejar de fumar), se pueden plantear dos formas de ayudar al fumador a lograr la abstinencia al tabaco: **La intervención mínima (breve) y el tratamiento especializado.** Cada una de ellas tiene su indicación según la etapa en que se situó al paciente dentro del proceso seguido para dejar de fumar, pues no puede afrontarse el proceso de deshabitación de forma idéntica en todos los casos (6).

3.2.1 Tipos de intervenciones según el tiempo de contacto durante la atención

(3). De acuerdo con las directrices del Ministerio de Salud y protección social para promover la cesación del consumo de tabaco y la atención del tabaquismo, en documento publicado en 2020, las intervenciones se pueden clasificar según el tiempo de contacto durante la atención de las personas en los servicios de salud, así:

- **Intervención breve:** Puede ser realizada por la mayoría de los profesionales de salud entrenados, principalmente médicos fisioterapeutas y enfermeras. Consiste en un intercambio de información y mensajes verbales para la cesación del consumo de

tabaco. Se aplica de forma oportunista en el marco de cualquier consulta o preconsulta, en menos de 10 minutos y constituye una manera factible y eficaz en función de los recursos para ayudar a los pacientes fumadores a abandonar el tabaco.

La intervención breve más costo efectiva es la estrategia de las **5As**, la cual implica 5 pasos: *Averiguar, Asesorar, Apreciar, Ayudar y Acordar*. Con esa intervención es posible tamizar sistemáticamente a los fumadores en todos los encuentros con pacientes independientemente de su motivo de consulta, incrementando las tasas de intervención sobre aquellos. Su principal objetivo es lograr que los pacientes logren avanzar en el proceso de dejar de fumar generando inquietud sobre las razones que les hacen permanecer fumando. Se ha podido comprobar que alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono.

- **Intervención intensiva:** Hace referencia a Programas de Cesación de tabaquismo, constituidos interdisciplinariamente, integrales y que constan de varias sesiones (individuales o grupales) de más de 10 minutos cada una, en centros especializados o consultorios. Parece ser que a mayor tiempo de contacto con el paciente se logran tasas más altas de abstinencia al año. Cualquier profesional de la salud con el entrenamiento adecuado puede proporcionar tratamiento intensivo del tabaquismo.

3.2.2 Modelos de intervención (3)

Los siguientes conceptos de modelos han sido tomados de las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social para promover la cesación del consumo de tabaco y el tratamiento del tabaquismo.

- **Modelo trans - teórico de Prochaska di Clemente.** Se trata del cambio de conducta como un progreso a través de 5 etapas – estados, cuya meta es el abandono del hábito. Es una estrategia transversal que se combina con consejería breve y evalúa la fase de abandono en la que se encuentra la persona. Dejar de fumar no ocurre en un solo paso. El progreso depende de la decisión personal y de la autoeficacia. Las etapas son: pre - contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento (recaída).

TABLA 1. Test de Fagerström

Preguntas	Respuestas	Valoración
1. ¿Cuánto tiempo tarda en fumarse el primer cigarrillo desde el momento en que se despierta?	≤ 5 minutos	3
	6 a 30 minutos	2
	31 a 60 minutos	1
	> 60 minutos	0
2. ¿Le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido (iglesia, cine, etc.)?	Sí	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más abandonar?	El primero del día	1
	Otros	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	Más de 30	3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fuma si se encuentra enfermo como para necesitar guardar cama durante la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

NOTA.(6) *Tabla tomada de Giménez. Servera. Vergara. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica.*

- **Entrevista motivacional para dejar de fumar.** No confrontativa y centrada en el paciente con el objetivo de explorar las ambivalencias de la persona con respecto a su comportamiento de consumo. Busca incrementar la motivación por la cesación y el cambio. Ayuda empáticamente al paciente a identificar las razones personales y motivaciones internas y suficientes para tomar la decisión de cambiar. Así se evita la resistencia pues la responsabilidad del cambio recae en la persona. El profesional encargado debe ser capaz de generar un ambiente

de confianza en el que la ambivalencia frente al abandono sea vista como parte normal del proceso. Debe permitírsele al paciente expresar los motivos por los que desea el cambio y confrontarlos con la realidad de su tabaquismo actual. Debe fomentar la reevaluación, repitiendo las afirmaciones del paciente a manera de resumen. Debe evitar la confrontación y los comentarios en contra del tabaco; en vez de ello debe ayudar al paciente a comunicar su percepción del propio tabaquismo e identificación con él. Debe apoyar la autoeficacia en el paciente reforzando la idea de que él es el agente activo del cambio.

- **Terapia cognitivo conductual.** “Esta intervención tiene como objetivo cambiar los comportamientos adictivos por conductas más adaptativas y de mejores habilidades a la hora de afrontar los acontecimientos vitales y los estresores de la vida cotidiana”. Su enfoque se basa en la premisa de que “cualquier conducta adictiva es el resultado de unos patrones comportamentales aprendidos”, así los procesos cognitivos juegan un papel importante en el mantenimiento y modificación de la conducta del fumador. Esta terapia tiene aplicación desde la dependencia física hasta la psicológica y social en el paciente fumador (3).
- **Terapia farmacológica.** De gran utilidad tanto en los trastornos de dependencia a la nicotina como en la abstinencia. Los medicamentos incrementan las tasas de abstinencia a largo plazo comparados con placebo si se suministran en conjunto con otras estrategias como la consejería. En la primera línea de tratamiento se encuentra la terapia de remplazo con nicotina (TRN) y los neuromoduladores como el bupropión y la vareniclina.

4. ROL DEL FISIOTERAPEUTA Y DEONTOLOGIA DE LA PROFESION

“El arte de las profesiones del área de la salud consiste en descubrir al dueño de la enfermedad, más que a la enfermedad misma” [Arango Restrepo, P] (18). La fisioterapia no es ajena a esta premisa y más aún le pertenece pues por tratarse de una profesión donde el contacto con el paciente no está limitado a unos escasos momentos sino por el contrario las sesiones de rehabilitación suelen estar planeadas en bloques de varias sesiones de entre 40 minutos y dos horas de duración, lo que le da al fisioterapeuta la oportunidad de conocer a la persona más que al paciente. Incluso puede llegar a desarrollarse una relación que es necesario delimitar, entre no entrar en terrenos tan personales en donde se pueda ver perjudicada la relación terapeuta paciente y entre no ser tan lejano y frío que el paciente no sienta la calidez de un profesional tan humano como él.

Para esto la calidad personal del profesional es clave, pues se requiere empatía, amor por la profesión a la vez que respeto y compasión por el paciente. Las cualidades personales pueden ser suficientes, pero una formación complementaria desde las aulas suele ser muy útil, pues una formación científica aislada le resta la posibilidad al profesional en formación de comprender al otro desde una perspectiva más humana. Las artes y la literatura por ejemplo alimentan el espíritu y nos ayudan a comprender a la persona en otras dimensiones diferentes a la dimensión corporal, como por ejemplo sus motivaciones, sueños, temores, creencias.

Desde el punto de vista legal, según el texto del proyecto de Ley 052 de 2021, cuyo texto fue aprobado en primer debate por la comisión sexta del Senado de la República en sesión realizada el día 16 de noviembre de 2021, por medio del cual se expide el Código de Ética para el ejercicio de la Fisioterapia en Colombia, pueden enumerarse algunos apartados relevantes para este trabajo (19):

CAPÍTULO 1. ARTÍCULO 3. Ejercicio de la Fisioterapia. La Fisioterapia proporciona servicios a las personas con el fin de desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la habilidad funcional a lo largo de todo el ciclo de la vida,

incluyendo la provisión de servicios en circunstancias donde el movimiento y la función se afecten por condiciones fisiológicas, lesiones o enfermedades.

La profesión orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potenciación del movimiento corporal humano, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la participación en procesos interdisciplinarios de habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su funcionamiento, bienestar y calidad de vida, y contribuir al desarrollo social.

CAPÍTULO II. ARTÍCULO 4. Principios. El ejercicio profesional en fisioterapia se enmarca en el contexto de la atención respetuosa de la vida y la dignidad de cada ser humano, y en la promoción de su desarrollo y de un medio ambiente sano, procurando su integridad física, funcional, mental, social, cultural y espiritual, sin distinciones de edad, credo, género, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socio económica e ideología política.

CAPÍTULO II, ARTÍCULO 5. Valores. El ejercicio de la profesión de Fisioterapia se realizará teniendo en cuenta los valores de: Humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia, secreto profesional.

CAPÍTULO III. ARTÍCULO 6. Promesa del fisioterapeuta

Como profesional en fisioterapia prometo solemnemente que:

“Encausaré los conocimientos en el desempeño de esta profesión siempre al servicio de mis semejantes.

Brindaré atención humanizada al paciente o usuario con calidez, justicia social y eficiencia. Guardaré el secreto profesional sobre todo cuanto vea u oiga en cumplimiento de mis funciones.

Respetaré la autonomía de cada profesional integrante del equipo de salud y de los pacientes o usuarios a quienes se presten los servicios.

No aceptaré bajo ningún pretexto, tomar parte en actos que atenten contra la moral, la ética o el ser humano.

Mantendré actualizados los conocimientos para garantizar la evolución de la profesión, junto con la calidad y seguridad de la atención.

Actuaré con respeto, prudencia, fidelidad y lealtad durante el ejercicio de la profesión.

Procuraré por los medios a mi alcance dignificar la profesión manteniéndola en el lugar destacado que le corresponda”.

4.1 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

Tradicionalmente se ha reconocido a la fisioterapia como encargada de la atención de pacientes en nivel de “deterioro” (personas con condiciones médicas o quirúrgicas), pero se ha establecido una nueva tendencia de atención en salud en la que ahora los fisioterapeutas deben propender también por la salud y el bienestar de las personas, así como por la prevención de la enfermedad y su progresión para evitar en lo posible intervenciones invasivas (médicas o quirúrgicas) innecesarias.

Las llamadas “enfermedades de la civilización”, causadas por lo general por factores de riesgo asociados a estilos de vida particulares son causantes de una importante morbilidad y mortalidad en el mundo moderno. Entre estas enfermedades se encuentran la enfermedad cardiaca isquémica, el cáncer, diversas condiciones asociadas al tabaquismo, hipertensión, diabetes, accidente cerebrovascular por mencionar algunas, y es indudable la eficacia de las intervenciones no invasivas, incluida la educación, nutrición óptima y ejercicio en la prevención y manejo de estas enfermedades.

Los fisioterapeutas son unos de los principales actores posicionados en el sistema de cuidado de la salud para contrarrestar estas condiciones. En términos de prevención los fisioterapeutas pueden valorar y controlar los factores de riesgo prescribiendo

intervenciones agresivas para revertir en algunos casos o al menos modificar los factores de riesgo para estas enfermedades de la modernidad. De esta manera se pueden prevenir o reducir, la significativa morbilidad y limitación funcional que pueden progresar a discapacidad (13).

Los fisioterapeutas pueden trabajar desde diferentes tipos de prevención:

- **Primaria:** prevención de la enfermedad en muy alto riesgo, de personas o poblaciones en las que se sospecha alto riesgo, mediante esfuerzos de promoción de la salud.
- **Secundaria:** se esfuerza por disminuir la duración de la enfermedad o su severidad o secuelas, mediante el diagnóstico temprano y la intervención oportuna en el proceso de la enfermedad.
- **Terciaria:** intenta disminuir el grado de discapacidad mediante la rehabilitación y restauración de la función en pacientes con enfermedades crónicas e irreversibles.

Elizabeth Dean (fisioterapeuta PhD) describió un modelo de fisioterapia integral enfocado en la educación al paciente en el cual tanto el alumno (paciente) como el contenido coinciden. Los componentes del modelo incluyen creencias sobre la salud, autoeficacia y sensación de control percibido. Este modelo es útil para comprender como las creencias del individuo impactan su salud y enfermedad, así como la respuesta y reacción a ellas y su cuidado (20).

El interés ha aumentado en las comunidades académicas y clínicas en cuanto a la importancia de la evaluación de la conciencia de la salud, la comprensión de los factores de riesgo, autoeficacia y disposición para efectuar cambios sostenidos en el comportamiento del estilo de vida. La falta de conocimiento de los factores de riesgo y las malas elecciones de estilos de vida se han abordado tradicionalmente en sesiones educativas durante sesiones terapéuticas. Hoy se sabe que el cambio en el comportamiento es multifactorial y la adherencia a las recomendaciones en cambios del estilo de vida requieren estrategias innovadoras para asegurar que los nuevos patrones de vida sean sostenidos. Hacer que estos cambios sean permanentes es el mayor reto para el fisioterapeuta (13).

4.2 PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN ATENCION PRIMARIA, CONSULTA EXTERNA Y PROGRAMAS DE CESACION DE TABAQUISMO

Los fisioterapeutas tienen la importante misión de ser conductores de los cambios en los comportamientos en salud, pueden ser la entrada al sistema de salud para muchos pacientes así que ellos deben valorar la salud general del paciente, los factores de riesgo y además enfocarse en el problema físico específico que trajo el paciente a fisioterapia.

Una vez el paciente ha sido remitido para rehabilitación, el fisioterapeuta tiene la responsabilidad de asegurar que el estado del paciente sea óptimo para maximizar la respuesta al tratamiento fisioterapéutico, considerando además otros factores que contribuyen al estado de salud comprometido del paciente y que podrían ser también serios y merecer un tratamiento interdisciplinario.

Es fácil observar cierta discordancia que no se comprende muy bien, entre el conocimiento existente de los factores de riesgo (condiciones relacionadas con el estilo de vida) y el éxito en su abordaje (promoción de estilos de vida saludables); se podría decir que el cuidado de salud ha fallado en reducir significativamente la prevalencia de las “enfermedades de la civilización” y sus factores de riesgo (20). Una buena pregunta sería ¿Por qué la gente no siempre hace elecciones conscientes de estilos de vida saludables?

