



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Herrera-Ballesteros, Víctor H; Zúñiga, Julio; Moreno, Ilais; Gómez, Beatriz; Roa-Rodríguez, Reina

Quiénes quieren dejar fumar y su disposición a pagar por cesación en Panamá

Salud Pública de México, vol. 59, núm. 1, 2017, pp. S54-S62

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653144011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Quiénes quieren dejar fumar y su disposición a pagar por cesación en Panamá

Víctor H Herrera-Ballesteros, MSc,⁽¹⁾ Julio Zúñiga, MD,⁽¹⁾ Ilais Moreno, MD,⁽¹⁾
Beatriz Gómez, MSc,⁽¹⁾ Reina Roa-Rodríguez, MD.⁽²⁾

**Herrera-Ballesteros VH, Zúñiga J,
Moreno I, Gómez B, Roa R.**
**Quiénes quieren dejar fumar y su disposición
a pagar por cesación en Panamá.**
Salud Pública Mex 2017;59(supl 1):S54-S62.
<http://doi.org/10.21149/7727>

Resumen

Objetivo. Caracterizar el deseo de cesación y disposición al pago por una terapia de abandono de consumo de tabaco. **Material y métodos.** La fuente de los datos es la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (EMTA). Se caracterizó la cesación y la disposición al pago mediante variables sociodemográficas (SOD) y socioeconómicas (SES). Se realizaron regresiones logísticas para estimar asociaciones.

Resultados. El mayor deseo de cesación se observó en las mujeres, aspecto educativo, empleado no gubernamental e inactivo, zona rural, fumadores ocasionales, ingresos medios y la mayor disposición al pago, en educación, mayores de 60 años, empleado no gubernamental y cuenta propia, zona urbana, fumadores ocasionales e ingreso medio bajo. **Conclusiones.** Existe una alta relación entre el deseo de abandono y la disposición al pago con las variables SOD y SES. Las terapias de cesación pueden aplicarse en centros de trabajo y exigen un cambio de enfoque en la intervención.

Palabras clave: productos de tabaco; cesación; Panamá; factores socioeconómicos

**Herrera-Ballesteros VH, Zúñiga J,
Moreno I, Gómez B, Roa R.**
**Quitting smoking and willingness
to pay for cessation in Panama.**
Salud Pública Mex 2017;59(supl 1):S54-S62.
<http://doi.org/10.21149/7727>

Abstract

Objective. To characterize the desire for cessation and willingness to pay for abandonment therapy. **Materials and methods.** The data source is the Global Adult Tobacco Survey (GATS). Cessation and willingness to pay were characterized by sociodemographic (SD) and socioeconomic (SE) variables. Logistic regressions were performed to estimate associations. **Results.** A greater desire for cessation was observed in variables: women, education, non-governmental and inactive employees, rural areas, occasional smokers and middle income, and greater willingness to pay, in: education, over 60 years old, non-governmental, self-employed, urban area, occasional smokers and low median income. **Conclusions.** There is a high relation between the desire for abandonment, and willingness to pay with SD and SE variables. Cessation therapies can be applied in work centers, and require a change of focus in the intervention.

Keywords: tobacco products; cessation; Panama; socioeconomic factors

(1) Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá.

(2) Ministerio de Salud. Panamá.

Fecha de recibido: 2 de febrero de 2016 • **Fecha de aceptado:** 7 de septiembre de 2016

Autor de correspondencia: Víctor Hugo Herrera Ballesteros. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

Av. Justo Arosemena y calle 35. Apartado postal: N° 0816-02593 Panamá, República de Panamá.

Correo electrónico: vherrera@gorgas.gob.pa

La epidemia del tabaquismo está relacionada con las principales causas de muerte en el siglo XXI y amenaza con llevar a la bancarrota a los sistemas sanitarios, especialmente en países en vías de desarrollo. Las poblaciones de menor perfil socioeconómico son las más vulnerables, por lo que, además de ser un problema de salud pública, es también de equidad social.¹⁻⁵

Panamá cuenta con una de las prevalencias de consumo de tabaco fumado más bajas en la región de las américa con 6.1% y con 0.3% en tabaco no fumado.⁶ Ello fue posible gracias a la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en 2004, que fue el marco para el desarrollo de normas para el cumplimiento del MPOWER, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁷⁻¹¹ Las primeras mediciones de prevalencia de consumo de tabaco en adultos provienen de 2007, con 9.4% y, posteriormente, de 2013, con 6.4%.¹²

En Panamá existen 36 clínicas de cesación manejadas por el Ministerio de Salud (MINSA) y dos por la Caja del Seguro Social (CSS). El tratamiento básico dura tres meses y en él se proporciona terapia psicoeducativa, farmacológica y psicoterapia, con medicaciones consistentes en el uso de parches de nicotina, varenicilina y bupropión a pacientes referidos o bien a aquéllos que acuden por cuenta propia. Las terapias se organizan en grupos de 3 a 15 personas y su tratamiento varía en función del nivel de adicción según los resultados del Test de Fagerström.¹³ No obstante, no existe un seguimiento post-terapéutico de los pacientes, especialmente en relación con la abstinencia y adherencia a los tratamientos.¹⁴ De igual manera, es poco lo que se conoce en relación con las variables sociodemográficas (SOD) y socioeconómicas (SES) como posibles determinantes que inciden en el deseo de cesación y la disposición al pago.

