

# EL HÁBITO DE FUMAR Y SU RELACIÓN CON LA SALUD



**Gustavo Chiozza**  
**Octubre 2010**

*«Estrictamente hablando, la cuestión no es  
cómo ser curado, sino cómo vivir.»*

Joseph Conrad

### **«El fumar es perjudicial para la salud»:**

Cuando nos proponemos explorar la relación entre el hábito de fumar y la salud inevitablemente queda implícito en todos nosotros que, sea cual sea esa relación, será siempre perjudicial. Nos parece algo incuestionable, que nadie en su sano juicio se atrevería a poner en duda. No es algo sobre lo que tengamos que pensar o decidir o abrir un juicio; que fumar es perjudicial para la salud se nos presenta como cosa juzgada. En otras palabras, es un juicio previo o, mejor, un prejuicio; algo que sencillamente sabemos sin necesidad de ponernos a pensar.

Tampoco necesitamos recurrir a las ciencias de la salud para saber que se trata de un prejuicio válido; basta pensar, con un poco de sentido común, que el ser humano no está hecho para respirar humo. Es decir que para justificar un prejuicio nos apoyamos en otro: que lo natural es saludable y que, por lo tanto, lo antinatural es perjudicial. Un hecho tan evidente e incontestable podría poner fin a todo intento de discusión si no fuera porque no resulta tan sencillo (ni evidente) determinar "para qué está hecho el ser humano"; cuál es su entorno natural saludable.

Así como no estamos hechos para respirar humo, tampoco estamos hechos para consumir leche, alcohol, harinas o azúcares refinadas. Tampoco para viajar en automóvil a 100 kilómetros por hora o en avión a 10.000 metros de altura. No estamos hechos para exponer nuestra piel al sol, ni para pasar horas sentados leyendo un libro; ni siquiera para usar zapatos. Es evidente que tampoco estamos hechos para tantas otras cosas que constituyen la base de nuestra vida cotidiana, y sin embargo, sin ellas, nos sentiríamos francamente mal. Podemos identificar claramente cuál es el entorno natural y saludable para el mono, pero el ser humano se ha distanciado tanto del mono que alguna vez fue que ahora ese mismo entorno le resultaría no sólo perjudicial, sino una grave amenaza para la supervivencia. Lo que es bueno para el león, no tiene por qué serlo para el gato, y como dice Spinoza *«Los hombres no tienen la obligación de vivir según las leyes de un espíritu sano más que un gato de vivir según las leyes del león»*.

Más aún, podemos pensar que si el hombre necesitó cambiar tanto ese entorno natural es porque no lograba sentirse plenamente satisfecho; y pensamos que una insatisfacción que no se resuelve también resulta perjudicial para la salud. Aunque

aparente ser paradójico, en un sistema complejo, también la salud puede ser perjudicial; prueba de esto es el hecho de que la higiene ambiental y corporal, que tan saludable nos resulta en algunos aspectos, ha debilitado notablemente nuestro sistema inmunitario.

De modo que, a poco de reflexionar, caemos en la cuenta de que llevamos una existencia muy compleja, donde muchas cosas que con derecho pueden ser vistas como perjudiciales, desde otros puntos de vista y con igual derecho, nos resultan imprescindibles. Claro que también la salud es necesaria, ya que sin ella no podemos llevar adelante nuestra vida. Justamente este es el punto.

Solemos pensar que la salud es un bien absoluto, olvidando, frecuentemente que la salud no es una meta sino sólo un medio para alcanzar otros fines. Fruto de este olvido, no raras veces, la salud esgrimida como un beneficio absoluto y transformada en un fin, termina contraponiéndose a ese otro fin que ella misma, como medio, persigue. ¿De qué nos serviría, llegado el caso, renunciar a la vida que queremos en favor de una salud que sólo nos permite una vida que no nos resulta atractiva ni satisfactoria? Un conocido chiste ilustra muy bien esta cuestión: El médico dice a su paciente: "Está muy mal del corazón; le quedan pocos meses de vida." El paciente, angustiado, pregunta qué puede hacer, a lo que el facultativo responde: "Evite todos los esfuerzos físicos; evite caminar y permanezca en reposo el mayor tiempo posible. Nada de sexo; no fume, no beba alcohol ni consuma carnes rojas ni alimentos ricos en grasas." El paciente preocupado pregunta si así conseguirá vivir más tiempo. "No —responde el médico—; pero la idea de morir ya no le parecerá tan mala".

Bromas aparte, no pretendo con estas reflexiones poner en plano de igualdad el perjuicio ocasionado por fumar con aquel otro de usar zapatos; sólo quiero llamar la atención sobre un hecho digno de reflexión. Si bien no tenemos dudas sobre la validez absoluta y concreta de que fumar es perjudicial para la salud, tenemos muchas dudas a la hora de definir qué se entiende por "salud" y, por lo tanto, qué se entiende por "perjudicial".

La Organización Mundial de la Salud, de manera un tanto ambiciosa, define a la salud como "el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad". Resulta claro que ese completo bienestar, de ser posible, es muy difícil de lograr ya que depende de tantas cosas distintas que no es difícil imaginar que estas cosas a veces resulten excluyentes, unas de las otras. Más veces de las que quisiéramos, para conseguir cierto tipo de bienestar, debemos renunciar a otros; no siempre se puede —como dice el refrán— tener la botella llena y a la mujer borracha. De modo que tan difícil es lograr completamente la salud, como sencillo es enumerar perjuicios.

Retomando el tema de las definiciones complejas, en la sentencia "fumar es perjudicial para la salud" también el concepto de fumar aparece de manera un tanto ambigua. Se sobrentiende que se trata de fumar tabaco, pero ¿es lo mismo fumar cigarrillos inhalando el humo, que fumar cigarros o pipa sólo aspirándolo? El sentido común nos dice que fumar un solo cigarrillo, por única vez en la vida, seguramente no constituye un perjuicio que merezca considerarse, pero entonces ¿durante cuánto tiempo se debe fumar cómo y cuánto para que se produzca un perjuicio a la salud, real y efectivo? La Ley 23.334 que exige que todos los productos tabacaleros que se ofrecen al público incluyan la leyenda «El fumar es perjudicial para la salud», no exige, en cambio, mayores precisiones acerca de qué debemos entender por "fumar".

Pero no faltan las voces que, citando a los "expertos", y en nombre de la "Ciencia" son capaces de ofrecer al alma dubitativa las precisiones requeridas. La mayoría de la gente que se ofrece gustosa a discutir estas cuestiones dispone de datos sospechosamente precisos que vienen de Estados Unidos y que han leído "en algún lado"; y lo hacen con una seguridad en sus afirmaciones que –como dice Alejandro Dolina– ya quisiera para sí el filósofo más pintado.

Tomemos un ejemplo al azar. Si uno entra en Google y tipea "fumar-es-perjudicial" la primera entrada, al momento de escribir estas líneas, remite a un blog en el que se afirma lo siguiente:

*«Las personas fumadoras de cigarrillos tienen una expectativa de vida considerablemente disminuida con respecto al resto de la población. Algunos autores han estimado que se pierden 5,5 minutos de vida por cada cigarrillo que se ha fumado. En una persona de 30 - 35 años de edad que fuma dos paquetes de cigarrillos diarios, la expectativa de vida disminuye entre 8 - 9 años, en relación a una no fumadora de la misma edad.»*

Afirmaciones como estas abundan por todas partes y suelen encontrar en lectores y oyentes una buena disposición a creerlas y repetirlas. Los responsables del blog (Mica y Chechu, sin más datos) omiten mayores referencias acerca de los mencionados autores. Pero un espíritu crítico no acierta a imaginar qué tipo de investigación científica pudo haber arrojado un dato objetivo acerca de los cinco minutos y medio que uno dejará de vivir por cada cigarrillo que fume. ¿Qué sentido puede tener afirmar que si uno fuma un cigarrillo morirá 5,5 minutos antes de lo previsto?

Este tipo de afirmaciones, aunque seguramente bien intencionadas, parecen tener más de religión que de ciencia; como cuando se buscaba asustar a los adolescentes diciendo que la masturbación mataba las neuronas del cerebro. Uno tiene la impresión de que se invoca a la ciencia como otrora se invocaba al "hombre de la bolsa" que habría de llevarse a los niños que se portaban mal. Afirmar que un sujeto de 30 años que fuma dos paquetes al día vivirá 9 años

menos de lo que vivirá otro sin fumar parece perseguir un fin amenazador, pero hecho con tan poco ingenio, que la amenaza se diluye si uno se pone a hacer cuentas. Si asumimos como cierto el dato de los 5,5 minutos por cigarrillo fumado, para disminuir la vida en 9 años, fumando 40 cigarrillos al día, se requieren de casi 59 años de hábito sostenido. De modo que si ese sujeto de 30 años hubiera comenzado a fumar esa cantidad a los 20 años, para perder 9 años de vida debería seguir fumando esa misma cantidad –siempre que ningún otro factor le impida seguir con vida– hasta los 79 años; una cifra que supera las esperanzas de vida al nacer en la mayoría de los países del mundo (según el World Factbook 2008 de la Agencia Central de Inteligencia de los Estados Unidos). Si a los 74 años dejara de fumar, entonces podrá decir: “no sé cuánto más viviré, pero sé que eso que viva será 9 años menos que otro que nunca fumó”.

### **Ciencia, Religión, Estado y Política Sanitaria:**

Ortega y Gasset (1940) establece una distinción entre ideas y creencias que nos será útil en lo que sigue. Según este autor, las ideas son como cosas que tenemos en la mano, dispuestos a intercambiarlas con los demás, someterlas a juicios de valoración, y cambiarlas por otras que nos parezcan mejores. Sólo cuando estamos muy seguros de que una idea es “verdadera” (y podemos estarlo por conclusiones propias o ajenas, cuando vienen de alguien en quien confiamos) apostamos nuestra vida en ellas. Cuando apostamos nuestra vida en una idea esta pasa a configurar una creencia.

Sobre las creencias no pensamos ni abrimos juicios, sino que las utilizamos para pensar “a partir” de ellas. Son aquellos juicios previos o prejuicios que describíamos al comienzo de este trabajo. Una discusión de ideas llega a su fin cuando se toca una creencia, ya que esta se ofrece como la verdad última. De modo que, a diferencia de las ideas, las creencias son como el suelo en el que estamos parados, y si alguien intenta poner nuestras creencias en tela de juicio, nos violentamos como si alguien quisiera movernos el piso y hacernos caer.