Parece ser más fácil para los pacientes hacer visitas de rutina al médico que cambiar sus estilos de vida. Una explicación para la falla de modelos convencionales de educación en salud puede ser que tradicionalmente esta se ha basado en un modelo unidireccional de provisión de información de parte del profesional de la salud (sujeto dominante - paternalista) al individuo o paciente (persona subordinada) en forma de folletos, libros, videos, artículos de revistas y anuncios de radio y televisión. Estos formatos típicamente no son bien dirigidos a una población específica o a sus necesidades particulares (20).

Los cambios en el comportamiento son más efectivos cuando se aplica un modelo bidireccional que incluya la construcción de un informe, confianza, compromiso y seguimiento. Otros factores importantes incluyen receptividad, susceptibilidad, creencias, sincronización, entrega asertiva de mensajes, supresión de barreras (culturales, lenguaje) refuerzos y control de estímulos externos. Aquí el papel del fisioterapeuta es fundamental, por lo menos en la teoría y define su quehacer: la cercanía con la persona (paciente) y la humanización de su labor.

Cuando la estrategia de entrega de información (dietas bajas en grasas, ejercicio, cesación de tabaquismo y manejo del estrés) se hace en el entorno de grupos de apoyo en formatos de innovación múltiples los pacientes suelen hacer cambios sostenibles en los estilos de vida que reducen los factores de riesgo, disminuyen la necesidad de medicamentos y mejoran su calidad de vida.

Además, la educación en salud es más efectiva cuando se consideran las diferencias culturales que afectan las creencias en salud, actitudes y comportamientos.

El papel del médico, fisioterapeuta o enfermera está cuidadosamente asignado en los programas especializados de cesación de tabaquismo; cada uno tiene un rol diferente dependiendo del centro especializado, y los procedimientos están muy bien descritos, implementados y evaluados. Es en la consulta externa de medicina general, o en los servicios ambulatorios de rehabilitación física, terapia respiratoria o pruebas de función pulmonar, en donde el abordaje del paciente fumador, como intervención breve, no está sistemáticamente establecido dado que los esquemas de atención están diseñados en unos tiempos tan escasos y pensados para la atención del mayor número de “usuarios” en el menor tiempo posible o en el tiempo justo para la actividad programada, optimizando el recurso humano en función de la capacidad instalada y en aras de la “productividad”. Esto restringe un poco la interacción cálida, personalizada y si se quiere amable puesto que el personal debe cumplir además de la atención al paciente, con otras funciones propias de su cargo, como estadísticas, historia clínica, y algunas actividades administrativas adicionales.

Sin embargo, está en cada profesional optimizar el tiempo de atención por paciente, no siendo imposible en la mayoría de los casos brindar una atención humanizada y amable. Ese breve momento de encuentro con el paciente, se convierte en una oportunidad única de aproximación y conocimiento de una persona – paciente que espera lo mejor del profesional, con grandes expectativas y esperanzas que desafortunadamente no siempre son satisfactoriamente cumplidas.

La atención humanizada del paciente es algo que podría aprenderse en una Facultad de Medicina, Enfermería o Fisioterapia, sin embargo, son los valores y virtudes de cada profesional, adquiridos en todo su proceso formativo, su formación como persona, incluso desde su casa los que realmente son los determinantes del tipo de atención que se brinda a los pacientes. Aun siendo egresados de las mejores universidades, si no hay vocación, ética profesional, valores humanos, amor por el servicio, amor a la profesión y amor al paciente, la relación profesional de la salud - paciente tiende a fracasar y con ella los objetivos

importantes de la atención que, como se ha mencionado antes, buscan enganchar al paciente en un sistema de salud exitoso en el cual éste es un agente autónomo y responsable en su autocuidado.

4.2.1 Pautas para la intervención breve (3) (6):

Las siguientes pautas de intervención han sido tomadas de las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social para promover la cesación del consumo de tabaco y el tratamiento del tabaquismo y se encuentran resumidas en la **(Tabla 2)**.

1. Preguntar siempre por la condición de fumador. Debe ser una pregunta de rutina en la práctica clínica al hacer la historia clínica o tomar sus signos vitales.
2. Indicar siempre la cesación del tabaco a todo fumador, de forma contundente e inequívoca como la prescripción de un antibiótico, un corticoide o un broncodilatador. No se le dice a un asmático por ejemplo ...” debería usted intentar tomar este broncodilatador”, sino se le dice...” tiene que tomar esto de la siguiente forma...”. La supresión de tabaco ha de indicarse con firmeza ...” tiene que dejar de fumar totalmente”, “es mi obligación decirle que la medida más importante que puede tomar para conservar o mejorar su salud es dejar de fumar. Hay que evitar frases ambiguas como “... debería dejar de fumar” o “... tiene que fumar menos”.

Este mensaje ha de darse de forma personalizada y dentro de contexto, es decir, haciendo referencia a aquellos motivos que lo justifican de manera específica y concreta para este paciente, no a través de generalidades como “...tiene que dejar de fumar porque es bueno para su salud”. A los pacientes con EPOC hay que transmitirles la idea de que dejando de fumar obtendrán un beneficio mucho mayor que el que pueden esperar de todo el resto de las medidas terapéuticas (Por ejemplo, “al dejar de fumar se detendrá la evolución de su enfermedad, mejorará la tos, la expectoración y la disnea”).

Al dar este mensaje también se debe transmitir la idea de que se le va a ayudar y que no se va a encontrar solo en su intento.

3. Identificar a los fumadores preparados para hacer un intento: Para poder ayudar mejor a los pacientes es interesante conocer algunas características de su dependencia, fundamentalmente por qué fuman y en qué circunstancias, y cuáles son los motivos por los que quieren dejar de fumar.

En los sujetos que todavía no tengan intención de dejar de fumar (consonantes) es preciso aumentar su motivación fundamentalmente con los siguientes argumentos:

- *Ventajas que reporta dejar de fumar*, no solo referidas a la salud de uno mismo, sino también a la de los demás (hijos, esposa, etc.), o centradas en aspectos estéticos, sociales y de calidad de vida.
- *Dejar de fumar es posible, y siempre es rentable*. Muchos fumadores consonantes se refugian en la idea de que han fumado ya tanto que a su edad no encontrarán beneficio alguno al dejarlo o que ya les va a ser tan difícil dejar de fumar que no lo conseguirán.

El empleo de material impreso, procedente de instituciones oficiales o sociedades científicas, es decir de calidad garantizada, resulta imprescindible para reducir el tiempo de la intervención y mejorar la recepción por parte del fumador.

En este grupo de fumadores, la intervención mínima no pretenderá que dejen de fumar, sino tan solo hacerles avanzar en el proceso del cambio, transformándoles de fumadores consonantes en fumadores disonantes. A éstos últimos ya se les puede considerar preparados para dejar de fumar y además de ensalzar su motivación verbalmente y con material impreso, ya se podrá continuar con las siguientes etapas de la intervención.

4. Planificar la estrategia a seguir para dejar de fumar. Debe ser un proceso sistemático que incluya todos aquellos elementos de eficacia probada.

Establecer la fecha de retirada: de común acuerdo con el paciente, en un plazo no superior a 15 días, intentando, aunque no siempre es posible, que coincida con un momento destacado o simplemente una fecha fácil de recordar (aniversario, primero de mes, comienzo de semana, etc.) para aproximar más a la idea de cambio en el estilo de vida. Debe ser evidente para el paciente que se toma nota de su compromiso en la historia clínica. Los periodos de gran estrés o ansiedad, así como de depresión no son adecuados para realizar un intento de dejar de fumar, aunque aquellos relacionados con la propia enfermedad (agudización, percepción de empeoramiento, etc.) pueden sensibilizar favorablemente, facilitando la decisión de la retirada.

Periodo de desvanecimiento de la dependencia al tabaco o de preparación para dejar de fumar: Se inicia desde ese momento hasta el día

indicado para dejar de fumar; durante él se recomienda realizar las siguientes pautas:

- Elaborar, progresivamente, a lo largo de este tiempo, **una lista de motivos** por los que fuma y otra por los que desea dejar de fumar. Su objetivo es provocar la búsqueda de elementos personales de motivación, ensalzando ésta a través de la comparación de la importancia de ambas listas.
- **Autorregistro** de los cigarrillos que fuma cada día, anotando, antes de encender cada cigarrillo, una valoración sencilla (de cero a dos, por ejemplo) del grado de necesidad que tenía de fumar, el momento y la situación que le indujo a fumar. Aunque su objetivo es diferenciar las circunstancias que inducen mayor necesidad de fumar para desarrollar estrategias específicas de control, el desarrollo de autorregistros tiene como consecuencia inmediata añadida la reducción del consumo, iniciándose así una adaptación del individuo a niveles de nicotina más bajos, lo que supone una ventaja para el momento de la supresión definitiva.
- **Ensayos de abstinencia**, retrasando o evitando aquellos cigarrillos que son más deseados, como el de después de comer, al levantarse, etc., y en ocasiones aisladas. Con ello se pretende igualmente un entrenamiento del autocontrol y la disminución del consumo.
- **Aumento del ejercicio** que habitualmente realizaba, con lo que se obtiene un nivel de referencia de la actual capacidad para el ejercicio y permite valorar la mejoría que sigue al dejar de fumar, aportando así un estímulo de la motivación para mantenerse abstinentes (retroalimentación). Este elemento puede no ser adecuado en los pacientes con EPOC grave.
- **Establecer un compromiso** anunciando a las personas con quienes se convive, sin restricciones, la decisión de dejar de fumar en la fecha prevista.

Antes de dejar definitivamente de fumar, el paciente debe estar informado sobre los síntomas de la abstinencia: manifestaciones, motivos, temporalidad, duración, etc. La tarde anterior al día prefijado conviene revisar la lista de motivos y el registro de cigarrillos para identificar las situaciones difíciles y planificar estrategias para evitarlas o superarlas. Puede resultar útil fumar con exageración, especialmente en las últimas horas de vigilia anteriores al día señalado para dejar, buscando un efecto aversivo, provocado por la saciedad, que facilitará la abstinencia durante las primeras horas de la mañana del día siguiente. Deben retirarse del domicilio y lugar

de trabajo, el tabaco, ceniceros, encendedores y utensilios relacionados con el hábito de fumar (6).

- **Aporte de nicotina.** La terapia sustitutiva de nicotina está ampliamente contrastada para el tratamiento de tabaquismo, reduciendo la intensidad y la duración de los síntomas de abstinencia y aumentando las tasas de abandono (1,3,21). Con ella se pretende mantener una concentración plasmática cercana a la mínima habitual del fumador, con lo que se evita el estímulo que, inducido por la privación del tabaco, provoca los deseos de fumar, aunque no se suprimen completamente éstos, pues muchos de ellos surgen como consecuencia del automatismo o del resto de los componentes de la dependencia.
- **Supresión total del tabaco.** Llegado el día programado y desde que se levante de la cama se suspenderá totalmente el tabaco, sustituyéndolo, si se consideró indicado, por la administración de nicotina.

Debe dejarse bien entendido que la reducción del consumo, por drástica que pudiera parecer, tan solo conduce a prolongar el esfuerzo para evitar algunos cigarrillos, manteniendo la dependencia al resto, el menos en su vertiente psicológica. El resultado de esta práctica termina por retornar al consumo habitual transcurridos varios meses (9).

5. Seguimiento: Como sucede con cualquier prescripción, se debe hacer un *seguimiento de su cumplimiento* (abstinencia) en los sucesivos controles que siga el sujeto, al igual que se hace con el resto de la medicación indicada, lo cual debe ser advertido en el momento de la indicación.

Conviene que el seguimiento se inicie de manera precoz, la primera semana después de haber dejado de fumar, revisando los síntomas de la abstinencia las dificultades encontradas y estrategias para superarlas (**Tabla 3**).

TABLA 2. Intervención mínima: Pautas

I.	Identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita
II.	Aconsejar firmemente dejar de fumar
III.	Identificar a aquellos fumadores que quieren hacer un intento de abandono
IV.	Prestar la ayuda y el soporte necesarios
V.	Realizar el seguimiento

NOTA.(6)

TABLA 3. Síntomas de la abstinencia

Manifestaciones subjetivas
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la tensión - Irritabilidad y agresividad - Nerviosismo, intranquilidad - Depresión - Aumento del apetito - Deseo vehemente de fumar (craving)
Manifestaciones objetivas
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en el EEG - Disminución de la frecuencia cardíaca y presión arterial - Aumento de la circulación periférica - Disminución de adrenalina, noradrenalina y cortisol en orina - Trastornos del sueño (hiper somnolencia o insomnio) - Aumento de peso - Disminución de la capacidad de vigilancia, de atención, de memoria y de conducción simulada

Tabla tomada de Giménez. Servera. Vergara. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica.

Durante el periodo de seguimiento se debe controlar el peso y, si se dispone de ello, alguno de los marcadores biológicos anteriormente comentados. La ayuda médica para controlar el incremento de peso (reducción de la ingesta calórica o aumento del ejercicio) y las situaciones de ansiedad (ansiolíticos) pueden facilitar el mantenimiento de la abstinencia en algunos individuos. El empleo de ansiolíticos ha de plantearse de manera muy selectiva. También indicar pautas de manejo, para seguir cuando las ganas de fumar parecen irresistibles (**Tabla 4**).

TABLA 4. Pautas para seguir cuando las ganas de fumar parecen irresistibles.

