

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

GRANTAHÍ
Programa de control de tabaco
del Hospital Italiano

Editora: **Karina Bakalar**



 *delhospital*
ediciones

Tratamiento del tabaquismo : GRANTAHÍ Programa de control de tabaco del Hospital Italiano / edición a cargo de Karina Bakalar. - 1a ed. - Buenos Aires : delhospital ediciones, 2013.
456 p. ; 22x16 cm.

ISBN 978-987-1639-17-5

1. Tabaquismo. 2. Promoción de la Salud. I. Karina Bakalar, ed.
CDD 615.952 395 2

ISBN 978-987-1639-17-5
IMPRESO EN ARGENTINA

Supervisión editorial: Claudia Alonzo
Corrección de estilo: María Isabel Siracusa
Diseño y armado: Lorena Szenkier

Impreso en:
Fecha de impresión: enero de 2013
Tirada: 500 ejemplares.

© delhospital ediciones
Departamento de Docencia e Investigación
Instituto Universitario Escuela de Medicina
Hospital Italiano de Buenos Aires
Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires

delhospital ediciones
Perón 4190, 1er piso, escalera "J", Departamento de Docencia e Investigación
CABA (C1181ACH)
Tel: (005411) 4959-0200 interno 2997
Web: www.hospitalitaliano.org.ar/docencia/editorial
Mail: delhospital.ediciones@hospitalitaliano.org.ar

Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723.
Todos los derechos reservados.

Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de la Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires.

ÍNDICE

• Prólogo.....	11
PRIMERA PARTE: GENERALIDADES DEL TABAQUISMO	17
• Epidemiología del tabaquismo	19
• Ambientes 100% libres de humo de tabaco.....	43
• Modelos explicativos sobre adicciones.....	63
• Factores neurobiológicos, psicosociales y genéticos de la adicción al tabaco.....	79
SEGUNDA PARTE: TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO	109
• Niveles de intervención en tabaquismo	111
• Bases teóricas para el tratamiento psicosocial de la adicción al tabaco.....	121
• Intervenciones breves en tabaquismo.....	141
• Entrevista motivacional.....	147
• Abordaje del paciente no preparado para dejar de fumar	159
• Tests utilizados en la consulta de cesación tabáquica.....	171
• Farmacoterapia para dejar de fumar	195
• Manejo del paciente preparado para dejar de fumar.....	219
• Desactivación de mitos y creencias frecuentes de los fumadores	231
• Apoyo y orientación al familiar del paciente fumador.....	239
• Manejo del estrés durante el tratamiento de cesación tabáquica	243
• Aumento de peso en cesación tabáquica.....	253
• Recaída	261
• Poblaciones especiales.....	267
• Tabaquismo y enfermedad mental.....	287

TERCERA PARTE: GRANTAHÍ. PROGRAMA INTENSIVO DE CESACION TABAQUICA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.....	311
• Introducción.....	313
• Primera entrevista individual.....	315
• Segunda entrevista individual	325
• Primera reunión grupal.....	333
• Segunda reunión grupal	351
• Tercera reunión grupal.....	359
• Cuarta reunión grupal.....	365
• Quinta reunión grupal	373
• Sexta reunión grupal.....	379
• Problemas frecuentes durante el tratamiento para dejar de fumar	383
• Eficacia del programa de control de tabaco del Hospital Italiano (GRANTAHÍ).....	399
CUARTA PARTE: MATERIAL PARA PACIENTES.....	415

AUTORES

Alderete, Mariela

Médica de familia. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano. Miembro de GRANTAHÍ.

Bakalar, Karina

Médica de familia. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Bertoncini, Mariano

Médico de familia. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

De Simone, Cecilia

Médica psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Didia Attas, Javier

Médico psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital italiano de Buenos Aires.

Espinosa, Guillermo

Médico de familia. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Martin, Silvia

Médica clínica y neumóloga. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Parot, Macarena

Médica toxicóloga y médica clínica. Servicio de Clínica Médica, sección toxicología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Pezzano, Laura

Médica clínica. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Pizarro, María Elisabet

Médica clínica y neumóloga. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Rozenek, Miriam

Médica clínica e infectóloga. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Saimovici, Javier

Médico clínico. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Schargrodsky, Herman

Médico cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Schoj, Verónica

Médica clínica y de familia. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Strgacich, Mónica

Médica clínica. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Vidal, Flavia

Médica clínica, toxicóloga y legista. Servicio de Clínica Médica, sección toxicología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro de GRANTAHÍ.

Colaboradora**Silvia Rey**

Licenciada en Nutrición. Unidad de Nutrición, Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo. Miembro de GRANTAHÍ.

PRÓLOGO

La instalación del tabaquismo con carácter epidémico en la salud pública mundial puede referirse principalmente al siglo pasado. La prevalencia poblacional de esta adicción creció significativamente en ese período, convirtiéndose en *el más importante problema sanitario prevenible de nuestra época*.

El tabaquismo tiene un creciente impacto en la salud; esto se debe a una amplia gama de fenómenos patológicos que ocasiona. El tabaco, sustrato de dicha adicción, es un agente etiológico de afecciones muy graves y, por lo tanto, de trascendente morbimortalidad.

Al conocimiento del riesgo generado por el tabaquismo activo se ha agregado, especialmente en años recientes, la evidencia sobre el daño producido por el tabaquismo pasivo que, a su vez, multiplica enormemente el efecto nocivo en la calidad de vida y sobrevivencia de la población fumadora y no fumadora. A esto debe agregarse el singular aumento ocurrido en los últimos años de la prevalencia de esta adicción en el sexo femenino, con el consiguiente impacto sobre la gestación y la salud de los niños.

Debido a la importancia sanitaria del tabaquismo, la Organización Mundial de la Salud elaboró el Convenio Marco, que es el primer tratado mundial de salud pública para el control del tabaco, y que fue ratificado por casi todos los 168 países firmantes, incluidos la Unión Europea, los principales productores de tabaco como China, Brasil, India, Turquía, casi todos los países de Latinoamérica, y todos los del Mercosur, excepto la Argentina.

El Hospital Italiano de Buenos Aires es una Institución cuyos fines son la asistencia, la docencia y la investigación; sin embargo, hasta hace pocos años, el hospital no contaba con profesionales dedicados al problema del tabaquismo en todos sus aspectos. Los médicos de la institución daban restringidamente "consejos breves" a sus pacientes y en pocos casos "intervenciones breves" que, si bien eran eficaces, no estaban acordes con el desarrollo asistencial existente en los centros más avanzados del mundo para tratar esta adicción. Tampoco se realizaba docencia o investigación en este terreno.

El tabaquismo había sido involucrado débilmente en nuestra institución, a pesar del gran crecimiento de las tareas preventivas en la medicina moderna.

Por otro lado, una significativa, aunque declinante cantidad de profesionales fumaban, lo cual, obviamente, debilitaba aún más la tarea asistencial frente a esta adicción. Sólo existían algunos médicos que realizaban tratamientos individuales de cesación, pero la gran mayoría del equipo de salud desconocía o subutilizaba los tratamientos modernos y eficaces disponibles.