Una idea nueva puede sobrevivir en un consenso dado (sistema de creencias) si, a) no compromete ninguna de las creencias de ese consenso, b) está de acuerdo con esas creencias o c) si tiene la suficiente fuerza como para cambiar esas creencias. En este último caso, esa nueva idea constituirá una nueva creencia.

En los albores de la ciencia, las nuevas ideas debieron luchar contra las creencias de la Iglesia cuyas verdades estaban escritas en la Biblia, el libro de todos los libros; las penurias de Giordano Bruno o Galileo son ejemplos conocidos. Pero la ciencia terminó imponiéndose a la religión y, al hacerlo, se transformó ella misma en una nueva creencia. De modo que en nuestros días, abrazamos a la ciencia con

el mismo fervor religioso con que los que nos precedieron adoraban al Nuevo Testamento. El nuevo Vaticano es el imperio anglo-sajón, el inglés sustituyó al latín y el "Moderno Testamento" viene en formato de *papers*, en su mayoría escritos en esa lengua. Invocar la opinión de los científicos estadounidenses, hoy en día, pone fin a cualquier discusión; "está científicamente comprobado", se suele decir. Si está publicado en el último número de alguna prestigiosa revista americana, entonces tiene que ser cierto. Cuesta creer que los autores de esos artículos o quienes autorizaron su publicación sean hombres de carne y hueso, tan imperfectos y falibles como nosotros.

A partir de entonces, las nuevas ideas, aún las nacidas dentro de la misma ciencia, deben luchar contra las "voces autorizadas de la ciencia del momento", según la feliz expresión de Henri Michaux<sup>1</sup>; también Luis Pasteur y Sigmund Freud han sufrido lo suyo. Por esto se suele afirmar, con cierta ironía, que la ciencia avanza de a un funeral por vez.

Así, del mismo modo que en la religión, el saber científico se ofrece como dogmas difíciles de poner en duda. El Dogma Central de la Biología, revocado con el descubrimiento de los retro-virus, es un ejemplo de lo que quiero decir. El formato característico con el cual la ciencia revela sus conclusiones es el siguiente: "antiguamente se creía..., pero hoy sabemos", donde este "sabemos" se supone definitivo de aquí en más, sin contemplar la posibilidad de que, en un futuro, las nuevas generaciones bien podrían referirse a nosotros como aquellos que, en su momento, *creyeron saber*. Si bien es cierto que es inevitable que el saber progrese, justamente por eso, creo que deberíamos tomar más conciencia de que lo que hoy sabemos es un saber parcial, basado solamente en los datos de que disponemos hoy. La ciencia no puede decirnos cómo las cosas *son*, sino simplemente cómo, hoy por hoy, las *entendemos* a través de las mejores teorías que somos capaces de elaborar.

Tanto la Religión en sus días, como la Ciencia en los nuestros han prestado su poder al Estado en prosecución de intereses comunes. Fernando Savater<sup>2</sup>, en su artículo "El Estado clínico" trae unas interesantes conclusiones que deseo retomar aquí. Cito:

*«En un texto publicado póstumamente, Omnes et singulatim, Michel Foucault distingue entre el Estado Gestor y el Estado Pastor. El Estado Gestor tiene como tarea servir de intermediario y si es posible de armonizador entre los conflictos que surgen entre los ciudadanos, procurando administrar del modo menos incompetente las parcelas de probado interés colectivo. El Estado Pastor, en cambio, se empeña en garantizar la felicidad de cada súbdito, tal como el buen*

---

<sup>1</sup> Citado por Jean Jacques Brochier, (1994 [1990], pág. 163).

<sup>2</sup> Artículo publicado en Claves de razón práctica, Madrid, abril de 1990, N° 1, extraído del blog *No hay derecho*, en <http://nohuboderecho.blogspot.com/>



*pastor no descansa hasta que cada una de sus ovejas, incluso la más pequeña y gozosamente descarriada, vuelve al redil. Este uso pastoril del Estado entiende la felicidad de cada cual ante todo como su salvación: de la incertidumbre del futuro, de la inseguridad del presente, de la impiedad ideológica y de la perdición moral. Los del todo así salvados deben quedar contentos, es decir tranquilos fieles: o, como rubrica la acostumbrada fórmula, convertido cada cual para el Todo en su "seguro servidor". [...] Puede señalarse que cada uno de los usos estatales cuentan con partidarios que lo reclaman en cuanta falta de manera demasiado patente: así los partidarios de audacias y negocios no piden sino Estado Gestor, mientras quienes sufren duelos y quebrantos echan de menos al Buen Pastor que da su vida por sus ovejas.*

*»De una especial simbiosis entre el uso gestor y el uso pastoril, surge lo que yo me atrevería a llamar Estado Clínico: si no me equivoco, en él vivimos ya, tal como la mayoría de las democracias llamadas occidentales. El empeño fundamental del Estado Clínico es conservar, pulir y dar esplendor a la salud pública. En esta mágica noción de "salud pública" se potencian los contenidos pastoriles con la legitimación de instrumental de la gestión eficaz, y se amanceban lo utilitario y lo teológico, el rendimiento productivo y la moralina. No hay noción más ideológica que ésta y por tanto se presenta disfrazada de obviedad de sentido común. Su emblema es la lámina de fisiología utilizada para reforzar la lección de catequesis dictada por el capataz de la fábrica. Quizá sea provechoso intentar una definición de salud pública en cuanto obligación primordial del gobierno moderno. Propongo ésta: "El Estado ha de impedir que nadie, sea por accidente o propia voluntad, disminuya su capacidad productiva o la de otros, requiera superfluos gastos de reparación o acorte sin permiso de la superioridad la duración de su servicio activo como peón de brega en este mundo". Cuando hablo de gastos de reparación o superfluos me refiero a aquellos no compensados suficientemente por su vinculación a la estructura productiva: el tabaco es un vicio a erradicar, pero no el uso de automóviles (aunque provoque muchos más muertos y lesionados) o la minería, pese a la silicosis. En cuanto a nuestro servicio activo sin permiso... bueno, baste recordar que tanta obligación tenemos de conservar la vida por el interés de la patria como de perderla si ese mismo interés llegada la bélica ocasión nos lo demanda.*

*»De modo que, si no me equivoco, en esto consiste la salud pública que el Estado Clínico tiene como obligación no ya de garantizar sino imponer. Supongo que no es difícil captar el fuerte matiz diferencial entre "garantizar" e "imponer". Imaginemos que hubiera otro modelo de salud, al que llamaremos "salud de los ciudadanos". Respecto a ella, la obligación del Estado sería algo parecido a esto: "el Estado se compromete a asistir a aquellas personas que lo soliciten para ayudarles a suprimir o paliar sufrimientos de índole física o psíquica, por los que se sientan agobiados o disminuidos, así como a colaborar por medio de una información veraz y de una educación sanitaria preventiva a que cada ciudadano pueda hacer de su cuerpo el uso que crea más conveniente". Naturalmente, este segundo modelo de salud sería una garantía brindada por el Estado, no una imposición, como lo es la salud pública. Este segundo modelo parte del principio que la salud no es un efecto fisiológico ni un condicionamiento social, sino ante todo una invención personal. Vamos, que no hay salud hecha en serie ni siquiera pret-a-porter, sino sólo a la*

*medida. Hablo por supuesto de países perfectamente desarrollados, como el nuestro, en los que —por ejemplo— el Estado garantiza la libertad religiosa, pero no impone ninguna ortodoxia por beneficiosa que algunos entusiastas puedan considerarla desde un punto de vista teológico. Tan totalitario es el intento de imponer desde arriba un tipo de salvación religiosa, como lo es imponer un modelo de salud pública, aunque hoy ya no creamos en los controvertibles dogmas teológicos y se hallen en cambio más asentados los menos controvertibles dogmas médicos.*

*»En el fondo se trata de la contraposición de la vida entendida como funcionamiento y la vida entendida como experimento. La vida como funcionamiento, si es posible como buen funcionamiento, es la vida tal como la entienden las mentalidades colectivistas de izquierdas o derechas: la pauta de funcionamiento y el baremo por el que se juzga a si éste es bueno o malo queda establecida de modo único para todos los casos. Si alguien funciona o si funciona bien no es cosa que deba determinar él mismo, sino la colectividad. La vida como experimento es la vida pensada desde lo irrepetible y lo insustituible, es decir, desde el sujeto individual, que a base de elementos recibidos, tradiciones asumidas o rechazadas, pactos con los demás e iniciativas propias va fraguando lo nunca visto: la vida de cualquiera de ustedes o la mía. Que el experimento vaya saliendo bien o no, que mantenga su interés o resulte un completo fiasco es cosa que sólo se puede decidir desde dentro del experimento mínimo, nunca desde fuera. En la vida como funcionamiento, lo importante es añadir años a la vida; pero si se la entiende como experimento, lo fundamental es añadir vida a los años. Por supuesto que todo experimento conlleva incertidumbre y riesgos que deben ser asumidos: si siempre debe haber una instancia superior que tenga el deber de remendarme cuando me desgarro, no hay experimento que valga. [...] Por decirlo de una vez: en la vida como experimento el individuo se toma en serio su libertad y en la vida como funcionamiento el Estado se toma serias libertades con los individuos. Por supuesto, no sin ser invocado a ello por parte de los individuos mismos, pues no olvidemos que bajo su bata blanca el Estado Clínico oculta la piel de oveja del Buen Pastor.*

*»Déjenme insistir en un punto: [...] El paciente del Estado Clínico tiene este credo: "quiero ser libre, verdaderamente libre, y que además nunca pueda pasarme nada malo por serlo". Pero lo cierto es que la libertad puede traer buenas o malas consecuencias, de otro modo no es libertad.»*

Bien hace Savater en destacar la complicidad de los modernos feligreses en esta concepción de la salud pública, a medias científico-práctica, a medias teológica, pero siempre como un molde universal en el que nos vemos obligados a encajar. También nos ayuda a comprender alguno de los motivos por los cuales la discusión de estas cuestiones suele despertar afectos tan intensos. ¿Qué otra cosa pudiera tener uno más deseos de defender con todas sus fuerzas, que la idea de que se le garantice que nunca nada malo pueda pasarle?