<p>1. Esperar de tres a cinco minutos controlados por el reloj antes de encender el cigarrillo y entre tanto:</p> <ul style="list-style-type: none">- Analice las circunstancias y motivos que las inducen- Deguste un sustituto del tabaco: caramelos o chicle sin azúcar, fruta, zumo, canela en rama, enjuague dental, cepillado de dientes, etcétera.- Mantenga las manos ocupadas- Realice actividades que le hagan difícil fumar- Realice técnicas de relajación
<p>2. Tras las comidas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Levántese inmediatamente de la mesa- Lave sus dientes y realice alguna actividad que le mantenga las manos ocupadas y la mente distraída.
<p>3. En los momentos de relax, cambie su actitud, no se sienta en el sillón favorito, sustituya su lectura habitual por otra actividad relajante (hablar, hacer rompecabezas, etcétera.)</p>

Tabla tomada de Giménez. Servera. Vergara. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica.

Las recaídas constituyen una eventualidad sobre la que debe alertarse al paciente desde el primer momento, informando de que fumar un cigarrillo aislado o dar una “fumada aislada” para después seguir sin fumar, es siempre el comienzo de una recaída. Se debe estar alerta y proponer al paciente algunos elementos de ayuda para vencer las recaídas (**Tabla 5**)

TABLA 5. Elementos de ayuda para vencer las recaídas.

<ul style="list-style-type: none">- No fumar ni siquiera un cigarrillo, aunque se esté seguro de que será el único- Seguir las recomendaciones para cuando las ganas de fumar son irresistibles- Si se ha fumado un cigarrillo, identificar el desencadenante y diseñar una estrategia para evitar esta situación en el futuro- Evitar el sentimiento de frustración (perder una batalla no implica perder la guerra)- Dejar de fumar de nuevo e inmediatamente- Buscar el apoyo del entorno social (familia, amigos, compañeros, etcétera)
--

Tabla tomada de Giménez. Servera. Vergara. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica.

El número de controles ha de ajustarse a cada individuo, pero como mínimo se hará un primer control entre una y dos semanas después de dejar de fumar, el segundo al cabo de un mes, reduciendo la dosis de nicotina e indicando un segundo escalón de reducción al cabo del segundo mes. El tercer control se realizará a los tres meses y si se mantiene la abstinencia, se indicará la supresión del aporte de nicotina, en el caso de que éste se estuviese realizando.

4.2.2 Intervención intensiva o especializada (6)

Los “programas multicomponentes de tratamiento a fumadores”, utilizan una combinación de técnicas efectivas en el control de la dependencia al tabaquismo. Estas técnicas son: cognitivo-conductuales y/o tratamiento farmacológico (reemplazo de nicotina), y buscan disociar la dependencia farmacológica y psicológica. Mientras se

controlan los síntomas de abstinencia con la administración de nicotina, en dosis decrecientes para reducir la dependencia farmacológica, se adiestra al sujeto para que controle el automatismo de fumar y el refuerzo psicológico que supone el empleo del cigarrillo.

Técnicas cognitivo-conductuales (21)

Tomado de *American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with Nicotine dependence.*

Su objetivo es modificar la conducta del fumador, reestructurando sus conocimientos, de manera que sea capaz de canalizar, sustituir y por último suprimir el comportamiento adquirido de fumar. Por lo general la terapia consiste en la aplicación de una o varias de estas técnicas:

- *Técnicas de refuerzo positivo*
- *Autocontrol del número de cigarrillos*
- *Reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán*
- *Contrato de contingencias*
- *Técnicas de control de estímulos*
- *Autoanálisis detenido de los motivos por los que se desea dejar de fumar, contrapuestos a los motivos por los que el propio individuo fuma*
- *Información científica sobre los efectos de la nicotina*
- *Intervención en grupo: busca incrementar el nivel de compromiso del paciente, pero lo que es más importante, establecer una interacción entre los integrantes del grupo, que permitirá hacer propias las experiencias de los demás, a través del aprendizaje indirecto.*

Tratamiento farmacológico (21)

Tomado de *American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with Nicotine dependence.*

Una vez ha ingresado el paciente al programa especializado de cesación, se debe suministrar un tratamiento farmacológico con antidepresivos como la clonidina o el bupropión para el tratamiento de la dependencia al tabaco. También debe administrarse nicotina en una dosis

progresivamente decreciente que ha demostrado efectividad en ensayos controlados, siendo recomendada su administración por las más prestigiosas guías de tratamiento del tabaquismo.

- **Bupropión:** ayuda para el control de los síntomas de abstinencia y en la reducción o abolición de los deseos de fumar. Aprobado por la FDA como tratamiento para dejar de fumar. Su mecanismo de acción es similar al de la nicotina, la cual activa la liberación de norepinefrina, dopamina y otros neurotransmisores en el sistema nervioso central. Esta acción dopaminérgica y noradrenérgica podría ser responsable de la disminución de la necesidad de nicotina en el fumador, al tiempo que mitigaría los síntomas de abstinencia. Se utiliza en una dosis de 300 mg/día por vía oral en dos dosis, comenzando 7 días antes de la fecha fijada para dejar de fumar y manteniendo el tratamiento por siete semanas. Su principal efecto secundario es el insomnio, junto con la sequedad de la boca, rinitis, mareos y cefaleas.
- **Sedantes y ansiolíticos:** para controlar estados de marcada ansiedad también suelen ser de utilidad en los primeros días de abstinencia.
- **Terapia sustitutiva con nicotina (TSN):** consiste en administrar nicotina pura por una vía distinta a la del cigarrillo a una dosis suficiente para disminuir al máximo los síntomas de abstinencia a la nicotina, pero insuficiente para provocar dependencia. Así, al aminorar el síndrome de abstinencia se van a mejorar sensiblemente las tasas de abstinencia obtenidas con tratamiento conductual.

El tratamiento con sustitutos de nicotina está indicado en un principio en todos los fumadores que expresen su deseo de dejar de fumar y estén altamente motivados para ello. Su eficacia está altamente demostrada en los fumadores que presentan alta dependencia a la nicotina.

Más que contraindicaciones para esta terapia sustitutiva, se debe hablar de precauciones, que serían las obvias precauciones de las circunstancias en que lo está el hecho de fumar. La precaución debe tomarse, valorando el riesgo beneficio en los siguientes casos:

- Infarto agudo de miocardio (primeras 4 semanas post infarto)
- Angina inestable
- Arritmias cardíacas graves
- Accidente cerebrovascular reciente
- Embarazo y lactancia

Las formas de administración más usadas son los parches y chicles de nicotina y la duración adecuada del tratamiento es de ocho semanas. El aerosol nasal de nicotina también es una buena opción dado que es seguro y eficaz en los fumadores con alta dependencia a la nicotina, sin embargo, como consecuencia de la rápida absorción de nicotina, el 30% de los sujetos desarrolla dependencia al aerosol nasal (6). Entre los efectos secundarios se encuentra el eritema en la zona de aplicación de los parches, alteraciones en la mucosa oral y los dientes, dolor en la articulación temporomandibular, mal sabor de la boca, irritación de la garganta, hipo, flatulencias, dispepsia, náuseas, aumento de la salivación, cefalea, insomnio, irritabilidad, palpitaciones, obstrucción nasal y estornudos.

Tratamiento grupal (6)

Este tipo de tratamiento reduce los costos y aumenta la efectividad. También tiene otros beneficios como aumentar la motivación de los participantes debido a la ayuda y presión del resto de los integrantes del grupo, aumentar la autoestima al sentir que ayuda a otros, enriquecerse de las experiencias y vivencias de los otros, así como de la forma de enfrentar las dificultades comunes evitando el sentimiento de desamparo y soledad y desarrollar e imitar estrategias para enfrentar las recaídas.

Contraindicaciones del tratamiento y actitud ante los fracasos

La adicción a otras sustancias y la existencia de problemas psiquiátricos o psicológicos graves constituyen las únicas contraindicaciones. Los primeros difícilmente romperán con una adicción socialmente admitida, como es el tabaco. En el caso de los sujetos con tratamiento psiquiátrico se han descrito desestabilizaciones en su proceso de base. En los fracasos del tratamiento no se recomienda volver a iniciarlo hasta transcurrido un año (6).

5. PROGRAMAS DE ATENCION INTEGRADA DE LA FUNDACION NEUMOLOGICA COLOMBIANA

5.1 EXFUMAIRE

El programa EXFUMAIRE, junto con AIREPOC, ASMAIRE y Rehabilitación Pulmonar, hace parte de los exitosos programas de atención integrada de la Fundación Neumológica Colombiana. Este éxito radica en posicionar al paciente como el centro del tratamiento, alrededor de quien gravitan la familia o cuidador y el personal asistencial de la Fundación, identificando, apoyando e interviniendo en situaciones clínicas y comportamentales específicas, con el fin de mejorar su calidad de vida.

“El servicio busca marcar una diferencia real positiva en la atención y cuidado de la salud de nuestros pacientes. El equipo interdisciplinario conformado por médicos neumólogos, internistas, fisioterapeutas, enfermeras, terapeutas respiratorias, psicóloga y nutricionista, trabaja para generar relaciones de confianza con el paciente, cuidadores, aseguradores y demás actores del sistema de salud, buscando desenlaces clínicos óptimos para nuestros usuarios” (22).

La actividad interdisciplinaria y educativa grupal del programa EXFUMAIRE de la Fundación Neumológica Colombiana tiene como objetivo ayudar a las personas fumadoras con adicción a la nicotina que voluntariamente lo soliciten manifestando su deseo de dejar de fumar o sean referidas al programa, con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad y responder a sus necesidades particulares.

El programa nació en 2015 y está dirigido a población en riesgo, principalmente en edad escolar y adultos entre 18 y 75 años con tabaquismo activo que deseen dejar de fumar. Estos pacientes pueden ser detectados en la consulta externa de neumología, por el prestador, o de forma libre y voluntaria.

El programa ofrece el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación para el paciente y su familia. Su objetivo es lograr que el paciente tome conciencia sobre la importancia de la cesación del tabaco y el impacto positivo que esto podría generar en su salud y en su vida. Así, el programa propende por generar cambios efectivos en sus hábitos de vida logrando

como fin último el abandono del cigarrillo y un estilo de vida saludable. Esto último redonda en la satisfacción de los pacientes al lograr una notoria mejoría en su calidad de vida.

Requisitos:

- El paciente debe tener los resultados más recientes de espirometría y cooximetría para ingresar al programa.
- Debe haber un compromiso explícito del paciente para asistir a la Fundación Neumológica Colombiana de acuerdo con la agenda del programa.
- El paciente debe tener una fase de preparación, es decir que es capaz de fijar una fecha para dejar de fumar en el próximo mes o ha intentado dejarlo al menos una vez en el último año.

Actividades:

- Los pacientes son valorados en cada control por el grupo base del programa (neumólogo y fisioterapeuta).
- Se desarrollan cinco talleres grupales al año que abordan diferentes temas.
- Se celebra el Día Mundial sin tabaco (cada 31 de mayo)
- Se brinda información sobre el Programa EXFUMAIRE

Desde la consulta de medicina general, medicina interna o neumología, de primera vez, control, o consulta prioritaria, el paciente es canalizado. Se le administra por primera vez el Test de Fagerström (Tabla 1), se remite a nutrición y psicología, e inmediatamente es remitido a post consulta (consulta con la fisioterapeuta) en dónde es educado acerca de los efectos del tabaquismo o la temática que corresponda dentro de los 5 talleres programados, se le hacen recomendaciones, se le entrega un Diario del fumador, el paciente confirma la fecha elegida para dejar de fumar, se revisan con él las razones para dejar de fumar y se le entrega un folleto informativo. Luego se programan las actividades de control y educativas.

En los talleres educativos se comparte verticalmente (de profesional a pacientes) información científica con datos precisos sobre la enfermedad, la prevalencia, los tratamientos disponibles, y de forma transversal (de paciente a paciente) sobre las vivencias individuales en el proceso de su enfermedad, siempre con el objetivo en la mira de ayudar al paciente a desarrollar las habilidades necesarias para conseguir la cesación definitiva.

Simultáneamente se está atacando el otro frente de batalla que es disminuir la prevalencia del tabaquismo y las enfermedades asociadas, principalmente respiratorias, contribuyendo así a la salud del país.

Sin embargo, el direccionamiento del paciente proviene exclusivamente de la consulta externa y de la consulta especializada y es preciso que todo el personal de las áreas de terapia respiratoria y pruebas de función pulmonar, según se planteó en los objetivos del presente trabajo busque participar más directamente en la intervención del paciente fumador, compartiendo la responsabilidad con el personal de los programas de atención integrada, y como parte de la misión y el compromiso de la Fundación, de intervenir siempre y sin falta a cada paciente que llegue a sus manos, procurando cuestionarlo, motivarlo y canalizarlo asertivamente hacia un proceso efectivo de cesación de tabaquismo.

5.2 AIREPOC Y PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR

A los pacientes a quienes se les ha diagnosticado EPOC en cualquiera de sus fases, muchos aún fumadores, se les ingresa a un programa ambulatorio de control y seguimiento, que busca centralizar en un solo sitio toda la atención requerida para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los diferentes grados de limitación funcional respiratoria en procura de la mayor independencia en las actividades de la vida diaria.

Este programa con más de veinte años de funcionamiento en la Fundación Neumológica Colombiana ha contribuido a la mejoría de la calidad de vida de unos 1800 pacientes, por medio de un acertado diagnóstico y tratamiento, así como un estrecho acompañamiento durante las diferentes fases de su enfermedad, inicial, terminal, estable o exacerbada. Ha empoderado a los pacientes y sus familias, educándoles sobre la EPOC y su tratamiento, y brindándoles herramientas de autoconocimiento y autocuidado para prevenir un deterioro mayor en busca siempre del mejor resultado posible en la salud del paciente.