Existe evidencia científica de que tanto el deseo de cesación como la disposición al pago por una terapia guardan relación con variables SOD como sexo y edad, al igual que con variables SES, tales como el ingreso y la educación.¹⁵ La duración de los intentos anteriores en dejar de fumar, la preocupación por el futuro de la salud y la "pesadez del índice de fumar" son otros factores asociados de manera independiente con la intención de cesación.¹⁶ Por otra parte, el desconocimiento sobre los distintos métodos de cesación y su eficacia por parte de los fumadores es una barrera que limita el acceso a los programas de cesación.¹⁷

Para guiar las futuras políticas en el control del tabaco es importante identificar los determinantes del deseo de cesación y disposición al pago por una terapia de cesación. El presente estudio tiene como objetivo caracterizar el deseo de cesación y disposición al pago por una terapia de abandono en la Encuesta Mundial de Tabaco de Adultos (EMTA) en Panamá.

Material y métodos

Fuente de datos

La EMTA, realizada en Panamá en 2013, fue propuesta por la OMS y dirigida por el MINSA de Panamá junto con el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES). El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética del ICGES.

Es una encuesta de cobertura nacional que evalúa datos asociados con el consumo de tabaco. Es representativa de la población de la República de Panamá que incluye 2 262 980 personas de 15 años o más de edad, que viven en 857 170 viviendas particulares ocupadas, donde 98% aloja un solo hogar, distribuidas en 20 399 unidades primarias de muestreo, de las cuales 13 310 son urbanas, 6 099 rurales y 990 indígenas. Se realizó un diseño muestral probabilístico, polietápico y por conglomerados a un nivel de confianza de 95%, y una tasa de no respuesta esperada de 5.15%. La muestra extraída fue de 16 962 individuos, de los cuales 7 679 son hombres y 9 283 mujeres. Los datos serán presentados con base en la muestra expandida representada por 2 691 551 individuos (1 374 899 mujeres y 1 343 652 hombres). La población de estudio comprendió 163 339 fumadores (37 652 mujeres y 125 686 hombres).

VARIABLES INDEPENDIENTES

Medición de variables SOD

En este estudio se incluyeron el sexo, la edad y el área geográfica. La edad se estratificó en tres categorías: 15-39, 40-59 y 60 o más. El área geográfica se clasificó en urbana, rural e indígena. En relación con área indígena, corresponde a comarcas o reservaciones y deben ser incluidas como áreas geográficas independientes en los estudios que se realizan en el ámbito nacional. El tipo de fumador se clasificó en dos tipos: diario y ocasional.

Medición de variables SES

Tres variables identifican la posición socioeconómica del encuestado: nivel de educación, estatus laboral e ingreso mensual. El ingreso se agrupó en cinco quintiles; el primer quintil agrupa 20% de los individuos con el ingreso más bajo y así sucesivamente de manera acumulada hasta el quinto. Es importante señalar que el coeficiente de

* Coeficiente que mide la concentración o desigualdad en la distribución del ingreso.

Gini* estimado con la EMTA fue de 0.49, mientras que el estimado por el Banco Mundial para Panamá en 2013 fue de 0.517,¹⁸ por lo que se trabajó el estatus socioeconómico como un índice construido a partir de características SOD/SES cualitativas.¹⁹ El nivel de educación se clasificó en educación no formal, educación primaria, educación secundaria y educación superior. El estatus laboral se categorizó en empleado gubernamental, empleado no gubernamental, cuenta propia e inactivo y desempleado.

Variables dependientes

El deseo de cesación (*intentó* y *no intentó*) y la disposición al pago (*dispuesto a pagar* y *no dispuesto a pagar*) fueron las dos variables dependientes, dicotómicas. El deseo de cesación se obtuvo a partir de la pregunta condicionada, “dado que el individuo era fumador activo, si éste había intentado dejar de fumar en los últimos doce meses”. Para la disposición al pago se utilizó la pregunta “dada la existencia de un método probado que le garantizaba dejar de fumar, si estaría dispuesto a pagar por el mismo”.

Análisis estadístico

Se utilizó el estadístico ji cuadrada para identificar diferencias estadísticamente significativas entre las variables independientes SES y SOD. Para analizar la asociación de variables con los intentos de cesación y la disposición al pago, se estimaron razones de momios (RM) con sus respectivos intervalos de confianza (IC) de 95%, utilizando regresiones logísticas.