Tampoco había restricciones para fumar dentro del hospital.

En el mes de mayo del año 2000 médicos de distintos servicios interesados en el tratamiento del tabaquismo conformamos un grupo de trabajo al que denominamos GRANTAHÍ (Grupo Antitabaquismo del Hospital Italiano), con la participación de profesionales de Medicina Familiar, Clínica Médica, Toxicología, Cardiología, Psicopatología y Pediatría. La finalidad de este grupo fue crear un programa fuertemente comprometido con la prevención y la cesación tabáquica.

La columna vertebral del programa debía pasar por demostrar con buenos resultados que el tratamiento del tabaquismo era posible en el Hospital Italiano. Para ello debíamos aprender a usar nosotros mismos correctamente los recursos terapéuticos disponibles en los lugares más avanzados del mundo, enseñarles a los médicos del hospital esos conocimientos y ofrecerles a los integrantes del equipo de salud nuestra ayuda práctica.

Desde un primer momento entendimos que nuestra tarea debía ser integradora, habiendo sido esencial para este propósito interesar a los médicos del hospital, a las jefaturas de servicio y departamento y a la dirección médica, ya que la lucha antitabáquica en la sociedad y también en las instituciones no puede ser patrimonio de una minoría, sino que para que sea eficaz debe contar con la participación y el reconocimiento del conjunto del equipo de salud.

Hoy no hay dudas de que los "ambientes libres de humo" además de ser saludables, contribuyen también a la reducción de la adicción tabáquica de los asistentes fumadores a esos mismos lugares.

Dentro del programa de GRANTAHÍ se incluyó como objetivo convertir

al Hospital Italiano en un lugar "libre de humo". Para esto, se elaboró un programa específico que requirió mucho empeño, que involucró a la totalidad del personal médico y no médico del hospital, a los pacientes y a sus familiares.

Para poder aplicar este programa era imprescindible la decisión y la colaboración activa de las autoridades del hospital, del equipo de salud, del personal administrativo y de maestranza del hospital. Por tal motivo se decidió acercarse activamente a los trabajadores, con el fin de mostrarles los beneficios que acarrearía para todos este emprendimiento, y también para poder lograr un acercamiento estrecho, ya que la comprensión y la educación debían estar por encima de medidas coercitivas y autoritarias.

Asimismo, debíamos poder asistir profesionalmente a quienes desearan efectuar tratamientos de cesación.

GRANTAHÍ también realizó tareas similares de creación de Ambientes Libres de Humo en empresas y en el edificio principal del Correo de la Nación.

El plano de la investigación clínica y las actividades de abogacía y políticas públicas sobre el tabaquismo también fueron motivo de nuestro interés y dedicación; allí obtuvimos becas nacionales e internacionales, entre las que figuran;

- *Ensayo clínico: Vareniclina VS placebo para dejar de fumar en pacientes con enfermedad cardiovascular. 2006-2007.*
- *Sanción e implementación de legislación de ambientes 100% libres de humo a nivel municipal y provincial en Argentina.*
- *Beca de la M. Bloomberg Foundation, NY-USA. 2007-2009.*
- *Validación de un instrumento breve para la detección del consumo de tabaco en la consulta obstétrica. Beca Carrillo-Oñativía. 2007.*
- *Globalization, gender and tobacco: Gender Based Analysis and Tobacco Policy in Argentina. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCCEWH) Canadá, 2009.*

Varios integrantes de nuestro grupo participaron en importantes eventos internacionales con trabajos de nuestra elaboración así como

también en mesas y simposios, dentro y fuera del país. También miembros de nuestro grupo hicieron cursos de capacitación en importantes centros especializados del extranjero. Además, tuvimos el privilegio de ser elegidos para organizar en nuestro país el concurso internacional "Abandone y gane" de la Organización Mundial de la Salud.

Durante todo este tiempo, en el plano asistencial, el rasgo distintivo más importante de nuestro trabajo fueron los tratamientos intensivos, en los que utilizamos técnicas cognitivo-conductuales conjuntamente con tratamientos farmacológicos. Estos abordajes intensivos han demostrado ser la mejor opción terapéutica para dejar de fumar en términos de eficacia y costo-efectividad, tanto a nivel individual como grupal. Este manual operativo que presentamos pretende hacer conocer nuestra experiencia acercando a los integrantes del equipo de salud los elementos que la evidencia hoy nos brinda y, además, intenta difundir en él lo más moderno del conocimiento para combatir esta importante adicción.

Somos conscientes de que, para modificar el oscuro escenario que muestra a la Argentina entre los primeros lugares en la prevalencia del tabaquismo en América Latina y en el mundo, necesitamos tener muchos centros de tratamiento en el país, y es nuestro más sincero deseo que así sea.

Hoy nuestro grupo cuenta con 16 profesionales de diversos servicios, entrenados para la tarea integral de combatir el tabaquismo en todos sus aspectos. Los éxitos obtenidos fueron un gran estímulo para la capacitación, el crecimiento y la organización de nuestro grupo. Sabemos de lo mucho que nos falta por hacer y aprender así como también de la gran necesidad de mejorar para estar a tono con las necesidades ya mencionadas de nuestro país y nuestro hospital.

Tenemos 11 años de vida, lo cual es muy poco para el fortalecimiento de un grupo profesional establecido cuyos integrantes son mayoritariamente profesionales jóvenes. Para ello es muy importante cuidar la unidad de nuestro grupo, tener métodos democráticos de discusión que garanticen el respeto mutuo y la activa y creativa participación de sus miembros, cuidando permanentemente la calidad de nuestro trabajo y buscando constantemente un lugar de excelencia.

Finalmente queremos agradecer la valiosa colaboración recibida en diversos órdenes y particularmente en el aspecto docente del Servicio de Medicina Familiar, al cual varios de nuestros integrantes pertenecen. También al Servicio de Clínica Médica, que en nuestros inicios nos facilitó generosamente su estructura para nuestro funcionamiento.

Somos conscientes de que una condición decisiva para poder hacer lo que hicimos fue estar en el Hospital Italiano, cuyo prestigio y solvencia científica y profesional nos da continencia. La Dirección Médica nos ha apoyado permanentemente facilitando nuestras tareas, estimulándonos y contribuyendo a llevar a cabo nuestros propósitos. La incorporación de GRANTAHÍ como un Programa de la Dirección Médica corrobora esta afirmación, por lo que agradecemos la confianza dispensada. También agradecemos a nuestros colegas del hospital que en todos los casos nos apoyaron y dieron su confianza, entendiendo que nuestro servicio era útil y necesario.

Por último, agradecemos a nuestros pacientes, que nos hicieron aprender, especialmente en nuestro nacimiento, cuando nosotros no teníamos experiencia, y ahora nos siguen nutriendo de conocimiento día a día.