Siendo candidato al programa de Rehabilitación Pulmonar el paciente es remitido desde la consulta de Neumología para valoración de ingreso, que por medio de diferentes escalas específicas, tecnología de punta en pruebas de función pulmonar y profesionales idóneos, consta de evaluación psicosocial y nutricional, factores de riesgo, comorbilidades, evaluación psicológica de estados de ansiedad, depresión y otras condiciones psicológicas, valoración de la disnea, de la función pulmonar y la más importante, la valoración del grado de limitación funcional para sus actividades de la vida diaria y para la marcha. A partir de

esta valoración inicial se establece un plan de tratamiento e intervención intensiva de actividad física supervisada durante una fase inicial de 8 semanas, al cabo de las cuales se revalora al paciente pudiendo constatar en la mayoría de los casos grandes avances casi en la totalidad de los aspectos inicialmente evaluados, objetivamente establecidos también comparativamente por medio de las mismas escalas y pruebas, y también por la percepción subjetiva del paciente de mejoría de los síntomas, a la vez que un mayor autocontrol y autoeficacia en el manejo de su enfermedad. Esta notable mejoría multidimensional genera en el paciente la conciencia de mantener en el tiempo los objetivos alcanzados, por lo que ingresa a una segunda fase de mantenimiento de 16 semanas, en la cual se consolidan los resultados y se genera en el paciente de forma permanente un cambio de actitud frente a la enfermedad y su abordaje.

El estado de fumador es establecido en la evaluación inicial, restringiendo el ingreso a los fumadores activos según el principio de justicia distributiva, por considerarse que podría desperdiciarse el recurso de la rehabilitación integral en un paciente que aún no tiene la claridad en el autocuidado, mientras que hay un alto número de pacientes comprometidos con su rehabilitación habiendo cesado ya el tabaquismo y encontrándose con algún grado de limitación funcional a causa de la EPOC ya establecida. Sin embargo, apelando al principio de equidad, podría considerarse dar la oportunidad de ingresar al programa de Rehabilitación Pulmonar a aquellos pacientes que libran su propia batalla contra la adicción a la nicotina, y estando demostrado que el ejercicio es un factor positivo que contribuye en la consolidación de hábitos saludables.

El programa se desarrolla simultáneamente con controles médicos y seguimiento de pruebas de función pulmonar de manera periódica, ofreciendo también la posibilidad de fácil acceso a consulta prioritaria para atender exacerbaciones y complicaciones de forma oportuna, y educación en diferentes aspectos de la enfermedad y su automanejo, para empoderar al paciente por medio de herramientas efectivas que le permitan tomar las mejores decisiones en su proceso de enfermedad.

5.3 RESULTADOS

Según la experiencia de la Fundación Neumológica Colombiana, la efectividad de los programas se encuentra respaldada en las cifras (las siguientes cifras han sido tomadas de la base de datos del programa).

El programa AIREPOC (Asistencia Integral y Rehabilitación del Paciente con EPOC) que funciona desde 2004 ha ingresado desde entonces un total de 1890 pacientes de los cuales 696 han sido excluidos por diagnóstico diferencial (no EPOC, asma) o por no encontrarse activos en su EPS. Han fallecido 507 y 687 se encuentran activos.

La exposición al humo de cigarrillo solo o combinado con otros factores de riesgo, principalmente exposición a biomasa (leña) o carbón, es la causante del 96.5% de las diferentes enfermedades respiratorias, con mayor predominancia EPOC en esta cohorte de pacientes. El pequeño número restante de pacientes ha desarrollado EPOC por causas diferentes como exposición a polvo inorgánico por ejemplo o remodelación bronquial a partir de asma.

De los 687 pacientes activos a junio de 2022, 162 (23.5%) continúan fumando, no siendo candidatos por ahora al programa de rehabilitación respiratoria en cuanto no dejen de fumar.

El programa EXFUMAIRE, en funcionamiento desde 2016, realizó hasta junio de 2021, 261 valoraciones de primera vez; de los 261 pacientes 154 dejaron de fumar con éxito, lo cual da una tasa de cesación de tabaquismo del 59% hasta el primer semestre de 2021. Para el segundo semestre de 2021 se realizaron 16 valoraciones de primera vez, logrando un abandono exitoso del cigarrillo en 4 pacientes lo cual da una tasa de cesación del 25%.

6. BIOETICA DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

6.1 CONSIDERACIONES DEONTOLOGICAS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ABORDA EL PACIENTE FUMADOR

Una virtud importante del profesional de la salud será siempre la **honestidad** para con el paciente. Partiendo de su formación, sus conocimientos, su idoneidad y experiencia, se espera que el profesional de la salud oriente al paciente en cuanto a las conductas que debe tomar o bien evitar para conservar su salud o recuperarla en cuanto sea posible. No es aceptable que, bajo pretexto de falta de tiempo, o ser esclavo de un sistema cada vez más despersonalizado, se caiga en el error de tratar al paciente como un objeto o un número más. Justamente la honestidad es una virtud en la que se pueden fundamentar las relaciones interpersonales de confianza, sinceridad y respeto mutuo.

Cuando un paciente fumador se aproxima a un servicio médico ambulatorio bien sea para una consulta o un examen, está buscando una respuesta a un síntoma o tiene una sospecha de que algo no va bien. El paciente no desconoce que el cigarrillo afecta su salud y puede estar librando una batalla interna entre el deseo de fumar y la necesidad perentoria de dejar el hábito tabáquico. Así, el mejor escenario para el paciente es llegar a un servicio donde se le trata como una persona con una necesidad específica, que solo puede ser atendida por especialistas. Sea quien fuere el profesional, medico, enfermera o terapeuta, siempre tendrán la obligación ética de orientar al paciente, ayudarlo a cuestionar sus motivos frente al hábito de fumar y brindarle todas las opciones y herramientas disponibles acorde a sus necesidades individuales en el proceso que está viviendo.

Desde una perspectiva paternalista, *el que sabe, es el profesional*, sin embargo, suena pretencioso y fuera de contexto pues debe considerarse hoy por hoy que muchos pacientes tienen un cierto bagaje que les hace conocedores de alguna o mucha información sobre diferentes aspectos del proceso de salud-enfermedad. No se puede desconocer que el acceso a la información médica y científica de buena y mala calidad en internet siempre está al alcance de todos y el paciente ya no puede ser considerado como ingenuo y necesitado de *una revelación*. Cuando un paciente llega a un servicio de salud, puede ya tener un cierto nivel de información que espera ser confirmada o desvirtuada, pero que siempre debe ser indagada por el profesional como parte del proceso de anamnesis y procurando abordarlo lo

más integralmente posible. Aunque no todo está escrito y el conocimiento siempre está en construcción, *la verdad que posee el profesional de la salud* puede ser algo relativo y cambiante, pero cierto es, que, siendo un profesional especializado en un ramo de la medicina, se debe procurar tener la información más actualizada y con el mayor respaldo científico y académico para brindar al paciente información de calidad y el mejor tratamiento disponible. Al titularse como un profesional de la salud se le otorga a esa persona una responsabilidad que nunca debe abandonar. La ética de la relación agente de salud - paciente sin duda sigue basándose en el principio de beneficencia por medio del cual el profesional propende por el mayor grado salud y bienestar posibles para el paciente, desarrollando la capacidad de identificar qué tipo de abordaje requiere este según sus necesidades particulares.

La tarea de un verdadero profesional es acercar con humildad sus propios conocimientos al nivel de cualquier persona, cualquier edad, nivel intelectual o cultural. No se debe pretender por el contrario que el paciente se ponga al nivel del profesional y comprenda cosas fuera de su nivel de conocimientos. Así, es importante no sentirse superior y dueño de la verdad pues ese modelo suele causar una impresión negativa en el otro, en este caso en el paciente que se aproxima para recibir un diagnóstico, un tratamiento, un examen o una terapia. Uno de los más importantes principios de la ética es el **respeto** y por ello actuar con integridad, responsabilidad e idoneidad es tan importante, por el respeto a la persona – paciente que se ha puesto en nuestras manos, con plena confianza y esperanza si se puede decir.

En el caso del paciente fumador es preciso que el especialista no juzgue ni califique las razones por las que el paciente fuma. Solo compartiendo con el paciente sus conocimientos sobre los riesgos de fumar e indagando asertivamente sobre sus motivos para hacerlo, se puede lograr una mejor conexión y mantener una adecuada adherencia y continuidad dentro del servicio, que permita avances en el proceso de cesación.

Tanto los neumólogos, como los médicos generales, los fisioterapeutas, las enfermeras y los auxiliares de enfermería tienen una aproximación a diferentes áreas de un conocimiento que debe redundar en un objetivo común: la salud integral del paciente. Por ello la competencia profesional es indispensable, y es responsabilidad de cada uno adquirirla y mejorarla como el conjunto de conocimientos, destrezas, actitudes y capacidades que no son estáticas, sino que están en permanente construcción. En todos estos actores, las virtudes de **honestidad**, **veracidad** y **asertividad** son siempre requeridas en el abordaje y tratamiento de cualquier patología que requiera del paciente su cooperación activa, pues solo siendo competentes,

honestos y demostrando disposición a ayudar, es posible enganchar al paciente en un modelo de salud no paternalista sino en el cual la autonomía consciente, haga posible que el paciente tome la mejor decisión respecto a su salud.

La ética del cuidado y la ética del deber, la esencia de las profesiones del área de la salud

Siempre se ha pensado que las profesiones como enfermería y fisioterapia son esencialmente femeninas, sin embargo, ese paradigma ha cambiado y cada vez hay más hombres que se presentan a estas facultades. Carol Gilligan dice que la ética del cuidado que parece ser de naturaleza más femenina no excluye que sea el deber de todos “dejar un espacio importante para la compasión y los sentimientos que nos llevan a cuidar unos de los otros” (8). Este carácter compasivo y de interés por el paciente, genera un espacio más íntimo y cercano que propende por el éxito de la relación terapéutica.

6.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL TABAQUISMO

Aunque el objetivo del presente trabajo es analizar las consideraciones éticas del profesional de la salud en el abordaje del paciente fumador, es de gran importancia considerar también la ética desde el punto de vista de este, pues desde su perspectiva la visión del hábito de fumar puede estar distorsionada y se hace preciso comprender su posición. Fumar plantea problemas éticos sin que necesariamente signifique que todos los fumadores son deshonestos en todos los casos. Conociendo ampliamente que el tabaco es nocivo para la salud, habría que preguntarse si ¿es ético desarrollar una conducta de riesgo en contra de su salud o la de quienes le rodean? Para poner un ejemplo, el tabaquismo en niños se relaciona directamente con el tabaquismo parental. Los hijos son un bien preciado para los padres y muchas veces éstos ni se detienen a reflexionar sobre el nefasto ejemplo que les dan a aquellos al fumar. También hay amplia evidencia de que el bajo peso al nacer y el tabaquismo parental son predictores de asma en la infancia, entonces la pregunta sería ¿si los amo, por qué los daño? Por ello es importante documentar el tabaquismo paterno en la HC pediátrica. El tabaquismo pasivo no es tan sistemáticamente documentado como si lo es el tabaquismo directo. ¿Será una cuestión de inconsciencia o de desconocimiento?, sin embargo, la ignorancia no justifica ciertos actos y debería primar el sentido común y el instinto de protección al más débil.

“La conciencia es un atributo exclusivo del hombre, que le permite actuar de acuerdo con el bien moral. “La conciencia moral interviene en los actos humanos en dos momentos distintos: antes de la acción ilustra sobre la naturaleza moral del acto y lo permite, ordena o prohíbe. Pero después de la acción la conciencia moral interviene también aprobando al sujeto si ha obrado bien, o recriminándolo (con remordimiento) cuando su acción no ha sido buena”. [Gamboa, G. El ser humano y su dimensión bioética, Pag 158] (23).

¿Una persona tiene derecho a hacerse daño si quiere?

Un fumador ocasional o incluso un fumador habitual que, conociendo los riesgos, con una probabilidad latente de enfermarse pero que aún tiene el autocontrol para detenerse no se encuentra en la misma categoría que un fumador empedernido a quien la adicción le impide apartarse de la conducta nociva.

Analizándolo desde el principio del doble efecto, una acción sería éticamente válida si: el objetivo que se busca con la acción es esencialmente buena y excluye (no desea, pero lo tolera) el efecto malo que sigue a la acción. El fumar en este caso pensaría el fumador es bueno para él justificándose en el placer, la tranquilidad, la concentración que le brinda y toleraría el efecto malo sobre su salud. Pero la realidad es que no aplica por cuanto se sabe que no es una acción esencialmente buena y por el contrario implica daños para la salud del fumador y de quienes le rodean. Al ser la vida y la salud bienes preciosos que se desperdician, el acto de fumar se considera gravemente deshonesto (8).

Mucho más grave es el hecho de fumar en espacios donde se convive o comparte con otros, como el hogar o la oficina y conociendo el efecto nocivo y la prohibición que existe sobre ello, hacer prevalecer su deseo por no sacrificar su propia satisfacción. “Esto se constituye en una conducta cínica y egoísta, enmascarada de una falsa cortesía al preguntar: ¿Molesto si fumo?” (8)

Aplicando a las operaciones básicas de la inteligencia humana en este contexto, *aprehensión* (conocimiento a través de los sentidos, que no es puramente intelectual), *juicio y razonamiento*, se podría decir que el conocimiento sensible puede hacer parecer al acto de fumar como algo placentero y relajante. Pero el conocimiento intelectual (juicio y razonamiento) le debe hacer pensar al fumador más allá de la sensación y le debe llevar a comprender el riesgo, el grave atentado contra su salud y la de quienes le rodean (23).

“El juicio es la operación intelectual en la que propiamente se llega a la verdad, la cual es la adecuación del entendimiento con la realidad conocida”. “El fundamento del juicio es la realidad. No se puede hacer juicios caprichosamente, sino de acuerdo con la realidad” “El razonamiento es la operación de la inteligencia que se realiza con base en los juicios, que forman las premisas” “Los dos modos de razonamiento clásico son la deducción y la inducción” [Gamboa, G. El ser humano y su dimensión bioética, Pag 143] (23).