## «Fumar mata»:

Si, como sostiene Savater, la salud pública se ha transformado en una cuestión de credo, la lucha contra el fumar tabaco tiene todas las características de una verdadera “cruzada” en la cual, por un lado, se busca perseguir a los infieles hasta convertirlos o excluirlos (“si quieren fumar que lo hagan en la calle, que vivan en otro edificio, o que se vayan a otra ciudad”) y por el otro, evitar que los fieles cambien de bando (“librarlos del mal y no dejarlos caer en la tentación”). Convencer y atemorizar se ha vuelto más importante que informar, y los medios que se utilizan suelen quedar justificados por los fines que se desean alcanzar. Una consigna clara, contundente, libre de ambages y, sobre todo, fácil de entender e incorporar, resulta más útil que argumentos relativos, que deben ser pensados y sopesados; argumentos válidos sólo en ciertos contextos, o aplicables a algunos casos y no a otros. Si esta consigna atemoriza, mejor.

«Fumar mata» es una sentencia que se adapta muy bien a una campaña de salud de estas características; es clara, universal, concisa y plana. Y sobre todo asusta. En la Unión Europea es obligatorio<sup>3</sup> que esta sentencia –o la alternativa: “el fumar daña gravemente la salud y la de quienes te rodean”– ocupe no menos del 30% del tamaño de la etiqueta frontal de todos los productos que contengan tabaco para fumar; otra etiqueta, en la parte posterior, de no menos del 40% deberá exhibir leyendas del tipo “El fumar produce cáncer”, “El fumar envejece la piel”, etc.

Me veo tentado a abrir un paréntesis en este punto. Según Gately (2001, pág., 338-9), esta última sentencia está especialmente dirigida a aquellas personas que, interesadas por la belleza, encuentran en el fumar un modo de disminuir el apetito que las llevaría a engordar. Acerca de si es cierta o no... suponemos que si está escrita y es ley, deberá estar “científicamente comprobada”; ya veremos.

En otros países incluso se exige la inclusión de imágenes que muestren los daños de fumar tabaco, por ejemplo una fotografía de una lengua con cáncer; o que los representen por medio de ilustraciones figurativas por ejemplo, un feto fumando o un pulmón en llamas. Letreros ubicados en los espacios públicos, auspiciados con las mejores intenciones por entidades que se ocupan de la salud pública, insisten sobre la misma cuestión y la publicidad también es un poder; basta leer algo en todos lados o que todos lo repitan para que termine dándose por cierto. De modo que la aseveración de que fumar mata se ha convertido para muchos en una creencia.

---

<sup>3</sup> Directiva 2001/37/ CE.

Para muchos juristas<sup>4</sup>, estas leyes constituyen una clara violación a la libertad de expresión y un avasallamiento de las libertades individuales; qué pensaríamos, argumentan, si nos obligaran a adornar nuestro automóvil con fotografías de accidentes de tránsito. Sin embargo estas discusiones no logran despertar demasiado interés; como si el consenso mayoritario acordara en que la meta de salvar vidas justifica posponer ciertas libertades. Los juristas, en cambio, piensan que esto podría tener consecuencias graves. Lo que empieza como una prohibición luego sigue con una obligación. Fernando Savater, en el ya citado artículo, expresa la misma opinión:

*«Dado que hay gentes que sufren infartos por excesos o descompensaciones en la alimentación, ¿para cuándo el prohibir las grasas no menos que el tabaco o el dictarnos por real decreto la dieta ideal para conservarnos saludables y laboriosos? [...] Quienes no se quejaron del prohibicionismo no tendrán luego derecho a rechazar la píldora obligatoria o la fortificante gimnasia rítmica matutina a toque universal de gong.»*

La salud como imposición parece algo bastante desatinado; “viva saludable o muera en el intento”, podría ser el lema.

*«Tal vez el peor insulto a un fumador en la década de los noventa fue el que recibió el condenado a muerte Larry White, en Huntsville, Tejas, cuando le negaron el último cigarrillo antes de la ejecución con la excusa de que sería perjudicial para su salud» (Gately, 2001, pág., 344).*

Pero dejemos aquí esta cuestión jurídica de la que poco entiendo y volvamos a centrarnos sobre las afirmaciones que, en nombre de la ciencia, esgrimen las campañas de salud contra el fumar tabaco. Resulta claro que este tipo de aseveraciones no parece llevarse bien con la ciencia basada en la evidencia. A poco que queramos profundizar en su sentido, la sentencia “fumar mata” se nos vuelve tan ambigua que uno no acierta a adivinar cuál podría ser el tipo de evidencia científica sobre la que se fundamenta. Otra vez: ¿Fumar qué?, ¿fumar cómo?, ¿fumar cuánto?, ¿durante cuánto tiempo?, ¿de qué manera mata fumar?, ¿mata fumar o mata el tabaco que se fuma? ¿O significa acaso que la causa de la muerte de los fumadores sea el hábito fumar? Sobre esto nada dicen los letreros.

Detengamonos a pensar en esta cuestión. Que un fumador muera no puede significar que fumar mata; mucho menos que haya muerto la rata de laboratorio, cuya fotografía aparece en los paquetes de cigarrillos, que ni siquiera fuma, a la que se le ha administrado tabaco, de determinada forma y en determinada dosis.

*«No cabe duda, admitámoslo sin rebozo, [sostiene Savater] que las drogas, pueden causar la muerte. Es cosa que también ocurre con la mayoría de las sustancias que ingiere o recibe de cualquier modo el organismo humano. Se trata de un problema*

---

<sup>4</sup> Veáse el ya citado blog “No hay derecho” en <http://nohuboderecho.blogspot.com/>

*de dosis: uno se puede matar a base de cianuro o de huevos fritos, pero con el cianuro necesitará una cantidad mucho menor. Albert Hoffmann, el sintetizador del LSD, dice que la cuestión estiba en conocer la proporción existente entre la dosis activa de una sustancia y su dosis letal. [...] Conociendo las cantidades que se toman, se puede convivir con la heroína o con cualquier otro fármaco. He conocido heroinómanos (casi todos ellos relacionados de un modo u otro a la profesión médica y por tanto con más fácil y seguro acceso al producto) que han practicado su rutina durante veinte a treinta años, toda su vida. Dependían de la heroína, desde luego, tal como el diabético depende de la insulina: pero no perecieron destruidos por ella. No sé si su carácter o su forma de vida se resintieron mucho por esa costumbre, pero tampoco conozco a las ventajas que les proporcionó. No aconsejaría a nadie tomar heroína, como no le aconsejaría trepar al Everest, meterse a cartujo o cruzar el estrecho de Gibraltar a nado. Son cosas peligrosas y recompensadas a mi juicio de forma discutible; pero a cualquiera decidido a hacerlas, le aconsejaría desde luego que se preparase bien y tomase algunas precauciones.»*

Necesitamos informarnos mejor, de manera veraz; con lo mejor que la ciencia de hoy tiene para ofrecernos. Si irresponsablemente buscamos que se nos garantice que nada malo va a sucedernos nunca, obtendremos catequesis, no información. Si acaso decidimos fumar o si vamos a meternos en la difícil aventura de dejar de fumar, es bueno que sepamos a qué atenernos.

La sentencia "fumar mata", lejos de informar, parecería querer inducir la idea de que si evitamos fumar, evitaremos también morir; pero una vez que caemos en la cuenta de que, más tarde o más temprano, todos moriremos —fumadores y no fumadores—, caemos en la cuenta, también, de que evitando fumar, a lo sumo y en el mejor de los casos, nos permitirá evitar quizás, algunas formas de morir a favor de otras.

### **La incertidumbre de la probabilidad:**

Siguiendo las ideas de Savater, comprendemos cómo, a partir del temor a tomar la vida como experimento y con la fantasía de que se nos garantice "que nada malo nos sucederá nunca", surge el Estado Clínico y, con él, una idea de salud que busca agregarle años a la vida. Nos cuesta mucho aceptar que la vida es perecedera e impredecible.

Las ciencias que estudian los procesos relacionados con la vida no tienen el grado de precisión que tienen, por ejemplo, las que estudian los movimientos planetarios; y cuando uno ve el apasionamiento con el cual la medicina, en nuestros tiempos como nunca antes, se ha volcado a la elaboración de estadísticas, no puede menos que preguntarse si no se tratará de un vano intento de salvar esa brecha que siempre la separará de las ciencias exactas. Como si no

pudiendo predecir con certeza un acontecimiento, nos ofreciera a cambio y con exactitud, sus probabilidades de suceder. En otras palabras, la medicina transforma la incertidumbre en una medida exacta de "probabilidades de certeza".

Pero como han subrayado muchos<sup>5</sup>, entre la probabilidad y la certeza existirá siempre una brecha insalvable. Creo que nunca se insistirá en esto lo suficiente. La vida es imprevisible, y si yo arrojo una moneda al aire nadie puede saber lo que va a pasar. Puede salir cara, o ceca; caer por el balcón o encajarse de canto en una ranura del piso. O peor, puede ocurrir que yo muera en el instante siguiente a haberla arrojado, sin enterarme de qué lado cayó la moneda; quién sabe. La palabra quizá, que denota la posibilidad, la duda y el deseo de que algo ocurra, proviene de la expresión "quién sabe"; es la intuición de que la vida es experimento; probar y ver, sin certezas; quién sabe.

Afirmar que, antes de tirar una moneda, las probabilidades de que salga cara son del 50% es ya toda una construcción, no del todo cierta y únicamente válida en el caso de que me proponga hacer muchos tiros. Ninguna estadística puede arrojar esa conclusión; si yo arrojo la moneda 10 veces, puede que la proporción de caras y cecas sea 7-3, si lo hago 100 veces, podría ser 44-56 y cuantas más tiradas tenga la serie, la proporción se irá *aproximando* a ese 50% para cada opción. Y los resultados de una serie no tienen por qué repetirse. Nótese que si yo, partiendo de la idea de que las probabilidades son del 50 y 50, me propusiera tirar una serie de 10 tiros y obtuviese 8 veces seguidas cara, me vería tentado a imaginar que ahora las chances de que salga ceca son mucho mayores. Y sin embargo la moneda no tiene memoria de los tiros anteriores.

Como dijimos, las estadísticas aportan un reflejo relativo de lo que sucede en grandes poblaciones de eventos; y para peor, las poblaciones nunca son lo suficientemente grandes como para estar seguros de que los resultados obtenidos no cambiarán al considerar una población aún mayor. Los números miden las cantidades con precisión y la estadística, básicamente, consiste en poner números en relación. Pero es allí donde hay que tener mucho cuidado. Si no queremos equivocarnos en las conclusiones, debemos tener presente varias cuestiones. La primera es que toda estadística, una vez concluída, se basa en hechos pasados; suponer que de esos hechos se puede inferir alguna conclusión para el futuro implica dar por sentado que lo que sucederá mañana no será muy distinto a lo que sucedió ayer. Como vemos esta simple suposición ya nos ha hecho salir del terreno seguro de las ciencias exactas. Probablemente el año próximo ocurran, aproximadamente, tantos accidentes de tránsito como ocurrieron el año pasado pero... no es seguro. Si mañana se declarara una grave crisis en la disponibilidad de combustible, las cosas podrían terminar siendo muy distintas.