Para nosotros como médicos, es una gran alegría cada vez que un paciente deja de fumar, porque sabemos que abandonar el cigarrillo implica mucho más que eso; es fundamentalmente provocar un cambio de rumbo y elegir mejorar la calidad de vida en su más amplio sentido. Los médicos tenemos la enorme y hermosa tarea de acompañar y ser copartícipes en esta difícil pero vital elección. Y es por ello que, cuando nos llegan muchas veces los agradecimientos de aquellos que dejaron de fumar en GRANTAHÍ, sentimos una inmensa gratificación, ya que son en definitiva los pacientes los que dan sentido y plasman nuestra vocación médica de ayudar a quien lo necesita.

Herman Schargrodsky

PRIMERA PARTE:

**GENERALIDADES DEL
TABAQUISMO**

EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO

Mariela Alderete

Introducción

El tabaquismo es un grave problema de salud pública a nivel internacional, y tiene devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales. Se estima que es responsable de 5,4 millones de muertes anuales en el mundo, de las cuales 1 millón ocurren en América.¹

En la actualidad, el tabaquismo está considerado dentro de las enfermedades no transmisibles, y cobra más vidas que la tuberculosis, el VIH/SIDA y el paludismo juntos, representando la primera causa de muerte prematura evitable a nivel mundial.

La evolución del tabaquismo en el mundo no ha sido igual en todos los países, lo que se traduce actualmente en situaciones epidemiológicas diferentes. Para entender mejor este concepto, López y cols. desarrollaron en 1994 un modelo que permitió caracterizar la evolución del tabaco en el mundo en los 100 años previos, especialmente en los países que no contaban con políticas efectivas para su control.²

El modelo describe la evolución del consumo de tabaco como una epidemia que atraviesa cuatro fases o momentos y contempla tres variables en el tiempo: la prevalencia del consumo, la cantidad de cigarrillos fumados por adulto en un determinado período y la mortalidad por tabaquismo, utilizando al cáncer de pulmón como índice de las muertes atribuibles al tabaquismo (Figura 1).

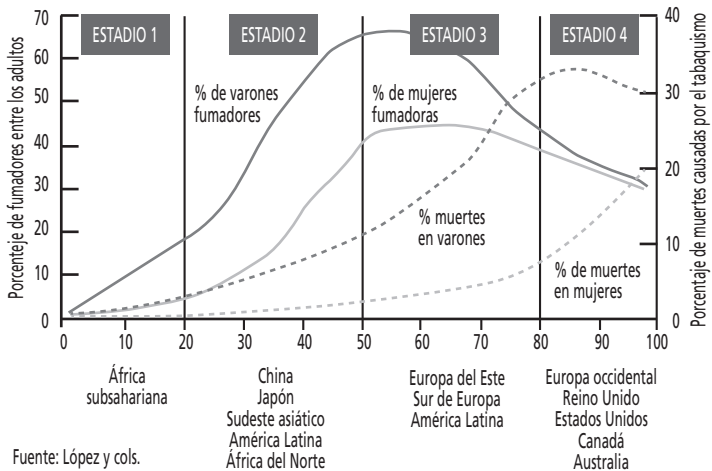


Figura 1. Países que en este momento están transitando por cada una de las fases.

Fase I: los principales consumidores de tabaco tienen ingresos altos y son predominantemente del sexo masculino. La morbilidad es casi nula y la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón es similar a la observada en poblaciones contemporáneas constituidas por no fumadores. La prevalencia de consumo y la cantidad de cigarrillos consumidos por adulto son bajas.

Fase II: se incorpora el consumo de tabaco al resto de las clases sociales, la clase de ingresos altos sigue siendo la principal consumidora. Se observa un aumento en el sexo masculino, casi el doble comparado con el sexo femenino. La cantidad de cigarrillos consumidos por varones aumenta significativamente. En esta fase, el 10% de la mortalidad en hombres es atribuida al consumo de tabaco y se observa en los varones un aumento de la mortalidad por causa de cáncer de pulmón entre 5/50 por 100.000.

Fase III: la prevalencia del consumo entre los varones y en las mujeres parece estabilizarse, pero el número de cigarrillos aumenta de manera similar en ambos sexos.

La mortalidad atribuida en hombres supone entre un 25 y un 30% de la mortalidad total, y en las mujeres está por debajo del 5%. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres es de 110-120/100.000 y en las mujeres alcanza 25-30/100.000.

Fase IV: el número de fumadores disminuye en ambos sexos, aunque en el hombre la disminución del consumo es más acentuada.

La mortalidad atribuible al tabaco puede llegar aproximadamente a un 35% de las muertes. En esta fase se observa un aumento de la mortalidad en las mujeres.

Este modelo refleja cómo la tasa de fumadores en los países de altos ingresos se mantiene estable o baja, y en los países de medianos y bajos ingresos se incrementa, sobre todo en ciertas subpoblaciones como los niños, los adolescentes, las mujeres y los sectores más pobres y de menor nivel educacional.

La responsable de la propagación de la epidemia del tabaquismo es la industria tabacalera, que acciona mediante el desarrollo masivo de campañas de comercialización que promueven el consumo de tabaco. Estas campañas están orientadas especialmente a grupos específicos, como los jóvenes y las mujeres, ya que se ha demostrado que la publicidad, la promoción y el patrocinio incrementan la iniciación del consumo de tabaco.^{3,4}

Las empresas tabacaleras apuntan a los jóvenes, que son los fumadores que reemplazarán a aquellos que abandonen la adicción o mueran.

La industria tabacalera sabe que la estrategia más eficaz para continuar con la comercialización del tabaco es que los jóvenes comiencen a fumar y se vuelvan adictos, ya que la experimentación de un adolescente con un producto muy adictivo puede llevarlo con facilidad a una vida entera de dependencia.

Cuanto más jóvenes son los niños que fuman por primera vez, más riesgos correrán de pasar a ser fumadores habituales, y menos probabilidades tendrán entonces de abandonar el tabaco.⁵⁻⁹

Por otro lado, aunque todo consumidor de tabaco puede volverse adicto a la nicotina, quienes no empiezan a fumar antes de los 21 años de edad probablemente nunca comiencen a hacerlo.

La industria tabacalera gasta miles de millones de dólares por año en *marketing* y técnicas de promoción de su producto en todo el mundo.¹⁰ También explota ahora a los países de bajos ingresos utilizando las mismas estrategias perfeccionadas en países de altos ingresos.

Algunos de los ejemplos de estrategias que utiliza la industria son promover el consumo de tabaco en mujeres y adolescentes mediante publicidad agresiva, al tiempo que presiona a los gobiernos para que impidan las restricciones de la publicidad y los aumentos de impuestos. Estas estrategias se han utilizado por décadas en los países desarrollados y hoy se replican en los países más pobres.

El tabaco es el único producto de consumo legal que puede dañar a todos los que se exponen a él y que puede causar la muerte de la tercera parte o de la mitad de los consumidores en un promedio de 15 años antes de lo naturalmente previsto.¹¹⁻¹³

En la actualidad, el consumo de tabaco causa una de cada 10 defunciones de los adultos en el mundo, es decir, más de cinco millones de defunciones por año.¹⁴ Para el año 2030, a menos que se adopten medidas urgentes, las víctimas mortales anuales del tabaco en el mundo aumentarán a más de 8 millones. Se prevé que, si las tendencias actuales siguen su curso sin control, unos 500 millones de personas actualmente en vida morirán por causa del tabaco.¹⁴

De no implementarse políticas adecuadas, el tabaco producirá más de 8 millones de muertes anuales hacia el año 2030. El 70% de ellas ocurrirá en los países de bajos ingresos.