Así, es posible deducir, desde una verdad conocida, por ejemplo, según las premisas: 1. El cigarrillo puede producir cáncer, 2. El cáncer es una enfermedad que puede ser mortal, 3. El cigarrillo puede provocar la muerte.

Lamentable es también el hecho de ser una persona que representa una figura de autoridad, estima o admiración: un médico, un profesor, una figura públicamente reconocida o un padre de familia que da mal ejemplo demostrando el fumar como algo tolerable o digno de imitar.

En el niño o adolescente que empieza a fumar y aún no es consciente de las implicaciones para su salud y la de quienes le rodean, la respuesta a la mala decisión puede estar en que su juicio aún es débil y no puede tomar decisiones plenamente informado, sino parcialmente informado, por lo general por sus pares o contemporáneos o por el ejemplo recibido de sus figuras de autoridad. De allí la responsabilidad moral de ser un mal ejemplo para nuestras personas a cargo (llámense hijos, alumnos, pacientes, fans), pues el niño o joven que aprende sin todos los elementos de juicio, con una visión incompleta de las implicaciones de fumar, puede entender que se trata de una conducta aceptable y hasta deseable.

“Otro gran atributo del hombre es la libertad, que transversalmente interviene en los actos voluntarios y conlleva a dar diferentes usos a la razón y a diferentes formas de ejercer la voluntad”. “La libertad tiene como prerequisites la razón y la voluntad, pues solo puede ser manifestada a través de éstas dos facultades superiores” [Gamboa, G. El ser humano y su dimensión bioética, Pág. 182,183] (23)

Se podría pensar que una persona adicta tiene comprometida relativamente su libertad de elección frente al vicio, en este caso el tabaco y esta condición de dependencia justificaría en parte la coacción de su libertad y su incapacidad para finalizar con el hábito. Sin embargo, siempre es posible desde la voluntad retomar su autocontrol y terminar con esa situación que pone en peligro su vida y la de quienes le rodean. En ese proceso de reconquista de su autonomía en pro de su salud, el paciente deberá analizar y reconocer su mayor o menor grado de responsabilidad en el proceso de adicción, recordando el camino que ha recorrido desde el momento en que se inició en el tabaquismo, siendo probablemente joven y maleable ante la presión de grupos de amigos o moda, o fácilmente influenciado por el ejemplo de referentes de autoridad. No cabe eliminar la responsabilidad del paciente pues faltaría a la verdad y este debe reconocerse como actor directo, aunque tal vez inconsciente hasta un punto. Tampoco cabe victimizar al fumador, como si no hubiera tenido opciones. Asumir la responsabilidad es el primer paso para tomar acciones correctivas y enderezar el rumbo (8).

¿La educación ayuda?

La prevención no puede consistir solo en brindar información técnica o práctica sobre los efectos de fumar. Debería ir más enfocada a formar en valores a los jóvenes para que tengan herramientas a través de una personalidad sana y equilibrada para enfrentarse a los desafíos propios de su edad, en donde la mayoría quiere experimentar nuevas experiencias y retos asumiendo conductas de riesgo. Esta formación definirá el tipo de adultos que llegarán a ser.

Lo ideal es que los mensajes de las campañas de prevención no estén enfocados en el miedo, sino en una elección consciente de un estilo de vida que favorece la salud y protege el medio ambiente y a quienes le rodean. También es ideal que se controlen los mensajes que llegan a los jóvenes que son blanco fácil de campañas que explotan su vulnerabilidad puesto que les hacen creer que fumando proyectan una imagen positiva y seguridad en sí mismos. Estos mensajes que llegan indirectamente desde patrocinios por ejemplo a equipos deportivos o conciertos de rock dan un mensaje contradictorio de salud y dinamismo cuando la realidad es contraria. Por ello los jóvenes con una adecuada formación tendrán mejores herramientas para enfrentar los desafíos que les impone la sociedad y la publicidad.

6.3 AUTONOMIA Y ENFERMEDAD EN EL PACIENTE FUMADOR

La enfermedad es una condición que hace vulnerables a las personas incluso las más fuertes, que al encontrarse en esta situación pueden experimentar angustia, incertidumbre, ira, miedo o ansiedad. En la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pueden pasar años, antes de detectarse síntomas o incluso pueden llegar a acostumbrarse a ellos, como por ejemplo la tos o la disnea en grados variables que pueden parecer “normales” o de poca importancia. Es posible que el paciente siga fumando o no consulte hasta presentar síntomas severos (una exacerbación o una neumonía), siendo este el momento en el cual la enfermedad puede estar plenamente instaurada y casi siempre con un grado importante de limitación en sus actividades de la vida diaria generando en el paciente el sentimiento de minusvalía y todo lo que implica a nivel sociocultural. Por lo mismo es importante poder detectar precozmente a quienes son fumadores o potencialmente fumadores, pues la prevención debería ser la premisa de un sistema de salud eficiente que busque evitar un mal mayor si se aborda el factor de riesgo antes que a la enfermedad.

Justamente por ser crónica, la EPOC se convierte como cualquier enfermedad de su misma categoría en una condición que requiere de forma permanente de los servicios de salud para su manejo y en el mejor de los casos también requiere que el paciente desarrolle herramientas de autocuidado. Así es posible replicar el modelo de la prevención y el autocuidado en casi cualquier enfermedad crónica (diabetes, asma, hipertensión, entre muchas otras). Hasta cierto punto, la salud es una elección.

También se ha podido establecer que la prevalencia de la EPOC en Colombia ha disminuido en los últimos años (3) en respuesta a acciones como la publicidad antitabaco y los impuestos al tabaco, demostrando que la prevención mediante campañas a la vez que las medidas coercitivas ayudan para la cesación del tabaquismo, bien mediante el desarrollo de una autonomía consciente o bien mediante la heteronomía (impuesta por acciones externas). Por otro lado, el conocimiento de primera mano de los mismos pacientes ya diagnosticados en cuyos casos la enfermedad está impactando en su calidad de vida por consultas recurrentes por exacerbaciones y hospitalizaciones, también influye en su decisión autónoma para dejar de fumar. Es posible que de forma heterónoma también puesto que, si no sufrieran las consecuencias del tabaquismo en su salud y calidad de vida, muchos aún continuarían fumando.

Si el bien querido es la salud, siempre es posible rectificar las acciones, cambiando las decisiones. Para el acto de “dejar de fumar” la voluntad juega un papel muy importante pues

hay tres pasos o momentos que aplican muy bien para el caso: el deseo de dejar de fumar, la deliberación sobre las ventajas de dejar de fumar y finalmente la elección.

“Luego de elegir viene la ejecución, que muchas veces es un proceso más largo y difícil. Mantener la decisión tomada y ponerla en práctica hasta la final cuesta mucho más que decidirse”. “En la ejecución de las decisiones tienen mucho que ver las virtudes morales: la fortaleza, la paciencia, la valentía, la constancia”. [Gamboa, G. El ser humano y su dimensión bioética, Pág. 147] (23)

6.4 EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES PROFESIONAL DE SALUD – PACIENTE

En las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes se plantean diferentes modelos: paternalista, autonomista y personalista. Históricamente el deber del profesional (médico) había sido hacer el bien al paciente y desde la escuela Hipocrática, el deber del paciente era aceptarlo pues se le consideraba incapaz de cualquier acierto en el cuidado de su propia salud. La enfermedad era entonces causada por la incompetencia del paciente y el objetivo del médico era entonces restituir el “orden natural”, imponiéndoselo al paciente si fuera necesario aún en contra de su voluntad. En consecuencia, en la relación médico-enfermo, el médico era no solo un agente técnico sino también un agente moral, y el enfermo o paciente, alguien necesitado a la vez de ayuda técnica y ética. El conocedor del orden natural en el caso de la enfermedad era el médico que podía y debía proceder aún en contra del parecer del paciente y de forma sobreprotectora asumía su cuidado y todas las decisiones sobre su salud. Es lo que se conoce como ética médica de orden natural o paternalismo (24).

Con la llegada de la modernidad, la reforma protestante y la Ilustración se empezaron a utilizar los términos autonomía y libertad. Poco a poco fueron cambiando las relaciones humanas antes jerárquicas y verticales hacia otras ahora “democráticas y horizontales”. Se trata de un supuesto o falso sentido de igualdad, en donde se pasó a otro extremo opuesto y tampoco saludable de relación entre los dos sujetos (médico y paciente). También intentó establecerse la autonomía del individuo humano tanto en lo religioso como en lo político, derivando ello en la formulación del principio de “libertad moral” del individuo: “Todo ser humano es agente moral autónomo, y como tal debe ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas” como ha sido promulgado de forma ambigua en los Derechos Humanos: derecho al pluralismo religioso, político y moral.

En esta escuela, nada puede ser impuesto a los seres humanos en contra de su propia conciencia. Sin embargo, este punto también es debatible pues otorga un poder tiránico al paciente quien en aras de su autonomía y libertad se siente en el derecho de imponer a otros su voluntad, irrespetando su libertad y autonomía (por ejemplo, la de los profesionales de la salud o la de la sociedad), sin establecer diálogos ni acuerdos que protejan los intereses de beneficio común más que los individuales (24). Como fumar desde la autonomía y libertad del fumador sin respetar por ejemplo el derecho a la vida y la salud de los otros.

Este modelo autonomista es en el cual el paciente hace valer si es preciso hasta por la fuerza o por la ley, sus derechos como paciente, al decidir según su capricho o conveniencia sobre su propio cuerpo, su vida y su salud. Se trata de un nuevo tipo de relación, ya no vertical sino horizontal (o tal vez vertical pero invertida, ubicando ahora al paciente arriba y al médico abajo a su servicio y sin derecho ni a objetar en conciencia, pero haciendo parecer que el paciente y el médico tienen un supuesto trato de igual a igual, y sin embargo permitiendo un cierto abuso (exacerbación si se puede decir) de los derechos del paciente incluso en detrimento de los derechos del médico y de la sociedad. Esta tendencia ha contribuido al desarrollo de la medicina defensiva donde el paciente se atribuye el derecho de exigir resultados al médico (18).

Esto también ha traído consecuencias, en cuanto los seres humanos como seres sociales que viven en comunidad, pero dentro de una gran diversidad moral, política y religiosa, muy seguramente dentro de su autonomía también establecerán posiciones egoístas, diferentes y hasta polarizadas. Esas dos tendencias, extremas son inaceptables; así surge una tercera posibilidad de relación médico paciente que es la tendencia personalista (también conocida como paternalismo sano o débil según menciona el Doctor Pablo Arango) que se basa en el respeto mutuo y parece ser la mejor alternativa.

Aquí el grado de autonomía del paciente puede variar según sus capacidades de tomar una decisión correcta, pero no puede jamás fallar el profesional en informar adecuadamente al paciente sobre todo lo relacionado con su proceso, es decir que debe desarrollar unas herramientas comunicativas óptimas (18). Lo importante es que dentro de un comportamiento adulto exista el compromiso del respeto por la posición del otro, propendiendo siempre por la defensa de la vida y la moral, siendo a la vez merecedor del respeto a las posiciones propias, dado que las relaciones interpersonales serán por defecto y esencialmente conflictivas.

Muy recientemente apenas ha empezado a implementarse la democracia y podría decirse que una simbiosis en la relación médico – paciente, siendo necesario respetar el pluralismo y los derechos humanos, pero sin que el paciente olvide que los derechos propios limitan con los derechos del otro y se constituyen en deberes irrevocables del paciente para consigo mismo y con quienes le rodean. Aquí es donde surge la ética médica (24).

Así, el enfermo desde su autonomía reconoce su incapacidad de tratar una condición médica y toma la iniciativa de buscar ayuda donde un profesional idóneo que pone a su disposición todo su conocimiento y cualidades humanas para ayudarlo, actuando no sobre un objeto (paciente) sino sobre un sujeto (persona), responsable y capaz de colaborar con un propósito definido: el restablecimiento de su salud y la protección de la salud de quienes le rodean.

El acto médico aquí se constituye en el encuentro de dos confianzas, la del médico que confía en que el paciente pondrá todo de su parte para recobrar su salud y la del paciente que toma la iniciativa y busca al especialista, confiando en que se trata de un profesional idóneo e íntegro dispuesto a ayudarlo en su propósito. Se podría hablar de un pacto entre dos personas que se benefician mutuamente en esta relación al encontrar una de ellas alivio en el padecimiento de la enfermedad y la otra, realización personal al cumplir su misión profesional. Es una relación libre por cuanto el paciente busca atención y la agradece, y el facultativo decide dar todo de sí por el compromiso adquirido desde su rol; en esto radica la ética del servicio, al extraer la obligación contractual-laboral, de remuneración, y centrarse en la misión que es lo que enaltece la profesión médica y les confiere humanidad a los dos actores principales de esta relación (18).

De común acuerdo o de forma unilateral si se quiere podrá darse por finalizada esta relación si se incumple desde alguna de las partes con el pacto establecido, por ejemplo, si el paciente no lleva a cabo las recomendaciones ni el autocuidado requerido o si el médico es incompetente o deshumanizado en su atención.

El paciente puede percibir la sinceridad del interés del profesional por su salud y por su persona y no cabe ni siquiera un falso interés, pues solo centrados en el paciente como persona y no como número o enfermedad es posible lograr una mejor adherencia a la terapéutica propuesta.

Para bien o para mal en el sistema de salud actual aparece un nuevo actor y la relación profesional de salud – paciente ya no es una relación de dos, sino de tres: el profesional, el paciente y la sociedad, ésta última para resumir los otros actores que juegan un papel

importante en las decisiones (la comunidad, la familia, la EPS, el juez, etc.) cada uno de ellos con un peso moral diferente. “El enfermo actúa por el principio moral de autonomía, el profesional por el de beneficencia y la sociedad por el de justicia” (24). Cabe adicionar que, de forma transversal a todos los actores, el **respeto** y la **responsabilidad** como principios deberían ser incuestionables.

