Por la salud de
nuestros niños y niñas

HOGARES LIBRES DE HUMO DE TABACO

COMISION
HONORARIA DE LUCHA
CONTRA EL CANCER

Por la salud de
nuestros niños y niñas

HOGARES LIBRES DE HUMO DE TABACO

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
Área de Educación Poblacional

Autoras

Sociedad Uruguaya de Pediatría
Dra. Ester Spalter

Instituto de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay
Dra. Mercedes Poggi

Facultad de Medicina – UDELAR
Dra. Beatriz Goja

Ministerio de Salud Pública
Dra. Ana Lorenzo

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
Area de Educación Poblacional

Coordinadora:
Mag. Elsa Ferradini

Asistentes:
Lic. Bibiana Sologaistoa - Lic. Selva Sanabia - A.S. Dolores Larrosa

Asesora en oncología:
Dra. Aracely Ferrari

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
Area de Educación Poblacional
Brandzen 1961 apartamento 1104 - Montevideo, Uruguay
Teléfono (598) 2 402 08 07 interno 117 – FAX (598) 2 402 08 10
e-mail: edupobl@urucan.org.uy

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
El 29 de octubre de 1989, el Parlamento uruguayo, reunido en Asamblea General, aprueba la ley Nª 16097, la cual declara de interés nacional la lucha contra el cáncer, creando la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

Una institución de derecho público no estatal que tiene como objetivo reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por cáncer, y aumentar la tasa de sobrevida.

Su misión es promover, coordinar y desarrollar planes y programas concernientes a la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la enfermedad.

Los distintos programas que ha impulsado y lleva adelante la Comisión Honoraria son guiados por el compromiso de promover la salud, con énfasis naturalmente en los factores determinantes del riesgo en materia de cáncer.

Asimismo, la intersectorialidad de las políticas de salud se materializan mediante fructuosos acuerdos interinstitucionales realizados con instituciones públicas y privadas comprometidas con la salud pública.

Este material ha sido posible por el apoyo de la Unión Internacional Contra el Cáncer – UICC. Junio 2009.

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

Presidente
Sr. Oscar Magurno Souto
Delegado del Poder Ejecutivo

Vice Presidente
Prof. Dr. Ignacio Musé
Delegado de la Facultad de Medicina

Tesorera
Dra. Ana Rodríguez Martinol
Delegada de la Administración Nacional de Educación Pública

Vocal
Prof. Dr. Alberto Viola
Director del Instituto Nacional del Cáncer

Vocal
Prof. Emérito Dr. Raúl Praderi
Delegado del Sindicato Médico del Uruguay

Vocal
Dr. Marcos Torres
Delegado de la Federación Médica del Interior

Area de Educación Poblacional
Nivel Central
Coordinadora
Mag. en Educación en Salud Pública
Elsa Ferradini

Asistentes Sociales
Lic. Selva Sanabia
A.S. Dolores Larrosa

Técnica en Comunicación Educativa
Lic. Bibiana Sologaistoa

Movilizadora Comunitaria
Cecilia Villaamil

Asesoras en Oncología
Dra. Aracely Ferrari
Dra. Marisa Fazzino

Secretaria
Carolina Echartea

Nivel Departamental
Movilizadores Comunitarios
Artigas - Elena Meyer
Canelones - Marianela Sande - Horacio Sum
Cerro Largo - Graciela Borba
Colonia - Adriana Sierra
Durazno - Marianela Lanzaro
Flores - Ana Martinelli
Florida - María Bentancor
Lavalleja - Norma Rodríguez
Maldonado - Virginia de Vida
Paysandú - Isabel Ressio
Río Negro - María de los Angeles Acosta
Rivera - Mariana Perera
Rocha - Alicia Kuchán
Salto - Teresa Mesa
San José - Carolina Curbelo
Tacuarembó - Gladys de Souza
Treinta y Tres - José Enrique Rodríguez

ÍNDICE

Introducción 9

Aire contaminado con humo de tabaco 10

La exposición en la niñez al humo de tabaco 11

Medición del humo de tabaco en el ambiente
y en los fumadores involuntarios 12

Principales lugares donde niños y niñas sufren
la mayor exposición al humo de tabaco 16

Consecuencias de la contaminación del aire
con humo de tabaco para la salud en la niñez 18

Políticas de salud en relación al tabaco 22

Relevamiento de información sobre
hogares libres de humo de tabaco 26

Hogares libres de humo de tabaco 27

Bibliografía 30

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en el Proyecto "Por la salud de nuestros niños y niñas: hogares libres de humo de tabaco" presentado por el Area de Educación Poblacional de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer ante la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y seleccionado por la misma para su desarrollo. El aporte asignado será para la implementación de actividades educativas y elaboración de materiales de apoyo tendientes a lograr hogares libres de humo de tabaco en nuestro país.

En Uruguay desde el año 1994, la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer comienza a trabajar conjuntamente con otras instituciones públicas, privadas y representantes de organizaciones de la sociedad civil, para fortalecer tanto los entornos favorecedores de una vida saludable, como aquellos comportamientos personales y colectivos que, poniéndolos en práctica, contribuyen a disminuir la incidencia de cáncer. Entre las tareas seleccionadas se priorizó la implementación de ambientes "libres de humo de tabaco" por tener una gran repercusión en la salud de la población.

Hasta el momento se desarrolló en todo el país una tarea sostenida sobre ambientes libres de humo de tabaco, desde la perspectiva del derecho de todos a un aire libre de contaminantes, se trabajó desde la sensibilización, información y educación a muy diferentes niveles y sectores. Esto permitió que, cuando entró en vigencia en el año 2006 el Decreto 268/005 sobre ambientes libres de humo, posteriormente incorporado en la Ley 18.256, existiese una comprensión sobre la problemática. Todo este amplio trabajo educativo facilitó la aceptación generalizada de la normativa, habiéndose logrado hasta aquel momento previo al Decreto, 786 edificios libres de humo de tabaco en todo el país.

En la actualidad, el tema central que nos convoca para hacer un abordaje integral de la problemática, son los **hogares, vehículos y otros entornos de carácter privado** que de ninguna forma pueden controlarse con disposiciones legales. Para ello, deben planearse y ejecutarse acciones de sensibilización y educación que logren una respuesta positiva y el involucramiento de los integrantes del núcleo familiar y personas vinculadas a la vida cotidiana de niños y niñas.

Antes de implementar esta propuesta a nivel poblacional, consideramos necesario integrar a nuestro equipo de trabajo, médicos pediatras, neumólogos y médicos generales para elaborar el presente documento. Su contenido entendemos es responsabilidad de los especialistas en el tema, y su difusión será fundamental tanto para implementar las actividades de información y educación como para la elaboración de diferentes tipos de materiales.

En una primera instancia, se pretende dar una visión general de lo que es el humo de tabaco y a posteriori la relación que existe entre la salud de niños y niñas y el daño que produce el humo de tabaco. Luego se desarrolla la información general sobre la legislación existente a nivel nacional e internacional y para dar cierre al documento lineamientos generales para establecer acciones educativas para lograr hogares libres de humo de tabaco.

AIRE CONTAMINADO CON HUMO DE TABACO

El tabaco es la droga que más se consume en el mundo y la causa global más importante de muerte, enfermedad y discapacidad. Los daños no sólo se deben a los efectos dañinos del humo de tabaco en los fumadores activos sino también por las consecuencias del aire contaminado con humo de tabaco al cual están sometidos millones de personas, gran parte de ellos niños y niñas, exposición violatoria del derecho básico de respirar un aire limpio y libre de contaminantes tóxicos y cancerígenos.

Cuando una persona fuma, el aire se contamina con el humo de tabaco. A este fenómeno de contaminación del ambiente se le ha dado diferentes denominaciones: humo de tabaco ambiental o humo de segunda mano.

El humo de tabaco está formado por dos fracciones:
la llamada corriente principal (15%) que es la que el fumador inhala y exhala y la corriente lateral (85%) que es la que se desprende del extremo encendido del cigarrillo, cigarro o pipa entre pitada y pitada, o mientras estos se encuentran encendidos sobre el cenicero .

El humo lateral tiene características diferentes al humo exhalado por el fumador, ya que entre las pitadas se produce una combustión del tabaco a menor temperatura que lleva a que dicho humo tenga mayores concentraciones de algunas sustancias tóxicas y cancerígenas.

El humo de tabaco es una mezcla de gases y partículas en la que se han identificado más de 4.000 sustancias que incluyen tóxicos, irritantes y alrededor de 50 sustancias cancerígenas. Entre las sustancias tóxicas se encuentran el arsénico, el monóxido de carbono y el cianuro. La nicotina es la sustancia que produce adicción.

Esta mezcla permanece en el aire y es inhalada por los no fumadores que se constituyen así en fumadores involuntarios, también llamados pasivos. A su vez, los propios fumadores, agregan mayor daño al ya producido por su condición de tabaquistas.

El humo de tabaco incluye sustancias presentes en otros compuestos tóxicos:	
Componentes del humo de tabaco	**se encuentran también en**
Acetona	Disolvente de pintura
Arsénico	Veneno para hormigas
Butano	Líquido para encendedores
Cadmio	Baterías
Monóxido de carbono	Humo de escape de los vehículos
DDT	Insecticidas
Formaldehído	Líquido para embalsamar
Cianurote hidrógeno	Ejecución en cámara de gas
Metanol	Combustible para cohetes
Nicotina	Veneno para cucarachas
Fenol	Desinfectante de inodoros
Propilenglicol	Anticongelante
Tolueno	Disolvente industrial
Cloruro de vinilo	Plásticos

The Tobacco Atlas. Mackay et al., American Cancer Society, 2006

Los gases y pequeñas partículas contenidas en el humo de tabaco se inhalan y se depositan en los pulmones produciendo un proceso inflamatorio y dañando el pulmón. Allí alcanzan la vía sanguínea, la que las traslada a los diferentes sectores del organismo donde producen lesiones variadas según el sector afectado. Las partículas se denominan partículas suspendidas respirables o PSR y contienen compuestos tóxicos y cancerígenos como plomo, arsénico, polonio y NNK.

La contaminación del aire con el humo de tabaco de segunda mano es el mayor problema de contaminación de los ambientes cerrados. Está clasificado por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de EEUU como un cancerígeno humano para el cual no existe nivel seguro de exposición.

LA EXPOSICION EN LA NIÑEZ AL HUMO DE TABACO

Los niños y niñas están expuestos al humo de tabaco ambiental cuando una persona fuma en su presencia, cuando el humo de tabaco llega procedente de otro lugar a la habitación donde se encuentran o porque se fumó previamente en dicho ambiente.

También se exponen antes del nacimiento, ya sea porque la madre embarazada fuma o porque está expuesta involuntariamente al humo de tabaco en el hogar, lugar de trabajo u otros entornos. Internacionalmente se considera que la exposición se produce en múltiples lugares donde desarrollan sus vidas: el hogar, el vehículo donde son transportados, la guardería o escuela y lugares de recreación.

Los niños, sobre todo los más pequeños, no expresan su malestar por estar expuestos al humo de tabaco ambiental y no pueden por sí mismos retirarse de ambientes contaminados con humo de tabaco.

En Uruguay el 51% de los jóvenes están expuestos al humo de tabaco en sus hogares.

MEDICION DEL HUMO DE TABACO EN EL AMBIENTE Y EN LOS FUMADORES INVOLUNTARIOS

La exposición al humo de tabaco ambiental se puede calcular a través de diversas formas:

» Cuestionarios
» Marcadores biológicos
» Marcadores de exposición exterior

1- Cuestionarios

Los cuestionarios habitualmente investigan sobre:

» el número de cigarrillos que se fuman en el hogar.
» el número de horas que pasan los niños expuestos a los fumadores.

Esto permite calcular el nivel de exposición al que están sometidos los niños. Si bien tienen limitaciones, son el instrumento más utilizado para realizar dicho cálculo por la facilidad para implementarlo, su bajo costo y además es el único método disponible para calcular la exposición previa al humo de tabaco ambiental.

Como ejemplo, tenemos la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS), desarrollada en 2007 por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de EEUU, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual demuestra que en América el 39% de los jóvenes están expuestos al humo de tabaco en el hogar y el 42% en otros lugares.

Esta encuesta fue implementada en Uruguay por la Junta Nacional de Drogas (JND) y se realizó a estudiantes de Secundaria de 13 a 15 años, demostrando que en nuestro país la exposición al humo de tabaco es de 51% en el hogar y de 63% fuera de la casa. Por otra parte, el 48% responde que uno o los dos padres fuman.

2- Marcadores biológicos

Los marcadores biológicos indican la inhalación y/o excreción de algunos contaminantes específicos y ofrecen una estimación de los componentes del humo de tabaco del ambiente que se introducen en el organismo.

» Los principales marcadores biológicos son: la nicotina y su agente metabólico, la cotinina. La cantidad de cotinina en orina, sangre o saliva, refleja la cantidad de nicotina en el cuerpo y proporciona una buena medida de la exposición. Se trata de un marcador muy específico, ya que normalmente no se encuentra en el organismo si no hubo exposición al humo de tabaco. Además es muy sensible, ya que se puede medir en concentraciones muy bajas.

La medición de los marcadores biológicos del humo de tabaco también puede permitir validar los datos de información personal de exposición al humo de segunda mano recopilada en los cuestionarios. A través de la medición de sustancias químicas que son inhaladas, absorbidas y metabolizadas en el organismo se dosifica la sustancia o sus derivados en sangre, orina, saliva o pelo.

Algunos trabajos demuestran una relación directa entre el nivel de biomarcadores en orina y el número de cigarrillos que fuman los diferentes integrantes del hogar.

El tabaquismo de la madre muestra una correlación mayor que el del padre. También se asocia el nivel de educación mas bajo de los padres con mayores niveles de cotinina y nicotina en orina, demostrando que fuman más en el hogar.

Por otra parte, se demuestra como las estaciones climáticas inciden en el nivel de exposición de los niños, ya que con temperaturas menores hay mayor permanencia en el hogar. En dicho estudio se comprueba también el "efecto lunes", o sea que la orina colectada este día estaba asociada con mayores valores de nicotina y cotinina y este hallazgo era estadísticamente significativo. Asimismo, en los niños expuestos se hallaron marcadores biológicos más elevados que en las esposas no fumadoras, demostrando la diferente distribución y metabolización de la nicotina en el niño respecto del adulto.

Otros marcadores de interés son los productos secundarios de sustancias cancerígenas. Se han realizado estudios que han encontrado algunas de estas sustancias en la sangre de recién nacidos de madres que fumaron durante el embarazo y derivados del NNK (sustancia cancerígena) en la orina de recién nacidos de madres fumadoras.

Los lactantes que viven con padres fumadores tienen mayores concentraciones de NNK en la orina que los lactantes no expuestos al humo de tabaco. Varios estudios en niños de diferentes naciones y etnias encontraron niveles más elevados de nicotina, cotinina, NNK y otros derivados de sustancias cancerígenas en aquellos niños que decían estar expuestos al humo de tabaco. Estas sustancias fueron encontradas en orina y algunas inclusive adheridas a las proteínas sanguíneas.

Los no fumadores expuestos aunque sea brevemente al humo de tabaco absorben y metabolizan algunos componentes del mismo.

El efecto nocivo sobre los niños y niñas de la exposición al humo de tabaco ambiental se incrementa de acuerdo a la concentración del mismo en el ambiente y del tiempo que los niños y niñas se encuentran en ese lugar.

Los no fumadores expuestos aunque sea brevemente al humo de tabaco absorben y metabolizan algunos componentes del mismo.

3- Marcadores de exposición exterior

En el aire se pueden medir varios componentes del humo de tabaco, los más utilizados son las partículas suspendidas respirables o PSR, la nicotina y el monóxido de carbono.
La medición se realiza indirectamente mediante monitores situados en diferentes ambientes. Estas medidas suministran pruebas objetivas del nivel de exposición en ese ambiente y en los entornos que están en comunicación con él.
Varios estudios realizados para medir nicotina, PSR y monóxido de carbono han demostrado que las concentraciones de humo de tabaco en una habitación aún luego de diluirse en el aire, exceden los límites legales de la exposición a los mismos contaminantes en espacios abiertos.

• **Marcador no específico:**
El nivel de PSR es un marcador no específico del humo de tabaco ya que hay otras fuentes emisoras de estas partículas en ambientes cerrados como la actividad de cocinar, pero las partículas del humo de tabaco constituyen el mayor porcentaje. Su número varía según el número de personas presentes

que fuman, el tamaño del lugar y el grado de ventilación del mismo. Los estudios realizados demuestran que en habitaciones cerradas con fumadores, las concentraciones de PSR oscilan entre 25 y 1900 μg/m³ (microgramo por metro cúbico) y son 3 veces mayores que en lugares donde no se fuma.

La concentración de sustancias tóxicas que genera el humo de un cigarrillo en un espacio con mala ventilación es mayor que la que existe durante las actividades normales diarias en una ciudad.

El nivel de PSR dentro de un garaje luego de fumar 3 cigarrillos, uno cada 30 minutos, es 10 veces mayor que luego de tener un motor diesel en marcha durante 30 minutos.

• **Marcador específico:**
La nicotina es un marcador del humo de tabaco altamente específico y se mide fácilmente. Además de detectarse en el aire, se deposita en los objetos y se encuentra en el polvo de los hogares. El nivel de nicotina que se detecta en hogares de fumadores es 60 veces superior que en hogares libres de humo de tabaco.
Un estudio reciente demuestra que en los hogares de fumadores se encuentra contaminación con nicotina en el 88% de las superficies de las habitaciones en general y los dormitorios de los niños, comparado con los hogares de no fumadores en los que no se encuentran nicotina en dichas superficies.

El humo de cada cigarrillo emite al aire como promedio 1.4 mg de nicotina, 13.3 mg de PSR y 58.5 mg de monóxido de carbono.

En nuestro país se han realizado diversos estudios utilizando los dos tipos de marcadores, midiendo niveles de PSR y nicotina en diferentes ámbitos públicos y privados.

Previo a la vigencia del decreto que prohibe fumar en lugares cerrados, en el año 2003, la Dra. Adriana Blanco y la Dra. Beatriz Goja participaron por Uruguay del estudio multicéntrico de vigilancia de la exposición al humo de tabaco diseñado por OPS y el Instituto para el Control Mundial del Tabaco de la Universidad Johns Hopkins de los EEUU. En el mismo se realizó la medición de nicotina en ambientes públicos cerrados donde en todos se establecía la prohibición de fumar salvo en aquellos espacios predeterminados como "área de fumadores". Se seleccionó un hospital, una oficina pública (intendencia), un aeropuerto, dos instituciones de Enseñanza Secundaria, bares, restoranes y pubs de Montevideo. Este estudio además de demostrar muy altos niveles de nicotina en un porcentaje importante de los lugares estudiados, con niveles más elevados que en otros países participantes, demostró que la separación en áreas de fumadores y no fumadores, no impedía la contaminación por humo de tabaco.
En el año 2007 se reiteró este estudio, luego de 1 año y medio de vigencia de la prohibición de fumar en ambientes cerrados. Sus resultados aún están en proceso.

En el año 2005 el Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaco (CIET) realizó un estudio que evaluó el número de PSR en bares y restoranes, que evidenció como promedio un alto número de partículas: 210 $\mu g/m^3$. El mismo estudio realizado nuevamente en el año 2007 en iguales ambientes, agregando casinos, demostró un descenso importante y significativo del número de PSR encontrando cifras que oscilaron entre 15 y 35 $\mu g/m^3$, comprobando la eficacia de las estrategias de Ambientes 100% Libres de Humo de Tabaco promovidas a partir de lo establecido en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS).

Buscando Soluciones

Las "áreas para fumadores" no protegen a las personas, como lo demuestra la investigación realizada en nuestro país en el año 2003 (OPS - Universidad Johns Hopkins), en la que se detectó la presencia de nicotina en todas las "áreas para no fumadores".

La ventilación tampoco es una solución eficaz, ya que no existe ningún sistema de ventilación actual que elimine el riesgo que implica la exposición al humo de tabaco cuando se ha fumado en un espacio cerrado. Ningún sistema de ventilación reduce en su totalidad la concentración de humo de tabaco en el ambiente, eliminan parte del olor y aspecto del humo de tabaco pero ninguno elimina los riesgos para la salud.
Si se duplica la velocidad con que se extrae el humo de tabaco del ambiente solamente se reduce a la mitad la concentración. Se requeriría una corriente similar a un huracán para extraer totalmente el humo de tabaco. Por lo tanto, no existe nivel seguro que proteja eficazmente contra la exposición al humo de tabaco. Un informe de la Asociación Americana de Ingenieros en Calefacción, Refrigeración y Aire Acondicionado (ASHRAE), en 2006, establece que "la prohibición total de fumar en espacios cerrados es la única manera efectiva de controlar los riesgos para la salud asociados con la exposición al humo de tabaco".

Los ambientes libres de humo de tabaco es una solución definitiva y económica que implica la eliminación de la fuente de contaminación. Con esta medida se tiende a desnormalizar el acto de fumar pasando a ser una conducta no aceptable socialmente, lo cual tiene un impacto en el inicio del consumo de tabaco en los jóvenes. También constituyen un estímulo para la cesación de tabaquismo en los adultos que, en su rol de padres o docentes, son un modelo para niños y adolescentes. Asimismo, la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados alienta a las personas a adoptar voluntariamente medidas para convertir sus hogares en ambientes libres de humo de tabaco.
La única forma de proteger a los niños y niñas es convertir los lugares donde pasan su tiempo: espacios públicos, hogares y vehículos, en entornos 100% libres de humo de tabaco.

PRINCIPALES LUGARES DONDE NIÑOS Y NIÑAS SUFREN LA MAYOR EXPOSICION AL HUMO DE TABACO

Hogares

Este es un entorno clave, ya que es el lugar donde los niños y niñas pasan el mayor tiempo y el principal lugar donde están expuestos.

El informe del Jefe de Sanidad de EEUU en el año 2006 concluyó que el hogar es el principal espacio donde niñas y niños están expuestos al humo de tabaco.
La "Encuesta sobre los patrones de actividad humana" realizada en Canadá y el Estado de California de EEUU, confirmó lo precedente y demostró que los hogares, en comparación con otros entornos, constituyen el lugar donde los niños pasan mayor tiempo con un fumador.
Diversas encuestas y algunos estudios de cotinina en sangre, demuestran que a nivel mundial aproximadamente 5 en 10 estudiantes entre 13 y 15 años de edad están expuestos a humo de tabaco ambiental en los hogares, lugares públicos o ambos, variando según las regiones.

En Uruguay en el año **2007** el CIET realizó además una medición de niveles de partículas suspendidas respirables (PSR) en **casas de fumadores**, comprobando niveles de 600 $\mu g/m^3$ (microgramos por metro cúbico), valores superiores a los hallados en bares y restoranes en 2005 previo a la vigencia de la norma de prohibición de fumar en lugares cerrados de uso común.
En el año **2006** la Dra. Adriana Blanco y col. en nuestro país participaron con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins Bloomberg de EEUU, de un estudio multicéntrico en 31 países, en **hogares donde había fumadores y donde no se fumaba**, en los que se midieron concentraciones de nicotina en el aire y en el pelo de los niños y de mujeres no fumadoras que vivían con fumadores.

Como se expone a continuación, dicho estudio demostró una alta exposición de las niñas y niños al humo de tabaco.

» El 82% de los padres que fumaban decían hacerlo próximo a sus hijos.
» Las concentraciones de nicotina en el aire eran:
  - 17 veces mayores en hogares con fumadores frente a casas sin fumadores.
  - 13 veces mayores en hogares donde se permitía fumar en el interior en relación a aquellos que voluntariamente restringían hacerlo.
» La concentración de nicotina era:
  - Mayor en relación al número de fumadores
  - 3 veces mayor en países con temperaturas menores de 20° en relación a países más cálidos.
» Se encontró nicotina en el pelo en 78% de los niños que viven con un fumador en relación a 59% de los que no viven con fumadores, demostrándose que existe contaminación en otros ámbitos además del hogar. La concentración de nicotina era el doble en niños menores de 5 años con respecto a los mayores de esa edad, lo que demuestra que los menores permanecen un mayor número de horas en su domicilio. La concentración en el pelo estaba relacionada directamente con el nivel de nicotina en el aire sobre todo en los niños.

En Uruguay el mismo estudio se realizó en 42 hogares, en 80% de los cuales había fumadores. En los **hogares en los cuales no había fumadores o no se permitía fumar dentro del hogar, los niveles de nicotina en el ambiente eran indetectables, mientras en el resto de los hogares, donde había fumadores o estaba permitido fumar, los niveles de nicotina eran altos, similares a los hallados en los bares y pubs** en el estudio realizado en 2003.

» Los niveles de nicotina en el pelo de los niños eran:
  - más elevados en los hogares donde había fumadores o se permitía fumar,
  - aumentaban en relación al número de fumadores y
  - eran mayores en el pelo de los niños que en el de las mujeres de la casa.

» El estudio detectó que el 86% de los padres fumaban en el hogar y 91% lo hacían próximo a los niños.

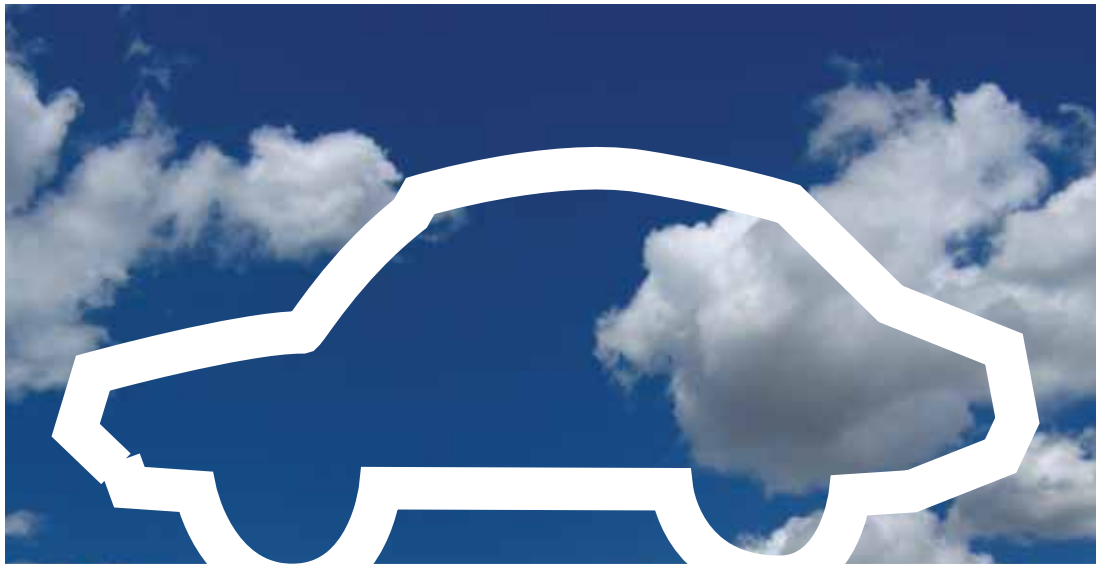
Vehículos

El segundo entorno clave de exposición al humo de tabaco son los vehículos, principalmente los privados, que constituyen un lugar crítico, no por los períodos de tiempo que los niños pasan en ellos, sino por la elevada concentración que alcanza el humo de tabaco en su interior.

Dos estudios recientes en EEUU demuestran que en vehículos cerrados, fumar aumenta la concentración de humo de tabaco a niveles muy elevados.

El nivel de partículas con las ventanas cerradas fue mayor que el hallado en los bares de la ciudad de Massachussets y en más de la mitad de los de Nueva York. Los niveles de monóxido de carbono aumentan con las ventanas cerradas.

Otro estudio midió niveles de PSR en diferentes momentos de la conducción, comprobando que los mayores niveles de PSR oscilaron entre 371 $\mu g/m^3$ en un vehículo circulando con las ventanas abiertas y el aire acondicionado apagado y 3.808 $\mu g/m^3$ en un vehículo circulando con las ventanas cerradas y el aire acondicionado funcionando al máximo. Por lo antes expuesto, si bien los niños quizás pasen poco tiempo en los vehículos, fumar dentro del vehículo aún no estando presentes, los coloca en alto riesgo especialmente si son asmáticos o tienen alguna otra enfermedad respiratoria.



CONSECUENCIAS DE LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE CON HUMO DE TABACO PARA LA SALUD EN LA NIÑEZ

La OMS estima que aproximadamente la mitad de los niños y niñas del mundo están expuestos regularmente a ambientes contaminados con humo de tabaco y debido a sus características, con mayor frecuencia, intensidad y por períodos más prolongados que los adultos.

Existe sólida información científica sobre la amenaza real e importante para la salud de niños y niñas ya desde la vida intrauterina, con proyecciones hacia la vida adulta y repercusiones para la Salud Pública.

Los fetos, lactantes, niñas y niños son especialmente vulnerables a los efectos adversos provocados por la contaminación del aire con humo de tabaco.

Múltiples factores se suman potenciando el daño:

- Largas permanencias de los niños en ambientes cerrados tales como domicilios y vehículos, ya que ellos son incapaces de alejarse por sí mismos de las áreas contaminadas.
- Mayor concentración de sustancias tóxicas en relación a su peso corporal.
- Menor capacidad de metabolizar y eliminar estos componentes tóxicos, los que pueden permanecer en sus cuerpos por períodos prolongados.
- Mayor frecuencia respiratoria: 60 ciclos por minuto en los lactantes menores de 2 meses, 40 entre los 2 meses y el año de edad y 30 en los niños de edad pre-escolar.

Consecuencias en la vida intrauterina

Los trabajos científicos son concluyentes: la embarazada fumadora o que involuntariamente se expone al humo de tabaco corre **riesgos de aborto, parto prematuro y desprendimiento prematuro de la placenta normalmente implantada**.

El feto se ve afectado aumentando el riesgo de **bajo peso al nacer**, es decir un peso de nacimiento menor de 2500 gr, lo cual supone un riesgo de vida para el pequeño y una implicancia afectiva para la familia, así como la necesidad de afrontar gastos por parte de la familia y la sociedad toda. Los fetos de madres fumadoras tienen un riesgo incrementado de nacer con bajo peso en 20% respecto de aquellos cuyas madres no estuvieron expuestas al humo del tabaco.

Otros autores como Pettigrew y colaboradores, han demostrado niveles elevados de tiocianato, componente del cianuro, que bloquea la conformación de masa corporal, perturbando el normal crecimiento.

También la **mortalidad neonatal** se incrementa de acuerdo a Klauss. Los riesgos están relacionados con la falta de oxígeno provocada por el monóxido de carbono, sustancia tóxica presente en el humo del tabaco, lo cual no permite la buena oxigenación de los tejidos. Esto es posible verificarlo en madres expuestas al humo de tabaco de manera involuntaria, que ven elevados sus índices de carboxihemoglobina, provocando la reducción del transporte de oxígeno al feto. En este mismo sentido, el bajo peso al nacer sería la respuesta a la disminución de la oxigenación de manera crónica.

Si bien los **recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG)** tienen múltiples causas, una de ellas es la exposición al humo de tabaco. Todos ellos pueden plantear problemas en su etapa perinatal, es decir, en los 30 primeros días posteriores al nacimiento.
La incapacidad de oxigenarse, o asfixia es más común en ellos que en los recién nacidos adecuados para su edad gestacional (AEG). La aspiración de líquido amniótico y la consiguiente neumonía por aspiración también son problemas frecuentes, así como los trastornos metabólicos como hipoglicemia e hipocalcemia, y las dificultades en la regulación de la temperatura corporal.
También tienen riesgos incrementados de padecer malformaciones congénitas de entidad cardiovascular y de las vías urinarias, 10 a 20 veces mayores que los recién nacidos adecuados para su edad gestacional

Tan grave pueden resultar los efectos del humo de tabaco en las primeras etapas de la vida, que exponer a los pequeños a este contaminante ambiental, se lo ha considerado como una forma de abuso físico infantil.

Consecuencias en la etapa de la lactancia

Existen evidencias científicas en relación a **la disminución de la función respiratoria, parálisis ciliar y lesiones en la mucosa de todo el árbol respiratorio**, con el consiguiente aumento de las infecciones, predominantemente virales, que conducen a la sensibilización alérgica.

También es relevante la información científica que relaciona el **síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)** y la exposición al humo de tabaco ambiental.
El SMSL se define como la muerte repentina e inesperada de un niño menor de un año de edad, aparentemente sano, en el que no se encontraba ninguna causa que la justificara luego de un estudio necrópsico completo.
Si bien no existe una hipótesis única que explique la causa del SMSL, entre los factores epidemiológicos comúnmente asociados se cita la adicción materna al tabaco.
En 10 estudios epidemiológicos se demostró el incremento del riesgo en relación al tabaquismo materno, acentuándose el mismo si el padre y otros adultos del entorno también fuman.
Se vincula el SMSL a la exposición a neurotóxicos y nicotina contenidos en el humo de tabaco, interfiriendo centralmente sobre el desarrollo cerebral y la regulación de la respiración.
En los países desarrollados, el SMSL es la causa más frecuente de mortalidad antes del año de vida, esto ha hecho que las autoridades sanitarias de estos países hayan implementado campañas intensivas para disminuir los factores de riesgo de padecerlo. En nuestro país, desde el ámbito de la salud se han desarrollado actividades educativas tendientes a abordar esta problemática.

Los fetos, lactantes, niñas y niños son especialmente vulnerables a los efectos adversos provocados por la contaminación del aire con humo de tabaco.

Experiencia en Uruguay

En 1997 se creó el Comité de Estudio y Prevención del SMSL de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Entre 1998 y 2001 se realizó en Montevideo, un estudio sobre esta temática por parte de un grupo multidisciplinario integrado por: patólogo pediatra, forense, pediatra, neuropediatra, especialista en enfermedades metabólicas y en enfermedades genéticas.

De un total de 33 madres de lactantes fallecidos por SMSL que fueran estudiadas, 25 eran fumadoras. De estas últimas 18 fumaron en el embarazo y 16 de ellas fumaban más de 10 cigarrillos diarios.

Este hecho implica un riesgo 2 a 4 veces mayor de SMSL que en el caso de la madre no fumadora. Este riesgo es dosis dependiente, aumentando en 5 veces si el número de cigarrillos diarios es mayor de 20, frente a un riesgo mayor a 2 si fuma entre 1 a 10 cigarrillos.

En cuanto a la relación entre edad materna y tabaquismo durante el embarazo éste se presentó en 10 madres menores de 20 años.

Los hijos de padres fumadores tienen una funcionalidad respiratoria disminuida, en relación con la de los niños cuyos padres no fuman.

Consecuencias en la etapa de la niñez

Existen pruebas contundentes sobre los efectos nocivos de la exposición al humo de tabaco ambiental y el desarrollo estructural y funcional de los pulmones en la niñez.
Los hijos de padres fumadores tienen una **funcionalidad respiratoria disminuida**, en relación con la de los niños cuyos padres no fuman.
Los lactantes y niños pequeños expuestos al humo de tabaco ambiental presentan mayores riesgos de infección respiratoria tanto alta como intratoráxica.

Este riesgo que se sitúa en 30% para hijos de padres fumadores, se duplica si la fumadora es la madre. El riesgo aumenta con cada fumador en el hogar que se agrega.
Las enfermedades respiratorias de los niños y niñas expuestos al humo de tabaco ambiental, especialmente los menores de 2 años, son más graves y conllevan mayor probabilidad de hospitalizaciones.

En relación al **asma**, enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas con exacerbaciones episódicas (crisis), se ha comprobado que la exposición al humo de tabaco ambiental es un factor desencadenante indiscutible.
El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, su prevalencia en nuestro país es de un 19% y existe evidencia mundial sobre el aumento de los casos especialmente en niños.
El riesgo de padecerlo se eleva entre los niños expuestos al humo de tabaco, siendo 23% superior en relación a los niños no expuestos. Asimismo, en niños que padecen asma, las crisis tienden a ser más frecuentes y más graves.
Algunos estudios señalan que la respuesta a los broncodilatadores inhalatorios es menos eficaz en los niños expuestos al humo de tabaco.

Con respecto a la **disnea**, es decir falta de aire y tos crónica en niños de edad escolar, numerosos estudios demuestran la incidencia negativa de la exposición al humo de tabaco.
Se comprueban cifras tan significativas como el incremento de 25% del riesgo de disnea para los escolares expuestos y de 27% para el riesgo de tos crónica.
Las posibilidades de desarrollar asma, disnea y tos crónica son aún mayores cuando ambos padres son fumadores.
La exposición al humo de tabaco aumenta el **riesgo de infecciones de oídos** ya de por sí frecuentes en la infancia.

Ciertas investigaciones informan que los hijos de fumadoras incrementan en 40% el riesgo de otitis media serosa.
También se incrementa la frecuencia de otitis media aguda supurada cuando al menos uno de los padres fuma, así como la reiteración de episodios en niños con antecedentes de infecciones de oído.
En los casos más graves, las consecuencias a nivel sensorial pueden ser sordera temporal o permanente.

Otros efectos nocivos del humo de tabaco ambiental son la **irritación ocular y la perturbación de la capacidad para distinguir olores y sabores**, lo cual puede condicionar dificultades alimentarias.

Se agrega la demostración de la **disminución de las concentraciones plasmáticas de vitamina C**, entre cuyas funciones está la de proteger la integridad de los tejidos así como la de favorecer la absorción del hierro.

Referido a repercusiones en los **aspectos cognitivos y comportamentales**, se ha señalado que los niños y las niñas de padres fumadores presentan con mayor frecuencia hiperactividad, dificultades escolares y alteraciones del lenguaje.

Es importante señalar que el consumo de cigarrillos es mayor entre los hijos de padres fumadores. Además, el 50% de los adolescentes inician el consumo a la edad de 13 años y el 90% de los fumadores lo hicieron en su juventud.

POLÍTICAS DE SALUD EN RELACION AL TABACO

La magnitud del daño ocasionado por el consumo de tabaco convierte a esta epidemia en un problema de salud pública en todo el mundo. Surge así el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT), primer tratado de salud pública a nivel mundial, como forma de dar una respuesta global a esta grave situación. El CMCT aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003, recoge en su texto las medidas que han demostrado ser más eficaces para lograr un control efectivo del consumo de tabaco.

Las principales recomendaciones son:

1- Aumento de impuestos que se traduzcan en un incremento del precio de venta de los productos de tabaco al consumidor.

2- Ambientes 100% libres de humo de tabaco.

3- Advertencias sanitarias en los envases de productos de tabaco, grandes, claras y que contengan imágenes.

4- Información y educación a la población acerca de los daños ocasionados por el consumo de tabaco.

5- Prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco.

6- Fácil acceso a programas de tratamiento de la dependencia al tabaco.

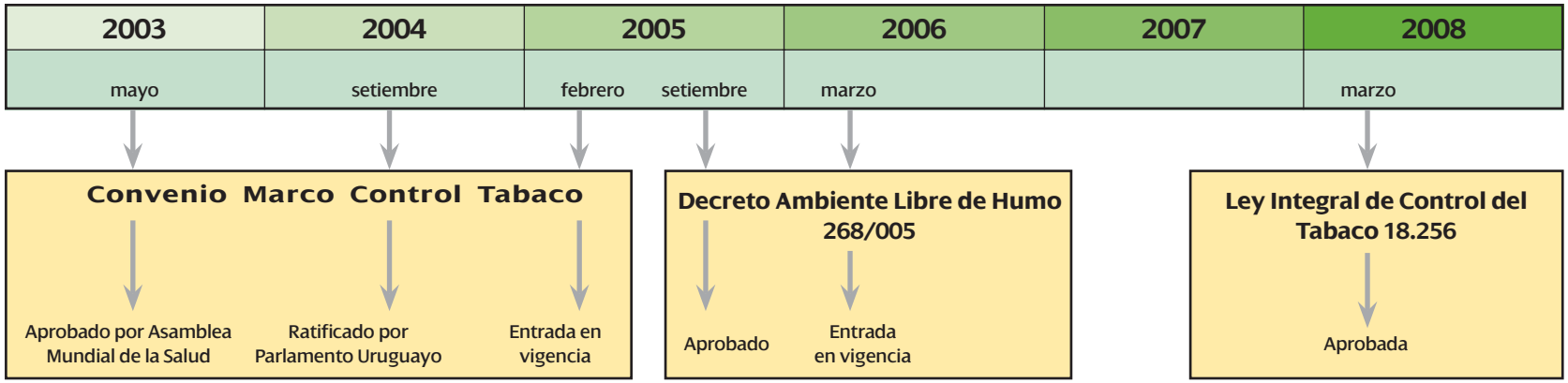
Uruguay ratificó el Convenio Marco en 2004, siendo uno de los primeros 40 países en hacerlo. La implementación de las recomendaciones del CMCT motivaron la aprobación del marco jurídico correspondiente a nivel nacional.

Una de las principales medidas adoptadas fue el Decreto Presidencial 268/005 de protección de las personas frente a la exposición al humo de tabaco ambiental, normativa que entró en vigencia en 2006.

Este Decreto convierte al Uruguay en el 1er. país libre de humo de tabaco en las Américas. A partir de esa fecha se prohíbe fumar en todo espacio público cerrado y todo espacio laboral, ya sea en la órbita pública o privada, incluido todo tipo de transporte público. Dos años después, en 2008, esta disposición es recogida en la ley N° 18.256, ley integral de control de tabaco. Cuando se trata de instituciones sanitarias o educativas de cualquier nivel, la prohibición de fumar alcanza todas sus instalaciones, sean éstos espacios cerrados o abiertos.

Para ser un edificio libre de humo de tabaco, ya sea este un lugar de trabajo, un centro de estudio o un ámbito recreativo, no puede fumarse en ninguna área del mismo. Como ya se planteó, ésta es la única medida efectiva de protección frente a la exposición al humo de tabaco.

El Decreto Presidencial 268/005 convierte al Uruguay en el 1er. país libre de humo de tabaco en las Américas



Expertos en tabaco reunidos en Uruguay

A fines de 2005 se realizó en Montevideo una reunión de expertos internacionales en control de tabaco, convocados por al Organización Mundial de la Salud, para deliberar específicamente acerca del artículo 8 del CMCT, referido a la protección contra la exposición al humo de tabaco.

El objetivo del encuentro era elaborar un documento conteniendo los lineamientos para la efectiva implementación de los ambientes 100% libres de humo de tabaco, teniendo en cuenta la experiencia y lecciones aprendidas de distintos países del mundo. La sede de esta reunión se fijó en nuestro país como reconocimiento a los avances logrados en el control del tabaco. A lo largo de varios días se discutieron temas como los daños para la salud de la exposición al humo de tabaco ambiental, el impacto de las estrategias de ambientes libres de humo de tabaco sobre el consumo de tabaco así como también políticas efectivas para su implementación, entre otros puntos.

Como consecuencia de las deliberaciones de la reunión de Montevideo más los aportes realizados posteriormente por un grupo de expertos internacionales surge un documento llamado "Policy Recommendations", dirigido a guiar a los decisores políticos hacia la puesta en práctica de políticas de ambientes 100% libres de humo de tabaco.

Más adelante, la Conferencia de las Partes del Convenio Marco adoptó en su 2da. Reunión, realizada en Bangkok en julio de 2007, las directrices para la aplicación del artículo 8 de dicho Convenio que contienen las medidas necesarias para lograr una protección eficaz de la población contra los peligros del humo de tabaco ambiental.

La medida tiene un alto nivel de cumplimiento y la población uruguaya se encuentra razonablemente protegida de la exposición al humo de tabaco en los espacios públicos

Al igual que ocurre en otras partes del mundo, los ambientes libres de humo cuentan con el firme apoyo de la mayoría de la población. Esto se constata en una encuesta realizada seis meses después de entrada en vigencia del Decreto Presidencial.

La encuesta arroja los siguientes resultados:

» 80% de la población apoya la medida. Tomando en cuenta sólo la población fumadora, el apoyo es igualmente mayoritario: 63%.

» 92% opina que se violentan los derechos de los niños cuando los adultos fuman en su presencia.

» 92% piensa que el humo de tabaco es peligroso para quienes no fuman y están expuestos a él.

La medida tiene un alto nivel de cumplimiento y la población uruguaya se encuentra razonablemente protegida de la exposición al humo de tabaco en los espacios públicos. Esto incluye las guarderías y el trasporte escolar, que en otros países constituyen un frecuente lugar de exposición para los niños más pequeños.

Sin embargo, aún existe un alto grado de exposición de los niños y jóvenes en sus hogares, por lo que es necesario enfocar allí los esfuerzos.

En Uruguay, la prevalencia de tabaquismo en la población adulta es de un 32% considerando a quienes consumen tabaco diariamente. La gran mayoría comenzó a fumar antes de los 19 años. En cuanto a los jóvenes, globalmente fuma el 22% de los adolescentes entre los 13 y 15 años, pudiéndose constatar una disminución en la edad de inicio.

También existe un aumento preocupante del consumo femenino ya que cuando se analiza la cifra por género, fuman más las mujeres con un 26% frente a los hombres que alcanzan el 19%.

El aumento en el consumo femenino resulta importante por la influencia que tiene en la tasa de exposición al humo de tabaco en los niños y niñas, especialmente durante la vida intrauterina y en los más pequeños.

En relación a la edad de inicio, la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes (GYTS) realizada en Uruguay en 2006 por la Junta Nacional de Drogas, muestra que muchos niños han probado el uso de tabaco a edades muy tempranas: 3% del total de experimentadores lo hicieron a los 7 años o antes, 6% entre los 8 y 9 años y 15% entre los 10 y 11 años. Significativamente, casi un 15% de los adolescentes de 13 a 15 años que fuma actualmente, lo hace fundamentalmente en su hogar.

Esta encuesta indica además, que los niños expuestos al humo de tabaco en sus hogares tienen mayores probabilidades de fumar que los no expuestos. La tasa de consumo es del 18% en hijos de padres no fumadores, cifra que aumenta al 27% cuando uno o ambos padres fuman.

En cuanto a la exposición al humo de tabaco ambiental, de acuerdo con la misma encuesta, el 51,1% de los adolescentes entre 13 y 15 años en nuestro país se encuentran expuestos en sus hogares.

Es necesario recordar además, que la exposición de los niños al humo de tabaco comienza en la vida intrauterina, cuando la madre embarazada fuma o está en un ambiente en el que otras personas fuman.

El derecho a la salud

Para abordar este problema de la contaminación del aire con humo de tabaco y su repercusión en la salud de los niños otro concepto de gran relevancia es que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental y el mismo se encuentra amenazado cuando se fuma en la presencia de no fumadores.

El derecho a la salud está establecido en nuestra Constitución de la República y reconocido por varios tratados internacionales ratificados por Uruguay, tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y específicamente para el tema de este documento el Código de la Infancia y la Adolescencia y la Convención Internacional de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (CID).

El artículo 24 del CID hace referencia a que los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños y niñas.

La protección integral del niño, paradigma de la CID, está relacionada con la promoción del interés superior del niño, que supone la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos y garantías.

En Uruguay, el Código de la Infancia y la Adolescencia vigente expresa en su artículo 3 "Todo niño y adolescente tiene derecho a las medidas especiales de protección que su condición de sujeto en desarrollo exige por parte de su familia, la sociedad y del estado."

En su artículo 7 dice que "La efectividad y protección de los derechos de los niños y adolescentes es prioritariamente de los padres o tutores – en su caso-, sin perjuicio de la corresponsabilidad de la familia, la comunidad y el estado."

Por lo expuesto, se hace evidente que el Derecho de los niños a vivir en ambientes libres de contaminantes es indiscutible y está atravesado por el derecho a la vida y a una óptima calidad de vida. El ambiente físico, social y económico donde éstos viven tienen poderosas influencias sobre su bienestar. Trabajar en pro de Ambientes libres de humo de tabaco para los niños y niñas es entonces una tarea ineludible.

El derecho a la salud está establecido en nuestra Constitución de la República y reconocido por varios tratados internacionales ratificados por Uruguay

RELEVAMIENTO DE INFORMACION SOBRE HOGARES LIBRES DE HUMO DE TABACO

Para dar continuidad a la tarea iniciada por el Area de Educación Poblacional hace ya más de una década se consideró importante reforzar la labor tendiente a lograr "hogares libres de humo de tabaco".
Por este motivo, se realizó un relevamiento con la población perteneciente a instituciones con las cuales se había trabajado en pro de edificios libres de humo de tabaco con anterioridad a las reglamentaciones hoy vigentes.
La aplicación de este relevamiento permitió conocer la postura individual de cada uno de los entrevistados frente a esta temática, obtener datos concretos y cuantificables sobre el conocimiento real que las personas tienen del problema, y sensibilizarlos frente a la responsabilidad que les cabe en este proceso impostergable de trabajar por hogares libres de humo de tabaco.

A partir del análisis de la información surgen los siguientes datos:
El relevamiento se aplicó en un total de 58 instituciones públicas y privadas de todo el país con la excepción del departamento de Soriano.
Los 1.066 hogares relevados son habitados por 3.637 personas que se desglosan en:
2.475 adultos
541 jóvenes
621 niños
Se pudo comprobar que del total de hogares relevados en el 35% algún integrante es fumador, de estos, en el 52% se fuma adentro.
Asimismo, en el 25% de los hogares relevados, vivan o no fumadores, se permite fumar a las visitas.

El relevamiento se aplicó en un total de 58 instituciones públicas y privadas de todo el país

Por otra parte, del total de los hogares relevados en los que viven niños y/o jóvenes, en el 22% algún integrante es fumador y en el 42% de ellos se fuma adentro.
También se señala que del total de hogares donde viven niños y jóvenes, sean hogares habitados por fumadores o no fumadores, en el 14% se permite fumar a las visitas.
De la lectura de los datos anteriormente expuestos, se observa una pequeña diferencia en el comportamiento de los hogares donde viven niños y/o jóvenes a favor del cuidado de la salud de los menores, respecto a los hogares en que solamente viven adultos.

En los hogares donde viven niños y/o jóvenes:
» cuando algún integrante es fumador, estos respetan más que su hogar sea libre de humo de tabaco.
» viva algún fumador o no, en el hogar son más firmes en su decisión de no permitir fumar a las visitas.

En cuanto a la información sobre los efectos del humo de tabaco sobre la salud de las personas:
» 98% dice conocer los daños que produce

La asociación que se hace con patologías específicas es:
» 88% cáncer
» 85% enfermedades respiratorias
» 77% enfermedades cardíacas
» 62% asma
» 42% alergias
» 17% infecciones de oído

Por último, el 96% de los entrevistados, contesta estar de acuerdo con los artículos de la ley 18.256 que hacen referencia a la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público.

HOGARES LIBRES DE HUMO DE TABACO

En este apartado se plantearán sugerencias y estrategias para desarrollar programas educativos para crear hogares libres de humo de tabaco.

Como se ha expuesto a lo largo de este documento, mantener el aire libre de humo de tabaco, no es una cuestión de gusto personal, de comodidad o de preferencia, sino la solución a uno de los problemas más importantes para la salud especialmente en la etapa de la niñez.

Siendo nuestro objetivo fundamental implementar estrategias informativas y educativas que permitan alcanzar el mayor número de hogares 100% libres de humo de tabaco, proponemos:

- En primera instancia unificar criterios con el equipo de salud del primer nivel de atención para el abordaje de esta temática, con una perspectiva interdisciplinaria, pasando de la concepción biomédica de la salud a una concepción integral de la misma. El planteo es trabajar tanto a nivel institucional como comunitario con una misma finalidad que es la de orientar a los usuarios en el cuidado de su salud y en esta oportunidad sobre la relación que existe entre el humo de tabaco y el riesgo para la salud de los niños, destacando aquellas acciones posibles de realizar para solucionar el problema.
- En segundo lugar seleccionar modalidades de abordaje a nivel poblacional con los aportes del sector salud y las organizaciones de la sociedad civil.
- Concomitantemente tener encuentros con representantes de los medios de comunicación, para que comprendan la importancia de este problema, lo que nos permitirá reforzar masivamente las actividades educativas que se realicen.
- Asimismo, elaborar diferentes tipos de materiales educativos, para uso institucional, grupal y comunitario.

Intervenir para el cambio de comportamientos y actitudes es una tarea compleja, que se prolonga en el tiempo. A través del trabajo directo con la población hemos podido comprobar que acercando información, asesoramiento e intercambiando opiniones se logra identificar las posibles estrategias para el cambio. Esto fue posible verificarlo ya que hoy en día la mayoría de las personas sean estas fumadoras o no, valoran la importancia de cuidar el aire que respiran y comparten las reglamentaciones de ambientes 100% libres de humo de tabaco.

Pero la legislación no puede proteger a los niños y niñas del humo de tabaco en los lugares que más frecuentan y donde están más fuertemente expuestos: sus propios hogares y los vehículos particulares. Aquí las estrategias educativas deben fomentar la adopción voluntaria de conductas antitabaco y reconocer el peligro de la exposición al mismo de los niños dentro del hogar, lugar donde transcurre gran parte de su infancia, donde juegan, se alimentan, duermen y crecen día tras día.

Es necesario también ampliar y profundizar la información específica dirigida a los padres, madres y demás adultos responsables ya que el tipo de restricciones en los hogares es muy variable. En algunos hogares se prohibe fumar en cualquier parte del mismo, en otros se fuma sólo en ciertas habitaciones, y en otros en algunos horarios en los que no hay niños presentes. Sin embargo, como ya se ha planteado extensamente en este mismo documento, la única manera efectiva de protección es transformar definitivamente los hogares en espacios 100% libres de humo de tabaco.

La sociedad tiene una deuda con el derecho de los niños y jóvenes.

La creación voluntaria de hogares en los que nos se fume en ningún espacio cerrado del mismo, se logrará a través de un trabajo participativo, de análisis, reflexión y compromiso, donde los adultos como seres autónomos, tomarán conciencia de la responsabilidad que les cabe en el cuidado de la salud de los niños, evitando por lo tanto fumar dentro del hogar y no considerando esto como algo restrictivo.

Es sabido que el tabaquismo es una adicción ante la cual es necesario entender y valorar el esfuerzo que realizan los fumadores cuando no fuman en espacios compartidos con otros. Asimismo, es de gran importancia para el fumador el apoyo de las personas cercanas cuando se encuentra en proceso de cesación tabáquica y la mayoría de las veces requieren de ayuda profesional para alcanzar resultados sostenidos en el tiempo.

En el ámbito del hogar se hace imprescindible el desarrollo de una propuesta educativa e informativa que apoye y sustente a corto y mediano plazo el logro de los objetivos, como así también los progresos que se vayan alcanzando.

Para encaminarnos hacia la resolución del problema es necesario transitar un proceso. Proceso que a nivel de cada grupo familiar parte de instancias de información y de diálogo, para llegar luego a la comunicación de la decisión tomada a los demás familiares, a quienes visitan la casa o a quienes trabajan en ella. Posteriormente también será importante dar sostén a estas decisiones y mantenerlas a lo largo del tiempo, todo lo cual aportará a una mejor convivencia, al resguardo de los derechos y a la construcción diaria de una cultura de la salud.

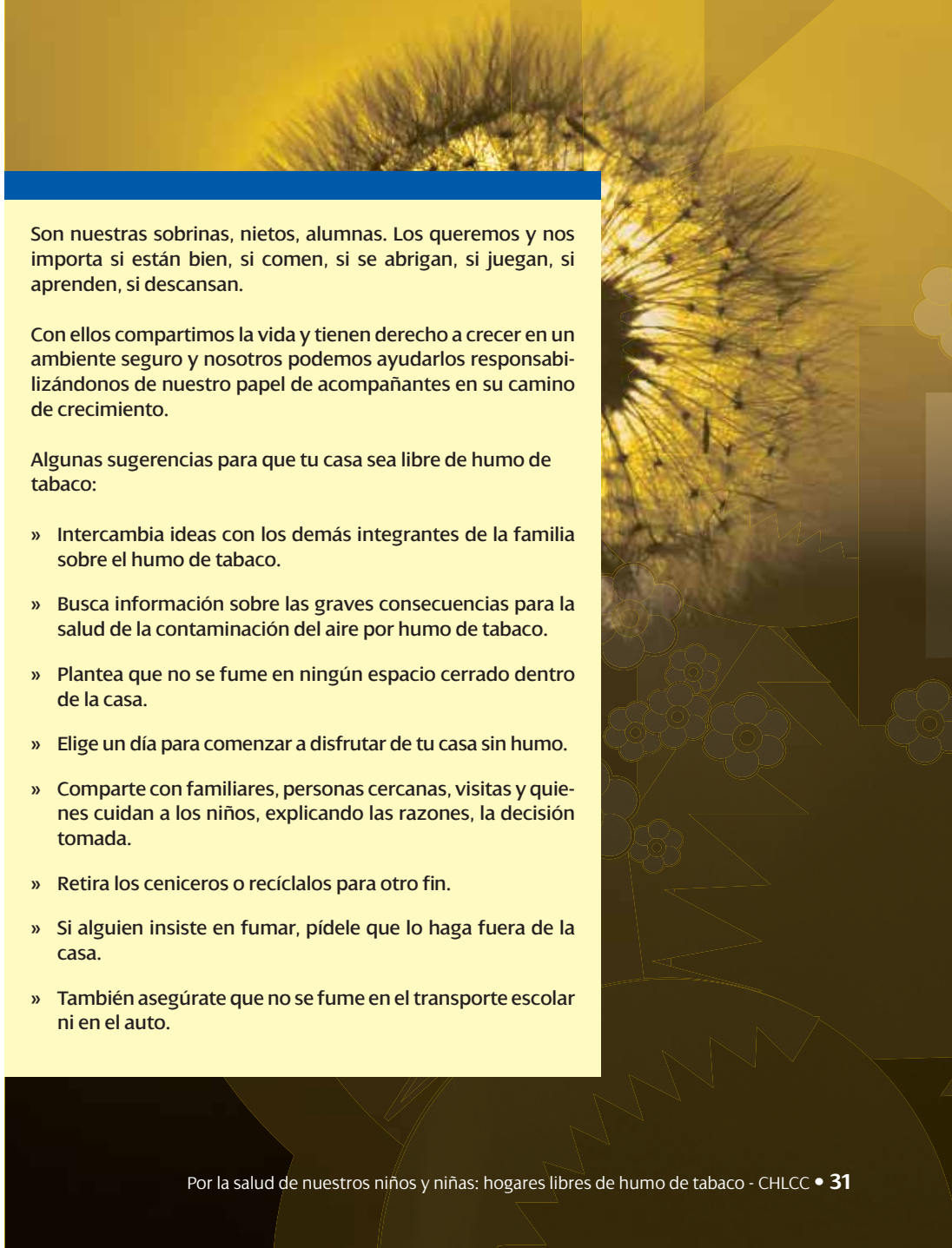
La sociedad tiene una deuda con el derecho de los niños y jóvenes. Es imprescindible protegerlos en los hogares y automóviles particulares.

Por lo tanto nuestra intervención esta dirigida a incrementar el número de hogares libres de humo de tabaco.
La protección de la salud de embarazadas, bebés, niños y niñas es un desafío ético a nivel social que debe ser resuelto mediante actividades sistematizadas de promoción y prevención.

Para culminar, hacemos nuestra las palabras de Sylviane Ratte ya que a través de este documento hacemos una solicitud a los adultos para que comiencen a actuar en forma responsable con el fin de garantizar a nuestros niños y niñas su derecho a un entorno seguro, libre de humo de tabaco, en el que puedan crecer y convertirse en adultos sanos.

Los niños y niñas dependen de los adultos, de cada uno de nosotros, para protegerlos del daño del humo de tabaco.

Garantizar a nuestros niños y niñas su derecho a un entorno seguro, libre de humo de tabaco, en el que puedan crecer y convertirse en adultos sanos



Son nuestras sobrinas, nietos, alumnas. Los queremos y nos importa si están bien, si comen, si se abrigan, si juegan, si aprenden, si descansan.

Con ellos compartimos la vida y tienen derecho a crecer en un ambiente seguro y nosotros podemos ayudarlos responsabilizándonos de nuestro papel de acompañantes en su camino de crecimiento.

Algunas sugerencias para que tu casa sea libre de humo de tabaco:

» Intercambia ideas con los demás integrantes de la familia sobre el humo de tabaco.

» Busca información sobre las graves consecuencias para la salud de la contaminación del aire por humo de tabaco.

» Plantea que no se fume en ningún espacio cerrado dentro de la casa.

» Elige un día para comenzar a disfrutar de tu casa sin humo.

» Comparte con familiares, personas cercanas, visitas y quienes cuidan a los niños, explicando las razones, la decisión tomada.

» Retira los ceniceros o recíclalos para otro fin.

» Si alguien insiste en fumar, pídele que lo haga fuera de la casa.

» También asegúrate que no se fume en el transporte escolar ni en el auto.

BIBLIOGRAFIA

Aire contaminado con humo de tabaco
Medición del humo de tabaco

Blanco A., Goja B., Blanco L., Barros M., Olivera G., Navas Acien A.. Exposure to secondhand tobacco smoke at home. Uruguay key results Presentado en el 14° Congreso Mundial de Tabaco o Salud. India. 2009.

Exposure to second-hand smoke among students aged 13-15 years word-wilde, 2002-2007. MMWR Mort Mortal Wkly Rep 2007, 56(20): 497-500.

Hecht S.S., Ye M., Carmella S.G., Fredrickson A., Adgate J.L:, Greaves I.A. et al. Metabolites of a tobacco specific lung carcinogen in the urine of elementary school aged-children. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 2001, 10(11): 1109 – 1116.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Secondhand smoke and Risk for Children Worldwide. News Release. 2008.

Navas A., Blanco A., Goja B. Estudio de vigilancia de la Exposición al Humo de Tabaco en Uruguay. Organización Panamericana de la Salud. Johns Hopkins School of Public Health. 2003.

Neri M., Ugolini D., Bonassi S., Fucic A., Holland N., Knudsen L.E. et al. Children´s exposure to environmental pollutants and biomarkers of genetic damage. Mutat. Res. 2006, 612 (1): 14 – 39.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Centro de Control de Enfermedades de EEUU. Junta Nacional de Drogas. Uruguay Global Routh Surrey (GYTS). Fact sheet. http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/paho/2007/Uruguay_factsheet.htm

Rees V.W., Conolly G.N. Measuring air quality to protect children from second-hand smoke in cars. Am. J. Pre. Med. 2006, 31(5): 363-368.

Roswell Park Cancer Institute. Centro Investigación Epidemia de Tabaquismo. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Cátedra de Cardiología, Facultad de Medicina de Montevideo. Contaminación del aire con humo de tabaco en espacios públicos cerrados. Caso estudio - Uruguay. 2005.

Thaqi A., Franke K., Merkel G., Wichmann H.E., Heinrich J. Biomarkers of exposure to passive smoking of school children: frequency and determinants. Indoor Air 2005, 15(5): 302 – 310.

The Tobacco Atlas. Mackay et al., American Cancer Society. 2006

Consecuencias de la contaminación del aire con humo de tabaco para la salud en la niñez

Brea S., Saráchaga M.J. Arch Pediatr. Urug. 68 (3): 41-47, 1997 Estudio de las infecciones respiratorias agudas favorecidas por el humo de cigarrillo en niños menores de 3 años.

Global initiative for asthma. Version 2006.

Hawthorne M., Lindsay M. Protejamos a nuestros hijos del humo de tabaco ambiental. UICC. 2008.

Kanopa V., Scavone C. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Principales factores epidemiológicos. Comunicación personal.

Klaus – Fanaroff. Asistencia del Recién Nacido de alto riesgo. Editorial Panamericana 2° Edición 1981; 4:85.

Políticas de salud en relación al tabaco

Directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco - Artículo 8 del CMCT de la OMS. OMS - Decisión FCTC/COP2(7)

Estudio de "Conocimientos y actitudes hacia el Decreto 268/05" (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados). Ley 18.256 del 6 de marzo de 2008. Equipos Mori para OPS. Octubre 2006.

Protection from Exposure to Second-hand Tobacco Smoke – Policy Recommendations, World Health Organization. 2007.

2ª Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Junta Nacional de Drogas. Julio 2007.

4ª Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas – Junta Nacional de Drogas. Uruguay 2007.

Hogares libres de humo de tabaco

Borland R, Theories of behavior change in relation to environmental tobacco smoke control to protect childen. Centre for Behavioural Research in Cancer. Anti Cancer Council of Victoria. 1999.

Borland R, Yong HH, Cummings K M, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control 2006, 15 Suppl 3:iii42-iii50.

Gehrman CA, Hovell MF. Protecting children from environmental tobacco smoke (ETS) exposure: a critical review. Nicotine Tob Res 2003, 5 (3):289-301.

McMillen RC, Winickoff JP, Klein JD, Weitzman M. US adult attitudes and practices regarding smoking restrictions and child exposure to environmental tobaco smoke: changes in social climate from 2000-2001. Pediatrics 2003, 112(1 Pt 1):e55-e60.

Global Voices: working for smoking air. Global Smoke Free Paternship 2008.

Klerman L. Protecting children: reducing their environmental tobacco smoke exposure. Nicotine Tob Res 2004, 6 Suppl 2:S239-S253.

La tarea impostergable: construir edificios libres de humo de tabaco. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer – Area de Educación Poblacional. Montevideo, 2002.

Protecting our children from second-hand smoke. International Union Against Cancer. 2008.

COMISION
HONORARIA DE LUCHA
CONTRA EL CANCER