En el siglo XX, el tabaquismo mató a 100 millones de personas en el mundo, en el siglo XXI esta cifra podría ascender a 1000 millones.

Tabaco y pobreza

Uno de los argumentos que utiliza la industria tabacalera es que genera fuentes de trabajo e ingresos, favorables para las economías locales y regionales nacionales. Sin embargo, lo cierto es que generará pérdidas económicas, por un lado, al aumentar los gastos producidos por enfermedades relacionadas con el tabaco y, por el otro, especialmente en los sectores de más bajos recursos al ocupar hasta un 10% del gasto familiar en el consumo de tabaco, lo que impacta directamente en los recursos que ellas destinan para la alimentación, la educación y la atención de la salud.¹⁵

El costo económico de la mortalidad asociada al tabaco constituye una carga elevada en el mundo y en los países pobres, donde para 2030 se registrarán cuatro de cada cinco defunciones asociadas al tabaco.

Un estudio realizado por economistas del Banco Mundial informó que el uso del tabaco produce una pérdida neta global de \$ 200 billones anuales por año, y la mitad de estas pérdidas ocurren en los países de bajos ingresos.

El efecto económico neto del tabaco es una agravación de la pobreza. Los pobres tienen más probabilidades de enfermar y morir prematuramente debido al tabaco, generando mayores privaciones económicas y perpetuando el círculo de adicción, pobreza y enfermedad.¹⁶

Epidemia del tabaquismo en la Argentina

La Argentina es uno de los países que tienen las mayores tasas de consumo en el continente. Se calcula que el 30,1% de la población adulta entre 18 y 64 años fuma.¹⁷

Anualmente mueren más de 40.000 argentinos a causa directa del consumo de tabaco.¹⁸

La exposición al humo de tabaco ajeno es causa probada de enfermedad y muerte en las personas que no fuman, pues aumenta el riesgo de infarto de miocardio, cáncer de pulmón, de mama y otras enfermedades oncológicas, enfermedades respiratorias y demás daños. En la Argentina el 40,4% de la población está expuesta al humo de tabaco ajeno.

Se estima que la exposición al humo de tabaco ajeno lleva a la muerte a unas 6000 personas no fumadoras por año.

Esta situación implica un alto costo económico para tratar las enfermedades causadas por el tabaquismo, sin contar los costos de pérdidas económicas por discapacidad y la pérdida de productividad laboral.

Al igual que en otras partes del mundo se ha demostrado que las recaudaciones fiscales por impuestos al tabaco nunca compensan las enormes pérdidas económicas que se producen como consecuencia de los costos sanitarios que genera el tabaquismo.

Un estudio que condujo el Ministerio de Salud de la Nación evaluó los costos directos relacionados con la atención médica de las principales enfermedades causadas por consumo y exposición al humo de tabaco. Estas enfermedades son el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular; la sumatoria de éstas representa el 70% de todas las defunciones atribuibles al tabaquismo. El resultado del estudio mostró que el total del costo sanitario para atender esas cuatro enfermedades fue de \$4.330.896.653 en el año 2004,¹⁹ mientras que, ese mismo año, la recaudación fiscal por impuestos al tabaco fue de \$2.500.000.000, es decir, tan sólo la mitad de lo gastado en costos directos sanitarios ocasionados por el tabaquismo.

En 2007 se realizó una actualización de los costos, en la que se observó que la suma del gasto por dichas enfermedades ascendió a más de \$7.000.000.000, representando el 16% del gasto total en atención médica de la República Argentina.

Otro estudio realizado a nivel nacional evaluó la carga global de enfermedad atribuible al tabaquismo en la Argentina,²⁰ en el que se encontró que se pierden en total 825.000 años de vida saludables por las enfermedades que anualmente produce el consumo de tabaco. De estos años saludables de vida perdidos, un tercio corresponde a muertes prematuras, y dos tercios a los años vividos con discapacidad provocada por el tabaco.

Por otra parte, hay otro estudio que evaluó el costo anual por las pérdidas de ingresos futuros debidos a mortalidad prematura atribuible al tabaco, y éste fue estimado en 469 millones de pesos anuales, lo cual representaba \$14 per cápita o un equivalente al 0,17% del PBI en el año 2000.²¹ Además, el 89% de la pérdida de productividad proviene de muertes en menores de 65 años. Las pérdidas de productividad son aún mayores dado que este estudio no contempla pérdidas por ausentismo laboral, ni pérdida de productividad por discapacidad, sino que sólo calcula la pérdida de ingresos futuros relacionados con las muertes prematuras.

Consumo en jóvenes

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes es una herramienta que fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) y la Asociación de Salud Pública de Canadá (CPHA).

En la Argentina, la encuesta se realizó por primera vez en el año 2000 en la ciudad de Buenos Aires, se repitió en 2003, y se le agregó luego una muestra representativa de la provincia de Buenos Aires. En 2007 se repitió nuevamente pero, a diferencia de las encuestas previas, incorporó esta vez una muestra representativa de todo el territorio nacional. Los cuestionarios fueron anónimos y autoadministrados a jóvenes de entre 13 y 15 años.²²

Los resultados de 2007 mostraron que el 44,5% de los adolescentes encuestados probó su primer cigarrillo entre los 12 y los 13 años, mientras que un 21,6% lo hizo a los 11 años o menos.

A nivel nacional, un 52% de los alumnos de 13 a 15 años había proba-

do un cigarrillo. La prevalencia en la provincia de Buenos Aires fue del 53,7% y en la ciudad de Buenos Aires fue del 45,6%. A nivel nacional, más mujeres que hombres probaron fumar (54,8% vs. 48,9%).

Un 28,1% de los no fumadores en nuestro país son susceptibles de iniciarse en el tabaquismo el próximo año; este riesgo es más alto en las mujeres (31,6%) que en los hombres (24,3%).

Jóvenes que fumaron en los últimos 30 días antes de la encuesta: a nivel nacional, el 24,5% de los jóvenes de 13 a 15 años fumó un cigarrillo en el mes previo a la encuesta. Se observó una menor prevalencia en la ciudad de Buenos Aires (18,5%), que en la provincia de Buenos Aires (24,9%).

Cesación: un 50,2% de los jóvenes fumadores a nivel nacional desea dejar de fumar. Este porcentaje es significativamente menor en la ciudad de Buenos Aires (40,3%) y en la provincia de Buenos Aires (41,3%). Se observa un descenso de este porcentaje, con respecto al año 2003. En relación con el nivel de adicción, un 9,7% de los adolescentes desea fumar un cigarrillo al levantarse a la mañana. No se observaron diferencias significativas por sexo o región.