Se exploraron otras variables para complementar los resultados, tales como los porcentajes de fumadores que fueron aconsejados por un médico para dejar de fumar; fumadores que tienen conocimiento de las clínicas de cesación; fumadores que están pensando dejar de fumar en el futuro; cantidad promedio de cigarrillos fumados por día; cantidad de dinero dispuesto a gastar por una terapia de cesación y tiempo promedio que transcurre entre que se levanta y enciende su primer cigarrillo.

El análisis estadístico y econométrico se realizó con el paquete estadístico SPSS 20.0.*

Resultados

El cuadro I presenta la distribución de las variables SOD y SES, según los intentos por dejar de fumar y la disposición al pago.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en el nivel educativo y grupo etario con los intentos por dejar de fumar en los últimos 12 meses y la disposición al pago por una terapia de cesación. De igual forma, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los fumadores diarios y ocasionales, y las variables de interés estudiadas.

En relación con el ingreso, en los quintiles intermedios, segundo al cuarto, se observaron los mayores intentos por dejar de fumar. Sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa en la cesación ni para la disposición al pago.

Los resultados de las regresiones logísticas se presentan en el cuadro II y en las figuras 1 y 2. Comparados con las mujeres, los hombres tienen menor deseo de cesación (RM=0.59, IC95% 0.6-0.6), mientras que se observa una asociación de dosis-respuesta entre cesación y aumento de la escolaridad, por lo que es mucho mayor la RM para aquéllos con alto grado de escolaridad en comparación con los de menor grado. Los empleados no gubernamentales tienen un mayor deseo de cesación en comparación con los desempleados. Particularmente, observamos que, en comparación con la categoría de referencia de ingresos (primer quintil), a mayor quintil, mayor deseo de cesación, exceptuando el último quintil, en donde se tiene 60% menor deseo de cesación (RM=0.46, IC 95% 0.43-0.48).

Respecto a la disposición al pago, todos los coeficientes son estadísticamente significativos. Sólo aquéllos en el quintil 2, en comparación con la referencia, presentaron una asociación positiva con disposición al pago. En la zona rural se evidenció un mayor deseo de cesación en comparación con la indígena, mientras que la zona urbana presentó una mayor disposición al pago.

Discusión

Se ha observado una fuerte relación entre las variables SOD y SES tanto con el deseo de cesación como con la disposición al pago, tal como lo evidencian otros estudios.^{16,19,20}

Los hombres tienen menos inclinación a la cesación y a la disposición al pago por su mayor prevalencia de consumo respecto de las mujeres; posiblemente esto sea mucho más marcado en zonas de menor estatus socioeconómico. El resultado de la regresión logística por región, estratificada por sexo, tanto en intentos por cesación como en la disposición al pago, utilizando como categoría referencia el área indígena, arrojó una RM en los hombres de 0.423 (IC95% 0.403-0.444) en la urbana y de 0.740 (IC95% 0.702-0.780) en la rural en el deseo de cesación y respecto de la disposición al pago, 0.976 (IC95% 0.878-1.085) y 0.647 (IC95% 0.579-0.723),

* IBM, Armonk, NY.

Cuadro I
DISTRIBUCIÓN BÁSICA DE LAS VARIABLES DE LOS GRUPOS EN LOS QUE SE INTENTÓ DEJAR DE FUMAR EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES Y AQUÉLLOS EN LOS QUE SE ESTÁ DISPUESTO A PAGAR POR UNA TERAPIA DE CESACIÓN. PANAMÁ, ENCUESTA MUNDIAL DE TABACO EN ADULTOS, 2013

Variables categóricas	Sí Porcentaje/Fila	Intentaron dejar de fumar en los últimos doce meses		χ^2	Disposición al pago por una terapia de cesación		χ^2
		No Porcentaje/Fila	Valor $p < 0.05$		Sí Porcentaje	No Porcentaje	
						Valor $p < 0.05$	
Sexo	Hombre	44.4	55.6	0.80	19.2	80.8	0.10
	Mujer	48.2	51.8		16.1	83.9	
Grupos de edades	15-39	53.2	46.8	0.01	18.7	81.3	0.02
	40-59	33.5	66.5		18.2	81.8	
	60 o más	40.1	59.9		15.9	84.1	
Educación en cuatro categorías	No formal	40.0	60.0	0.01	26.5	73.5	0.02
	Primaria	38.1	61.9		9.4	90.6	
	Secundaria	45.2	54.8		26.0	74.0	
	Superior	42.7	57.3		12.5	87.5	
Estatus laboral	Empleado de gobierno	34.4	65.6	0.80	17.8	82.2	0.10
	Empleado no gubernamental	51.1	48.9		8.2	91.8	
	Cuenta propia	43.8	56.2		13.0	87.0	
	No activos	46.0	54.0		39.7	60.3	
	Desempleados	43.3	56.7		24.3	75.7	
Estrato geográfico	Urbano	42.4	57.6	0.20	16.5	83.5	0.30
	Rural	54.6	45.4		24.8	75.2	
	Indígena	57.8	42.2		17.6	82.4	
Fumador	Diario	24.8	75.2	0.00	19.1	80.9	0.60
	Ocasional	56.6	43.4		17.8	82.2	
Quintiles de ingresos	I	45.6	54.4	0.30	17.7	82.3	0.70
	II	52.6	47.4		9.3	90.7	
	III	50.3	49.7		21.1	78.9	
	IV	38.0	62.0		19.6	80.4	
	V	39.6	60.4		9.9	90.1	
n		965	523		316	255	