---

<sup>5</sup> Véase por ejemplo el interesante trabajo que realizan Chiozza y colaboradores (1984), "La superstición en el uso de la estadística".

El segundo punto es que para tomar una variable es necesario aislarla de su contexto; por ejemplo si yo quiero saber cuántos fumadores terminan desarrollando un cáncer de pulmón, me limitaré a contar personas que fuman. No importa si fuman hace poco o hace mucho, si fuman en cigarrillo o pipa. Tampoco importa si viven en ambientes de mucha polución, si han padecido tuberculosis, o si trabajan en un mina de asbesto.

El tercer punto, nada despreciable, es que uno debe decidir sobre qué cosas se va a poner a hacer cuentas. Los números, por su condición de abstractos, son fácilmente relacionables entre sí, pero no es tan fácil hallar una relación entre 4 naranjas y 5 átomos. Si yo relaciono las muertes ocasionadas por la caída de un rayo con los días de la semana en que ocurrieron esas muertes, inevitablemente, obtendré un determinado resultado; ¿significa entonces que, de aquí en más, las probabilidades de morir fulminado son mayores, digamos, los martes que en el resto de la semana?

El cuarto punto, quizás el más importante, es qué tipo de conclusión extraeremos de las relaciones que establecimos estadísticamente. Si yo exploro estadísticamente cuántas luxaciones de hombro se dieron en personas fumadoras y cuántas en no fumadoras, ¿puedo afirmar luego que fumar *causa* o *previene* la luxación de hombro? Volveremos sobre esto, más adelante.

El quinto de los puntos que quiero mencionar al hablar de los peligros en el uso de las estadísticas, se refiere a cómo relacionar distintas estadísticas. Dado que, como dijimos, para hacer una estadística necesito aislar las variables, siempre sucede que a un mismo sujeto se le pueden aplicar tantas estadísticas como aspectos tenga su personalidad. Así, por ejemplo, tengo unas probabilidades dadas por el hecho de que fumo y otras –que pueden ser muy distintas– porque suelo jugar al tenis. Veamos un ejemplo concreto.

Según estadísticas basadas en las causas de muerte más frecuentemente observadas, se estima que 1 de cada 4 personas muere de cáncer y la misma proporción vale para las enfermedades cardiovasculares. De modo que por el sólo hecho de haber nacido en este mundo y en esta época, fumadores y no fumadores, alcohólicos y abstemios, conductores y peatones, tenemos un 25% de posibilidades de morir de cáncer; y también, otro 25% de posibilidades de morir por una enfermedad cardiovascular. Dado que no todos los enfermos de estas patologías mueren a causa de ellas (uno puede curarse el cáncer y morir, luego, de gripe; o puede estar enfermo del corazón y morir atropellado por un colectivo), las probabilidades de enfermar de cáncer o de enfermedades cardiovasculares son, aún, mucho mayores que las de morir por esas causas. Por ejemplo, se estima que 1 de cada 3 personas enferma de cáncer. Enfocadas las cosas desde esta perspectiva, fumar no puede aumentar las probabilidades de enfermar o morir de

cáncer por el hecho de que esos datos incluyen por igual a fumadores y no fumadores. Tampoco puede disminuir esas probabilidades dejar de fumar.

Al parecer, el éxito de la campaña en contra del hábito de fumar ha logrado desplazar al cigarrillo como el principal factor de riesgo de infarto de miocardio; la obesidad ahora ha ocupado ese lugar. Pero ¿han disminuído los infartos de miocardio? Me pregunto cómo se categorizará a un sujeto que habiendo dejado de fumar y habiendo engordado por este intento, muere de infarto; ¿murió por haber fumado antes o por haber engordado ahora? ¿Se podría decir que murió por haber dejado de fumar? ¿Se animaría alguien a hacer una estadística de las personas que enferman y/o mueren luego de haber dejado de fumar? ¿O sería más útil a los fines de las campañas de salud reputar esos datos al haber fumado antes; al no haber dejado a tiempo?

Y aún podemos sumar otro dato: de cada 4 peronas 1 muere de cáncer, la otra de enfermedades cardiovasculares, ¿qué sucede con las otras 2?: También mueren. Así como la vida es impredecible, la muerte es la mayor de las certezas (sino la única). Aún si pudieramos evitar por completo la muerte por infarto de miocardio, la gente moriría de las causas restantes. En el ámbito de las certezas, nadie en su sano juicio puede decirnos cuándo o cómo moriremos; lo único que la ciencia da por cierto es que algún día moriremos, porque no existen evidencias de ningún ser humano inmortal. Aclarado que no se puede vivir para siempre, ahora nos toca ver cuál es el tipo de vida que queremos hacer.

En una postura radical, Savater considera que:

*«El uso de las drogas no tiene por qué ser considerado una enfermedad, si quien las emplea no tiene el más mínimo interés en dejar de tomarlas. Hay un uso represivo de la noción de "enfermedad" que la convierte en algo puramente objetivo, que se establece desde fuera y sin que la opinión del interesado cuente para nada. La enfermedad es algo malo que le pasa a uno lo sepa o no y que debe ser curado quiera o no. [...] Hay personas que utilizan las drogas y que se consideran "enfermos", es decir que no están a gusto consigo mismos y reclaman ayuda médica. [...] Sea como fuere, es lógico y justo que la colectividad les brinde ayuda, por lo mismo que acude a rescatar al alpinista en apuros. Para eso pagamos impuestos [...]. Pero otros usuarios de sustancias actualmente prohibidas no se consideran enfermos, sino hostigados por un prejuicio puritano de la sociedad. Lo que reclaman para todas las sustancias es control sanitario, libertad de comercio e información suficiente. Esta gente no tiene —no tenemos— ningún afán suicidario ni destructivo, lo mismo que quien sale a pasear en coche no quiere partirse la crisma en la carretera, aunque es cosa que muy frecuentemente pasa. [...] Pero ¿y quien ha sufrido una víctima en su familia por culpa de la Droga, acaso no es lógico que quiera prohibirla? [...], no tiene ningún derecho especial a solicitar su ilegalización, lo mismo que el padre que ha perdido a su hijo en un accidente de moto no puede esperar que por ello se prohíba el motorismo.»*



Me parece que luego de estas reflexiones la pretendida certeza de que fumar mata se ha transformado en algo bastante más relativo. Resulta sumamente curioso que, mientras las campañas anti-tabaco buscan afianzar la creencia de que fumar mata, las campañas contra el cáncer, contrariamente, se esfuerzan en tratar de erradicar la creencia –reputada como errónea– de que el cáncer mata; aún cuando se estima, combinando las estadísticas que ya mencionamos, que el 75% de los enfermos de cáncer, muere por esa causa. Al parecer, mientras que la sentencia “fumar mata” es considerada útil a los fines de las campañas de salud, la sentencia “el cáncer mata” es considerada como una idea que genera un temor indeseable. Vemos que en estos lemas de campaña, la veracidad y la objetividad de los números tiene muy poco que ver.

En lo personal creo que el papel de la ciencia es muy distinto al de la religión; la ciencia no pretende decirnos qué nos conviene pensar sino aportarnos los elementos para que podamos pensar por nosotros mismos. Por mejores que puedan ser los fines, eso no justifica que, como hombres de ciencia, pretendamos alcanzar esos fines con medios falaces. ¿O sí?

En opinión de Savater:

*«En el Estado Clínico los médicos se ven constreñidos a convertirse en sacerdotes y aún inquisidores de la salud, apoyando a los políticos que la instituyen en obligación pública por ellos definida. Se trata de una nueva versión de la antigua y muy retrógrada alianza entre el Trono y el Altar, ahora entre el Despacho y la Camilla. Determinadas sustancias, como determinados comportamientos o hábitos quedan convertidos en reos de insalubridad y canalizan los afanes persecutorios de individuos adoctrinados de tal modo que temen más los peligrosos efectos de la libertad que el peligro de perderla. Para todo lo que nos conviene hay que pedir receta o atenerse a las consecuencias. [...] Gustav Klimt [...] en su alegoría de la Medicina, entre las figuras que se entrelazan en torno a la muerte y que representan el dolor, la vida, el éxtasis y la sabiduría destaca la libertad uno de los más bellos desnudos del pintor [...] el artista tenía razón: la presencia turbadora y escandalosa de la libertad debe acompañar a los otros símbolos de la medicina, so pena de que ésta se convierta en sucedáneo moderno del Santo Oficio.»*

## **Tabaco y salud:**

Pese a la ambiciosa definición de salud que ostenta la OMS, vimos que nuestra cultura restringe el concepto de salud hasta transformarlo solamente en aquello que permite mantener al organismo en buen funcionamiento por más tiempo. Lo malo de los hábitos perjudiciales para la salud, pensamos, es que al disminuir la salud, acortan la vida. Si el objetivo de la salud es asegurar la prolongación de la

vida, los hábitos saludables deberían ser, entonces, los que practican los sujetos longevos; y los perjudiciales, sus contrarios. Pero no siempre las cosas resultan de este modo; veamos algunos ejemplos.

Recientemente se realizó un estudio tendiente a descubrir cuál era la razón de la longevidad de ciertos sujetos; lamentablemente el estudio no arrojó resultados concluyentes acerca de qué cosas estos sujetos hacían o dejaban de hacer, que pudiera diferenciarlos del resto de los mortales con vidas más breves. Cuenta Gately que la postura del General Montgomery contrastaba notablemente con la de Winston Churchill, no sólo en lo referente al conflicto bélico sino también en lo referente al tema que nos ocupa, el tabaco. En una ocasión,

*«Montgomery le dijo a Churchill: "Yo no bebo ni fumo. Duermo bastantes horas. Por eso estoy en forma al ciento por ciento", a lo que Churchill respondió, "Yo bebo mucho, duermo poco y fumo un cigarro tras otro. Por eso estoy en forma al doscientos por ciento"» (2001, pág., 248).*

Nos vemos tentados a pensar que el primero vivió casi 89 años *porque* llevó una vida saludable, mientras que el segundo vivió casi 91 *a pesar* de los excesos; pero ¿cuánto más podría haber vivido Churchill llevando la vida saludable que llevó Montgomery? Quienes afirman que fumar acorta la vida deberían poder respondernos cuántos años le quitaron de vida a Churchill los cigarros que fumó uno tras otro durante, digamos, 70 años.

