

# GUÍA NACIONAL DE INSTITUCIONES DE SALUD LIBRES DE HUMO DE TABACO



| 2005 |

# Guía Nacional de instituciones de salud libres de humo de tabaco

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

---

## AUTORIDADES

### **Presidente de la Nación**

Dr. Néstor Carlos Kirchner

### **Ministro de Salud y Ambiente de la Nación**

Dr. Ginés González García

### **Secretario de Programas Sanitarios**

Dr. Héctor Daniel Conti

### **Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción**

Dr. Andrés Joaquín Leibovich

# Guía Nacional de instituciones de salud libres de humo de tabaco

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

---

## La presente Guía de Práctica ha recibido el aval de las siguientes instituciones:

Academia Nacional de Medicina  
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)  
Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer  
Asociación de Bioquímicos de la Ciudad de Buenos Aires  
Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA)  
Asociación Médica Argentina (AMA)  
Asociación Odontológica Argentina  
Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires  
Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECCLISA)  
Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)  
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA)  
Federación Argentina de Cardiología (FAC)  
Federación Argentina de Medicina Familiar y general (FAMFYG)  
Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA)  
Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECCOM)  
Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECCA)  
Fundación Bioquímica Argentina  
Grupo Anti-tabaquismo del Hospital Italiano de Buenos Aires (GRANTAHI)  
Instituto de Ciencia y Tecnología Regional (ICTER)  
Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC)  
Programa ARCONTA (Argentina Contra el Tabaco) Fundación Cardiológica Argentina  
Proyecto MEDEF (Medico especialista en dejar de fumar)- Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez  
Registro Regional de Tumores del Sur de la Provincia de Buenos Aires  
Secretaría de Programación para la Prevención y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)  
Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires  
Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)  
Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)  
Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)  
Sociedad de Neumonología de la Provincia de Córdoba  
Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Pcia. de Buenos Aires.  
Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires  
Superintendencia de Servicios de Salud  
Unión Anti-Tabáquica Argentina (UATA)  
Universidad Adventista del Plata (UAP)  
Universidad Nacional del Comahue

# Guía Nacional de Instituciones de Salud Libres de Humo de tabaco

## CONTENIDOS

Acerca de esta Guía	Pág. 3
1. Metodología para la realización de la presente Guía de Práctica	Pág. 5
2. Resumen de las Recomendaciones	Pág. 6
3. Introducción	Pág. 7
4. Metodología para el desarrollo de una Institución de Salud Libre de Humo	Pág. 9
5. Aspectos frecuentemente debatidos en la implementación de Ambientes Libres de Humo de Tabaco	Pág. 12
6. Factores predictores de éxito del programa y errores frecuentemente cometidos	Pág. 13
7. Conclusiones Generales	Pág. 14
Referencias Bibliográficas	Pág. 15

## Acerca de esta guía

El desarrollo de la Guía de Práctica Clínica Nacional de Instituciones de Salud Libres de Humo Tabaco ha sido promovido y financiado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en el marco del **Programa Nacional de Control del Tabaco**.

Estas recomendaciones están basadas en la mejor evidencia disponible y fueron consensuadas con un panel de expertos durante los meses de diciembre de 2004 a abril de 2005, siguiendo una metodología rigurosa y formal de consenso.

Esta Guía fue desarrollada simultáneamente por el mismo equipo de expertos y bajo la misma metodología que la Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco en razón de que el compromiso del equipo de salud con el tratamiento del tabaquismo está íntimamente relacionado con el cambio cultural que conlleva la implementación de Instituciones de salud Libres de Humo. Para ambas Guías de Práctica se elaboraron dos reportes: un Reporte Breve y un Reporte Extenso. Este documento constituye el Reporte Breve de la Guía de Instituciones de Salud Libres de Humo. Tanto los reportes breves como los extensos de ambas guías se encuentran disponibles en la página web del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación<sup>1</sup>.

### Justificación

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. Es responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el 2030, de no mediar acciones para contrarrestar la situación<sup>2</sup>. Se observa un claro desplazamiento de la epidemia hacia los países de menor desarrollo y hacia aquellos países que poseen regulaciones débiles a los productos del tabaco.

La situación en Argentina es aún alarmante, si bien en el 2004 se observó una disminución en el consumo respecto de las encuestas anteriores. Actualmente fuma el 34% de la población adulta<sup>3</sup>, el 23% de los adolescentes de 12 a 14 años y el 40% de los de 15 a 18 años, con un claro predominio femenino en edades tempranas<sup>4</sup>. Cada año mueren 40.000 argentinos debido a enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco<sup>5</sup>.

Nuestro país gasta \$ 4.300 millones de pesos anuales (a valores del 2003) en el tratamiento de patologías tabaco dependientes<sup>6</sup>. Esto representa el 15.5 % del gasto total en salud, no compensado por las recaudaciones

obtenidas por el conjunto de impuestos al tabaco que, para el año 2003, fueron de \$ 2.500 millones.

Se observa que, en nuestro país, la prevalencia de consumo entre los profesionales de la salud es similar a la población general<sup>7</sup>. Esto muestra la falta de conciencia que existe en el equipo de salud sobre la problemática del tabaco.

Sólo la mitad de los médicos cree que el consejo antitabáquico es una herramienta útil para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Un tercio de los mismos ha recibido entrenamiento acerca de cómo brindar este tipo de consejo y el 92% manifestó la necesidad de mejorar su capacitación en tabaquismo<sup>8</sup>. Solamente el 6.5% de los médicos encuestados reconoció utilizar reemplazo nicotínico en el tratamiento de la cesación<sup>9</sup>. La situación en el pre-grado es igualmente insatisfactoria pues sólo el 1.7% de los estudiantes de medicina conoce una intervención breve para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar<sup>10</sup>.

Una encuesta reciente muestra que un 56% de los fumadores argentinos quiere dejar de fumar, y que el 24.5% se encuentra listo para dejar de fumar en un mes<sup>2</sup>. Es decir que hoy hay dos millones de fumadores preparados para dejar de fumar y 1 millón que quiere hacerlo incluso antes de los 30 días. Se encuentra en estudio un proyecto para que el tratamiento de la dependencia a la nicotina sea cubierto por el sector público y la seguridad social. Sin embargo, el equipo de salud no está preparado para absorber esta potencial demanda ni capacitado para una eficaz intervención.