6.5 IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPIOS EN EL ENFOQUE DEL PACIENTE FUMADOR

Retomando los principios de la bioética centrada en la persona, deben ser considerados en este marco de atención primaria en salud, el respeto a la vida en primer lugar, la justicia, la libertad, la totalidad, la responsabilidad, la solidaridad, subsidiariedad y el respeto.

Al ser libre el individuo debería ser indefectiblemente responsable para conservar el don de su vida y la de los que le rodean. La libertad también permite al individuo desarrollar un proyecto de vida y explorar sus talentos y potencialidades para su crecimiento como persona y para el servicio de los demás. Un sano proyecto de vida le permite trascender, crecer, crear y ser feliz. Dar vida al arte, a las ciencias, al servicio, a formar familias y construir sociedad. Sin embargo, la libertad no puede ser ilimitada, pues, aunque nos ha sido otorgada por definición de humanidad, justamente tiene límites de orden legal y moral, pues la libertad no puede ir en contra de otros o en detrimento de un orden natural establecido, la vida, la naturaleza y los otros individuos. Por ello *“no es aceptable una libertad que vaya en contra de la vida propia o la de otros, aun cuando represente una falsa felicidad o una felicidad temporal; esto es un autoengaño”* (23). La responsabilidad entra aquí justo porque no se puede ostentar la responsabilidad sin tener primero la libertad, es decir que cuando alguien no dispone de libertad no puede llegar a ser responsable (23). Tomar decisiones responsables demuestra una verdadera libertad. Esto aplica ampliamente en la educación desde el hogar. La educación a los hijos implica además de dar un buen ejemplo, dar una libertad relativa, progresiva, acorde a su nivel de desarrollo, no ilimitada claro, que les permita adquirir responsabilidad y también la habilidad de tomar decisiones; éstas son las mejores herramientas para enfrentarse a la vida. Es en el hogar donde principalmente el niño puede aprender a decir “no”, a resistirse a la presión de grupos para fumar u otras conductas nocivas. También aplica en la educación en salud que es un pilar fundamental de la prevención. El conocimiento nos hace libres, saber es importante y a partir de ello es posible actuar libre y responsablemente, ejerciendo el deber del autocuidado y el cuidado

del medio ambiente y de los demás. Por ello es indispensable educar siempre con respecto a la importancia de no fumar o de dejar de fumar.

Violentar el orden natural o moral usando la libertad de forma irresponsable lleva a la autodestrucción y es lo que en últimas hace un paciente fumador, atentar contra natura.

Es también importante mencionar que la responsabilidad de ser personal de salud debe verse reflejada en el ejemplo que damos a nuestros pacientes y a la sociedad. Es impensable fungir como médicos, enfermeras o fisioterapeutas que propenden por la salud de otros, si no propendemos primero por la nuestra. Ser fumadores siendo personal de salud nos hace enviar un mensaje contradictorio, a nuestros hijos, a nuestros pacientes y a la sociedad y no es ético ni responsable. El mensaje que pretendemos enviar debe ser claro y el discurso coherente, no solo con palabras sino con ejemplo.

Así, de los principios que propone la bioética centrada en la persona, en el cuidado del paciente fumador o exfumador, el principio de *Libertad - responsabilidad* y el de *Totalidad*, aplican estrictamente. El profesional de la salud debe procurar un espacio en el cual el paciente plenamente informado de sus opciones terapéuticas ejerza su libertad de elección dentro de los límites propuestos y dispuestos para salvaguardar su vida y su salud y excluyendo explícitamente aquellas conductas que comprometen estos valores.

Y en cuanto al principio de **totalidad** que afirma que “la parte es para el todo”, el paciente es para la sociedad y es preciso siempre propender por el bienestar de cada individuo para el bien de la comunidad, llámese familia, sociedad o cualquier otro grupo al que pertenezca el individuo. Así mismo el individuo, si se quiere paciente, padre de familia, influenciador o personal de salud, debe considerarse a sí mismo como un ejemplo para otros, por lo general muy cercanos a su entorno, o personas bajo su influencia, por lo que fumar implica que, bajo el principio de totalidad, lo que afecta a uno, afecta a todos y el mal ejemplo no debería ser una opción.

En cuanto al principio de **justicia**, cabe decir que los recursos mejor empleados en salud son los recursos encaminados a la prevención, pues solo mediante ella será posible evitar un mal mayor, al ser demasiado tarde y ya deba ser tratado el paciente por una o varias comorbilidades, o incluso por enfermedades de alto costo. Como un importante derecho aparece *el derecho al cuidado de la salud* (8), al cual se obligan los estados y la sociedad. La salud es considerada como un bien social pues permite el pleno desarrollo de los individuos, como miembros de una comunidad a la cual pueden servir para el progreso de esta, desde sus propias cualidades y competencias. Al perderse la salud y productividad de sus

miembros, la sociedad o la comunidad pierden, y las posibilidades de desarrollo y bien común se atenúan. El estado se obliga a emitir directrices, políticas en salud pública, normas, y a hacerlas cumplir; la sociedad debería obligarse por su parte a educar a la población en estilos de vida sanos y a no permitir la prevalencia de derroteros que vayan en contra de la salud de sus miembros. No vale la ética del bien personal si les beneficia a unos, pero perjudica a otros. Esto aplica para los fines lucrativos de las empresas a costa de lo que sea, incluso de la salud de sus miembros (industria de la comida chatarra, industria del cigarrillo y el alcohol, por poner algunos ejemplos). Desafortunadamente esta obligación no es tan clara o simplemente se prefiere ignorar pues finalmente los empresarios e industriales solo tienen en mente la productividad y el éxito de sus empresas. Es escaso, por no decir exótico un real compromiso social de las industrias que beneficie a las comunidades. Tampoco los entes educadores (familias / colegios) son siempre conscientes y comprometidos con la importancia de incorporar la educación en temas de cuidado de la salud desde edades muy tempranas, y por ello cuando los jóvenes se enfrentan en la sociedad a la posibilidad de acceder a drogas, cigarrillo, sexo, alcohol, o comida chatarra es cuando caen en errores de decisión por no tener herramientas adecuadas de juicio.

Esta importante evolución político – cultural de considerar la salud como un derecho (así sea solo en la teoría), se suma a la amplia disponibilidad de tecnología y recurso humano en salud altamente calificado lo cual hace a su vez imperdonable el pasar por alto el abordaje precoz del paciente fumador con miras a la prevención. El tratamiento de enfermedades crónicas respiratorias, exacerbaciones, consultas frecuentes, cirugías, rehabilitación pulmonar y medicamentos de alto costo pueden representar una importante carga para el sistema de salud. Si se logra disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas respiratorias, el tabaquismo y otras comorbilidades asociadas, será posible en justicia distributiva hacer uso de esos recursos para nada despreciables en otras patologías o condiciones médicas no prevenibles. Aquí cobra importancia el principio de **subsidiariedad** que bien entendida, fortalecerá el sistema de salud actualmente desangrado por enfermedades de alto costo.

Esto no quiere decir que el sistema no cubra las necesidades de los pacientes respiratorios. De hecho, a pesar de las múltiples críticas al sistema de salud actual, se puede decir que el sistema colombiano puede ser eficiente en la cobertura de enfermedades crónicas respiratorias y en general la mayoría de los pacientes respiratorios, por lo menos en centros urbanos, reciben consulta especializada con regularidad, medicamentos específicos y rehabilitación respiratoria, pero justamente estos costos no son despreciables y sería

preferible invertirlos en prevención en poblaciones de riesgo (jóvenes, estratos socioeconómicos bajos, población carcelaria, etcétera) y no en el tratamiento de generaciones enfermas, procurando una mejor expectativa de vida en la población.

Según la Doctrina Social de la Iglesia, el principio de **Subsidiariedad** es un principio cuyo fin es proporcionar un orden en la sociedad, su carácter es normativo y procura transmitir la enseñanza del bien común y de la solidaridad, desde la perspectiva de la dignidad humana como principio rector de todos los actos humanos. Cada persona es a su vez un ser individual y social, con responsabilidades por cuanto sus actos le afectan a sí mismo y a los demás. El término es desarrollado más recientemente por la Iglesia Católica haciendo referencia a “*las condiciones del trabajo y la colaboración entre la clase trabajadora, las empresas, el Estado y la Iglesia, y propone una organización socioeconómica de cooperación entre las partes*”. Resalta siempre el respeto por los derechos humanos y la misión de servicio de los gobernantes, basados en el reconocimiento absoluto de la dignidad humana (25).

El principio de subsidiariedad abarca el subprincipio o **regla de la asistencia** que expresa que una institución o entidad social superior (la sociedad o el Estado) deben sostener a una inferior cuando el individuo o la institución menor no pueden desarrollar sus tareas por sí mismas (25).

Para efectos de este trabajo también aplica el subprincipio de **Ayudar a otros a ayudarse a sí mismos**, siendo el objeto de este postulado que la entidad o institución política más pequeña tenga prioridad. Así, por ejemplo, debe ubicarse al individuo antes que la comunidad, y a la comunidad antes que al Estado.

Desde una perspectiva de aplicación horizontal del principio de subsidiariedad, este “*se refiere a compartir competencias, funciones y servicios entre las personas, por ejemplo, asociaciones de pacientes o fundaciones y las entidades sociales, y a reconocer la prioridad de la sociedad y cuerpos intermedios por sobre el Estado, fomentado la oportunidad de crear nuevas interacciones, más allá del Estado*” (25). El Estado existe no para reemplazar a la sociedad, sino para llevar funciones públicas o proveer apoyo solo cuando la sociedad por sí misma no es capaz de hacerlo.

Así, se espera por ejemplo que instituciones de salud privadas o asociaciones de pacientes sean autónomas y propositivas en cuanto a programas, que se guíen por supuesto de los lineamientos del gobierno nacional, pero con la iniciativa del control de programas de

atención primaria de sus especialidades correspondientes, como asociaciones de enfermos respiratorios crónicos, asociaciones contra el tabaco, entre otras.

Sgreccia define el principio de subsidiariedad en el área de la salud como el principio por el cual *“la comunidad, por una parte, debe ayudar más allá donde es mayor la necesidad – cuidar más a quien está necesitado de cuidados, y gastar más con quien está más enfermo – y por otra no debe suplantar o sustituir la libre iniciativa de los particulares o de grupos, sino garantizar su funcionamiento”* (25).

El principio de **subsidiariedad** no puede ir desligado del principio de **socialidad** y del bien común puesto que la persona, aunque es un ser individual se realiza plenamente en sociedad ya que está en su naturaleza el “ser social” y así, todo lo que afecte al individuo, afecta a la sociedad, es decir que al buscar el bien individual, en últimas se está buscando el bien común.

La socialidad tiene como objetivo *“logar el bien común”* a través de la consideración de los *“bienes individuales”* existiendo circunstancias en las que las personas requieren del apoyo de la sociedad para alcanzar bienes individuales (25). Este apoyo radica en la educación, las normas, las políticas.

El empoderamiento en el cuidado de la salud desde el principio de subsidiariedad puede verse aplicado desde el individuo como ser autónomo capaz de tomar decisiones conscientes a favor de su salud y bienestar y como ser social al ser capaz de generar acciones colectivas (políticas, sociales o culturales) frente a necesidades particulares de las comunidades (25). Al actuar de forma colectiva puede lograrse una mayor trascendencia o transformación puesto que las iniciativas pueden tener mayor eco en instancias de control, generando por ejemplo políticas de obligatorio cumplimiento.

El liderazgo de asociaciones de pacientes o instituciones especializadas procurará establecer directrices y coordinar los esfuerzos en atención y en investigación para mejorar el estado de salud de las comunidades generando valiosas redes de apoyo basadas en el conocimiento y la experiencia individual y grupal. Por ejemplo, las enfermedades respiratorias crónicas derivadas del cigarrillo representan una importante carga económica a la sociedad y a los sistemas de salud al generar altos costos, incapacidades y pérdida de productividad, que pueden ser intervenidas desde la prevención.

Siendo conocido el cigarrillo como el mayor factor de riesgo de estas enfermedades, lo lógico es generar un frente de lucha común, contra la industria tabacalera que aún consigue inducir

a la población a fumar, y contra la aparente ineficacia de las políticas que siempre parecerán insuficientes en cuanto no se logre un comportamiento autónomo individual y colectivo de rechazo al tabaquismo.

“La participación de los pacientes y sus familias junto con el personal de salud, en las instituciones intermedias es una consecuencia característica de la subsidiariedad” (25). Sin embargo, esta participación no puede darse de forma aislada y ajena a las políticas en salud, sino por el contrario debe darse de forma articulada con estas.

La subsidiariedad facilita también la inclusión de personas vulnerables o con autonomía disminuida, por ejemplo, quienes se consideran adictos al cigarrillo y a través de su participación es posible hacer visible un problema y generar acciones directas por ejemplo sobre campañas contra el cigarrillo, educación en valores comunitarios como la equidad y la justicia social en las comunidades por medio del acceso a programas de cesación de tabaquismo de acceso al alcance de todos. Aquí el Estado tiene una obligación moral de protección al más vulnerable (por ejemplo, fumadores de estratos bajos), procurando políticas en salud de amplia cobertura, sin discriminaciones ni restricciones y facilitando el ejercicio de redes de apoyo que por medio de la **solidaridad** garanticen el acceso de todos a los programas que han demostrado ampliamente la efectividad para el control de un grave problema de salud pública como lo es el tabaquismo.

Justicia en la distribución de recursos en la atención del paciente fumador

En justicia distributiva también debe tenerse en cuenta el hecho de que el paciente continúe fumando y deba considerarse el ingreso a un Programa de Rehabilitación Pulmonar.