Exposición al humo de tabaco ajeno: a nivel nacional, un 54,7% de los adolescentes se encuentra expuesto al humo de tabaco ajeno a nivel del hogar, pero esta cifra es significativamente menor en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (45,9%) La exposición al humo en el hogar es mayor en mujeres (57,7%) que en varones (51,7%). El máximo nivel de exposición al humo de tabaco en lugares públicos se observó en la provincia de Buenos Aires con un 72,3%, mientras que en la ciudad de Buenos Aires fue del 66,7% y a nivel nacional del 68,6%. Se observó una significativa reducción en estas regiones comparando con los valores de 2003. El mayor nivel de apoyo a la prohibición de fumar en lugares públicos se observó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (87,1%) mientras que en la provincia de Buenos Aires aunque sigue siendo elevado, fue notablemente menor (81,3%).

Consumo en mujeres

En la Argentina, como en el resto del mundo, estamos asistiendo a un cambio en la evolución del tabaquismo, donde se observa un aumento progresivo del consumo en la mujer.

La prevalencia en la población general, entre 18 y 64 años en la Argentina es de 30,1%. Datos recientes obtenidos en Latinoamérica ubican a la Argentina entre las 20 primeras poblaciones donde la mujer consume más tabaco comparada con otras. El estudio CARMELA, realizado en 7 ciudades de Latinoamérica, en una población entre 20 y 64 años demostró que la Argentina junto con Chile tiene el porcentaje mayor de mujeres fumadoras: 38,4% para las mujeres argentinas y 40% para las mujeres chilenas.²³

Los datos proporcionados por la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina 2007, son aún más alarmantes, ya que informó que el 28% de los adolescentes son susceptibles a iniciarse en el tabaquismo en el próximo año; este riesgo es mayor en las mujeres (31,6%). Otro estudio demostró que el 11% de las mujeres continúa fumando durante el embarazo.²⁴

Con respecto a la exposición al humo de tabaco ajeno, la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes corrobora las mismas tendencias observadas en otras partes del mundo. Las adolescentes están más expuestas al humo de tabaco ajeno en sus hogares y en los lugares públicos comparadas con los varones.

Las mujeres adultas también están más expuestas que los varones. Según el estudio CARMELA, las mujeres en edad adulta en la ciudad de Buenos Aires, están más expuestas al humo de tabaco ajeno en el hogar que los varones.

Es necesario hacer visible este grave problema de salud e incorporar la perspectiva de género en la prevención, el tratamiento y las políticas de control de tabaco para garantizar la equidad en salud y un abordaje integral de la problemática.

Consumo en profesionales de la salud

Con respecto al consumo de tabaco en el personal de salud, la Argentina a diferencia de otros países, tiene un consumo similar al de la población general.²⁵

Entre 2003 y 2004 se realizó un estudio de corte transversal en 12 Facultades de Medicina en la Argentina, donde el 79% de los estudiantes declaró haber probado el tabaco y el 42,3% refirió haber fumado por al menos 6 meses. El 35% eran fumadores y el 24,7% consumía diariamente.²⁶

Sólo el 40,6% de los encuestados reconoció haber recibido instrucción sobre el tabaco durante su carrera y el 46,1% refirió que existe restricción al consumo de tabaco en su facultad.

Un estudio multicéntrico realizado en grandes centros de atención en la ciudad de Buenos Aires que evaluó a médicos neumonólogos, cardiólogos y de atención primaria a través de una encuesta de consumo de tabaco, de opiniones y actitudes relacionadas con el tabaco y de uso de técnicas para ayudar a dejar de fumar a sus pacientes, mostró que el consejo para dejar de fumar otorgado a pacientes asintomáticos era sólo de un 60,8%; que sólo el 6,5% sabía utilizar reemplazo nicotínico y que, además, el 69% no poseía capacitación suficiente para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.²⁷

De acuerdo con este estudio, sólo un tercio de los médicos ha recibido entrenamiento acerca de cómo ayudar a los pacientes a dejar de fumar y el 92% ha manifestado la necesidad de mejorar su entrenamiento en tabaquismo.²⁸

Consecuencias del tabaco para la salud

El tabaco es el único producto de consumo legal que puede dañar a todos los que se exponen a él, y causa la muerte de hasta la mitad de las personas que lo consumen.

No obstante, el consumo es frecuente en todo el mundo debido a los precios bajos, la comercialización agresiva y extendida, la falta de conocimiento de sus peligros y la falta de políticas públicas adecuadas para su control.

La mayor parte de los daños que causa el tabaco en la salud no se po-

nen de manifiesto hasta varios años o decenios después del inicio del consumo y/o exposición al humo de tabaco ajeno.

Existe contundente evidencia científica sobre las enfermedades que son consecuencia directa del consumo de tabaco.

Las personas que consumen tabaco tienen mayor riesgo de padecer:

Enfermedades oncológicas

Nueve de cada 10 casos de cáncer de pulmón están relacionados con fumar. Las mujeres que nunca han fumado pero que viven con un fumador incrementan en un 21% su riesgo de tener cáncer de pulmón en algún momento de su vida. Si estas mismas mujeres han estado expuestas al humo de un padre o madre fumadores desde su infancia, el riesgo se incrementa en un 63%, comparado con el riesgo de las mujeres no fumadoras que han vivido siempre en hogares sin fumadores.²⁹ Además, las personas que fuman tienen más probabilidad de padecer cáncer de boca, labios, lengua, laringe y faringe, sobre todo cuando el consumo de tabaco se relaciona con el consumo de alcohol.³⁰ También está aumentado el riesgo de cáncer de riñón y vejiga, esófago, estómago, páncreas, leucemia mieloide aguda, y en las mujeres el cáncer de mama y cuello uterino.

Existe una relación dosis-respuestas entre la cantidad de cigarrillos fumados y el riesgo relativo de cáncer de pulmón, que proporcionan suficiente evidencia y que apoyan la asociación causal.³¹

El riesgo relativo de la mayoría de los cánceres causados por el consumo de cigarrillos disminuye al dejar de fumar. La tasa de disminución varía entre los diferentes cánceres, pero para la mayoría la disminución del riesgo es evidente a partir de los 5 años desde que se deja de fumar.

Esta disminución evidencia la causalidad del cáncer (y otras enfermedades) por el consumo de cigarrillos.

A partir de que las personas dejan de fumar, el riesgo de cáncer co-

mienza a disminuir, y el tiempo en igualar el riesgo de desarrollarlo en relación con el de los no fumadores es diferente para cada tipo de cáncer. Se calcula que el riesgo de presentar cáncer de pulmón en los ex fumadores, iguala al de los fumadores luego de 20 años de haber dejado de fumar.

Enfermedad cardiovascular

El consumo de tabaco es la principal causa de infarto agudo de miocardio. Se estima que, por cada 10 cigarrillos que se fuman por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular aumenta 18% en hombres y 31% en mujeres.³²

Los efectos del consumo de tabaco en el sistema cardiovascular incluyen: enfermedad coronaria (infarto agudo del miocardio, angor, muerte súbita), enfermedad vascular periférica, aneurisma de la aorta abdominal y accidente cerebrovascular.

Las personas que fuman entre 6 y 10 cigarrillos por día tienen el doble de riesgo de sufrir un infarto cardíaco comparadas con los no fumadores, y que los que fuman hasta 5 cigarrillos, tienen un riesgo superior al 40%.