*“El problema del tabaquismo en Argentina resulta paradójico: alta prevalencia, altas tasas de mortalidad y altos costos para el sistema de salud y sin embargo, a pesar de haber tratamiento efectivo y costo-efectivo, el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención, se fuma en los Instituciones de salud y no se cuenta aún con cobertura para los tratamientos de la cesación.”*

La situación de Argentina es igualmente alarmante en cuanto al tabaquismo pasivo y a la escasa implementación de ambientes libres de humo. Nuestro país tiene los niveles más elevados de América Latina de exposición al humo de tabaco ajeno<sup>11</sup> y en la mayoría de los hospitales se fuma a pesar de la legislación

vigente que lo prohíbe. La encuesta de tabaquismo en grandes ciudades del 2004 muestra que el 67% de la población está expuesta en los hogares y 90% en otros ámbitos<sup>3</sup>.

Para hacer frente a esta realidad, el **Programa Nacional de Control del Tabaco** está desarrollando un abordaje integral de la problemática del tabaquismo, promoviendo a través de legislación el aumento de impuestos al tabaco y la restricción máxima de la publicidad, la promoción de ambientes libres de humo de tabaco, campañas de comunicación social y la promoción del abandono de la adicción a través del servicio telefónico gratuito para dejar de fumar, los concursos “Abandone y Gane” y un proyecto para la cobertura del tratamiento y la certificación de los servicios de cesación del tabaquismo.

Para alcanzar un impacto sanitario significativo de dichas acciones, es imprescindible articularlas con los diferentes niveles gubernamentales, la sociedad civil, científica y académica involucrada en el control del tabaco.

*En este marco se comprende la importancia de estas Guías de Práctica Clínica, que tienen el propósito de brindar un instrumento consensuado para promover la capacitación del equipo de salud y el compromiso de las instituciones sanitarias para favorecer el control del tabaco en nuestro país.*

### Panel de Expertos Integrantes del Equipo de Consenso

Un panel de 20 expertos en tabaquismo reconocidos en Argentina y provenientes de entidades académicas, científicas e instituciones representativas del control del tabaco de diversas regiones del país, participó de una metodología formal de consenso para arribar a las recomendaciones finales.

Coordinadores del panel de consenso:

Dra. Verónica Schoj (Médica especialista en Medicina familiar y Mg (C) en el Programa de efectividad Clínica y Sanitaria) y Dra. Ana Tambussi (Médica especialista en cardiología)

Integrantes del Panel de consenso:

Dra. Ethel Alderete (Doctora en Salud Pública), Lic. Leonardo Daino (Lic. en Antropología), Mg. Daniel Gutiérrez (Lic. en Enfermería y Magíster en estupefacientes)<sup>a</sup>, Dr. Eduardo Laura (Doctor en Medicina), Dr. Bartolomé Lungo (Médico especialista en Neumonología), Dr. Raúl Mejía (Doctor de la Universidad

de Buenos Aires, especialista en Clínica Médica), Dra. Paola Morello (Médica especialista en Pediatría y Master en Salud Pública), Dra. Susana Nahabedian (Médica especialista en Neumonología y Clínica), Dra. María Noble (Médica, especialista en Clínica y Medicina Interna), Dr. Diego Perazzo (Dr. En Medicina, especialista en Oncología)<sup>b</sup>, Dr. Ricardo Rassmussen (Médico especialista en Cardiología y Medicina del Deporte), Lic. Gabriela Regueira (Lic. en Psicología), Dra. Corina Samaniego (Doctora en Psicología y Master of Public Health (MPH)), Dr. Herman Schargrotsky (Médico especialista en Cardiología), Dr. Fernando Verra (Doctor en Medicina, especialista en Medicina Interna), Dr. Guillermo Williams (Médico, especialista en Pediatría y Salud Pública)<sup>c</sup>, Dr. Gustavo Zabert (Médico especialista en Neumonología), y Lic. Ana María Zanutto (Lic. en Trabajo Social)<sup>d</sup>.

Agradecemos a otros expertos que colaboraron desinteresadamente con el proyecto.

Acorde a las recomendaciones internacionales los participantes del panel firmaron una declaración de conflictos de intereses y pusieron de manifiesto eventuales vinculaciones con la industria farmacéutica<sup>12</sup>.

<sup>a</sup> En colaboración con la Lic. Blanca Iturbide (Lic. en enfermería), Universidad Adventista del Plata.

<sup>b</sup> En colaboración con la Dra. Marta Angueira. (Médica Cardióloga), UATA.

<sup>c</sup> En colaboración con la Dra. Cecilia Santa María, (Médica Dermatóloga) Programa Nacional de Garantía de Calidad

<sup>d</sup> En colaboración con el Equipo "Proyecto MEDEF" (Médico especialista en hacer dejar de fumar) Director: Dr. Fernando W. Müller.

# 1 Metodología para la realización de la presente Guía de Práctica

El protocolo de planificación y desarrollo de la presente Guía está basado en las recomendaciones del NICE<sup>13</sup> (National Institute of Clinical Excellence) y en las recomendaciones de AGREE<sup>14</sup> (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Un desarrollo completo de su metodología se encuentra en la versión extensa disponible en la página web del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.<sup>1</sup>

Los **Objetivos** de esta Guía son:

- 1) Proteger la salud de toda la población que se atiende o trabaja en las instituciones de salud (fumadores y no fumadores).
- 2) Evitar los daños producidos por el tabaquismo pasivo en la salud de los no fumadores.
- 3) Disminuir el consumo y la prevalencia de tabaquismo en el equipo de salud.
- 4) Conseguir un mayor compromiso y conciencia del equipo de salud con la problemática del tabaquismo.
- 5) Constituir un modelo social a seguir por otro tipo de instituciones de la sociedad.
- 6) Modificar los patrones culturales de consumo, contribuyendo a la “desnormalización” del tabaquismo entre los trabajadores de la salud y en la población que se atiende en las diversas instituciones de salud.
- 7) Reducir la morbi-mortalidad de los empleados, el ausentismo laboral, los gastos médicos, los accidentes laborales que se producen en las instituciones de salud a causa del consumo de tabaco dentro del establecimiento.

Se trata de una **guía de intervención** basada en una estrategia educativa y motivacional para implementar ambientes libres de humo dirigida a las instituciones de salud. Al decir Instituciones de Salud nos referimos a todo establecimiento que brinda servicios asistenciales de salud independientemente del nivel de complejidad. Incluye hospitales, clínicas, sanatorios, centros de atención primaria, entre otros, pertenezcan al sector público, de seguridad social o privado.

Los **destinatarios** de esta guía son: 1) Todos los integrantes del equipo de salud: enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, médicos, odontólogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, bioquímicos y todos aquellos técnicos y profesionales de la salud que participen de la asistencia a personas incluyendo a promotores y educadores de la salud. 2) Todos los trabajadores de las instituciones de salud, además de los integrantes del equipo de salud, como empleados administrativos, recursos humanos, maestranza, seguridad, cocina, etc. 3) Estudiantes de

pre-grado de todas las carreras de salud. 4) Los proveedores, administradores de servicios de salud, directores de instituciones de salud y funcionarios de salud pública.

Los **beneficiarios** de estas recomendaciones son todas las personas que trabajan o se atienden en las instituciones de salud.

La **búsqueda, selección y clasificación** de la evidencia disponible siguió un protocolo acorde a las recomendaciones basadas en el documento del NICE. Los niveles de evidencia y grados de recomendación pueden verse en las **Tablas 1 y 2** respectivamente, y están basados en experiencias internacionales.<sup>13-15</sup>

Se empleó una **Metodología de consenso** formal para la elaboración de las recomendaciones por parte del panel de expertos a través de la utilización del método Delphi modificado.

Para incluir la **visión de los usuarios**, sus valores y preferencias se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad a fumadores. Por otro lado se reportan datos de opinión de la población fumadora argentina obtenidos a través de una encuesta de hogares de carácter nacional llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Ambiente durante el año 2004, en los cinco principales centros urbanos del país. La misma recogió información sobre consumo, etapas de cambio, acceso a los sistemas de salud para la cesación, demanda de servicios y opinión sobre implementación de ambientes libres de humo entre otros datos.

Para el proceso de **validación de la guía**, el documento preliminar finalmente consensuado por el panel, fue sometido a evaluación externa por un grupo de expertos nacionales que no habiendo participado del desarrollo de la guía, evaluaron la misma a través del instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) en su versión validada al español<sup>14</sup>.



**Tabla 1: Niveles de Evidencia**

Nivel	Tipo de evidencia
Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
Ib	Evidencia obtenida de por lo menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización
IIb	Evidencia obtenida de por lo menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados (estudios observacionales) tales como estudios comparativos (cohortes, casos y controles), de correlación (ecológicos) o series de casos.
IV	Evidencia obtenida de opiniones o reportes de expertos, u opiniones de experiencias clínicas de autoridades reconocidas.

**Tabla 2: Grados de Recomendación**

Grado	Recomendación
[[A] (evidencia Ia y Ib)	Requiere al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado como parte del cuerpo de evidencia que cumpla con los requerimientos específicos de buena calidad y sea consistente con la recomendación.
[B] (evidencia IIa, IIb y III)	Requiere disponibilidad de estudios clínicos (cuasi-experimentales u observacionales) bien diseñados pero no randomizados.
[C] (evidencia IV)	Requiere de evidencia obtenida de reportes de comité de expertos y opinión/ experiencia clínica de autoridades reconocidas. Indica ausencia de estudios clínicos de buena calidad sobre el tema.
[RPG] (Recomendación de la Presente Guía)	Recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica del grupo de consenso de desarrollo de la guía. Representa los aportes locales.

## 2 Resumen de las Recomendaciones

Nº	Recomendación	Grado*
1	• Se recomienda la <b>promoción de ambientes libres de humo</b> en todas las Instituciones que brindan servicios de salud tanto públicas como privadas y en todos los niveles de complejidad. Su implementación constituye una estrategia central para el control del tabaco.	[C]
2	• Se recomienda la implementación de una estrategia de Instituciones de Salud Libres de Humo a través de <b>intervenciones multi-componentes</b> (conjunto de acciones simultáneas) en el marco de un claro y explícito apoyo de los directivos de la institución.	[B]
3	• Se recomienda que las Instituciones de Salud planifiquen estrategias de implementación cuyo objetivo máximo sea <b>“Ser una institución 100% libre de humo”</b> (lo cual implica la prohibición de fumar aun en lugares externos al aire libre como patios y jardines)	[B]
4	• Se recomienda que la implementación de <b>ambientes libres de humo</b> en las Instituciones de Salud contemple la posibilidad de <b>excepciones</b> para pacientes internados que se encuentran en circunstancias especiales como estado psiquiátrico agudo y enfermos terminales. Las excepciones no son aplicables en ningún caso al personal que trabaja en la institución. Estas excepciones no debieran instalarse como norma general y deben evaluarse caso por caso. Siempre que fuera posible, dichas excepciones debieran realizarse en espacios al aire libre para evitar la exposición de terceros.	[C]
5	• Se recomienda que la implementación de Instituciones de Salud Libres de Humo se acompañe de la <b>asistencia en cesación con cobertura</b> (lo más amplia posible) para los empleados fumadores de dicha institución.	[RPG]

\* Grado de Recomendación acorde a niveles de evidencia según se muestra en tablas 1 y 2



### 3 Introducción

#### El tabaquismo pasivo

El tabaquismo pasivo es la exposición al humo de tabaco en los no fumadores. El Humo Ambiental de Tabaco o Humo de Tabaco Ajeno, o Humo de Segunda Mano, (entre otras denominaciones corrientes) es aquel que se encuentra en un ambiente donde alguien está fumando. De aquí en adelante lo denominaremos Humo de Tabaco Ajeno. El humo de tabaco está compuesto por más de 4000 compuestos químicos, entre los que se encuentran: monóxido de carbono, nicotina, cianuro, alquitranes, carcinógenos varios, arsénico, irritantes y otros numerosos tóxicos y venenos. Se lo considera un carcinógeno del grupo A; es decir, uno de los más peligrosos en la producción de cáncer en las personas. Hay una clara relación dosis-respuesta, a mayor exposición al Humo de Tabaco Ajeno, mayor daño.

Desde hace alrededor de 20 años existe evidencia científica contundente del daño a la salud que genera el Humo de Tabaco Ajeno.<sup>16-17</sup> Todas las instituciones científicas y académicas relevantes en el mundo reconocen este daño, y el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud incluye este punto como uno de los ejes centrales del control del tabaco. Los adultos expuestos al humo de tabaco ajeno tienen alrededor de un 30% más de riesgo de cáncer de pulmón<sup>18</sup> y alrededor de un 30-40% más de riesgo de padecer enfermedad coronaria.<sup>19-20</sup> En los niños, el humo de tabaco ajeno triplica el riesgo de asma<sup>21</sup>, otitis<sup>22</sup> y catarros invernales, se asocia con cuatro veces más riesgo de muerte súbita del lactante y con trastornos del comportamiento y del aprendizaje.

Para conocer el nivel de exposición al humo de tabaco ajeno, puede realizarse medición de nicotina ambiental en ambientes cerrados o bien pueden efectuarse mediciones biológicas en las personas (cotinina en saliva, orina, sangre y pelo)<sup>23</sup>.

La evidencia científica demuestra que, para que un extractor de aire sea efectivo en mantener un ambiente libre de humo de tabaco necesita generar una corriente similar a la de un huracán. Por lo tanto, los extractores disponibles no son efectivos para eliminar completamente las partículas tóxicas del humo de tabaco. Tampoco es útil abrir las ventanas o encender aparatos de aire acondicionado. Estas medidas eliminan el olor y el humo pero no los compuestos químicos, que son los que producen daño y que pueden permanecer días en el ambiente<sup>24</sup>.

#### Tabaquismo pasivo en la Argentina

Una encuesta de tabaquismo en hogares realizada en grandes centros urbanos del país por el Ministerio de Salud y Ambiente durante el 2004<sup>3</sup> mostró que el 67 % de la población está expuesta al humo de tabaco ajeno en su hogar y el 90 % está expuesta en otros ambientes. Al igual que en otros lugares del mundo, en Argentina, más del 80% de la población encuestada apoya la implementación de políticas de ambientes libres de humo de tabaco en lugares públicos cerrados. Se han desarrollado con éxito diferentes experiencias sobre la implementación de ambientes libres de humo en espacios laborales, educativos o recreativos locales.<sup>25-26-27</sup>

*“Todas las instituciones científicas y académicas relevantes en el mundo reconocen el daño a la salud que genera el humo de tabaco ajeno. En la Argentina la exposición al humo ajeno es de las más elevadas de la región. Sin embargo, el 80% de nuestra población apoya la implementación de ambientes libres de humo de tabaco.”*

#### Beneficios de generar ambientes libres de humo

El principal beneficio es la protección de la salud de las personas. Sin embargo, existen otros múltiples beneficios sociales y económicos cuando los ambientes son libres de humo de tabaco:

- 1) Reducir en un 30% la cantidad de cigarrillos consumidos por los fumadores
- 2) Favorecer la cesación (con un impacto que duplica el consejo de no fumar dado por el médico)
- 3) Reducir las enfermedades entre los empleados, los gastos médicos y el ausentismo laboral.
- 4) Disminuir el riesgo de incendios en la institución.
- 5) Disminuir los costos de limpieza y mantenimiento de equipamiento general y de sistemas de aire acondicionado, computación, etc.
- 6) Aumentar la productividad laboral.
- 7) Contribuir al concepto de “medio laboral seguro” evitando la inhalación involuntaria de un tóxico perjudicial como es el humo de tabaco ajeno.<sup>28-29</sup>

### Instituciones de salud libres de humo

Para ser una institución de salud libre de humo la prohibición de fumar debe afectar a todos los lugares del establecimiento, por lo tanto, no debieran habilitarse áreas para fumar.

La implementación de ambientes libres de humo genera un cambio cultural en torno al consumo de tabaco, disminuyendo su aceptabilidad social y poniendo en perspectiva la verdadera dimensión de la problemática que constituye el tabaquismo.

Los establecimientos asistenciales, por su rol social modélico en el cuidado de la salud, se constituyen como instituciones prioritarias en la implementación de dicha estrategia a nivel nacional. El CDC (Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos) y otros organismos internacionales recomiendan priorizar en una primera etapa la estrategia de implementación de ambientes libres de humo de tabaco en los organismos gubernamentales e instituciones sanitarias y educativas para avanzar hacia una sociedad libre de humo de tabaco.<sup>30</sup>

La bibliografía sobre instituciones de salud libres de humo tuvo su máximo pico de publicaciones en las décadas del 80-90. En la actualidad son escasas las publicaciones al respecto, revelando lo resuelto que se encuentra el problema en países desarrollados.

Una encuesta realizada en los EEUU en 1994<sup>31</sup>, sobre una muestra randomizada de más de 1000 hospitales de dicho país, mostró que un 95% cumplía con los requisitos básicos establecidos en 1993 por la JACHO (Joint Comisión on Accreditation Health Organizations) para la determinación de ser “libre de humo”. Estos criterios implican fumar exclusivamente al aire libre. Incluso un 48% de los hospitales cumplía criterios más estrictos aún que los mínimos exigidos por dicha organización. Esto muestra que desde hace más de una década Estados Unidos cuenta con un sistema de salud libre de humo de tabaco.

Este fenómeno también se encuentra en franco proceso de desarrollo en Europa, donde funciona desde el año 2000 la **Red Europea de Hospitales Libres de Humo de Tabaco**.<sup>32</sup>

La situación es completamente diferente en América Latina, donde los niveles de exposición al Humo de Tabaco Ajeno, aun son elevados en las instituciones de salud.

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud, en las capitales de 7 países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Paraguay, Perú y Uruguay) evaluó la presencia de nicotina en fase gaseosa en ambientes públicos cerrados<sup>11</sup>. Se detectó nicotina ambiental en la mayoría de los lugares estudiados, siendo alta o muy alta en edificios públicos, en especial en escuelas y hospitales donde regularmente está prohibido fumar. Estos hallazgos ponen de manifiesto la gran necesidad de implementar políticas de ambientes libres de humo en los ámbitos de salud de nuestra región.

En Argentina se fuma en las instituciones de salud a pesar de contar con una Resolución Ministerial y diversas normas provinciales que prohíben fumar en el ámbito de las instituciones hospitalarias.<sup>33</sup> Actualmente, se encuentran en desarrollo numerosas iniciativas para transformar a las Instituciones de Salud en Libres de Humo de tabaco. No obstante estamos aún lejos de la meta.

En el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, se encuentra en marcha un proyecto de **Red y Certificación de Instituciones de Salud Libres de Humo**.

*El propósito de la presente guía de práctica es brindar las herramientas útiles y basadas en la mejor evidencia disponible para poner en marcha Instituciones Libres de Humo de Tabaco que puedan alcanzar resultados exitosos en su implementación evitando los errores más frecuentemente cometidos.*

*“Las Instituciones de salud deben ser 100% libres de humo. Por su rol modélico constituyen instituciones prioritarias para la implementación de estas políticas. Sin embargo, en la Argentina se fuma en gran parte de las instituciones de salud a pesar de la legislación que lo prohíbe.”*

## 4 Metodología para el desarrollo de una Institución de Salud Libre de Humo

### Intervención multicomponente

Las intervenciones multi-componente son aquellas que se encuentran integradas por múltiples estrategias simultáneas y que cuentan con apoyo institucional de los decisores. Estos paquetes de intervenciones son más efectivos que las intervenciones individuales aisladas.

La evidencia de mejor calidad disponible para la implementación de Ambientes Libres de Humo proviene de 2 meta-análisis que resumen los estudios más robustos que evaluaron intervenciones específicas para promover ambientes libres de humo.<sup>28-34</sup>

El reporte de Ambientes Laborales Libres de Humo del CDC,<sup>30</sup> la guía de Hospitales Libres de Humo de la Red Europea<sup>32</sup> y el Reporte del NHS sobre Hospitales Libres de Humo,<sup>35</sup> están basados en las conclusiones de los estudios incluidos en dichos meta-análisis. En uno de estos meta-análisis, publicado en la Biblioteca Cochrane, se reportan los resultados de 22 estudios válidos con diseño antes-después que evaluaron la efectividad de diversas intervenciones: restricciones y prohibiciones de fumar, elaboración y distribución de materiales educativos, realización de capacitaciones, avisos y estrategias combinadas, en hospitales, lugares de trabajo, tiendas y peluquerías, supermercados, ascensores y cafeterías<sup>34</sup>. Los estudios más robustos fueron realizados en hospitales, de los cuales se obtiene la mayor parte de las conclusiones. La medición de los resultados se realizó a través de métodos de observación directa de personas fumando, o de la observación indirecta del consumo de tabaco, a través de la presencia de colillas de cigarrillo, ceniceros y/u olor a tabaco. Algunos estudios incluyeron mediciones químicas ambientales (nicotina ambiental). Este meta-análisis concluyó que son más efectivas las intervenciones en las que las autoridades institucionales desarrollan, financian y apoyan programas amplios. Las intervenciones múltiples (multi-componente) fueron más efectivas que las intervenciones individuales aisladas. Así, la colocación de carteles bien visibles, difusión de la información, acciones de educación, ofrecimiento de apoyo para cesación al personal, advertencias e información individual a los fumadores, son más efectivas en conjunto que cuando se aplican de manera individual. Este importante estudio concluyó que la simple promulgación de legislación carece de efectividad, si no se acompaña con una estrategia de implementación.

Otro elemento que favorece al éxito de los programas de instituciones libres de humo es la implementación de un programa de cesación para impactar sobre la prevalencia de fumadores en la institución.<sup>24-36-37</sup>

A continuación se describen los pasos claves de una estrategia multi-componente, basados en la mejor evidencia disponible<sup>24-28-29-30-32-34-35</sup> cuya síntesis se observa en el **Cuadro 1**.

Un desarrollo más detallado se encuentra en la versión extensa de la Guía de Práctica<sup>1</sup>

**Cuadro 1:** Los 10 pasos claves de una intervención multicomponente para implementar una institución de salud libre de humo de tabaco.

1. Compromiso y liderazgo de los directivos con el proyecto.
2. Creación de un Comité multi-sectorial que defina e implemente la política.
3. Tratamiento de la adicción al tabaco para los usuarios y para el personal
4. Señalética (cartelería).
5. Campaña de comunicación y sensibilización para difundir la estrategia
6. Supresión de todo aquello que incita a fumar (remoción de ceniceros, publicidad o venta de tabaco en la institución)
7. Capacitación del equipo de salud en prevención, cesación y protección del fumador pasivo.
8. Monitoreo y evaluación del proyecto.
9. Revisión y actualización periódica de la política que permita avanzar hacia la meta final.
10. Política persuasiva de implementación

Los puntos 1 y 2 que se detallan en el Cuadro 1, son imprescindibles para la iniciación del proceso. Un proyecto de Institución de Salud Libre de Humo será probablemente inefectivo si no se logra el compromiso y liderazgo de los directivos y la creación de un comité con interacción multi-sectorial.

El resto de los pasos pueden desarrollarse en cualquier orden una vez garantizados los pasos 1 y 2.

### **1. Compromiso y liderazgo de los directivos con el proyecto.**

La iniciativa puede provenir de cualquier sector de la institución o de los usuarios. Si la iniciativa no proviene de la dirección institucional, cualquier otro sector puede tomar el liderazgo para persuadir a la gerencia a comprometerse en el proceso de implementación de una Institución Libre de Humo.

El compromiso de aquellos que tienen poder de decisión en la institución es crucial para el éxito de la estrategia. Se debe informar dicho compromiso a todo el personal y a los pacientes.

Se recomienda desarrollar un protocolo de implementación. Es importante explicar que ser una institución Libre de Humo es un proceso y no un dictamen que pueda ser implementado de un día para el otro. El objetivo debe ser obtenido por consenso tanto como sea posible. Contrariamente, la existencia de conflictos institucionales no deben ser aceptados como una excusa para la inacción.

### **2. Creación de un Comité o grupo de trabajo multi-sectorial que defina e implemente la política.**

La creación de un Comité o grupo de trabajo representativo de todos los sectores (directivos, representantes del sindicato, personal de salud, recursos humanos, empleados administrativos, medicina laboral, personal de maestranza y seguridad, entre otros), es clave para la implementación de un programa como éste y la experiencia internacional lo recomienda ampliamente.<sup>38</sup>

Las responsabilidades y funciones que el comité tiene a cargo son el desarrollo, la implementación y el monitoreo del proyecto. Sus principales funciones son:

- 1) Elaborar un diagnóstico del perfil institucional con respecto al tabaquismo.
- 2) Evaluar las políticas previas
- 3) Evaluar la normativa vigente, su marco regulatorio y su cumplimiento.
- 4) Elaborar una política de acción con un desarrollo cronológico de las actividades.
- 5) Conseguir recursos financieros para el desarrollo del plan estratégico.
- 6) Poner en marcha el proyecto (paso a paso).
- 7) Garantizar la monitorización, medición de resultados y continuidad en el tiempo.

### **3. Tratamiento de la adicción al tabaco para los usuarios y para el personal.**

Cuando se implementa una política de ambientes libres de humo, los principales implicados son los fumadores. Es, por tanto, responsabilidad de la institución brindar una respuesta. Las instituciones que brindan servicios de salud deben ofrecer tratamiento a los fumadores. La demanda de servicios de cesación se incrementa ante la aparición de una política de ambientes libres de humo. Anticiparse a la demanda permite programar la forma de satisfacerla. Asegurar la cobertura de los tratamientos para la cesación tabáquica es una acción favorable para incrementar las tasas de abandono.

### **4. Señalización.**

Los carteles y señales deben ser claros y precisos y estar adaptados al momento de la política (restricción parcial o total)

En las entradas de la institución debe haber carteles que indiquen claramente que el establecimiento es LIBRE DE HUMO DE TABACO, con un contenido positivo, solidario y de colaboración.

Estos carteles también deben estar dispuestos en puntos estratégicos y visibles.

Señales claras deberían indicar las áreas transitoriamente designadas para fumar y éstas debieran ser establecidas al aire libre.

### **5. Campaña de comunicación y sensibilización.**

Se debe establecer una campaña de comunicación constante a lo largo de todo el proyecto para sensibilizar, concienciar e informar acerca del proceso de cambio que se está llevando a cabo. La campaña de comunicación debe tener como destinatarios a todo el personal que trabaja en la institución, a la población que se atiende en la misma y a sus visitantes (familiares de pacientes, proveedores, etc.).

Es importante seguir una política de difusión de la información y demostrar que los responsables de la institución apoyan la medida y asumen un compromiso integral y explícito. Además, es fundamental que todos los trabajadores comprendan las políticas de cambio y sus implicancias para la salud individual y grupal.



El comité debe organizar una estrategia comunicacional que acompañe todas las acciones del proceso. Los objetivos de la estrategia comunicacional son: informar acerca de los riesgos para la salud del tabaquismo pasivo, lograr consenso, participación y compromiso y difundir periódicamente los logros y los resultados de la política.

Existen varias herramientas de comunicación que pueden utilizarse en las diversas etapas. En principio, para explicar el proyecto e invitar a los trabajadores a sumarse, se puede recurrir a cartas, e-mails, reuniones de grupos grandes o reducidos, folletos, afiches, talleres y folletos para visitantes y pacientes.

Para favorecer la participación y el compromiso, puede ser de gran ayuda la implementación de espacios donde trabajadores y usuarios puedan dar su opinión. Por ejemplo, colocar buzones en las diferentes secciones, habilitar un mail para sugerencias o realizar reuniones periódicas participativas como espacio de intercambio de ideas.

#### **6. Supresión de todo aquello que incita a fumar**

Para evitar mensajes ambivalentes es imprescindible remover ceniceros, prohibir la venta de tabaco dentro de la institución y eliminar la publicidad de tabaco.

#### **7. Capacitación del equipo de salud en prevención, cesación y protección del fumador pasivo.**

Es importante establecer un plan de entrenamiento para instruir a todos los profesionales de la salud en intervenciones breves para ayudar a las personas a dejar de fumar. La capacitación debe incluir el suministro de sencillas herramientas para el abordaje de la prevención del inicio del consumo y de la protección de los fumadores pasivos. Es deseable que cada institución cuente con un equipo referente en estrategias de control de tabaco, que sea el responsable de la capacitación del resto del plantel profesional y que esté a cargo de brindar estrategias intensivas para la cesación.

De la misma forma debería capacitarse a todo el equipo de salud sobre los efectos nocivos del humo de tabaco ajeno para la salud y los beneficios de la generación de ambientes libres de humo de tabaco.

#### **8. Monitoreo y evaluación del proyecto.**

Se debe asegurar la continuidad del programa y garantizar la calidad del mismo a través de la monitorización del cumplimiento, mediante encuestas o evaluación directa. La evaluación debería establecerse

con cierta periodicidad. Un esquema posible es a los 6 meses del inicio y luego anualmente. El comité es el responsable de monitorear y luego difundir estos resultados.

#### **9. Revisión y actualización periódica de la política que permita avanzar hacia la meta final**

Basada en el monitoreo de los resultados, la política deber ser progresiva y revisada anualmente. El propósito es avanzar hacia una Institución 100% libre de humo, lo cual puede requerir de varias etapas sucesivas.

El CDC recomienda un período entre 6 meses y un año preparatorio de las fases previas del proceso antes de dar el salto a Institución 100% libre de humo de tabaco. Este lapso dependerá del punto de partida y de la cultura institucional. Independientemente de las variaciones que pudiera haber hasta lograr la meta de ser 100% libre de humo, el mensaje de la habilitación de áreas para fumar, deberá acompañarse siempre del concepto de transitoriedad.

El pasaje de una etapa a la siguiente debe ser anunciado con anterioridad a su puesta en marcha, renovando los carteles y acompañándose de una estrategia comunicacional y educativa. Esto favorece a la buena recepción por parte de la población.

#### **10. Política persuasiva de implementación**

Dado que se trata de un proceso educativo y que requiere de un cambio cultural, la exitosa implementación del proceso requiere de tiempo y paciencia. La meta debería ser primero convencer y sólo cuando no queda otro recurso, sancionar.

## 5 Aspectos frecuentemente debatidos en la implementación de Ambientes Libres de Humo de Tabaco

### a) Áreas para fumar versus ambientes 100% libres de humo.

La prohibición total es la recomendación internacional más generalizada, a pesar de que es necesario dar un tiempo para su implementación.

Una institución 100% libre de humo debe ser el objetivo final, dado que la prohibición total es la medida que genera mayor impacto en la cesación de los empleados, en la reducción del consumo diario de cigarrillos (en un 30%) y en la transformación cultural necesaria para garantizar la durabilidad de la intervención.<sup>28</sup>

Es por ello que proponemos, de acuerdo a la evidencia y a diversas recomendaciones institucionales, la implementación de estrategias simultáneas que incluyan también un programa de cesación para impactar sobre la prevalencia de trabajadores fumadores<sup>24,28,32,34</sup>

### b) Excepciones para casos especiales

Varias recomendaciones internacionales debaten la inclusión o no de excepciones para pacientes en circunstancias especiales. Aunque existe consenso acerca de que no deben darse excepciones para el personal que trabaja en la institución, varios organismos como el NHS (National Health System)<sup>34</sup> de Inglaterra y la Joint Commission Norteamericana<sup>31</sup> recomiendan las excepciones para situaciones particulares, tales como enfermos psiquiátricos y pacientes terminales. Siempre que fuera posible, dichas excepciones debieran realizarse en espacios al aire libre para evitar la exposición de las personas al humo de tabaco ajeno.

### c) Manejo del incumplimiento

Todos los miembros del personal tienen la responsabilidad de actuar ante la eventualidad de que otros trabajadores de la institución, los pacientes o los visitantes trasgredan la normativa.

Cuando alguien enciende un cigarrillo, intervenciones no agresivas de todos los miembros del personal, son mucho más efectivas que delegar la responsabilidad en un sub-grupo específico (como por ejemplo personal de seguridad). Esto se consigue empoderando a la comunidad que trabaja en la institución a través de la educación.

Es importante tener en cuenta que las sanciones son prácticamente innecesarias cuando la política fue consensuada democráticamente y el proceso educativo involucró tanto a fumadores como a no fumadores. Primero educar y convencer, la sanción deben constituir el último recurso a implementar.

Si a pesar de la implementación de un adecuado proceso educativo y comunicacional, hubiera trasgresiones por parte del personal, la iniciativa institucional debe contemplar medidas disciplinarias a través de procedimientos locales claramente definidas en el protocolo.

## 6 Factores predictores de éxito del programa y errores frecuentemente cometidos

Los principales predictores de éxito identificados se detallan en el **Cuadro 2**. En el **Cuadro 3** se listan los errores más frecuentemente cometidos.

Queremos enfatizar la necesidad de incorporar la búsqueda de recursos financieros como parte esencial de la política de implementación. Los fondos son necesarios para remunerar al equipo interviniente que destina tiempo, esfuerzo y dedicación para que la política se lleve a cabo; para diseñar y producir carteles y posters; para ampliar la planta del personal dedicado al tratamiento; para cubrir la farmacoterapia; para implementar la organización y coordinación de tareas educativas como talleres y charlas; etc.

Si el esfuerzo y dedicación del equipo interviniente no son remunerados tal cual lo son el resto de las actividades asistenciales, la sustentabilidad del proyecto puede verse amenazada.

Los fondos involucrados no requieren ser grandes, teniendo en cuenta que el principal gasto es tiempo del equipo profesional involucrado. Hay que tener en cuenta que los fondos son rápida y fácilmente recuperados a través de la reducción de accidentes y gastos de limpieza que conlleva la implementación de Ambientes Libres de Humo. En un mediano plazo se produce una marcada reducción del ausentismo laboral lo cual incrementa la productividad. A largo plazo la demanda de servicios de internación y ambulatorios se disminuyen con la reducción de la prevalencia de consumo de tabaco de los trabajadores y de la población que se atiende en la institución. Esto es claramente visible cuando se tiene en cuenta que un fumador cuesta a su empleador entre 2.000 y 2.500 dólares anuales más que un empleado no fumador. Estos datos provienen de estudios realizados en Canadá, USA, Australia y países europeos.<sup>29-39</sup>

### **Cuadro 2:** Principales predictores de éxito de un programa de Implementación de Instituciones de Salud libres de Humo

Visibilidad pública de la decisión gerencial de llevar a cabo un proyecto de Institución Libre de Humo

Asignación de un presupuesto

Formación de un comité de acción multi-sectorial

Apoyo de cesación al personal fumador

### **Cuadro 3:** Errores frecuentemente cometidos

1. Decretar una Institución libre de humo sin consenso ni participación
2. No designar un grupo permanente (comité) a cargo del proyecto o no incluir actores claves
3. No proveer ayuda a los fumadores como parte de la estrategia
4. Nombrar un militante fuerte contra el tabaco como único responsable del comité de la Institución
5. No programar seguimiento de las acciones
6. No planificar espacios de intercambio y retroalimentación con el personal de la institución
7. Anunciar rápidamente que la institución será libre de humo sin acompañar el proceso de transformación cultural a través de educación
8. No tomar en cuenta la experiencia previa de redes o países de otros lugares del mundo (reinventar la pólvora cada vez).



## 7 Conclusiones generales

---

- 1)** En Argentina el tabaquismo pasivo es un problema serio de salud pública.
- 2)** Las instituciones de salud ejercen un rol social modélico por lo que la implementación de ambientes libres de humo es una estrategia clave de control del tabaco en nuestro país.
- 3)** Existe un elevado nivel de consenso social para la implementación de políticas públicas de ambientes libres de humo de tabaco.
- 4)** La evidencia muestra que una intervención multi-componente, que cuente con el apoyo de las autoridades, con financiamiento y con servicios de cesación para los trabajadores, constituye la intervención más efectiva para implementar Instituciones de Salud Libres de Humo.
- 5)** Motivar y capacitar al equipo de salud en estrategias de implementación de ambientes libres de humo constituye una gran oportunidad para reducir el tabaquismo pasivo en nuestro país.

## Referencias Bibliográficas

1. Guía Nacional de Instituciones de Salud Libres de Humo de Tabaco. Documento extenso. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. [http://www.msal.gov.ar/htm/site\\_tabaco/info-prof.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/info-prof.asp)
2. La Epidemia de Tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud, 2000, Pub. Cient. No. 577.
3. Encuesta de Tabaquismo en grandes ciudades de Argentina 2004. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005.
4. Encuesta de Tabaquismo en Adolescentes 2002. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.
5. Pitarque R, Perel P, Sanchez G. Annual Smoking-Attributable Mortality in Argentina 2000. WCTH, Helsinki, Finlandia, 2003.
6. 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.
7. Tambussi A, Schoj V, Perel P y col. Revisión sistemática de estudios de prevalencia de tabaquismo en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2003.
8. Minervini MC, Zabert G, Rondelli MP y col. Tobacco Use among Argentine Physicians: Personal Behavior and Attitudes
9. Noble M, Pérez- Stable E y Casal E. El comportamiento médico en relación al tabaquismo. Boletín de la Acad. Nac. de Medicina. 1996; vol 74 segundo sem.: 413-425
10. Zabert G y Verra F : Estudio FUMAR: reporte final XXXI Congreso AAMR Congreso ALAT Buenos Aires 2004..
11. Navaz-Acien A, Peruga A, Breysse P et al. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. JAMA. 2004, June 9; Vol. 291( 22): 2741-2745
12. Papanikolaou GN, Baltogianni MS, Contopoulos- Ioannidis et al. Reporting of conflicts of interest in guidelines of preventive and therapeutic interventions. BMC Med Res Method 2001; 1:3
13. Guidelines developments methods. Information for national collaborating centres and Guidelines Developers. Disponible en NICE [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
14. The Agree Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2001 <http://www.agreecollaboration.org>
15. Smoking Cessation. Clinical Practice Guidelines. Ministry of Health, Singapore Abril 2002
16. US Environmental Protection Agency (EPA). Respiratory health effects of passive Smoking: Lung cancer and other disorders. Washington, DC; US.Government Printing Office . 1992. EPA/600/006F
17. US Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of involuntary Smoking: A report of the Surgeon General. Washington DC; US. Government Printing Office. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398. 1986
18. Hackshaw AK, Law MR and Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. BMJ. 1997 Oct 18;315(7114):980-8
19. Law MR, Morris JK and Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence. BMJ 1997;315:973-80.
20. He J, Vupputuri S, Allen K et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease, a meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med 1999;340:920-6.
21. Cook DG and Strachan DP. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. Thorax 1997;52:108194.
22. Strachan DP and Cook DG. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. Thorax 1997;53:506.
23. Haufroid V and Lison D. Urinary cotinine as a tobacco-smoke exposure index: a minireview. Unite de Toxicologie Industrielle et de Medecine du Travail, Bruxelles, Belgium. Int Arch Occup Environ Health. 1998 May;71(3):162-8.
24. Programa América Libre de Humo, Organización Panamericana de la Salud, 2004.
25. Programa de Certificación de Empresas Libres de Humo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar) (registro nacional de empresas e instituciones libres de humo)
26. Zabert G. Iniciativa "UNComahue Libre de tabaco" 2004. Comunicación personal del autor
27. Samaniego VC, Barrios G, Bartolo M y col. Estrategias para generar ambientes libres de humo ambiental de tabaco: un estudio evaluativo en un ámbito de recreación. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Proyecto 16- 2003 Programa VIGIA Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
28. Fichtenberg C and Glantz S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002;325:188
29. Raaijmakers T and Van den Borne I. Relación coste-beneficio de las políticas sobre consumo de tabaco en el lugar de trabajo Centro Holandés de Fomento de la Salud en el Trabajo, Woerden, Países Bajos. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 97-116
30. Making Your Workplace smokefree. A decision Maker Guide. U S Department of Health and Human Services of Center and Diseases Control and Prevencion. Office on Smoking and Health. Capítulos 1 a 5.
31. Longo DR, Feldman MM, Kruse RL et al. Implementing smoking bans in American hospitals: results of a national survey. Tobacco Control 1998;7:4755
32. Smoke-free Hospital. European Implementation Guide. September 2001 European Network for Smoke-free Hospitals ENSH : AP-HP DPM3 avenue Victoria 75004 Paris <http://ensh.aphp.fr> [ensh@free.fr](mailto:ensh@free.fr)
33. RESOLUCION MINISTERIAL 717/97. Prohibición de Fumar. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

---

34. Serra C, Cabezas C, Bonfill X and Pladevall-Vila M. Intervenciones para prevenir el hábito de fumar en lugares públicos (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software.

35. Guidance for smoke free Hospital trusts. NHS. Health Development Agency 2005

36. Abella Pons F y Garcia Baena A. Pautas del Abordaje del Tabaquismo en y desde la Empresa, Gran Canaria, España. Material de Estudio de la Maestría: Titulo de Experto Universitario en Tabaquismo de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria. 2003

37. Calvo Fernández JR y López Cabañas A. El Tabaquismo. Título de Experto Universitario en Tabaquismo. España. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. 2003.

38. Cholat- Traquet C. Evaluación de las actividades de Lucha Contra el Tabaco. Experiencias y Principios Orientadores. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1998.

39. Parrott S, Godfrey C and Raw M. Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. Tobacco Control 2000;9:187-192



**Argentina**  **Salud**

 **Argentina**