Otra historia que nos cuenta Gately es la de Compton Mackenzie, autor de *Sublime Tobacco*; un libro dedicado al tabaco en cuyas últimas páginas, destinadas al tema de la salud, el autor escribe:

*«Si me pregunto a cuántos hombres y mujeres de los que he conocido en mi vida ha destrozado el tabaco, puedo afirmar sinceramente que a ninguno. No podría decir lo mismo respecto al alcohol. [...] A lo largo de mi vida he fumado como mínimo dosciental mil pipas de tabaco, y seguramente cerca del medio millón. Juntas, suponen una cantidad de humo que no desmerecería la del Vesubio en plena erupción. Mi memoria es excelente, y no he perdido poder de concentración. Mi digestión es perfecta y mi corazón está estupendamente» (2001, pág., 273).*

Según Gately, quince años después de escribir *Sublime Tobacco*, Mackenzie falleció en su lecho a la edad de 89 años.

*«La persona más anciana de la historia, fuera de los personajes bíblicos, Jeanne Clement, falleció en 1977 en su casa de Arles –en el sur de Francia– a la edad de 122 años, cinco meses y dos semanas. Casualmente, era también la fumadora más vieja del mundo» (Gately, 2001, pág., 345).*

Lo cierto es que entre longevidad y aquellos hábitos que se suelen considerar saludables o perjudiciales no hay una relación clara y unívoca. En la misma dirección, Ricardo Coler, periodista y médico, publicó el libro "Eterna Juventud" en el que intenta desentrañar el misterio de la notable longevidad –más de 120 años– que alcanzan los ancianos en un pequeño pueblo de Ecuador. Cito sus palabras:

*«Es evidente que algo pasa en Vilcabamba porque no solo llegan a una edad escandalosa sino que además lo hacen a contramano de los consejos médicos. Nada que se explique con los elementos con los que por ahora contamos. Llevar una vida sana, comer con moderación y hacer ejercicios puede significar andar bien del corazón pero no evita el uso de anteojos, las canas o la pérdida de la dentadura. Corazón, dientes, vista y pelo tienen procesos de envejecimientos diferentes y todos están conservados en los ancianos del pueblo. [...] El sistema sanitario es precario, la alimentación deficiente y los centenarios no se privan de ningún vicio. Fuman tabaco. Beben el puro, una especie de aguardiente, y además consumen "chamico", un alucinógeno que produce los efectos de la marihuana y la cocaína con un deterioro varias veces superior. Tampoco se privan del café ni de ponerle sal en abundancia a las comidas. Por eso es muy difícil darles un consejo; que coman sin sal podría ser uno. Pero el promedio de tensión arterial de la gente del pueblo es inferior a la de la ciudad. ¿Que no fumen o no beban? No hay médico que tenga autoridad moral ni sanitaria para decirles qué pueden o qué no pueden hacer.»<sup>6</sup>*

### **Fumar y enfermar:**

Es por todos conocida la relación que la medicina establece entre el hábito de fumar y determinadas patologías. Demostrar esta relación no es tan difícil, basta con observar que ciertas patologías suceden con una frecuencia mayor en sujetos fumadores (o ex-fumadores) que en sujetos no fumadores. A estas enfermedades asociadas con el hábito de fumar se las suele dividir, básicamente, en dos grupos: una serie de patologías respiratorias —incluido el cáncer— y otra serie, independiente de la primera, de patologías cardiovasculares. Se calcula que a un tercio de los fumadores, su hábito los afecta en su función respiratoria mientras que a otro tercio los afecta en el aparato cardiovascular. Si usted fuma, le dirán que probablemente morirá de cáncer o de alguna enfermedad cardiovascular, a menos que muera antes por alguna otra causa; cosa que, por las estadísticas que vimos, ya sabíamos antes de saber que usted era un fumador.

De modo que, por más cierta que pueda ser la relación entre el hábito de fumar y ciertas patologías esto no nos habilita a afirmar, con valor de certera predicción, que un sujeto fumador necesariamente enfermará y morirá, más tarde o más temprano, de alguna de esas patologías con las que se asocia el hábito de fumar.

---

<sup>6</sup> Tomado del blog oficial del autor, <http://libroeternajuventud.blogspot.com/>

La medicina tiene muchos ejemplos para esto: la relación entre el bacilo de Koch y la tuberculosis es un hecho demostrado, pero la presencia del bacilo en un organismo no es equivalente a la presencia (pasada, presente o futura) de la enfermedad.

Cabe preguntarse también en qué medida han alterado estas mediciones la tremenda difusión que ha tenido el hábito de fumar en la cultura. Vemos que hasta hace no mucho tiempo la población de fumadores era tan grande que quizás no nos hubiera sorprendido encontrar que eran más los fumadores (o ex-fumadores) alcanzados por una bala perdida que los no fumadores. Demostrar una relación no es lo mismo que identificar la causa de un efecto. No porque a nuestra percepción el rayo siempre anteceda al trueno (relación antecedente-consecuente) pensamos que el primero sea la causa del segundo; sabemos que rayo y trueno son dos manifestaciones de un único fenómeno que llegan por separado. En otras palabras, demostrar la relación entre el hábito de fumar y ciertos modos del enfermar no implica haber descubierto una relación de causa-efecto. Según Gately en 1957 el Consejo de Investigación Médica de Gran Bretaña publicó un artículo que declaraba que:

« *el aumento [del cáncer de pulmón] está vinculado en gran medida al hábito de fumar tabaco, en especial cigarrillos*” y que *“se trata de una relación de causa y efecto”* » (2001, pág., 276).

Sería interesante averiguar cómo algo “vinculado en gran medida” se transformó en “una relación de causa y efecto”; si se trata, por ejemplo, de la constatación de la existencia de un mecanismo o si sólo se trata de una interpretación de los datos estadísticos.

Como ya vimos, la estadística nos muestra cómo, en una población acotada y en un lapso de tiempo determinado, se relacionaron numéricamente dos variables que ya considerábamos relacionadas, antes de hacer la estadística. La idea implícita es que, siempre y cuando en el futuro las variables mantengan la misma relación que en el lapso de tiempo considerado, los datos obtenidos puedan tener un carácter predictivo. De modo que la estadística arroja un número que refleja la *cantidad* de la relación entre las variables, pero nada puede decirnos acerca de su *cualidad*. No puede decirnos si la relación es de antecedente y consecuente, de causa y efecto o, incluso si las dos variables son la misma cosa, como en el caso del rayo y el trueno. Por ejemplo: Si yo intento relacionar {muertes por cáncer de pulmón} con {fumadores}, soy yo que doy por sentado que las muertes por cáncer de pulmón no pueden causar a los fumadores; pero esta conclusión no surge de los números que surgen de la estadística.

Demostrar, más allá de toda duda, que una variable *es la causa* de la otra es algo completamente distinto, en general muy complejo en los sistemas biológicos, y que requiere de otros métodos, los cuales tampoco están exentos de una cierta cuota

de interpretación de los resultados. No es lo mismo lo que sucede en el laboratorio, en un tubo de ensayo o en un animal, que lo que sucede con un ser humano en la vida real. Incluso, lo que sucede en un ser humano puede no suceder en otro.

Demostrar que fumar es la causa del cáncer de pulmón en los seres humanos es algo mucho más complejo de lo que seguramente se imaginan muchas de las personas que lo aseguran como algo "científicamente comprobado". Gately nos ofrece los primeros capítulos de la interesante historia de las investigaciones que pretendieron relacionar el hábito de fumar con el cáncer de pulmón. De ella se desprende claramente, cómo el interés por arribar a una conclusión, deforma hasta lo inaceptable, la interpretación de los resultados de esos estudios (sobre todo, en los estudios tendientes a demostrar el efecto dañino del fumar pasivo, tema del que me ocuparé más adelante). Trataré de sintetizar sus líneas principales. Cito:

*«En un plazo de veinte años, el aumento de casos de cáncer de pulmón fue paralelo al del número de fumadores. Esta coincidencia sorprendió a la comunidad científica que, a partir de los años cuarenta, se dedicó a investigar si existía relación entre las dos estadísticas. [...] El 27 de mayo de 1950, el Journal of the American Medical Association (JAMA) publicó el primer estudio que confirmaba la existencia de un vínculo estadístico entre el tabaco y el cáncer de pulmón. Su autor [...] estudió los casos de 236 enfermos hospitalizados y concluyó que el riesgo de contraer cáncer de pulmón era diez veces más elevado para los que fumaban mucho y desde hacía muchos años que para los no fumadores.*

*»En el mismo número de JAMA se publicaba otro estudio que llevaba por título "Fumar tabaco como posible factor etiológico en el carcinoma broncogénico: un estudio de 684 casos diagnosticados". Los autores [...] descubrieron que el 96,5 por ciento de los pacientes entrevistados eran grandes fumadores.*

*» [...] Se llevaron a cabo numerosos estudios estadísticos, todos los cuales llegaron a la misma conclusión: los fumadores tenían muchas más probabilidades de morir de cáncer de pulmón que los no fumadores.» (Ibíd., págs., 275-6).*

*«Describir cómo se forma el cáncer de pulmón no es tarea sencilla. Las causas no se conocían, pero se creía que el origen estaba en la irritación de los pulmones.» (Ibíd., pág., 279)*

*«Para establecer un vínculo causal entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón los científicos tenían que demostrar, primero, que el humo del cigarrillo contenía una sustancia que irritaba los pulmones hasta el punto de desencadenar el ciclo del cáncer. Las primeras investigaciones se centraron en la nicotina, [...] no arrojaron resultados definitivos, y la investigación pasó de la nicotina al humo en sí. No era el hábito de fumar lo que había aumentado la incidencia del cáncer, sino los cigarrillos; es decir, la inhalación del humo. A partir de esta conclusión, pareció más fácil establecer una relación causal entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón. Era bastante fácil demostrar que el humo irritaba los pulmones; todo el mundo*

*sabía que resultaba irritante para los ojos, que son más resistentes que el tejido pulmonar. Ahora quedaba por demostrar que esa irritación era la causante del cáncer. Y este último eslabón de la cadena era el más difícil de establecer.*