respectivamente.²¹ En relación con la edad, el deseo de cesación tiende a disminuir a mayor edad, pero aumenta la disposición al pago por terapia de cesación. Se observa que, conforme aumenta el nivel educativo, hay una mayor tendencia a la cesación, mientras que la disposición al pago es mucho más alta en el nivel de primaria.

En relación con el estatus laboral, el deseo de cesación es mayor en los empleados no gubernamentales e inactivos, mientras que en relación con la disposición al pago, es mucho mayor entre los empleados no gubernamentales y por cuenta propia.

Según zona geográfica, los intentos de cesación son más probables en el área rural, mientras que la disposición al pago es mayor en la urbana. De acuerdo con la condición de fumador, tanto en el deseo de cesación como en la disposición al pago, el fumador diario tiene

menos inclinación respecto del fumador ocasional. Finalmente, en relación con el nivel de ingresos, el intento de cesación es mucho mayor en los quintiles intermedios, es decir el II y el III, respecto de los quintiles donde se agrupan los individuos de mayor ingreso, por lo que la disposición al pago más alta es en el segundo quintil. En relación con este último aspecto, es importante señalar el posible impacto que generan los incrementos en los impuestos en la conducta de los fumadores, es decir, no sólo en la incidencia en la reducción del consumo sino también en la cesación y la disposición al pago.²²

También existen otros aspectos importantes en relación con la percepción de los fumadores y su altruismo respecto del daño del humo a terceros, y que de igual manera interactúa en su conducta respecto de los riesgos de fumar.

Cuadro II
ASOCIACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS CON EL DESEO DE CESACIÓN
Y DISPOSICIÓN AL PAGO+.* PANAMÁ, ENCUESTA MUNDIAL DE TABACO EN ADULTOS, 2013

	Cesación				Disposición al pago			
	Sig. Wald [#]	Exp(B) [§]	IC95% para EXP(B)		Sig. Wald	Exp(B)	IC95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Variables categóricas								
Hombre (ref. mujer)	.000	.592	.572	.613	.000	.196	.176	.219
Edad (ref. 15 a 39)	.013	-	-	-	.000	-	-	-
40 a 59	.245	1.019	.987	1.053	.000	1.437	1.315	1.569
60 o más	.059	.955	.911	1.002	.000	5.433	4.893	6.032
Educación (ref. no formal)	.000	-	-	-	.000	-	-	-
Primaria	.000	1.208	1.154	1.265	.000	6.901	6.177	7.711
Secundaria	.000	1.910	1.812	2.013	.000	1.349	1.190	1.528
Superior	.000	1.820	1.706	1.941	.000	2.438	2.116	2.810
Estatus laboral (ref. desempleado)	.000	-	-	-	.000	-	-	-
Empleado de gobierno	.000	.856	.804	.911	.000	.150	.129	.176
Empleado no gubernamental	.000	1.325	1.253	1.401	.000	2.463	2.129	2.851
Cuenta propia	.000	.839	.794	.887	.000	3.232	2.784	3.751
Inactivo	.000	1.169	1.098	1.244	.000	.057	.050	.067
Área geográfica (ref. indígena)	.000	-	-	-	.000	-	-	-
Urbana	.474	.971	.897	1.052	.000	2.124	1.682	2.682
Rural	.000	2.279	2.109	2.463	.000	.541	.435	.673
Fumador diario (ref. fumador ocasional)	.000	.217	.211	.224	.000	.251	.231	.273
Quintiles (ref.V)	.000	-	-	-	.000	-	-	-
I	.000	1.381	1.291	1.478	.000	.714	.603	.845
II	.000	2.163	2.056	2.276	.000	4.129	3.594	4.743
III	.000	1.939	1.849	2.033	.000	.700	.619	.792
IV	.000	.454	.433	.476	.000	.517	.459	.583
Constante	.232	.939	-	-	.000	11.561	-	-
Regresión logística por sexo y área geográfica e interacción								
Hombre (ref. mujer)	.000	0.464	0.438	0.492	.000	0.558	0.485	0.642
Área geográfica (ref. indígena)	.000	-	-	-	.000	-	-	-
Urbana	.000	0.175	0.156	0.196	.000	0.41	0.311	0.539
Rural	.000	0.502	0.466	0.54	.000	0.407	0.345	0.481
Interacción (sexo* área geográfica)	.000	0.629	0.602	0.658	.000	0.657	0.586	0.735
Constante	.000	13.365	-	-	.000	31.612	-	-
Regresión logística estratificada por hombres								
Área geográfica (ref. indígena)	.000	-	-	-	.000	-	-	-
Urbana	.000	.423	.403	.444	.657	.976	.878	1.085
Rural	.000	.740	.702	.780	.000	.647	.579	.723
Constante	.000	1.618	-	-	.000	4.847	-	-
Regresión logística estratificada por mujeres								
Área geográfica (ref. indígena)	.000	-	-	-	.000	-	-	-
Urbana	.000	1.343	1.218	1.481	.001	1.707	1.250	2.330
Rural	.000	1.842	1.642	2.065	.013	.651	.465	.913
Constante	.000	.682	-	-	.000	3.289	-	-