En teoría el principio de justicia *“exige una repartición de beneficios y cargas, proporcional a las necesidades de cada paciente, que evite discriminaciones e injusticias en las políticas y en las intervenciones de sanidad”*. De modo general, una persona ha sido tratada según el principio de justicia cuando ha sido tratada según lo que es correcto y debido” (T.L. Beauchamp. *Principi della bioética: autonomía, beneficalita, giustizia, p. 88 ss*) (8). Sin embargo, en la práctica de la salud pública puede ser difícil determinar la igualdad o la proporcionalidad en la entrega de un recurso y no hay una guía específica de conducta al respecto, por lo cual aparece la necesidad de obrar con *prudencia* para evitar la discriminación y la injusticia.

El paciente fumador podría considerarse como “no comprometido” con el proceso de recuperación de su salud y por ello no ser candidato a un programa de rehabilitación pulmonar. Esta rehabilitación es una parte importante en la recuperación de la mayor funcionalidad posible desde el punto de vista físico y respiratorio en un paciente que es completamente consciente de su responsabilidad en el proceso. En términos de justicia aparentemente este paciente no debería ser merecedor de los recursos destinados a su rehabilitación, pues pareciera que al continuar fumando estaría desaprovechándolos y restándole oportunidad a otros pacientes “más comprometidos”. Sin embargo, desde otro punto de vista, también habría que considerar que el tabaquismo per se es una enfermedad, no una necesidad, y podría el paciente estar librando una batalla interna contra su adicción. En este caso el ingreso al Programa de Rehabilitación pulmonar podría ser de gran ayuda en cuanto a refuerzo positivo para dejar de fumar.

Entre los beneficios que aporta el ejercicio físico están, disminuir la irritabilidad, mejorar el estado de ánimo controlando y previniendo la depresión, distraer la mente que es de gran ayuda aliviando la tensión y ansiedad al dejar de fumar, más los beneficios físicos conocidos como son controlar las cifras de tensión arterial, aumentar el consumo de oxígeno, mejorar el aporte de oxígeno al cerebro, mejorar cualidades físicas como coordinación, fuerza y resistencia, desensibilizar la sensación de disnea, entre muchas otras.

Al igual que en los análisis de principialistas como Beauchamp y Childress, el uso en justicia del recurso de la rehabilitación respiratoria podría considerarse basado en un análisis relativista. Taxativo sería que el paciente ingrese al programa si y solo si ha dejado de fumar, pero lo cierto es que el paciente fumador es tan paciente como el paciente con EPOC (exfumador), por ello habría que dar una oportunidad razonable al paciente fumador, como última instancia para dejar el hábito tabáquico y de no tenerse éxito pasado un tiempo, revocar el beneficio de la permanencia dentro del programa, pues realmente se estaría desperdiciando el recurso; aquí podría considerarse un cierto relativismo, sin embargo en el fondo del análisis el paciente es uno, antropológicamente u ontológicamente hablando; es un sujeto, paciente, persona, fumador o exfumador requirente de un servicio o una terapéutica que ha demostrado amplia efectividad en la recuperación de la funcionalidad del paciente respiratorio. Por ello realmente no cabe un relativismo moral pues hay equidad en considerar incluibles a dos sujetos (pacientes / personas) con características aparentemente distintas (condición de fumador / condición de exfumador) y se tiene también en cuenta el beneficio de la oportunidad para convertir al fumador en exfumador.

Dentro de la reflexión que se hace al paciente en las intervenciones breves o en las tradicionales cabe una jerarquización de principios como lo ha propuesto Elio Sgreccia (8). El principio del **respeto por la vida** propia y la de otros (sus familiares o compañeros de trabajo, personas que comparten gran parte del tiempo con el paciente fumador) sería el primero que debería considerar el paciente fumador al contemplar la posibilidad de cesación del hábito tabáquico. Una forma de venderle la idea de dejar de fumar es hacerle caer en cuenta de que su autonomía para fumar va en contra de la beneficencia y el respeto a la vida de otros (si no le importa la propia), a los que puede afectar en su salud al exponerlos al humo de segunda mano. Si es padre de familia o espera serlo, debe saber, como afecta su “decisión autónoma” a la vida del ser más vulnerable: su hijo por nacer.

También cabe la posibilidad que su autonomía para decidir continuar fumando le reste a sí mismo puntos para permanecer vinculado al programa de rehabilitación pulmonar pues esa decisión va en contravía de su proceso de rehabilitación integral además de restar la posibilidad a otros pacientes que esperan ese recurso y están más firmes en el compromiso con su salud.

El hacer caer en cuenta al paciente de que su autonomía le podría beneficiar a sí mismo y a otros, constituyéndose en altruista, le podría dar un propósito más fuerte a su autodeterminación consolidando el éxito para el abandono del cigarrillo. Y finalmente si el paciente es consciente del costo de su enfermedad y el recargo al sistema de salud, hará lo posible por mantener su autocuidado para evitar un deterioro mayor, obrando en justicia y subsidiariedad con los recursos disponibles.

El planteamiento de los programas de cesación de tabaquismo se considera entonces desde una tendencia personalista, donde el paciente fumador o exfumador es respetado como individuo y donde también desde su dignidad es el protagonista y dueño de su enfermedad, con todas las herramientas y recursos para retomar las riendas de su salud y autocuidado, adicionalmente con la responsabilidad de cuidar a otros, dándole un propósito mayor. El profesional de la salud se constituye en un elemento de ejemplo, apoyo y acompañamiento al generar reflexión y cuestionamiento de las razones para fumar o no hacerlo, a la vez que brinda responsablemente herramientas técnico científicas sólidas basadas en su experiencia y conocimientos ejerciendo también la beneficencia al paciente.

En resumen, desde un planteamiento centrado en la persona los programas de cesación de tabaquismo abarcan completamente lo que se quiere expresar en la atención al paciente: la vida como prioridad (la del paciente y sus allegados), la dignidad del paciente como persona

que merece respeto en su individualidad, sin recibir juicios de valor o estigmatización sobre sus conductas, la libertad y responsabilidad del paciente que decide ser agente activo en su salud y la de sus allegados, y la responsabilidad del personal de la salud que opta por no ser indiferente y le orienta y atiende desde la excelencia de sus capacidades y competencias, y finalmente la totalidad como principio considerando al individuo (paciente fumador o exfumador) como una parte de la sociedad sobre la que sus acciones y omisiones recaen directamente para bien o para mal.

Finalmente, el ejercicio profesional en salud basado en virtudes dignifica aún más las profesiones pues como lo menciona Warren T. Reich (*La bioetica negli Stati Uniti, en C. Viafora (dir.), Vent'anni di bioetica (o.c.), p. 169, p. 171, p. 173*) (8), es en la práctica de las virtudes en la vida cotidiana donde el profesional de la salud ejerce los principios, pero desde una perspectiva ahora integrada a su forma de actuar, en pro del cuidado del paciente.

“El compromiso con los demás, con dedicación a su cuidado es lo que él llama la Trilogía “principios-virtudes-cuidado”.

Reich antepone las virtudes a los principios, pero a la vez valida una complementariedad de los dos paradigmas (8). De esto surge la ética del deber al preguntarnos ¿Qué debemos hacer? Y también una ética del carácter o de la virtud, al preguntarnos ¿Qué tipo de persona o profesional en este caso, debemos llegar a ser?

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva del profesional de la salud en atención primaria, hay cuestionamientos sobre qué hacer ante la problemática del tabaquismo y las enfermedades relacionadas. Las cifras presentadas son contundentes en cuanto a las consecuencias del tabaquismo en la salud humana, y a la alta prevalencia de éste como enfermedad crónica per se.

Este trabajo surgió de la inquietud personal al trabajar en un centro especializado en enfermedades respiratorias, el Centro de Excelencia Neumológica, Fundación Neumológica Colombiana y de las reflexiones generadas desde la Especialización en Bioética. El conocer de primera mano las graves consecuencias para la salud del fumador directo, algunas devastadoras e irreversibles, así como también para la salud del fumador pasivo, lleva a pensar cómo es que conociendo los efectos perniciosos del cigarrillo, como sociedad podemos ser tan incapaces de poner freno al consumo y comercialización de éste y como profesionales de salud, encontrarnos impotentes o peor aún, indiferentes ante la epidemia de enfermedades asociadas al tabaquismo.

Siempre habrá algo por hacer y éticamente no es posible desconocer la responsabilidad del profesional de la salud en el abordaje de las enfermedades crónicas, en este caso el tabaquismo y sus consecuencias para la salud de fumador y el fumador pasivo. Desde el punto de vista ético el comportamiento del fumador requiere de un análisis que comprenda las razones que llevan al individuo a fumar, a permanecer en el hábito o adicción y desde luego a la reflexión que el fumador hace en algún momento de su vida de la posibilidad de dejar el cigarrillo o continuar fumando.

Por otro lado, desde la perspectiva de los entes reguladores y de la sociedad en general, es urgente un debate ético de todos los actores involucrados para poner sobre la mesa acciones directas contra la comercialización y el consumo. Como sociedad tenemos la obligación de propender por una educación óptima en virtudes, valores y principios, en donde prime el respeto a la vida propia y la de los otros. Tenemos también la obligación de auditar a los entes reguladores para evitar conflictos de interés en una industria tan nefasta como la industria tabacalera y como profesionales de la salud siempre tendremos una carta más en el abordaje del paciente fumador, o exfumador, procurando los mejores desenlaces posibles a través de la intervención en educación y desarrollo de herramientas de autocuidado siendo

conscientes de la importancia del ejercicio profesional cálido y humano, que funda su acción en una ética objetiva y una bioética centrada en la persona, y que reconoce al otro (al paciente) como un individuo merecedor de las mejores acciones desde lo profesional pero también desde lo humano, acercándolo a un sistema de atención primaria eficiente que verdaderamente cumpla su función de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con miras a una distribución razonable de los recursos a veces precarios del sistema de salud.

El abordaje del paciente fumador deberá hacerse siempre con el mayor respeto por su dignidad como persona y como paciente que ha confiado y se ha acercado a un servicio en busca de orientación y asistencia. El paciente puede presentarse en diferentes escenarios: ser consciente del riesgo de fumar, querer un cambio y buscar ayuda directamente, o por el contrario aún no ser consciente de la necesidad de dejar de fumar y consultar por un síntoma cualquiera sin aparente conexión con el cigarrillo o incluso sin ningún síntoma y con la esperanza de recibir la noticia de que su salud va bien, aun manteniendo temerariamente el hábito de fumar como si se tratase de una ruleta rusa que en cualquier momento puede detonar y presentar la mala noticia de una enfermedad.

En el fondo el paciente sabe que la posibilidad de enfermarse es grande y siempre está latente. Por ello requiere de un refuerzo, una retroalimentación efectiva sobre la importancia de la cesación inmediata cada vez que se aproxime a un servicio de salud cualquiera que sea y sin importar el número de veces, pues no es posible ignorar el riesgo en el que se encuentra; es preciso siempre abordar, cuestionar, llevar a la reflexión, y generar en el paciente la conciencia de autodeterminación para el abandono del hábito, que al final solo depende de él.

Las características de la intervención breve deben ser: oportunidad, asertividad, respeto, firmeza.

Oportunidad por cuanto cada vez que el paciente acude al centro, bien sea para consulta, exámenes, terapia o rehabilitación hay una nueva oportunidad de aproximación asertiva del profesional de salud que le cuestiona sobre la factibilidad de iniciar un proceso personal desde su autonomía y autodeterminación.

Asertividad y respeto, pues la aproximación no puede ser agresiva; por el contrario, debe ser amable, y por medio de una escucha activa, dejando hablar al paciente, permitiéndole expresar sus temores y dificultades. Esperando pacientemente para abordar los puntos que

requieran ser intervenidos y canalizando efectivamente al paciente hacia un programa que lo acoja y apoye hasta la cesación definitiva.

Y firmeza por cuanto no es posible perder tiempo y la invitación al paciente debe ser a tomar una decisión radical de cesación con plena convicción de la importancia de iniciar cuanto antes el proceso. Una vez el paciente ha sido enganchado y suficientemente motivado, listo para iniciar su proceso personal dentro del programa de cesación, el médico o terapeuta del programa debe presentar al paciente con detalle cada uno de los aspectos que desarrollará durante el mismo, dando el espacio para preguntas. El consentimiento informado para el ingreso está dirigido a un sujeto adulto, capaz de elecciones conscientes y libres, y su dignidad de persona exige que sea él quien acepta o rechaza la propuesta terapéutica. Esa decisión debe estar basada en un conocimiento suficiente de la intervención que le será realizada, sus riesgos y ventajas, así como sus opciones, para que al final la decisión esté libre de emotividad, o sea tomada de forma arbitraria o caprichosa. Con estas características ya el paciente de forma libre y voluntaria está en la capacidad de tomar una decisión, liberándolo del miedo injustificado o de las falsas expectativas. Esta es la máxima expresión de su autonomía (8).

El profesional de salud por su parte debe ser consciente y consistente; consciente de la responsabilidad de la aproximación asertiva de todo paciente fumador, y consistente pues es imposible ignorar o pasar por alto que una persona está en un riesgo latente de enfermedad y morbilidad y no hacer nada. Por ello es preciso que el profesional de la salud, comprometido con la ética y responsabilidad adquiridas desarrolle también su autonomía y sea capaz de tomar decisiones frente a situaciones diversas. Es lamentable pensar que el profesional se torne mediocre y permita que el sistema condicione sus acciones.