*»[...] En 1953 se creyó que la medicina había hecho un importante descubrimiento. Un estudio llevado a cabo con ratones de laboratorio parecía haber hallado el vínculo entre el cáncer y el hábito de fumar. A los ratones se les había afeitado el pelo y se les había pintado el lomo con extracto de cigarrillos Lucky Strike, y algunos desarrollaron tumores. Sin embargo, se vio que los estudios no eran concluyentes. Los ratones eran propensos a los tumores, tuvieran o no los lomos pintados y, además, la concentración de alquitrán y nicotina en el extracto era tan elevada que los resultados no eran fiables. En los años siguientes se realizaron otros experimentos similares en Estados Unidos. Miles de ratones de laboratorio pasaron por el proceso de rasurado y pintado, pero los resultados de 1953 no se igualaron nunca más» (Ibíd., págs., 280-281)*

*«En mayo de 1967 Oscar Auerbach metió 94 cachorros beagle en un laboratorio con el propósito de averiguar si fumar les provocaba cáncer. A los cachorros se les practicó un orificio en la garganta, a través del cual se les hacía fumar gracias a un collar especialmente diseñado. Algunos de los perros fumaban cigarrillos con filtro, otros cigarrillos sin filtro y un tercer grupo, el de control, nada en absoluto. Tras 875 días de prueba, todos los perros que lograron sobrevivir fueron sacrificados y sus cuerpos abiertos y examinados en busca de tumores. Los resultados fueron prometedores, pero no concluyentes. [...] Como afirmó un ejecutivo de una compañía tabaquera: "Lo que el experimento de Auerbach demuestra más allá de toda duda es que el humo del cigarrillo resulta cancerígeno para los pulmones de los perros [...] pero no nos ayuda a establecer de qué manera podemos modificar nuestros cigarrillos"» (Ibíd., págs, 289-290).*

Se suele decir que la necesidad agudiza el ingenio; ciertamente fueron las compañías tabacaleras quienes, amenazadas en sus intereses, ofrecieron a los científicos la oposición más férrea, señalándoles cada uno de los puntos débiles de sus argumentos. Efectivamente, estas investigaciones ponían en juego muchos intereses cruzados entre la ciencia, el Estado y las tabacaleras, las cuales en 1954 se unieron para elaborar un comunicado conjunto sobre tabaco y salud, en el cual se afirmaba que:

*«Dichos experimentos, aunque han sido llevados a cabo por médicos de reconocido mérito profesional, no se consideran concluyentes en el ámbito de la investigación científica. Y aunque no pretendemos decir que dichos experimentos carezcan de relevancia o puedan desestimarse alegremente, consideramos importante que el público sepa que algunos doctores y científicos eminentes los han cuestionado públicamente.*

*»Estas autoridades reconocidas señalan:  
Que la investigación médica de los últimos años indica que hay muchas causas posibles para el cáncer de pulmón.*

*Que no existe de momento acuerdo entre las autoridades sobre cuál sea la causa. Que las estadísticas que pretenden ver un vínculo entre el hábito de fumar y la enfermedad podrían aplicarse con ingual resultado a otros muchos aspectos de la vida moderna. Además, numerosos científicos ponen en duda la validez de estas estadísticas» (Ibíd., pág., 277).*

En opinión de Gately:

*«Los fabricantes de cigarrillos se propusieron ridiculizar a sus adversarios y desacreditar sus trabajos, y tenían algo de razón, porque en aquel momento todos los estudios que vinculaban el tabaco con el cáncer de pulmón eran estadísticos. [...] Nadie había conseguido demostrar qué era exactamente lo que llevaba a un fumador a padecer cáncer de pulmón. Los fabricantes se apoyaron en esto. Sin una relación causal, las estadísticas no eran más que una sarta de números. Los fumadores morían de cáncer, ¿y qué? A lo mejor les tocaba luego a los no fumadores. La rueda de la fortuna era caprichosa» (Ibíd., pág., 283).*

A través de estas citas alcanzamos a darnos cuenta que se trata de un tema difícil, donde los argumentos son débiles y, demasiado fuertes los intereses. Las tabacaleras, no tuvieron reparo en mentir descaradamente para mantener sus ganancias y librarse de las demandas judiciales; usaron la publicidad de forma inmoral para captar cada vez más clientes con plena conciencia de los riesgos a los que los sometían. Un ejemplo de esto es que en las comunicaciones internas y entre las distintas empresas omitían mencionar la palabra cáncer cuyo sustituto, en clave, era "céfiro" (Gately, 2001). Es una historia fascinante que en alguna otra oportunidad les contaré. Pero también los gobernantes de turno con apoyo de los representantes de la ciencia deformaron sus resultados de forma inaceptable; y también ellos se valieron de la publicidad para sus propios intereses. Cuando la policía usa los mismos recursos que los delincuentes, las cosas se empiezan a poner confusas.

Lo más curioso es que entre tantos intereses espurios omitieron investigar algo que podría haber sido de ayuda para el fumador:

*«Puesto que no había cigarrillo inofensivo, la pregunta que se planteaba el fumador era la siguiente: aunque los cigarrillos fueran nocivos, ¿era posible fumar un número limitado que no afectara la salud? ¿Sería dañino fumar diez cigarrillos al día, por ejemplo, o cinco, o uno solo a la hora del desayuno? [...]*

*»Curiosamente, no se había llevado a cabo ninguna investigación para establecer el número de cigarrillos que podían fumarse a diario sin riesgo para la salud. Los abogados advertían a los fabricantes que nombrar una cantidad "sin riesgo" implicaba reconocer que más cigarrillos eran peligrosos. En cuanto a los enemigos del tabaco, para ellos los cigarrillos eran nocivos en cualquier medida o cantidad. En medio de esto, los pobres fumadores intuían que tenía que haber una solución. Al fin y al cabo, la gente llevaba siglos fumando sin morir necesariamente de*

*cáncer, y la esperanza de vida de los fumadores de pipa no difería sustancialmente de la de los no fumadores. Eso demostraba que el tabaco no era necesariamente letal. Si había quien se fumaba una pipa a diario durante toda la vida, ¿por qué no iba a poder fumarse unos cuantos cigarrillos?*

*«Pero este enigma quedó sin solución, porque el movimiento antitabaco lanzó una nueva ofensiva desde un ángulo inesperado...» (Gately, pág. 317).*

### **Fumar mata; incluso... sin fumar:**

El tema del fumador pasivo ha adquirido, en nuestros días, una importancia incluso mayor que los “temibles” perjuicios del hábito de fumar; ya es hora de que nos ocupemos de él. Como hicimos antes, empecemos por recoger, como un reflejo de lo que piensa el consenso, la información que más fácilmente se pone a disposición del lector interesado.

Mica y Chechu transcriben en su ya citado blog un artículo publicado en el suplemento de salud del diario La Voz del Interior en el cual el periodista Manuel Nogales Mendoza, afirma que:

*«El humo que exhala el fumador y el que genera el cigarrillo cuando se quema contiene más de 4.500 sustancias de las cuales más de 40 son reconocidas causantes del cáncer en los seres humanos o animales. [...] Se estima que una persona que respira el humo presente en un ambiente con fumadores recibe el daño equivalente a fumar un cigarrillo por hora. La Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA) clasificó el humo de segunda mano como reconocido causante del cáncer al pulmón en los seres humanos. (carcinógeno del Grupo A). Esa agencia calcula que en Estados Unidos, el fumar de forma pasiva provoca anualmente aproximadamente tres mil muertes de cáncer en personas que no fuman. Una persona que este casada con un fumador tiene un 30 por ciento más de riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, que una persona que viva con un no fumador.»*

Ahora que ya tenemos más claro qué tipo de conclusiones se pueden extraer de un estudio estadístico –y cuales, no– y el tipo de dificultad que supone demostrar, a ciencia cierta, una relación causal, nos resulta más fácil ver hasta dónde llega la ciencia y dónde empieza la religión.

¿Cómo un concepto tan ambiguo como “humo presente en un ambiente con fumadores”, que no especifica las dimensiones del ambiente, ni la cantidad de fumadores presentes, ni cuánto fuma cada uno de ellos, puede derivar en una cifra tan exacta como “el daño equivalente a fumar un cigarrillo por hora”? ¿Es que acaso se puede estimar el daño producido por fumar un solo cigarrillo?



Y si pudiéramos estimar el daño que a un fumador le provoca fumar –cosa nada sencilla– ¿cómo saber qué proporción de ese daño en su persona propia corresponde al fumar activo y qué proporción corresponde al fumar pasivo? Al parecer nadie ha reparado en el hecho de que todo fumador activo es a la vez un fumador pasivo, las 24 horas del día.

Si a partir de los mismos datos aportados por el blog, habíamos calculado que a un fumador de 40 cigarrillos diarios, que además es fumador pasivo 24 horas por día, 7 días a la semana, le toma 59 años acortar su vida en 9 años ¿cuánto se puede perjudicar un fumador pasivo que trabaja en un ambiente con fumadores, digamos, 8 horas diarias, 5 días a la semana? Y aún suponiendo que esos daños fueran tan nocivos, cosa que no acierto a comprender, un simple extractor ¿no sería suficiente para evitarlos?

Como vimos, los investigadores basaron la idea de que fumar se relacionaba con el cáncer de pulmón porque, según observaron, la proporción de casos de cáncer de pulmón aumentaba proporcionalmente aumentaba la población de fumadores; pero si resulta que el aumento de fumadores activos supone un aumento de fumadores pasivos, lo cual, a su vez, supone, un aumento en los casos de cáncer de pulmón en los no fumadores (activos), entonces la relación fumador activo-cáncer de pulmón no podría ser proporcional. En otras palabras, si el cáncer de pulmón aumenta en fumadores y no fumadores; ¿por qué pensar que hay una relación entre cáncer de pulmón y hábito de fumar? ¿No deberíamos buscar alguna otra causa?; ¿preguntarnos, por ejemplo, si en esa misma época no aumentó la polución ambiental por el incremento de automóviles?