* Pago+ = Estimación con muestra expandida

† Estadístico de Wald a un nivel de significancia del 0.05

§ Coeficiente beta exponenciado, e^β es decir, la base del logaritmo neperiano elevado al coeficiente beta (2.71828)βeta

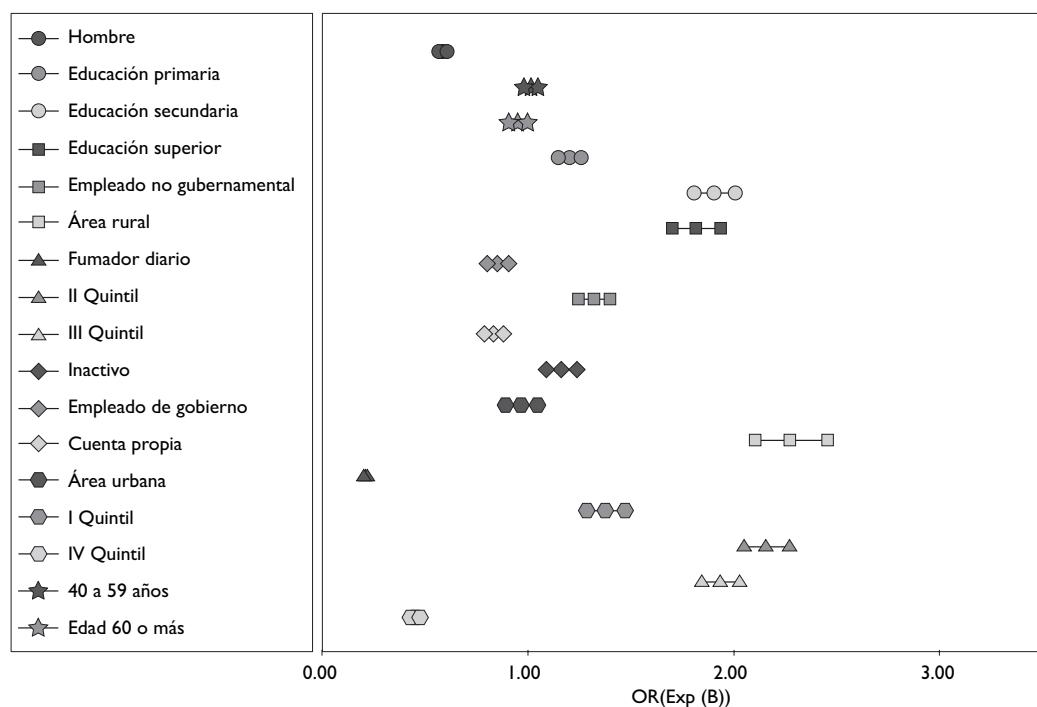


FIGURA 1. RAZONES DE MOMIOS (RM) DE LAS VARIABLES SOCIODEMOCRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS EN EL INTENTO POR DEJAR DE FUMAR EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES. PANAMÁ, ENCUESTA MUNDIAL DE TABACO EN ADULTOS, 2013

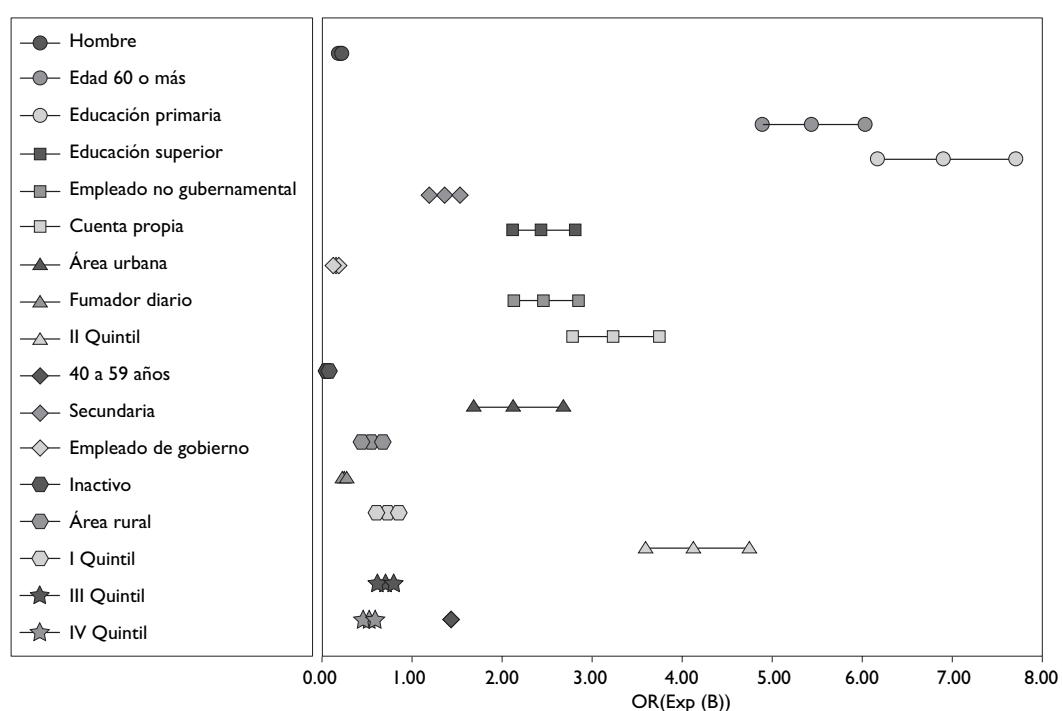


FIGURA 2. RAZONES DE MOMIOS (RM) DE LAS VARIABLES SOCIODEMOCRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS EN LA DISPOSICIÓN AL PAGO POR TERAPIA DE CESACIÓN. PANAMÁ, ENCUESTA MUNDIAL DE TABACO EN ADULTOS, 2013

De acuerdo con la EMTA, 41% de los fumadores que han visto las advertencias sanitarias pensaron en dejar de fumar (47.7% mujeres y 39% hombres).²³ El 93.1% de los fumadores declaró que fumar causa enfermedades graves y 91.5% declaró estar de acuerdo con la prohibición de fumar en lugares públicos. Entre los fumadores existe una alta percepción respecto del daño que produce exponerse al humo de tabaco; sin embargo, ello no es suficiente para abandonar esta práctica. Se requiere de mayor educación y mejor focalización de las terapias de cesación en grupos de mayor riesgo, en adición a reforzar las campañas de publicidad contra el consumo de tabaco, como se demuestra en algunos estudios.^{21,24,25}

Es importante mencionar el alto cumplimiento en las normas de control del consumo de productos de tabaco y cómo esto ha incidido en el rechazo de la comunidad hacia dicho consumo. En la EMTA, 5.6% declaró estar expuesto al humo de segunda mano en el lugar de trabajo y 4.4% en el hogar, lo cual indica un alto cumplimiento de la prohibición de fumar en ambientes cerrados y refuerza la mayor tendencia a la cesación.⁶ El nivel de adicción es otro aspecto importante a tener en consideración, pues 13.7% de los fumadores declaró que se fuma su primer cigarrillo antes de los cinco minutos después de levantarse, y 29.5% lo hace entre 6 y 30 minutos, con base en un consumo promedio de 14 cigarrillos diarios. Como habría de esperarse, existe más disposición al abandono y al pago en los fumadores ocasionales que en los fumadores diarios.

La reducción del riesgo relativo de infarto agudo de miocardio en Panamá sugiere el éxito de las políticas de control de consumo de tabaco y deja entrever que hubo una importante tendencia hacia la cesación posterior a las medidas fiscales y no fiscales.^{8,26-28}

En la EMTA, 41% de los fumadores pensó en dejar de fumar por las advertencias sanitarias, 60.4% intentó dejar de fumar por cuenta propia y 45.2% por consejo de un proveedor de salud.⁶ Los presentes resultados sugieren la importancia de enfatizar mucho más el consejo del médico como una medida disuasoria respecto del consumo de cigarrillos. También reflejan el bajo porcentaje de fumadores que buscan ayuda, en adición a que respecto de las terapias de cesación existe un debate relacionado con las terapias alternativas contra los placebos, que depende del contexto de cada país. En Colombia, por ejemplo, la mayor eficacia de los tratamientos para dejar de fumar se consigue mediante el uso combinado de diferentes terapias de reemplazo de nicotina, junto con consejería intensiva del médico y otros profesionales de la salud que son fundamentales para el éxito de las mismas.²⁹⁻³¹

Es importante el apoyo psicosocial en el entorno laboral y en el hogar para el éxito en las terapias de cesación, sobre todo ante trastornos en la personalidad y falta de fuerza de voluntad, o ante el uso incipiente del cigarrillo electrónico, el cual es popular entre los adolescentes aunque esté prohibido por ley en Panamá.³²⁻³⁵

La disposición al pago depende sobre todo del perfil socioeconómico de los pacientes. En la EMTA, 84% estaría dispuesto a pagar por una terapia de cesación; en este sentido, se requieren estrategias diferenciadas para distintos tipos de fumadores dadas las diferencias SES e incluso culturales y étnicas.^{16,19,23}

Como se ha observado, la cesación y la disposición al pago tiene componentes mucho más complejos, tanto SOD como SES, que interactúan con la educación y el ingreso. Sin embargo, otros elementos socioculturales podrían incidir en las percepciones, conocimientos y actitudes respecto de los peligros del tabaquismo y de los costos de carga de enfermedad asociadas con patologías derivadas por su consumo. Esto puede significar que la mayoría de los fumadores valora los beneficios directos e indirectos de dejar de fumar y reconoce la necesidad de esta ayuda. Pero existe otro grupo: los que no están dispuestos a dejar de fumar, tal vez debido a las dudas que pueden tener respecto a la efectividad de las terapias de cesación, pese a que en Panamá se cobra USD 1.00 por cada sesión y los fármacos son gratuitos.^{14,19} Sería importante considerar un cambio de enfoque sobre las terapias en el sentido de extrapolarlas a los centros de trabajo, especialmente, en los que funcionan clínicas de salud ocupacional. Asimismo, serían de beneficio campañas más efectivas para promocionarlas en las comunidades e incentivar a la población para su uso.

En conclusión, los intentos por dejar de fumar así como la disposición al pago están relacionados con la educación y el ingreso, por lo que existe la necesidad de seguir impulsando las campañas dirigidas a incentivar el abandono del consumo de productos derivados del tabaco y de fortalecer las clínicas de cesación en dicho entorno, especialmente entre los empleados de gobierno y trabajadores por cuenta propia, quienes tienen la menor disposición al abandono. Ello requeriría de un cambio de enfoque respecto de los programas de cesación, para hacerlos más accesibles en horarios y espacios para los fumadores en sus respectivos centros laborales y ayudar de manera más efectiva a mantener la abstinencia. Por consiguiente, el éxito en las terapias de cesación es el resultado del apoyo al paciente dentro y fuera de la clínica y del hogar.

Agradecimientos

Por el apoyo financiero de la Escuela de Negocios de la Universidad Adolfo Ibáñez y de la American Cancer Society para la realización de esta investigación. Al Minsa de Panamá, al ICGES y al International Development Research Centre of Canada.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Alemu R, Fuller EE, Harper JF, Feldman M. Influence of smoking on the location of acute myocardial infarctions. *ISRN Cardiol* 2011; <https://doi.org/10.5402/2011/174358>
2. Borges G, Mendoza-Meléndez M, López-Brambila M, García-Pacheco J, Velasco-Ángeles L, Beltrán-Silva M, et al. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental* 2014;37:15-25. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.003>
3. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases* 2003;46(1):11-29. [https://doi.org/10.1016/S0033-0620\(03\)00079-3](https://doi.org/10.1016/S0033-0620(03)00079-3)
4. Farrelly MC, Nonnemaker JM, Watson KA. The consequences of high cigarette excise taxes for low-income smokers. *PLoS ONE* 2012;7(9):e43838. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043838>
5. Goodridge D, Hawranik P, Duncan V, Tunner H. Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 2012;49:1310-1319. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.002>
6. World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey Panama, 2013 [internet] [consultado febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/pan/en/>
7. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Ginebra: World Health Organization, 2003.
8. Asamblea Nacional de la República de Panamá. Ley N° 13 que adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud. Gaceta Oficial N° 25966. Panamá: Asamblea Nacional de la República de Panamá, 2008:2-6.
9. Asamblea Nacional de la República de Panamá. Decreto ejecutivo 230 de 2008 que reglamenta la ley 13 de 24 de enero de 2008 y dicta otras disposiciones. Gaceta Oficial N° 26033. Panamá: Asamblea Nacional de la República de Panamá, 2008:15.
10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control de Tabaco para la Región de las Américas 2013. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014.
11. World Health Organization. Who report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco. Washington DC, 2015 [consultado el 3 de febrero de 2016]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1&ua=1
12. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida, 2007. 2007 [consultado el 8 de noviembre de 2015]. <http://www.gorgas.gob.pa/atlas%20interactivo/enscavi.html>
13. Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, Montastruc J-L, Mullet E. A study of the psychometric properties of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors* 2003;28(8):1441-1445. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00236-8)
14. Ministerio de Salud, Panamá. Clínicas de Cesación de Tabaco 2015 [consultado el 9 de enero de 2016]. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/destacado/listado_de_clinicas_cepcion_0.pdf, 2015.
15. Hyland A, Li Q, Bauer JE, Giovino GA, Steger C, Cummings KM. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine Tob Res* 2004;6(Suppl 3):S363-S369. <https://doi.org/10.1080/1462220041231320761>
16. Feng G, Jiang Y, Li Q, Yang HH, Elton-Marshall T, Yang J, et al. Individual-level factors associated with intentions to quit smoking among adult smokers in six cities of China: findings from the ITC China Survey. *Tob Control* 2010;19(Suppl 2):i6-i11. <https://doi.org/10.1136/tc.2010.037093>
17. Heredia-Pi IB, Serván-Mori E, Reynales-Shigematsu LM, Bautista-Arredondo S. The maximum willingness to pay for smoking cessation method among adult smokers in Mexico. *Value in Health* 15(5):750-758. <https://doi.org/10.1016/j.vah.2012.03.1384>
18. Mundial B. Índice de Gini. 2013 [consultado el 8 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>, 2014.
19. Serván-Mori EB, Reynales-Shigematsu LM, Bautista-Arredondo SA. Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de disponibilidad a pagar por un método efectivo de cesación. *Salud pública y tabaquismo*, vol. I. Políticas para el control del tabaco en México 2013. Disponible en: http://www.insp.mx/images/stories/Producción/pdf/I30206_reporteTabacoVolI.pdf
20. Busch SH, Falba TA, Duchovny N, Jofre-Bonet M, O'Malley SS, Sindelar JL. Value to smokers of improved cessation products: Evidence from a willingness-to-pay survey. *Nicotine Tob Res* 2004;6(4):631-639. <https://doi.org/10.1080/14622200410001727885>
21. Pampel F, Legleye S, Goffette C, Piontek D, Kraus L, Khlat M. Cohort changes in educational disparities in smoking: France, Germany and the United States. *Soc Sci Med* 2015;127(0):41-50. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.033>
22. Bonevski B, Bryant J, Lynch M, Paul C. Money as motivation to quit: A survey of a non-random Australian sample of socially disadvantaged smokers' views of the acceptability of cash incentives. *Prev Med* 2012;55(2):122-126. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.001>
23. Rodríguez-Roa R, González B, Niño C, Gómez B. Global Adult Tobacco Survey Panama. Panamá: Ministerio de Salud, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Economía y Finanzas e Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2013.
24. Dírt, u MC, Soponaru C. Smoking cessation therapy: between risk perception and behavior change. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014;142(0):325-331. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.07.643>
25. George WA, Franck CT, Mueller E, Landes-Reid D, Kowal-Benjamín P, Yi R, et al. Predictors of delay discounting among smokers: education level and a utility measure of cigarette reinforcement efficacy are better predictors than demographics, smoking characteristics, executive functioning, impulsivity, or time perception. *Addictive Behaviors* 2015;45(0):124-133. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.027>
26. Sivadasan-Pillai H, Ganapathi S. Tobacco cessation approaches and impact on CVD. *Global Heart* 2012;7(2):129-138. <https://doi.org/10.1016/j.ghert.2012.06.001>
27. Jan C, Lee M, Roa R, Herrera V, Politis M, Motta J. The Association of Tobacco Control Policies and the Risk of Acute Myocardial Infarction Using Hospital Admissions Data. *PLoS ONE* 2014;9(2):e88784. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088784>
28. Asamblea Legislativa de la República de Panamá. Ley 69 del 2009, que prohíbe la equiparación en los contratos y otras modalidades jurídicas en los que el estado sea parte, reforma disposiciones de contrataciones públicas y dicta otras disposiciones. Gaceta Oficial 26402-C. Vol 69. 6 de noviembre de 2009 ed. Panamá: Asamblea Legislativa de La República de Panamá, 2009:11.
29. Becerra NA, Alba LH, Castillo JS, Murillo R, Cañas A, García-Herreros P. Terapias alternativas para la cesación de la adicción al tabaco: Revisión de guías de práctica clínica. *Gac Med Mex* 2012;148:457-466.
30. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la

- cesación de la adicción al tabaco: Revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública Mex* 2013;55:196-206. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000200012>
31. Ramon-Torrell JM, Bruguera-Cortada E, Fernández-Pinilla C, Sanz-de Burgoa V, Ramírez-Vázquez E. Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. *Gaceta Sanitaria* 2009;23(6):539.e1-539.e6. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.004>
32. del Rio EF, Durán AL, Iglesias EB. El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en fumadores con trastornos de la personalidad. *Papeles del Psicólogo* 2011;32:175-184.
33. Valero-Juan LF, Suárez del Arco JA. Conocimientos, actitudes y percepciones de los estudiantes de medicina sobre el cigarrillo electrónico. *Atención Primaria* 2014;46(9):520-521. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.004>
34. Asamblea Legislativa de La República de Panamá. Por la cual se declara improcedente la comercialización de los cigarrillos electrónicos y similares en el mercado panameño.. Resolución N° 660. Panamá: Asamblea Nacional de la República de Panamá, 2009.
35. Ribera-Osca JA, Córdoba-García R, Gascó-García P. El cigarrillo electrónico: la utopía del cigarrillo seguro. *Atención Primaria* 2014;46(2):53-54. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.002>