Al año de dejar de fumar el riesgo disminuye a la mitad, y a los quince años de haber dejado, el riesgo es similar al de un no fumador.

Los fumadores, en especial los hombres, tienen mayor riesgo de sufrir un aneurisma de aorta abdominal; además, el consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para sufrir enfermedad vascular periférica.

Enfermedad respiratoria

Ciertas enfermedades pulmonares como la bronquitis crónica, la neumonía y el enfisema pulmonar están relacionadas con el consumo de tabaco. El consumo de tabaco:

- Produce disminución de la función pulmonar y predispone a las infecciones.
- Aumenta los episodios de bronquitis y neumonías.
- Es causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Es el factor de riesgo principal para el comienzo del asma y para el aumento de sus crisis agudas, tanto en frecuencia como en intensidad.

Enfermedades relacionadas con la mujer

Estudios de investigación han mostrado que el tabaquismo deriva en una reducción de la fertilidad y fecundidad para parejas en las cuales uno o ambos cónyuges fuman.

Además, existe una asociación probable entre el tabaco y problemas del embarazo; por ejemplo, es sabido que los componentes del humo de cigarrillo pueden aumentar el riesgo de ruptura prematura del saco amniótico por varios mecanismos, entre los que se pueden mencionar trastornos del sistema de citoquinas, la alteración de la función inmunitaria en el tracto reproductivo y la promoción de mecanismos de inflamación; también se ha encontrado con más frecuencia en fumadoras placenta previa, y, por último, se ha asociado el consumo de tabaco al desprendimiento normoplacentario.³³

Medidas efectivas para enfrentar la epidemia del tabaco

La Organización Mundial de la Salud aprobó por unanimidad en el año 2003 el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), que es un convenio que proporciona un marco legal internacional para el control del tabaco y constituye una solución efectiva y de bajo costo para reducir las enfermedades, muertes, daños al ambiente y a la economía causados por el consumo de tabaco.

Este tratado multilateral fue avalado por 170 países y fue el primer paso de la lucha mundial contra el tabaquismo.³⁴ Constituye un instrumento internacional que proporciona un marco jurídico para los Estados en relación con el tabaco y los compromete en la implementación

de leyes necesarias para proteger al público de los efectos nocivos del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco ajeno.

Este tratado presenta un modelo para que los países reduzcan tanto la oferta como la demanda de tabaco.

El CMCT se elaboró como respuesta a la preocupación que genera la propagación mundial de la epidemia del tabaquismo. Su objetivo principal, de acuerdo con lo que se declara en el artículo 3º, es “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las partes a nivel nacional, regional e internacional, a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco”.

El CMCT es un hito histórico de solidaridad y cooperación internacional para la defensa de la salud ya que prevé que los países que lo ratifiquen reciban apoyo técnico y financiero para implementar sus medidas.

Constituye una estrategia internacional para luchar contra la epidemia del tabaquismo, permitiendo la implementación de políticas sanitarias que los países no pueden poner en marcha individualmente debido al fuerte *lobby* y poder económico de la industria tabacalera.

El tratado entiende el control del tabaco como la puesta en práctica de diversas medidas destinadas a reducir la oferta, la demanda y los daños causados por los productos de tabaco.

Los países que ratificaron el Convenio Marco de la OMS se han comprometido a proteger la salud de su población asociándose a la lucha contra la epidemia de tabaquismo.

Para ayudar a los países a cumplir la promesa de este Convenio Marco, la OMS ha establecido las estrategias centrales del CMCT, que son seis, y se resumen en el acrónimo M-POWER, por su versión en inglés.³⁵

- M: Monitorización del problema del tabaco y evaluación del impacto de las políticas destinadas a disminuir y prevenir el consumo (véase más adelante).**
- P: Protección universal de la exposición al humo de tabaco ajeno a partir de la implementación de ambientes 100% libres de humo en todos los espacios cerrados públicos y privados de acceso público.**
- O: Ofrecimiento de ayuda para dejar de fumar.**
- W: Inclusión de advertencias sanitarias con imágenes en los paquetes de cigarrillos.**
- E: Prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio.**
- R: Aumento del precio de los cigarrillos y de los impuestos al tabaco.**

El compromiso de los países para aplicar las medidas que propone la OMS a través del M-POWER ayuda a los países a poner freno a la morbilidad, la mortalidad y las consecuencias en las economías causadas por el tabaco. Cuando este plan se aplique permitirá que nuevos jóvenes no se inicien en el consumo, facilitará a los fumadores la cesación y protegerá a las personas de los efectos nocivos del humo de tabaco ajeno.

A continuación, se describirá cada una de las partes del acrónimo.

M: Monitorización del problema del tabaco y evaluación del impacto de las políticas destinadas a disminuir y prevenir el consumo

Se deben realizar mejoras en los sistemas de información, ya que con la información exacta pueden comprenderse los problemas causados por el tabaco y destinarse entonces de manera efectiva los recursos para amortiguar el impacto.

El artículo 20 del CMCT requiere que las partes establezcan programas de vigilancia nacional, regional y mundial de la magnitud, los patrones, los factores determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y la exposición al humo de éste.

En la actualidad los países de bajos y medianos ingresos carecen de información básica sobre consumo de tabaco en su población, además son insuficientes los datos sobre morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco.

El control de la información ayuda a garantizar que los recursos se destinen a los lugares donde son más necesarios y tengan así mayor impacto en la disminución del consumo y mortalidad por tabaco.

La vigilancia es decisiva para entender y hacer retroceder la epidemia de tabaquismo.

P: Protección universal de la exposición al humo de tabaco ajeno

Los ambientes 100% libres de humo de tabaco ajeno son esenciales para proteger a los no fumadores, así como para alentar a los fumadores a dejar de fumar. Todos los países pueden implementar estas medidas y aplicarlas eficazmente. Sin embargo, hoy sólo el 5% de la población mundial está protegida mediante una legislación adecuada, ya que es necesario que las leyes sobre ambientes libre de humo sean 100% y que no permitan las áreas para fumadores como sucede en las leyes de restricción parcial.

El artículo 8 del CMCT guía a las partes acerca de normas mínimas para adoptar e implementar políticas efectivas de aire 100% libre de humo de tabaco ajeno, las cuales “brindan protección contra la exposición al humo del tabaco en lugares de trabajo cerrados, transporte público, lugares públicos cerrados y, según corresponda, en otros lugares públicos”. Los gobiernos deben crear un respaldo público a través de campañas educativas, aprobar una legislación integral y mantener ese respaldo público mediante el cumplimiento de la ley.

Las leyes de aire libre de humo ayudan a garantizar el derecho fundamental de todos a respirar aire limpio.

No existe un nivel seguro de exposición al humo del tabaco. La única manera efectiva de proteger a las personas es proporcionar aire 100% libre de humo.

O: Ofrecer ayuda y tratamiento para dejar de fumar

Las distintas encuestas a nivel mundial han mostrado que la mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar, pero sólo un porcentaje bajo tiene acceso al sistema para realizar tratamiento.