Por ello, el análisis de esta problemática desde la bioética permite comprender las motivaciones del paciente y del profesional de la salud, a la vez que disponer de buenos argumentos para llevar a debate una situación sanitaria compleja completamente prevenible que beneficie a todos los implicados, al fumador como protagonista, al profesional de la salud como gestor del cambio, al sistema de salud y a la sociedad en general.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. “Los fumadores pasivos están en el peor lado del cigarrillo” Pág. 20
<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html>
- Figura 2. “Cada inhalada que tomas, eventualmente acortará tu vida” Pág. 21
<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html>
- Figura 3. “Fumar mata lentamente” Pág. 21
<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html>
- Figura 4. “¿Fumas? Luce tu sonrisa. Pasa del tabaco por tu cara bonita” Pág. 22
<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html>
- Figura 5. “Los niños no pueden elegir, usted sí. No permita que fumen delante de sus hijos”Pág. 22
<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html>
- Figura 6. “El sufre de tabaquismo, su papá de indiferencia”Pág. 23
<http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html>
- Figura 7. “Que entre colores y sabores el tabaco no te enamore”Pág. 24.
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/2019/07/22/campana-antitabaco-que-entre-colores-y-sabores-el-tabaco-no-te-enamore/>
- Figura 8. Tabaco y contaminación ambiental.....Pág. 24.
<https://www.mallamaseps.com.co/index.php/noticias/item/92-dia-mundial-contra-el-tabaco>

Figura 9. Tabaco y pobreza.....Pág. 24
<https://www.mallamaseps.com.co/index.php/noticias/item/92-dia-mundial-contra-el-tabaco>

Figura 10. “La COVID 19 ataca los pulmones mientras que la industria tabacalera los hace más vulnerables”Pág. 25
<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fes%2Fcampanas%2Fdia-mundial-sin-tabaco-020&psig=AOvVaw1jwPVMPToEPETQo1FFdXHG&ust=1653521452048000&source=images&cd=vfe&ved=oCAwQjRxqFwoTCOiajsel-fcCFQAAAAAdAAAAABAD>

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Test de Fagerström.Pág. 31

Tabla 2. Intervención mínima. Pautas. Pág. 42

Tabla 3. Síntomas de Abstinencia.Pág. 43

Tabla 4. Pautas para seguir cuando las ganas de fumar parecen irresistibles. Pág. 44

Tabla 5. Elementos de ayuda para vencer las recaídas.Pág. 45

REREFENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, [OMS]. Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco [Internet]. 3rd ed. WHO, editor. Geneva Switzerland: 2005; 2003 [citado 2021 Nov 22]. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=C471585D8A439BF2F7E53324BAFC5D27?sequence=1>
2. Centro de prensa OM de la S. Tabaco [Internet]. 2022 [citado 2022 Jul 11]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
3. Ministerio de Salud y Protección social, Subdirección de Enfermedades no transmisibles, Dirección Promoción y Prevención. Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. [Internet]. Bogotá; 2021 Nov [citado 2021 Nov 14]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-cesacion-consumo-atencion-tabaco.pdf>
4. Muñoz-Cifuentes P, Córdoba R, Altisent R, Delgado-Marroquín MT. Autonomía y heteronomía, una alianza necesaria para el abordaje del tabaquismo. Visión de profesionales y pacientes. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2019 Sep 1 [citado 2022 Feb 23];33(5):401–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.018>
5. Pérez Godoy MC. Los impuestos al tabaco deben volverse a triplicar. Portafolio Empresas [Internet]. 2021 May 30 [cited 2022 Mar 15]; Disponible en:
<https://www.portafolio.co/negocios/empresas/dia-mundial-sin-tabaco-los-impuestos-al-tabaco-deben-volverse-a-triplicar-552465>
6. Gimenez. Servera. Vergara. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica. segunda. Vol. 21. 2004. 235–247 p.
7. de Michelli A, Izaguirre-Avila R, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Tabaco y tabaquismo en la historia de Mexico y Europa. Revista de Investigación Clínica [Internet]. 2005 Jul [citado 2022 Mar 15];57(4):608–13. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/ric/v57n4/v57n4a14.pdf>
8. Ciccone L. Bioética. Historia. Principios. Cuestiones. Juan Manuel Burgos, editor. Madrid, España: Ediciones Palabra, S.A.; 2005.
9. Nardini S, Larsson K, The European Respiratory Monograph. Smoking Cessation [Internet]. Nardini S, Larsson K, editors. Vol. 42. 2008 [citado 2022 Jan 23]. Disponible en:
<https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=kA9nmHbmyO4C&oi=fnd&pg=PP1&dq=european+respiratory+monograph+smoking+cessation&ots=->

[m6DzDprOQ&sig=bnJu8OfbtwWdoXzET1x5_Jl4Sms#v=onepage&q=european%20respiratory%20monograph%20smoking%20cessation&f=false](https://doi.org/10.1186/14752875-1-1)

10. Caballero A, Torres Duque C, Maldonado D, Jaramillo C, Guevara D, Orduz C. Prevalencia de EPOC en cinco ciudades colombianas situadas a baja, media y alta altitud (estudio PREPOCOL). CHEST Journal. 2008 Feb 1;133(2):343–9.
11. López Varela MV, Muiño A, Perez Padilla R, Jardim JR, Tálamo C, Montes de Oca maría, et al. Tratamiento de la EPOC en 5 ciudades de América Latina: estudio PLATINO. Archivos de Bronconeumología. 2008;44(2):58–64.
12. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas D. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas Colombia. [Internet]. Bogotá, D.C.; 2019 [citado 2021 Dec 19]. Disponible en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>
13. Moffat M, Frownfelter D, editors. Cardiovascular/Pulmonary Essentials. Applying the Preferred Physical Therapist Practice Patterns. . SLACK Incorporated; 2007.
14. Enlace Minsalud. Vol 90. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia. [Internet]. 2017 Jan [citado 2022 Mar 25]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/enlace-minsalud-90-impuestostabaco.pdf>
15. www.morancreativo.com. Iñigo Moran. Publicidad y marketing online en Donostia-San Sebastian [Internet]. 2004 [citado 2022 Mar 26]. Disponible en: <http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html>
16. Secretaría de Salud Bogotá. Salud Data. Observatorio de Bogotá. Datos abiertos, gobierno transparente. [Internet]. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2019 [citado 2022 Mar 26]. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/2019/07/22/campana-antitabaco-que-entre-colores-y-sabores-el-tabaco-no-te-enamore/>
17. CRISOFT S.A.S. EPS Indígena Mallamas [Internet]. Ipiales, Nariño. 2018 [citado 2022 Mar 26]. Disponible en: <https://www.mallamaseps.com.co/index.php/noticias/item/92-dia-mundial-contra-el-tabaco>
18. Arango Restrepo P. La relación médico - paciente. Un ideal para el siglo XXI. Medicas UIS, Bucaramanga [Internet]. 2012 Apr [citado 2022 Apr 23];25(1). Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo1252837-la-relaci%C3%B3n-m%C3%A9dico-paciente-un-ideal-para-el-siglo-xxi
19. IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA. Proyecto de ley No. 52 de 2021, Senado de la República. Proyectos de Ley. GACETA DEL CONGRESO, SENADO Y CAMARA [Internet]. 2021 Jul 30 [citado 2022 Jul 3]; Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2021/GC_0901_2021.pdf

20. Frownfelter D, Dean E. Cardiovascular and Pulmonary Physical Therapy. Evidence to Practice. [Internet]. 5th ed. 2012 [cited 2022 Mar 5]. Disponible en: <http://evolve.elsevier.com>
21. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Nicotine Dependence. Supl. Am J Psychiatry . 1538:1–31.
22. Página web de la Fundación Neumológica Colombiana, Programas de Atención integrada [Internet]. [citado 2022 Apr 19]. Disponible en: <https://www.neumologica.org/servicios-medicos/programas-de-atencion-integrada/>
23. Gamboa Bernal GA, Universidad de la Sabana - Facultad de Medicina. El ser humano y su dimensión bioética. Dirección de Publicaciones, Campus Puente del Común, editors. Chía, Cundinamarca.: Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.; 2014.
24. Gracia D. Fundamentos de Bioética. 2nd ed. Madrid: Editorial Tricastela; 2007.
25. Moya G. La aplicación del principio de subsidiariedad en el empoderamiento de los pacientes para el cuidado de la salud: el caso de las enfermedades raras en Argentina. Acta Bioética. 2012 Nov;18(2):181–8.

REREFENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, [OMS]. Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco [Internet]. 3rd ed. WHO, editor. Geneva Switzerland: 2005; 2003 [cited 2021 Nov 22]. Available from:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=C471585D8A439BF2F7E53324BAFC5D27?sequence=1>
2. Centro de prensa OM de la S. Tabaco [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 11]. Available from:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
3. Ministerio de Salud y Protección social, Subdirección de Enfermedades no transmisibles, Dirección Promoción y Prevención. Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. [Internet]. Bogotá; 2021 Nov [cited 2021 Nov 14]. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-cesacion-consumo-atencion-tabaco.pdf>
4. Muñoz-Cifuentes P, Córdoba R, Altisent R, Delgado-Marroquín MT. Autonomía y heteronomía, una alianza necesaria para el abordaje del tabaquismo. Visión de profesionales y pacientes. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2022 Feb 23];33(5):401–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.018>
5. Pérez Godoy MC. Los impuestos al tabaco deben volverse a triplicar. Portafolio Empresas [Internet]. 2021 May 30 [cited 2022 Mar 15]; Available from:
<https://www.portafolio.co/negocios/empresas/dia-mundial-sin-tabaco-los-impuestos-al-tabaco-deben-volverse-a-triplicar-552465>
6. Gimenez. Servera. Vergara. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica. segunda. Vol. 21. 2004. 235–247 p.
7. de Michelli A, Izaguirre-Avila R, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Tabaco y tabaquismo en la historia de Mexico y Europa. Revista de Investigación Clínica [Internet]. 2005 Jul [cited 2022 Mar 15];57(4):608–13. Available from:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/ric/v57n4/v57n4a14.pdf>
8. Ciccone L. Bioética. Historia. Principios. Cuestiones. Juan Manuel Burgos, editor. Madrid, España: Ediciones Palabra, S.A.; 2005.
9. Nardini S, Larsson K, The European Respiratory Monograph. Smoking Cessation [Internet]. Nardini S, Larsson K, editors. Vol. 42. 2008 [cited 2022 Jan 23]. Available from:
https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=kA9nmHbmyO4C&oi=fnd&pg=PP1&dq=european+respiratory+monograph+smoking+cessation&ots=-m6DzDprOQ&sig=bnJu8OfbtwWdoXzET1x5_Jl4Sms#v=onepage&q=european%20respiratory%20monograph%20smoking%20cessation&f=false

10. Caballero A, Torres Duque C, Maldonado D, Jaramillo C, Guevara D, Orduz C. Prevalencia de EPOC en cinco ciudades colombianas situadas a baja, media y alta altitud (estudio PREPOCOL). CHEST Journal. 2008 Feb 1;133(2):343–9.
11. López Varela MV, Muiño A, Perez Padilla R, Jardim JR, Tálamo C, Montes de Oca maría, et al. Tratamiento de la EPOC en 5 ciudades de América Latina: estudio PLATINO. Archivos de Bronconeumología. 2008;44(2):58–64.
12. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas D. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas Colombia. [Internet]. Bogotá, D.C.; 2019 [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>
13. Moffat M, Frownfelter D, editors. Cardiovascular/Pulmonary Essentials. Applying the Preferred Physical Therapist Practice Patterns. . SLACK Incorporated; 2007.
14. Enlace Minsalud. Vol 90. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia. [Internet]. 2017 Jan [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/enlace-minsalud-90-impuestostabaco.pdf>
15. www.morancreativo.com. Iñigo Moran. Publicidad y marketing online en Donostia-San Sebastian [Internet]. 2004 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <http://www.morancreativo.com/blog/publicidad-anti-tabaco-las-campanas-de-comunicacion-mas-impactan.html>
16. Secretaría de Salud Bogotá. Salud Data. Observatorio de Bogotá. Datos abiertos, gobierno transparente. [Internet]. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2019 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/2019/07/22/campana-antitabaco-que-entre-colores-y-sabores-el-tabaco-no-te-enamore/>
17. CRISOFT S.A.S. EPS Indígena Mallamas [Internet]. Ipiales, Nariño. 2018 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.mallamaseps.com.co/index.php/noticias/item/92-dia-mundial-contra-el-tabaco>
18. Arango Restrepo P. La relación médico - paciente. Un ideal para el siglo XXI. Medicas UIS, Bucaramanga [Internet]. 2012 Apr [cited 2022 Apr 23];25(1). Available from: https://redib.org/Record/oai_articulo1252837-la-relaci%C3%B3n-m%C3%A9dico-paciente-un-ideal-para-el-siglo-xxi
19. IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA. Proyecto de ley No. 52 de 2021, Senado de la República. Proyectos de Ley. GACETA DEL CONGRESO, SENADO Y CAMARA [Internet]. 2021 Jul 30 [cited 2022 Jul 3]; Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2021/GC_0901_2021.pdf
20. Frownfelter D, Dean E. Cardiovascular and Pulmonary Physical Therapy. Evidence to Practice. [Internet]. 5th ed. 2012 [cited 2022 Mar 5]. Available from: <http://evolve.elsevier.com>

BIOÉTICA DEL ABORDAJE DEL FUMADOR EN COLOMBIA

21. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Nicotine Dependence. *Supl. Am J Psychiatry* . 1538:1–31.
22. Página web de la Fundación Neumológica Colombiana, Programas de Atención integrada [Internet]. [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://www.neumologica.org/servicios-medicos/programas-de-atencion-integrada/>
23. Gamboa Bernal GA, Universidad de la Sabana - Facultad de Medicina. El ser humano y su dimensión bioética. Dirección de Publicaciones, Campus Puente del Común, editors. Chía, Cundinamarca.: Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.; 2014.
24. Gracia D. Fundamentos de Bioética. 2nd ed. Madrid: Editorial Tricastela; 2007.
25. Moya G. La aplicación del principio de subsidiariedad en el empoderamiento de los pacientes para el cuidado de la salud: el caso de las enfermedades raras en Argentina. *Acta Bioética*. 2012 Nov;18(2):181–8.