De dónde pudo surgir una idea tan desatinada sino de los intereses afectivos que estaban en juego. Al parecer, una vez planteada la lucha, lo que importaba era ganar:

*«Para los científicos y para los abogados este descubrimiento fue como la fiebre del oro. Desde el punto de vista de los picapleitos, era un sueño hecho realidad, porque si el tabaco podía matar a cualquiera, aunque no fumase, todas las víctimas necesitarían un abogado y podrían reclamar indemnizaciones millonarias. Para los científicos, suponía superar los inconvenientes del modelo que presentaba al adicto como a una víctima. Si los fumadores estaban dañando a los no fumadores, habría que ingresarlos y tratarlos de inmediato.*

*»Y así nació el tema del fumador pasivo. Se le llamó Environmental Tobacco Smoke [Humo de Tabaco en el Ambiente] o ETS.» (Gately, págs., 317-18).*

Según relata el autor, la idea de que el humo podía ser dañino para los que no fumaban se remonta al año 1963 cuando, en un trabajo, fue acuñado el término “fumador pasivo”. Esta idea fue retomada en 1972 por la Dirección General de

Salud Pública de Estados Unidos y presentada ante la OMS en 1975, más como una declaración de intenciones que como una evidencia científica, con estas palabras:

*«Debemos convencer a la población de que los fumadores activos perjudican la salud de los que los rodean, en especial a su familia y a los niños y bebés» (Ibíd.)*

Ahora se necesitaba un estudio que le diera a este argumento sustento y credibilidad. En el año 1981 el doctor Hirayama logró demostrar la teoría del fumador pasivo o ETS y su estudio se publicó en el *British Medical Journal*. Según Gately:

*«A partir de este estudio, científicos de todo el mundo se lanzaron a pedir becas de investigación para determinar qué otras enfermedades podían achacarse al tabaquismo involuntario» (Ibíd., pág., 318).*

De modo que gracias a la investigación de Hirayama, hoy en día se fabrican más carteles con la leyenda "prohibido fumar" que los que indican la salida de emergencia. El fumador ya no puede alegar que es libre de elegir fumar a sabiendas de los perjuicios autoinfligidos; ahora estamos más cerca que nunca de la Ley Seca para el tabaco. Gately nos relata los pormenores de esa investigación; vale la pena conocerlos. Veamos a la Ciencia trabajar; veámos cómo los semidioses de nuestra cultura graban las piedras de la Ley de nuestro Moderno Testamento. Cito:

*«Los hábitos de los fumadores japoneses resultaban ideales para esta investigación, ya que el 65 por ciento de los varones fumaba, mientras que entre las mujeres la proporción de fumadoras no llegaba al 10 por ciento. El único problema técnico que encontraron los investigadores [¡Oh, sorpresa!] es que pocos japoneses –de uno u otro sexo– morían de cáncer de pulmón» (Ibíd., pág., 318).*

¿Pero no habíamos dicho que la idea de que fumar produce cáncer de pulmón provenía de la observación de que a medida que aumentaba la cantidad de fumadores, aumentaba la cantidad de enfermos de cáncer de pulmón? ¿Cómo puede ser, entonces, que en una población donde el 65 por ciento de los hombres y casi el 10 por ciento de las mujeres son fumadores haya pocas muertes por cáncer de pulmón? Pero no nos distraigamos, eso no es lo que aquí se investiga. Prosigo con la cita:

*«A pesar de todo, el doctor Hirayama logró [!] relacionar la incidencia de cáncer de pulmón entre mujeres no fumadoras con el hecho de que sus maridos fueran fumadores. Al mismo tiempo [lo más interesante], lo que se deducía de su estudio era que esas mujeres no fumadoras tenían más probabilidades de padecer cáncer de pulmón que las que fumaban [!]. Sin embargo, la revelación de que no fumar también podía ser malo se pasó por alto [!], y en cambio se aceptó la conclusión de Hirayama sobre los graves riesgos del tabaquismo pasivo. Para el movimiento*

*antitabaco, se trataba de un primer paso hacia su meta, una prueba de que el humo era peligroso también para los que no fumaban. Sin embargo, es interesante señalar que este informe fue criticado por el director del centro de investigación de Hirayama, quien objetó que los maridos japoneses no pasan tanto tiempo en el hogar como para contaminar a sus esposas.» (Ibíd.)*

Como ya dijimos, el fin justifica los medios; nos gustaría creer que en la ciencia no es así, pero en las cuestiones donde los intereses involucrados son importantes, los afectos se hacen sentir y todo se vuelve demasiado subjetivo. Agreguemos un último comentario a esta historia. En el prefacio del Informe 19 de la Dirección General de Salud Pública de los Estados Unidos, su Director, el doctor Everett Koop –un veterano de la lucha contra el tabaco que había soñado un país “libre de humo” para el año 2000– afirmaba lo siguiente:

*«Tenemos la seguridad de que una gran parte de los casos de cáncer de pulmón que se dan entre los no fumadores se debe a que éstos inhalan el humo de los demás» (Gately, pág., 319).*

Opina Gately que:

*«Dicha afirmación no quedaba suficientemente demostrada en el informe, hasta el punto de que podía cuestionarse su validez. El hecho de que un documento supuestamente médico tuviera una intención claramente política irritó a un congresista de un estado productor de tabaco, quien calificó el informe de “intento deliberado de convertir a los no fumadores en enemigos del cigarrillo”.*

*»Mientras tanto, se habían puesto en marcha estudios médicos epidemiológicos que buscaban una relación entre el tabaco y las muertes de los fumadores pasivos. Pocos de ellos llegaron a alguna conclusión [!], y algunos concluyeron incluso que el humo del tabaco era beneficioso para los no fumadores [!!!] Y aunque nadie ponía en duda que el humo era un inconveniente para los que no fumaban, que soportaban el olor sin los placeres de la adicción, no pudo demostrarse que resultaba letal» (Ibíd.).*

*«Aunque en general se admite (sobre todo en Gran Bretaña) que los fumadores pasivos tienen muchas más probabilidades de contraer cáncer de pulmón, no hay estudios científicos concluyentes que lo demuestren. La American Cancer Society publicó en 1997 un estudio realizado sobre un total de 250.000 personas, pero no encontró una relación significativa entre los fumadores pasivos y el cáncer de pulmón. Lo mismo ocurrió con el estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, que aunque fuera el primero, no se hizo público hasta el año 2000.*

*»Teniendo todo esto en cuenta, resulta curioso que el Scientific Committee on Tobacco and Health [Comité Científico sobre Tabaco y Salud], SCOTH del Gobierno británico expusiera como “mensaje clave” en su informe de 1999 que “El humo inhalado involuntariamente provoca cáncer de pulmón y es la causa de*

*enfermedades respiratorias infantiles. También está demostrado que el tabaquismo pasivo está en el origen de enfermedades cardíacas isquémicas y de la muerte súbita del lactante.” A esta conclusión se llegó en parte descartando aquellos informes que contradecían estos resultados y en parte recurriendo a estudios estadísticos poco fiables.*

*»La afirmación de que el humo del tabaco era la causa del síndrome de muerte súbita del lactante no parece tener ninguna base. El alarmante aumento de casos a principios de la década de los noventa coincidió con un descenso en el número de fumadores y con la proliferación de áreas donde estaba prohibido fumar. En épocas en que el porcentaje de fumadores era mucho más alto, la muerte súbita del lactante era prácticamente desconocida [...] Así pues, la causa de la “muerte en la cuna” no es el tabaquismo involuntario, y no se ha demostrado que la inhalación del humo haya matado a nadie» (Ibíd., pág., 334).*

*«Stanton Glantz, uno de los líderes del movimiento antitabaco en el estado de California, resumió así la situación: “Una de las cosas que ha logrado la ciencia, aparte de ayudar a las personas como yo a pagar la hipoteca, es dar la razón a la gente que encuentra desagradable el humo del cigarrillo. Y esto es una baza emocional que debemos controlar y utilizar. Ahora nos ha llegado a nosotros el turno de hostigar a esos cabrones.”» (Ibíd. pág., 319).*

Al parecer, el fumar no solo apasiona a los fumadores; también despierta grandes pasiones en algunos no fumadores.

### **Reflexiones finales:**

Abordar el tema que titula este ensayo se hace particularmente difícil en tanto se trata de un tema “politizado”; es decir, es un tema que toca prejuicios y creencias –en su mayoría inconcientes– muy asentados y vigentes en nuestra cultura. Implica, como hemos hecho, cuestionar el valor que damos a las afirmaciones que creemos provenientes de la ciencia “objetiva”. Implica, como también hicimos, develar los intereses que permanecen encubiertos detrás de esas afirmaciones; no solo los intereses de la política sanitaria y de “las voces autorizadas de la ciencia del momento”, sino principalmente los intereses de los “feligreses” que endiosan religiosamente a esas instituciones con la fantasía de que se les garantice que, si se avienen a cumplir los preceptos saludables como mandan las modernas escrituras, todo sufrimiento será evitado.

He optado por discutir la validez de ciertas afirmaciones “científicas” prescindiendo de argumentos nacidos dentro de la misma ciencia por varios y distintos motivos. El primero y más superficial es que la cantidad de información científica disponible hoy en día es tan abrumadoramente grande, que igualmente grande me pareció el

riesgo de perder el norte. En segundo lugar, sucede que, las más de las veces, uno sólo consigue acceder a las conclusiones, pero no a la información acerca de cómo se diseñaron y realizaron las investigaciones que aportaron esas conclusiones. En tercer lugar, mostrar –como hemos hecho basándonos en otros autores– que ciertas investigaciones son falaces o están influenciadas por intereses políticos sólo me ha sido posible con investigaciones antiguas donde esas falacias o esos intereses han podido ser develados. Por este motivo no he podido ofrecer similares cuestionamientos para investigaciones más recientes. En síntesis, cuánto más actuales son las investigaciones, más motivos tiene uno a sospechar su fiabilidad.

Pero el motivo principal por el que he optado por prescindir de argumentos “científicos” es porque creo que la discusión necesita partir de un cuestionamiento al mismo método científico de conocimiento. Creo que el problema principal estriba en el enfoque filosófico desde el cual se plantea esta forma de conocimiento. Por este motivo me ha parecido más útil recurrir a argumentos surgidos de la filosofía o, más lisa y llanamente, del sentido común; como pensaban los antiguos griegos, la razón también es un arma poderosa. Si se repara en el hecho de que la palabra “inconciente” aparece, creo, por primera vez en este apartado final, se podría tener la impresión de que este ensayo tiene poco de psicoanálisis; se trata de una impresión errónea.

He optado por recurrir profusamente a otros autores en parte, porque deseaba compartir la satisfacción intelectual que me produjeron esas lecturas; pero principalmente porque creo que esas citas dan a los argumentos una fuerza que no tendrían si solo los ofreciera a nombre mío.

Por unas y otras cuestiones, lamentablemente, he agotado casi todo este ensayo ocupandome del exacto contrario de lo que el título propone; es decir, “como *no* se relaciona el hábito de fumar con la salud”. Sucede que para levantar un edificio, primero hay que cavar un pozo; si, como en este caso, el terreno es tan pantanoso, el trabajo sobre ese terreno, previo a la construcción, debe ser mucho mayor. Esbozaré a continuación, muy brevemente, las columnas principales de un edificio que, a ninguno de los aquí presentes le resultará demasiado ajeno.