El artículo 14 del CMCT requiere que las partes se esfuercen por crear programas para dejar de fumar en diversos entornos, que incluyan: el diagnóstico y tratamiento de la adicción a la nicotina en programas nacionales para la salud; la creación de programas para el diagnóstico, asesoramiento y tratamiento en centros de atención médica y de rehabilitación, y la colaboración con otros países a fin de incrementar la accesibilidad a las terapias para dejar de fumar.

Un programa efectivo para ayudar a dejar de fumar debería incluir varias modalidades para garantizar el acceso a los fumadores que quieran realizar tratamiento para su adicción.

Algunos ejemplos podrían ser:

- Incorporar programas para dejar de fumar en la atención médica primaria facilitando así el acceso.^{36,37}
- Crear líneas telefónicas para ayudar a dejar de fumar es una buena alternativa, ya que son económicas, de fácil acceso y confidenciales.³⁸
- Otorgar cobertura del tratamiento farmacológico, ya que hay evidencia suficiente de que las drogas para dejar de fumar duplican el éxito del tratamiento.³⁹

Tres de cada cuatro fumadores comprenden los peligros del tabaco y quieren dejar de fumar. Los servicios para ayudar a dejar de fumar tienen que estar disponibles y ser de fácil acceso.

W: Inclusión de advertencias sanitarias con imágenes en los paquetes de cigarrillos

Aunque hay pruebas concluyentes al respecto, relativamente pocos consumidores de tabaco conocen el grado de riesgo para su propia salud. Las advertencias amplias sobre los peligros del tabaco pueden modificar la imagen de éste y motivar la cesación.

El artículo 11 del CMCT requiere que las partes utilicen advertencias claras sobre la salud, y que ocupen el 50% de los espacios visibles principales.

El artículo también requiere que las partes implementen medidas efectivas para garantizar que el producto, el envoltorio y el etiquetado del tabaco no promocionen un producto del tabaco que sea falso, engañoso, falaz o que pueda crear una impresión equivocada acerca de sus características, efectos sobre la salud, peligros o emisiones. Esto incluye términos como “suaves”, “con bajo contenido de alquitrán” o “muy suaves”.

Por lo tanto, para garantizar que el público conozca todos los daños del tabaco y para contrarrestar las imágenes atractivas del tabaco que muestra la industria tabacalera, es esencial tomar las siguientes medidas:

- Colocar advertencias sobre la salud en todos los envoltorios de productos de tabaco. Esas advertencias en los envoltorios del tabaco deben ser claras, incluir imágenes gráficas de los daños que provoca el tabaco y cubrir al menos la mitad de toda la envoltura exterior del producto.
- Lanzar campañas en los medios de comunicación para el control del tabaco y realizar otras actividades de publicidad para contrarrestar esta problemática.

Las campañas en los medios de comunicación deben ser impactantes, deben mantenerse durante períodos considerables y deben contrarrestar de manera eficaz las tácticas de promoción y mercadeo de la industria tabacalera, por ejemplo, en eventos de música, en lugares de concurrencia masiva, en eventos culturales, etcétera.

Las advertencias sobre la salud incitan a los consumidores de tabaco a abandonar el hábito y a los jóvenes a no comenzar a fumar.

E: Prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio

La industria tabacalera gasta cada año en el mundo entero decenas de miles de millones de dólares en publicidad, promoción y patrocinio. Las prohibiciones parciales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco no resultan eficaces porque la industria simplemente reorienta sus recursos hacia otros canales de comercialización no reglamentados como por ejemplo las redes sociales. Sólo una prohibición total permite reducir el consumo de tabaco y proteger a la población, en particular a los jóvenes, de las tácticas mercadotécnicas de la industria. El artículo 13 del CMCT requiere una prohibición integral de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco dentro de los cinco años posteriores a la ratificación. Las prohibiciones nacionales también deben contemplar la publicidad, la promoción y el patrocinio provenientes de países limítrofes que se originen dentro del territorio de una nación.

Aproximadamente la mitad de los niños del mundo vive en países donde no está prohibida la distribución gratuita de productos del tabaco. La industria tabacalera ofrece en forma gratuita su producto.

Las prohibiciones integrales y obligatorias en la publicidad y la promoción reducen el consumo de tabaco.

R: Aumento del precio de los cigarrillos y de los impuestos al tabaco

El aumento del precio del tabaco a través de impuestos más altos es una forma más eficaz de disminuir el consumo de tabaco e incitar a sus consumidores a dejar de fumar. Además, es una de las medidas que ayudan a los jóvenes a no iniciarse.

Un aumento del 70% en el precio del tabaco podría prevenir hasta

un cuarto de todas las muertes relacionadas con el tabaco en todo el mundo.⁴⁰

El artículo 6 del CMCT recomienda que las partes tengan en cuenta las políticas impositivas y las políticas de precios como parte de su política nacional para la salud general. La OMS sugiere a todos los gobiernos que aumenten sus impuestos al tabaco. Todos los productos del tabaco deberían gravarse de igual forma y ajustarse regularmente debido a la inflación. Los impuestos a los productos de tabaco económicos deberían ser iguales a los de los productos que están gravados con altos impuestos.

La forma más eficaz de impedir que los niños fumen es aumentando los impuestos al tabaco. Los precios altos evitan que ciertos niños y adolescentes comiencen a fumar e incita a aquellos que ya fuman a reducir su consumo.

Si las seis medidas del M-POWER se implementaran simultáneamente en todo el mundo, el consumo global de tabaco descendería del 23% actual a un 14% y se salvarían millones de vidas. No existe ninguna otra medida de salud pública que tenga tal impacto sanitario y económico.

Ley antitabaco

En junio de 2011 en la Argentina, finalmente se sancionó una ley antitabaco, cuyos puntos más importantes son los siguientes:

- Disponer la prohibición total de fumar en ambientes públicos y lugares de trabajo.
- Prohibir la total publicidad, promoción de sus marcas o patrocinio de actividades a empresas tabacaleras en todo tipo de actividad o evento público, y a través de cualquier medio de difusión.

- Los paquetes de cigarrillos deberán llevar “una imagen y un mensaje que describa los efectos nocivos del consumo”, a partir del siguiente listado: “Fumar causa impotencia sexual”; “El humo de tabaco es causa de enfermedad y muerte”; “Fumar puede causar amputación de piernas”; “Fumar causa cáncer”; “Fumar causa enfisema pulmonar”; “Fumar causa adicción”; “Fumar causa enfermedades cardíacas y respiratorias”; “La mujer embarazada que fuma causa daños irreparables a su hijo”; “Fumar causa muerte por asfixia”; “Fumar quita años de vida”.
- Se incluirá un pictograma de advertencia sobre el daño, que ocupará el 50 por ciento inferior de una de las superficies principales. Asimismo, en los paquetes no podrán utilizarse expresiones como “light”, “suaves” u otras que creen la falsa impresión de que un producto con tabaco es menos nocivo que otro. En uno de los laterales del paquete deberá incluirse información sobre el servicio gratuito para dejar de fumar que suministre el Ministerio de Salud.
- La ley prohíbe la venta de productos elaborados con tabaco a menores de 18 años.
- También se prohíbe la venta en paquetes abiertos (es decir, por unidad), a través de máquinas expendedoras o por cualquier método que impida verificar la edad del receptor.
- La norma impide fumar en lugares de trabajo cerrados y cualquier espacio cerrado destinado al acceso de público y aclara que las personas no fumadoras tendrán derecho de exigir al responsable del local que comine al infractor a cesar en su conducta. Además, deberán colocarse carteles que indiquen dicha prohibición.
- La ley también regula la composición de cigarrillos o cigarritos en cuanto al alquitrán (máximo, 10 miligramos desde el segundo año de vigencia de la ley), la nicotina (máximo, un miligramo) y el monóxido de carbono (10 miligramos).
- Se establece el permiso de fumar en patios, terrazas, balcones y demás áreas al aire libre, salvo en establecimientos de salud o de enseñanza primaria y secundaria, así como en clubes de fumadores o tabaquerías con áreas especiales.
- Los infractores deberán pagar multas por un monto que va desde