Los datos estadísticos (incluso el sentido común) muestran que existe una relación entre el hábito de fumar y ciertas patologías, pero no nos permiten decir, a ciencia cierta, si el fumador enferma *porque* fuma, *coincidiendo* con que fuma, o *a pesar* de que fuma. No mucho más tiene para ofrecernos la medicina que, ni es demasiado efectiva para lograr que el fumador deje de fumar, ni lo es para curarlo del enfisema, la bronquitis, el cáncer de pulmón o el daño cardiovascular.

Pensamos, en cambio, que a partir del psicoanálisis resulta más fecundo concebir esa relación como una relación de significados. Pensar o incluso suponer con el

valor de una hipótesis, que cuando el fumador enferma, el significado inconciente que motiva su hábito de fumar se continúa de manera natural y coherente con el significado inconciente específico de la patología en cuestión.

En trabajos anteriores (Chiozza, G., 2007d y 2008a) propusimos que lo que motiva el hábito de fumar es el intento de superar unas particulares dificultades para el intercambio socio-espiritual que denominamos "hambre espiritual". Suponemos que mientras el fumador no enferma, el hambre espiritual se satisface, en parte, sustitutivamente en un equilibrio más o menos estable.

Por ejemplo un adolescente puede encontrar que fumar lo ayuda con sus dificultades para incluirse en un grupo o acercarse a una chica. Podemos imaginar que si el cigarrillo le permite superar la dificultad en cuestión, una vez en el grupo o conquistada la chica, podría dejar de fumar como sucede en algunos casos. Pero si sólo las disminuye, quizás el adolescente experimente una dependencia que fije el hábito, como sucede muchas otras veces. ¿Sería mejor si pudiera enfrentar y superar las dificultades sin fumar? Sí; aunque, como se suele decir, lo mejor a veces es enemigo de lo posible.

Mientras el equilibrio alcanzado se mantenga, el sujeto seguirá fumando de la misma manera, pero cuando las vicisitudes de su propio crecimiento o las que imponga la vida que le toca vivir alteren ese equilibrio su hábito experimentará cambios con el fin de alcanzar un nuevo equilibrio. Puede dejar de fumar si logra resolver mejor su hambre espiritual, empezar a fumar más o menos, o combinar su hábito con otros. El alcohol, las drogas, el juego o lo que sea que se sume al hábito de fumar aportará su significado específico para comprender cómo lo afectaron las vicisitudes que tuvo que enfrentar.

Poco distinto a lo ya dicho, representará el enfermar. Articular el hambre espiritual que propongo específica del hábito de fumar, con las dificultades en el intercambio socioespiritual que mancomunan a los trastornos respiratorios (Chiozza, L. y colab., 1991d [1990]) no supone mayores obstáculos. Tampoco supone grandes inconvenientes articular el significado del fumar con el sentido propio de la patología neoplásica, si pensamos que en ella se experimenta una particular dificultad para integrarse en un conjunto sin sentir que esto supone una dolorosa renuncia a la satisfacción de deseos vividos como intensamente narcisitas y destructivos (Chiozza, L., 1986).

Para comprender cómo se podrían articular el hambre espiritual del fumador con la patología cardiovascular a la que se lo suele vincular, me parece fecundo recurrir a un modelo que utilicé en otra oportunidad (Chiozza, G., 2005a [2004]) para comprender la articulación de fantasías en el síndrome metabólico. Suponía allí que los afanes digestivos serían del todo inútiles si el sistema cardiovascular no recogiese el producto de la digestión y lo transportara hasta su destino,

concluyendo aquello que el aparato digestivo había comenzado. De modo que podía demostrarse cierta continuidad de sentido entre unas fantasías inconcientes y las otras. Dado que lo propio ocurre con el oxígeno que aporta la respiración, no parece imposible articular con los conflictos espirituales lo que ya sabemos del carácter cardíaco –la particular forma de experimentar el dar y el recibir, la magnanimidad y la pusilanimidad, lo que se necesita y lo que se merece (Chiozza, L., y colab., 1983 [1982]).

Resulta interesante destacar que, con derecho, puede afirmarse que cada equilibrio alcanzado representará una forma de vida y por lo tanto una ecuación personal de salud, poco comparable a las de otras personas. Como diría Savater, sería su propio y personal experimento vital. Esto es así aunque el equilibrio alcanzado implique un cierto grado de enfermedad, porque un cierto grado de enfermedad es parte indisoluble de la vida. Paralelamente, cada desequilibrio será un modo de enfermar; una crisis vital y una oportunidad –como dice Weizsaecker– para intentar un equilibrio más logrado.

Para terminar: la relación causal que la medicina postula para la relación entre el hábito de fumar y ciertas formas del enfermar no nos convence. Siguiendo la relación de significación propuesta, para nosotros cuando el fumador enferma, no enferma *porque* fuma, sino *a pesar* de que fuma; es decir, cuando fumar no le alcanza para seguir viviendo sin enfermar. De aquí se deduce, como sucede con el obeso y las dietas, que dejar de fumar conlleva el riesgo, para bien o para mal, de desencadenar el desequilibrio. En todos los casos, la mejor opción terapéutica siempre será comprender los motivos que, desde lo más profundo e inconciente, llevan a fumar y sostienen el hábito; tanto en lo específico del hábito como en lo particular de cada fumador.

Mi intención no es afirmar que fumar es saludable, sino mostrar que se trata de un tema muy complejo en el cual la alternativa saludable/perjudicial nace de un concepto de salud pobre, cuestionable y tan estrecho que, incluso, se vuelve peligroso. Lo que puede ser bueno para unos, no necesariamente lo es para otros. Demonizar al tabaco no nos da más años de vida, sólo nos hace vivir peor, más perseguidos; con más temores. Para algunos, dejar de fumar representa una renuncia tan importante, que merece ser sopesada desde un criterio mucho más amplio, que aquel que considera a la salud como lo único importante en la vida. Si uno se deja llevar por esta idea –que la salud es la meta a lograr–, corre serios riesgos de iniciar un camino en el cual, para no perder la vida, se pierde de vivirla.

De modo que si consideramos al hábito de fumar en relación con la salud: lo ya dicho. No veo que en eso fumar sea tan distinto, por ejemplo, a beber alcohol, sobre el que no pesan tantas restricciones ni advertencias. Ahora si se trata de

poder elegir cómo vivir y cómo morir, el placer de un buen vino o el de una buena pipa, en medio del inevitable sufrimiento que nos depara la vida, son opciones que quizás valga la pena considerar. Un viejo dicho popular chino reza: *«Si puedes fumar tabaco después de cada comida, esta vida es mejor que la de los inmortales.»*

Iain Gately ha realizado un trabajo maravilloso en su libro *La diva nicotina. Historia del tabaco* (2001). Con reconocimiento y gratitud, dejaré que las palabras con las que él finaliza su libro, finalicen también este ensayo:

*«De todos los productos que el ser humano consume de forma habitual, el tabaco es el más ambiguo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud: "La epidemia del tabaco es una enfermedad contagiosa. Se contagia a través de la publicidad, a través del ejemplo de los fumadores y del humo al que se ven expuestos los no fumadores, en especial los niños. Nuestra labor consiste en inmunizar a la gente contra esta epidemia." No obstante, para los mil doscientos millones de fumadores que hay en el mundo, el tabaco no es solamente una sustancia que mata, sino un amigo que proporciona alivio y placer. A lo largo de más de cinco siglos, el tabaco se ha integrado en culturas tan diversas como la humanidad, cada una de las cuales ha esgrimido razones –viejas o nuevas– para consumirlo. Y aunque el tabaco ha perdido la mayor parte de sus vínculos religiosos, algunas de las justificaciones más antiguas para fumar tienen todavía vigencia. Recientemente, se ha descubierto que el tabaco protege contra algunas de las enfermedades más destructivas de la vejez, entre ellas el Alzheimer y el Parkinson. También parece que protege contra el cáncer de útero. En cuanto a si el tabaco ayuda a la contemplación y la reflexión, ha habido a lo largo de la historia demasiados fumadores eminentes como para considerarlos simples productos de una época o víctimas de un hábito. Grandes hombres y mujeres han dejado testimonio de su afición al tabaco, y creo que otros les seguirán en el futuro.»*



## BIBLIOGRAFÍA

**Brochier**, Jean Jacques, (1994 [1990]), *Io fumo, e allora?*, Pacini Editore, Pisa, 1994.

**Chiozza**, Gustavo (2005a [2004]) "Reflexiones sobre el síndrome metabólico", en Simposio 2005, Fundación Luis Chiozza, enero de 2005.

**Chiozza**, Gustavo (2007d) "Los significados del humo y del fuego en el hábito de fumar", trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, septiembre de 2007, inédito; ©608.176

**Chiozza**, Gustavo (2008a) "El humo como 'alimento espiritual' en el hábito de fumar", trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, enero de 2008.

**Chiozza**, Luis, (1986) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, en *Luis Chiozza Obras Completas*, Tomo XIV, editorial Libros Del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

**Chiozza**, Luis, **Aizenberg**, Sergio, **Califano**, Catalina, **Fonzi**, Alejandro, **Grus**, Ricardo, **Obstfeld**, Enrique, **Sainz**, Juan José y **Scapusio**, Juan Carlos, (1983 [1982]) "Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia", en *Luis Chiozza Obras Completas*, Tomo X, editorial Libros Del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

**Chiozza**, Luis, **Adamo**, Dorrit, **Barbero**, Liliana, **Boari**, Domingo, **Schneer**, Cristina **Spivak**, Ricardo y **Stisman**, Mirta, (1984) "Acerca de la superstición en el uso de la estadística", en *Luis Chiozza Obras Completas*, Tomo V, editorial Libros Del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

**Chiozza**, Luis, **Baldino**, Oscar, **Funosas**, Mirta, y **Obstfeld**, Enrique, (1991d [1990]) "Los significados de la respiración", , en *Luis Chiozza Obras Completas*, Tomo X, editorial Libros Del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

**Gately**, Iain, (2001) *La diva nicotina. Historia del tabaco*, Ediciones B, S. A., Buenos Aires, 2003.

**Ortega y Gasset**, José (1940), "Creer y pensar", en *Ideas y creencias*, en *Obras Completas* de Ortega y Gasset, Tomo V, Alianza Editorial, Revista de Occidente, Madrid, 1983.