el valor equivalente al precio de venta al público de 250 a un millón de paquetes de cigarrillos de los de mayor precio comercializados en el país.

La sanción de esta ley implica un gran avance en materia sanitaria para nuestro país y para toda la región.

Referencias

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PloS Medicine* 2006;3(11):e442.
2. Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994;3(3):242-47.
3. DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics* 2006;117:e1237-e1248.
4. Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviors. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4):CD003439.
5. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1999;24(5):673-77.
6. D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. Age at starting smoking and number of cigarettes smoked. *Ann Epidemiol* 1994;4(6):455-59.
7. Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Reports* 1998, 9(4):39-46.
8. Everett SA, Warren CW, Sharp D, et al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):327-33.
9. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996; 86(2):214-20.
10. Federal Trade Commission. Cigarette report for 2003. [Internet] Washington, DC: Federal Trade Commission;2005 [consultado el 26 de octubre de 2011].30pp. Disponible en: <http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>
11. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull* 1996;52(1):12-21.
12. Surgeon General's Reports on Smoking and Tobacco Use. The health consequences of smoking. [Internet] Atlanta: Centers of Disease Control;2004 [consultado el 26 de octubre de 2011]. 921pp. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm

13. Peto R, Boreham J, Lopez AD, et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339(8804):1268-78.
14. Ruth Levine and the What Works Working Group with Molly Kinder. 2004. Millions Saved: Proven Successes in Global Health. [Internet] Washington, D.C.: Center for Global Development [consultado el 26 de octubre de 2011]. Disponible en http://www.cgdev.org/section/initiatives/_archive/millionsaved/
15. Why tobacco is a public health priority [Internet]. World Health Organization [consultado el 01 de abril de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/
16. Tobacco Free Initiative. World No Tobacco Day 2004 materials [Internet] World Health Organization [consultado el 26 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/en/index.html>
17. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, et al. Encuesta Nacional de Factores de riesgo [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación Argentina, 2009 [consultado el 02 de abril de 2012]. Disponible en: <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen6/encuesta-nacional.pdf>.
18. Pitarque R, Perel P, Sánchez G. Annual smoking-attributable mortality in Argentina 2000. Abstract of the XII WCTH. Helsinki, Finlandia; 2003.
19. Bruni JM. Costos Directos de la Atención Médica de las Enfermedades Atribuibles al Consumo de Tabaco en Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Proyecto VIGIA. Informe final, 2004.
20. Rossi S, Roger ME, Leguiza J, et al. Carga global de enfermedad atribuible al tabaquismo en Argentina [Internet] Buenos Aires: Programa Vigía; Ministerio de Salud de la Nación [consultado el 26 de octubre de 2011]. 6p. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/institucional/pdf/carga-global-enfermedad-tabaquismo-argentina.pdf>.
21. Conte Grand M, Perel P, Pitarque R, Sánchez G.; Estimación del costo económico en Argentina de la mortalidad atribuible al tabaco en adultos. [Internet] Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación [consultado el 26 de octubre de 2011]. 27pp. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/tabaco2000_Perel.pdf
22. GYTS, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina. Resultados 2007 y comparación con encuestas previas. Argentina. Mayo 2009. Disponible en www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/info-equipos-de-salud/pdf/encuesta-tabaquismo-adolescentes.pdf
23. Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, et al. CARME-LA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med* 2008;121(1):58-65.
24. Althabe F, Colomar M, Gibbons L, et al. Tabaquismo durante el embarazo en Argentina y Uruguay. *Medicina (Buenos Aires)* 2008; 68(1):48-54.
25. Tambussi A, Schoj V, Perel P, et al. Revisión sistemática de estudios De prevalencia de tabaquismo en la Argentina. [Internet] Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2003 [consultado el 02 abril 2012]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/institucional/pdf/revision-sistemica-de-estudios-de-prevalencia-de-tabaquismo-en-argentina.pdf>.
26. Zabert GE, Verra F. Estudio F.U.M.Ar (Fumar en Universitarios de Medicina en Ar-

- gentina) Informe final. [Internet] Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005 [consultado el 02 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/info-equipos-de-salud/pdf/paper-fumar-2004v4-CAEM-2005.pdf>.
27. Noble M, Pérez-Stable E, Casal E. El comportamiento médico en relación al tabaquismo. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina* 1996;74:413-25.
 28. Minervini MC, Zabert GE, Rondelli MP, et al. Tobacco use among argentine physicians. *Personal behavior and Attitudes*. 2002. (Estudio inédito)
 29. Johnson KC, Hu J, Mao Y; Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. Lifetime residential and workplace exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in never-smoking women, Canada 1994-97. *Int J Cancer* 2001;93(6):902-06.
 30. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988;48(11):3282-87.
 31. Doll R, Peto R. Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *Epidemiol Community Health* 1978;32:303-13.
 32. Kannel WB, Higgins M. Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. *J Hypertens Suppl* 1990;8(5):S3-8.
 33. Samet JM, Yoon SY. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century [Internet] World Health Organization, 2001 [consultado el 02 de abril de 2012] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.1.pdf
 34. WHO, FCTC Framework Convention on Tobacco Control. [Internet] World Health Organization [consultado el 02 de abril de 2012]. Disponible en: www.who.int/fctc/en/
 35. Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2008 - Plan de medidas M-POWER. [Internet] Organización Mundial de la Salud, 2008 [consultado el 02 de abril 2012]. Disponible en: www.who.int/tobacco/mpower/2008/es/index.html.
 36. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2006;31(1):62-71.
 37. West R, Sohal T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006;332:458-60.
 38. M-Power. Tobacco Free Initiative. [Internet] World Health Organization [consultado el 02 de abril de 2012]. Disponible en: www.who.int/tobacco/mpower/en/
 39. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. [Internet]. Londres: Royal College of Physicians. London, 2000 [consultado el 02 de abril de 2012]. Disponible en: <http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/pub131-2740272e-57b4-4567-b87c-cda5ef7cd7e0.pdf>
 40. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The M-POWER package.[Internet] Ginebra: World Health Organization, 2008 [consultado el 02 de abril de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf