

Jakimczuk, Silvia y Schapachnik, Edgardo
Hospital sin Humo:
¿Utopía o realidad?

2 de diciembre de 2009

1. Resumen

La sanción de la ley 1799 de Control de Tabaco, por parte de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 29 de septiembre de 2005 ha constituido un importante avance en la lucha contra el tabaco en el ámbito de nuestra Ciudad.

Sin embargo, en el propio ámbito de los Hospitales dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, la norma está lejos de cumplirse.

Se hace un repaso en este escrito de los fundamentos que dan razón de existir a una norma de esta naturaleza, a la patología tabaco-dependiente que es causa de enorme gasto para el Sistema de Salud y a las medidas que debieran implementarse para que la ley realmente sea aplicable ya que su sólo existencia no lo garantiza.

Se concluye que sin la implementación de medidas concretas con la correspondiente auditoría y seguimiento por parte de los órganos de control correspondientes, no será un logro sencillo aspirar al objetivo de Hospitales libres de Humo de tabaco

HOSPITAL SIN HUMO: ¿UTOPIA O REALIDAD?

2. Introducción

La sanción de la ley 1799 de Control de Tabaco, por parte de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 29 de septiembre de 2005 ha constituido un importante avance en la lucha contra el tabaco en el ámbito de nuestra Ciudad.

A 4 años de la sanción de la norma es común observar que la citada se cumple en la mayoría de bares y confiterías, de edificios y reparticiones públicas, en empresas y hasta es dable observar que en muchas familias donde conviven fumadores, éstos se retiran a lugares abiertos cuando tienen necesidad de fumar y quieren hacerlo.

En el ámbito de nuestros propios Hospitales es dable observar un fenómeno contradictorio y hasta incluso paradójico, más allá de las propias limitaciones que encierra la ley, tal como fue sancionada, ya que permite hacerlo en los Hospitales de Salud Mental y en los ámbitos abiertos (como patios) que tienen muchos de los hospitales comunales.

Tal fenómeno al que se hace referencia, es que por lo general es fácil de constatar que el público que asiste a recibir atención médica o que acompaña a pacientes o que visita a otros internados, cumple con la indicación de no fumar dentro del ámbito hospitalario, mientras que aún parte del personal en todas sus categorías, -profesionales y no profesionales- continúa haciéndolo.

Tal surge de visitas realizadas por miembros del Programa de Tabaco a diferentes nosocomios de la ciudad.

Esta observación es demostrativa que el objetivo de lograr Hospitales libres de Humo va más allá del sólo cumplimiento de la ley y no puede quedar librada a tal propósito, sino que debe acompañarse de una política activa que tienda a lograr lo estipulado en la norma sancionada, como intentará desarrollarse en este documento.

3. Antecedentes

Más de 50 años han pasado ya desde que Richard Doll comunicara en el British Medical Journal la incuestionable relación entre el cáncer de pulmón y el entonces considerado *hábito* de fumarⁱ

En este más de medio siglo transcurrido desde aquella señera publicación y más de 40 años luego del primer reporte del Cirujano General de los EEUU en el mismo sentido, un nuevo reporte actualizadoⁱⁱ da cuenta de una poderosa Base de datos que reúne más de 1600 citas de la literatura que sintetizan los estragos del tabaquismo sobre la Salud de los afectados por esta pandemia, la más importante que se haya conocido en el Siglo XX y seguramente también en el que ya estamos transitandoⁱⁱⁱ y agrega a la espantosa lista de consecuencias, enfermedades como la leucemia, las cataratas, la

neumonía y el cáncer de cuello de útero, riñón, páncreas y estómago.

Esta Base de Datos fue pacientemente construida por el *Institute for Global Tobacco Control at the Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University and the Centers for Disease Control and Prevention's Office on Smoking and Health* de los EEUU.

De acuerdo a este informe del Cirujano General, 440.000 norteamericanos mueren cada año como consecuencia de fumar, y en promedio los hombres afectados viven 13,2 años menos que los no fumadores, mientras que las mujeres mueren en promedio 14,5 años antes que sus congéneres no fumadoras. En términos económicos cada año se destinan en los EEUU 157 mil millones de dólares a cubrir los gastos emergentes de esta conducta patológica, -75 mil millones como costos médicos directos y 82 mil millones en concepto de pérdida de productividad-.

En el año 2000, la OMS estimó que 4.000.000 de personas murieron en ese año como consecuencia de enfermedades tabaco dependientes, la mitad proveniente de países en vías de desarrollo y prevee para el año 2030 que morirán anualmente cerca de 10.000.000, el 70% de los cuales será nativo de países subdesarrollados como el nuestro^{iv}

Un informe del Ministerio de Salud de la Nación, disponible en Internet^v da cuenta que 40.000 argentinos mueren cada año como consecuencia del tabaco, que nuestro país está a la cabeza del consumo en toda América Latina con la alarmante cifra del 40% de la población afectada por la adicción, según diversos y coincidentes estudios de prevalencia, y que un tercio de nuestros adolescentes se han iniciado en el consumo^{vi}.

Patología tabaco-dependiente

Es tan variada la gama de enfermedades relacionadas con la adicción tabáquica que no existe prácticamente órgano de nuestro cuerpo que se vea exceptuado de padecer alguna patología relacionada.

Desde este punto de vista, un simple razonamiento permite deducir el enorme esfuerzo que representa para el sistema de Salud en su conjunto el abordaje de estas patologías, que de más está decir son extremadamente prevalentes. Siendo el Hospital General de Agudos una parte trascendente del Sistema de Salud, se desprende que gran parte de los recursos de todo tipo que el mismo requiere, deben destinarse a la

atención de estas enfermedades. Con sólo recordar la íntima relación de la enfermedad cardiovascular y del cáncer con el tabaquismo, rápidamente adquiere dimensión de verdad incuestionable lo hasta aquí afirmado.

Se hace necesario entonces que el Sistema de Salud emprenda medidas conducentes para enfrentar en bloque la patología tabaco-dependiente, tal como de forma similar se enfrentan a nivel hospitalario etiologías de otra índole como son las infecciones. En este aspecto meramente etiológico, si el consumo de tabaco en todas sus formas es causa de enfermedad, tal como como las bacterias, virus, ricketzias, hongos, etc lo son de las enfermedades infecciosas, podría afirmarse que nuestro sistema hospitalario se encuentra ubicado en relación a la lucha contra este flagelo, en una etapa que podríamos considerar como *pre-pasteuriana* para el abordaje de esta compleja nosología que se inicia con la adicción a la nicotina, aún después de la sanción de la referida ley, si bien ahora se cuenta con ese poderoso instrumento que actuando sinérgicamente con medidas que serán aquí desarrolladas y en conjunto con la oferta de consultorios especializados para la atención de los adictos, permitiría resultados que redundarían en la Salud de toda la población y en una mejora superlativa del sistema de atención médica en su totalidad.

Es por lo expuesto que es conveniente analizar en conjunto a las enfermedades producidas por el tabaco y su forma habitual de consumo que es a través del acto de fumar cigarrillos..

Enfermedades cardiovasculares

Constituyen la principal causa de muerte en nuestro país tal como acontece en la mayoría. El tabaquismo es junto a la dislipemia, la hipertensión y la diabetes uno de los principales factores de riesgo para padecerlas. Ya sea la enfermedad coronaria, el Stroke o la enfermedad vascular periférica son mucho más prevalente entre los fumadores y mucho más aún cuando el cigarrillo se asocia a la presencia de alguno de los otros. Así, casi el 40% de más de 1200 pacientes que ingresaron con un Infarto agudo de miocardio en un estudio realizado en Uruguay eran fumadores^{vii}. Similares hallazgos son comunicados en otro realizado en la Unidad de Epidemiología y Salud Pública de la Facultad de Medicina y Departamento de Cardiología (Clínica Universitaria) de la Universidad de Navarra^{viii}

Son innumerables las citas bibliográficas que avalan esto^{ix x}

La situación en nuestro país que por golpearnos de cerca se hace más elocuente, es a su vez terrible.

Encuestas realizadas por el Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología mostraron que en 1991 el 37% de los infartados era fumador. La cifra trepó en 1996 al 48% y en 2000 al 48,5%.

En una revisión retrospectiva de historias clínicas realizadas a 125 historias clínicas de pacientes internados y externados en el Servicio de Cardiología del Hospital de Clínicas entre el 1ro de enero y el 30 de junio de 2000 se encontró que el factor de riesgo más prevalente fue la hipertensión arterial, encontrándose en segundo término el tabaquismo^{xi}

Múltiples estudios demostraron claramente que el consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de E.C. Dicho riesgo guarda relación con el número de cigarrillos, la precocidad del hábito y el tipo de tabaco. Cuando se abandona el hábito tabáquico el riesgo de E.C decrece en un 50% durante el primer año y se aproxima al de los no fumadores al cabo de 2 a 10 años^{xii}.

Enfermedades respiratorias no tumorales

El tabaquismo es el agente etiológico más importante de estas enfermedades respiratorias, al punto de poderse afirmar que el 90% de las bronquitis se deben a esta causa. El enfisema, el EPOC encuentran en la adicción a la nicotina la principal causa. Asimismo, la incidencia de tos y expectoración entre los fumadores es tres veces mayor entre los fumadores que entre quienes no lo son. Lo mismo acontece con la medición de la función pulmonar^{xiii xiv xv}.

Existe una relación directa de tipo dosis-respuesta entre estas enfermedades pulmonares y el consumo de cigarrillos. Esto es, a mayor número de cigarrillos fumados diariamente, así como la mayor exposición medida en años de consumo es mayor el riesgo de contraerlas

Tabaco y cáncer

Las siguientes cifras de riesgo relativo, hablan por sí solas en relación a la estrecha relación entre la adicción tabáquica y el cáncer de variadas localizaciones. En pulmón

el RR es de 3.6 a 16.0; en laringe, 6.0 a 13.6; en boca 1.1 a 13.0; en faringe, 2.9 a 12.4; en esófago, 0.7 a 6.8; en vejiga, 0.9 a 5.9; en páncreas, 1.5 a 3.2; en riñón; 1.0 a 1.5 y en cérvix, 1,2 a 3.

Relativamente reciente, una publicación procedente de Japón, da cuenta del elevado riesgo de muerte debido a carcinoma hepatocelular en fumadores y ex fumadores en relación a quienes no lo son^{xvi}.

Finalmente, el consumo de tabaco es responsable del 30% de todas las muertes por cáncer.

Tabaco y problemas de salud para la mujer

No sería para nada una exageración si afirmáramos que hoy por hoy pero sobre todo en un futuro no muy lejano el tabaquismo se está transformando en una enfermedad predominantemente femenina. Aquellos latiguillos que pretendieron hace unas décadas asociar el hecho de fumar con la liberación femenina, están logrando en estos momentos que el tabaco sea la principal causa de muerte en la mujer. Resulta aterrador pensar en el hecho que un tercio de las adolescentes actuales morirá en los próximos años como consecuencia de una enfermedad tabaco-dependiente.

Concurren a ello la publicidad engañosa, que sigue haciendo centro en la juventud y la mujer, la depresión, el stress y el temor a aumentar de peso.

Estos factores han sido determinantes que el número de fumadoras se haya incrementado exponencialmente en los últimos años, más aún que el ritmo de crecimiento observado en los hombres. Así, patologías como el cáncer de pulmón, antaño casi excluyentes del sexo masculino hoy sean tan prevalente en la mujer como en aquéllos. Con sólo mencionar que entre 1951 y 1991, la prevalencia de cáncer de pulmón femenino creció un 550% queda muy poco por agregar^{xvii} excepto que en el período de 20 años entre 1980 y 2000, 3.000.000 de mujeres han muerto prematuramente como directa consecuencia del tabaco^{xviii}

Otro tanto acontece con la prevalencia de cáncer de cérvix, a pesar de todas las campañas de prevención que se llevan a cabo. La infertilidad, la menopausia precoz, la osteoporosis y las consecuencias nefastas sobre el embarazo, con aumento del número de abortos, bajo peso al nacer, prematuridad y mortalidad neonatal son

consecuencias inmediatas de esta epidemia en crecimiento en el sexo femenino^{xxix xx xxi}
xxii xxiii .

Humo de tabaco ambiental

El tabaquismo pasivo es actualmente reconocido como agente dañino al organismo^{xxiv}
xxv xxvi xxvii.

Si afirmábamos que en nuestro país el 40% de las personas son fumadoras activas, el 60% restante estamos expuestos al humo de segunda mano y somos fumadores pasivos en mayor o menor grado.

Este grave problema es particularmente sensible en algunos espacios donde existen altas concentraciones de personas, y muy especialmente en lugares como el Hospital Público, que por definición debiera hallarse protegido de este flagelo, pero donde lamentablemente, como veremos aún se fuma y no de manera despreciable.

Los derechos del no fumador por verse amenazado por un elemento que pone en peligro su salud, no surgen exclusivamente por la mera molestia del olor desagradable que emana del cigarrillo, lo cual per se no deja de ser un derecho que es hostigado, sino que se fundamentan en que la contaminación ambiental es causa probada de enfermedad

Así, como afirmábamos y como puede consultarse en una frondosa bibliografía^{xxviii}, el cuerpo, los cabellos, la piel, la ropa, la casa, la oficina y el auto quedan impregnados de un olor desagradable, la frecuencia cardíaca aumenta, la tensión arterial sube, aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, de enfermedad cardíaca y de enfermedad respiratoria, como bronquitis crónica, catarros frecuentes, asma y enfisema, la mujer embarazada tiene más posibilidades de tener un niño con problemas respiratorios o dificultades de aprendizaje, los riesgos de Síndrome de Muerte Súbita en los lactantes aumentan los niños son más susceptibles de toser, de estornudar, de ser afectados por asma, de bronquitis, de infecciones de oído medio, de padecer tanto resfríos como neumonías.

La Environmental Protection Agency (EPA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos ha clasificado al humo de segunda mano como un carcinógeno del Grupo A, lo que significa que existen suficientes pruebas de que éste causa cáncer en los humanos. La EPA ha estado usando la clasificación del Grupo A sólo para otros 15 contaminantes, incluyendo asbesto, radón y benceno.

Asimismo, como se muestra en un trabajo publicado en el número correspondiente al 30 de junio de 2004 en la prestigiosa Revista British Medical Journal (BMJ) y que fuera realizado en 18 ciudades, el riesgo de los fumadores pasivos para contraer enfermedad coronaria o stroke se incrementa alrededor de un 50 a 60% y no tan sólo el 25 o 30% como había sido comunicado previamente^{xxix}.

El humo de tabaco de segunda mano contiene más de 4,000 compuestos químicos. Se sabe o se sospecha que más de 40 de estos compuestos son causantes de cáncer. Además, muchos de estos químicos también aparecen en el tabaco procesado.

Es bueno listarlos, aunque pueda resultar molesta su lectura en un informe como este, por el solo motivo que si se hiciera un estudio ambiental en el seno de un espacio público como el del Hospital público, muchas de estas nocivas sustancias serían detectadas.

PAH- Ácido para-aminohipurato

Benz (a)antraceno

Benzo(b)fluoranteno

Benzo(j)fluoranteno

Benzo(k)fluoranteno

Benzo(a)pireno

Criseno

Dibenz(a,h)antraceno

Dibenzo(a,i)pireno

Dibenzo(a,l)pireno

Indenol(1,2,3-c,d)pireno

5-Metilcriseno

N-Nitrosaminas

N-Nitrosodimetilamina

N-Nitrosoetil metilamina

N-Nitrosodietilamina

N-Nitropirrolidina

N-Nitrosodietanolamina

N'-Nitrosornicotina

4-(Metilnitrosamina)-1-(3-Piridil)-1-butanona

N'-Nitrosoanabasina

N-Nitrosomorfolina

Aza-arenes

Quinolina

Dibenz(a,h)acridina

Dibenz.(a,j)acridina

7-H-Dibenzo (c,g) carbazolo

Aminas aromáticas

2-Toluideno-2

2-Naftilamina-2

4-Aminobifenilo-4

Diversos compuestos orgánicos

Benceno

Acrinolitriilo

1,1-Dimetilhidracina

2-Nitropropano

Etilocarbamato

Cloruro de vinilo

Polonio-210

Compuestos inorgánicos

Hidracina

Arsénico

Níquel

Cromo

Cadmio

Plomo

Aldehídos

Formaldehído

Acetaldehído

Crotonaldehído

Este contaminante ambiental, a través de estas sustancias es causante de 35.000 a 40.000 muertes por enfermedades cardiacas en las personas que actualmente no fuman en los EEUU, de cerca de 3.000 muertes por cáncer del pulmón en las personas adultas no fumadoras, de 150.000 a 300.000 infecciones de las vías respiratorias bajas (tales como neumonía y bronquitis) en niños menores de 18 meses, lo cual resulta en 7.500 a 15.000 hospitalizaciones por estos motivos, en un aumento en el número de casos y gravedad de los ataques de asma en aproximadamente de 200.000 a un millón de niños y en un aumento en el número de casos de otitis medio en los hijos pequeños de los fumadores.

2. Descripción del problema

Tabaquismo en hospitales

En 1999 fueron presentados al **Primer Congreso Virtual de Cardiología** realizado en Internet los resultados de un relevamiento realizado durante el segundo semestre de 1997 por la Comisión Tabaco o Salud de la Secretaría de Salud en 15 Hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Participaron de la encuesta 15 hospitales de la red: C. G. Durand, C. Tobar García, B. A. Moyano, A. Zubizarreta, E. Tornú, D. Velez Sarsfield, R. Gutierrez, Santa. Lucía, M. Curie, J. M. Penna, R. Mejía, C. A. Argerich, M. Ferrer, J. Garrahan y B. Rivadavia.

Los resultados, luego de encuestar a 3.365 agentes mostraron una prevalencia general de tabaquismo de 35,1%. Más del 15% del personal analizado, afirmaba desconocer la prohibición de fumar en los hospitales. El 85.1% de los encuestados manifestó trabajar con fumadores. El análisis pormenorizado de la muestra demostró que lo hacían el 30.3% de los médicos, el 34.6% de profesionales no médicos, el 36.3% de enfermeras, el 45.5% de administrativos, y el 35.5% del resto del personal^{xxx}.

Una simple recorrida por estos Hospitales permite reconocer a simple vista que el problema, diez años después del relevamiento, sigue vigente con idéntica o mayor intensidad a lo cuál debe sumarse que también entonces y ahora lo hacían y hacen los pacientes que concurren en búsqueda de atención médica, sus acompañantes y otras personas que ocasionalmente se encuentran en el predio del centro asistencial, aunque es dable remarcar que desde la sanción de la ley 1799 ha disminuido en forma notoria esta conducta por parte de esta población.

Puede inferirse de esta cita que en nuestros Hospitales se da la terrible paradoja que el agente que es responsable de la mayor demanda de atención médica por ser responsable directo o indirecto de la patología más prevalente se consume libremente en pasillos, oficinas y en muchos consultorios y salas de internación donde son asistidos pacientes precisamente afectados por aquéllas patologías, predominantemente en horarios vespertinos y nocturnos.

Si alguna duda queda respecto a la gravedad del problema es de sumo valor tener en cuenta el estudio de la nicotina ambiental realizado en el Hospital Ramos Mejía en los meses de octubre y noviembre de 2002 que seguramente sería reproducible si también se realizara en los demás mosocomios que integran la red de hospitales públicos:

		Conc Nicotina en microg/m ³	en Valor total corregido por tiempo
Hospital	Office de enf sala traumatología, mujeres	1.33	1.33
	Office de enf sala traumatología, hombres	1.94	1.94
	Office de enf Unidad de terapia intensivo	5.04	5.04
	Baño de pacientes mujeres cirugía, sala 9	0.28	0.28
	Baño de pacientes hombres cirugía, sala 9	1.05	1.05
	Office de enfermería, cirugía, sala 9	1.32	1.32
	Sala de médicos de traumatología	0.37	2.48
	Sala de médicos unidad de terapia intens	5.07	5.07
	Comedor del personal (filtro no analizado)		
	Sala de médicos de Cardiología	1.40	1.40

Baño de hombres sala de Cardiología	0.12	0.12
Office Unidad Coronaria	3.18	3.18
Office Sala de Cardiología	3.05	3.05
Oficina de personal	0.75	1.33
Baño de damas sala Cardiología	0.10	0.10
Hall de entrada	1.78	1.78
Oficina de personal	2.14	3.78
Oficina de personal	1.05	1.86
Cafetería del Hospital	5.03	10.69
Cafetería del Hospital	4.29	9.12
Pasillo de obstetricia	0.91	0.91
Sala de hombres de traumatología	0.19	0.19
Sala de médicos de guardia general	4.27	4.27
Office de enfermería guardia general	0.64	0.64
Prequirófano- Guardia general	0.25	0.25

Conclusiones: en todo el ámbito del hospital se encontraron niveles considerables de nicotina. Incluidos baños de pacientes, estares de médicos y enfermeras, siendo llamativamente altos en las áreas cerradas, y en la cafetería

Surge claramente que en lo atinente a esta adicción y sus consecuencias y el hecho de que la prevalencia de tabaquismo en los hospitales sea de tamana magnitud, no son suficientes la existencia de leyes prohibitivas, declaraciones de espacios como "libres de humo" o la buena intención de las autoridades de aplicación, siendo entonces necesario la implementación de programas que ya se han demostrado como eficientes en otros países destinados a erradicar este flagelo del ámbito del hospital público.

Tabaquismo en Médicos

Si bien, como queda dicho, el problema del tabaquismo en el ámbito hospitalario no es patrimonio exclusivo de los médicos, sí podríamos afirmar que es de su incumbencia y responsabilidad velar para que el Hospital Público se disponga de una política tendiente en primer lugar a ayudar a la cesación tabáquica a los fumadores activos y se libere del

peligro que ocasiona la contaminación ambiental en su seno a los fumadores pasivos. Los médicos debieran ser líderes en la lucha contra esta enfermedad, tal como lo son en la lucha contra el resto de las patologías.

Sin embargo, el problema se arrastra desde la propia formación curricular, ya que no existe en nuestras Universidades una formación específica que prepare a los futuros profesionales médicos a luchar contra la adicción tabáquica y es muy elevada la proporción de estudiantes de medicina que son fumadores activos, superior al tercio de los matriculados^{xxxii xxxiii}.

Según una encuesta realizada por la Sociedad Argentina de Cardiología en 18 instituciones que abarcó a 783 médicos, la prevalencia de tabaquismo fue del 28,6%^{xxxiii}

La prevalencia es comparable en otras fuentes consultadas que permiten concluir que estimativamente un tercio de los médicos son fumadores activos^{xxxiv}

Es por todo lo expuesto en el análisis precedente que se hace necesario dotar a nuestros Hospitales de políticas y herramientas específicas tendientes a lograr que efectivamente se conviertan en **espacios libres de humo de tabaco**.

¿Por qué crear un Hospital Libre de Humo?

El lugar de trabajo puede ser una importante fuente de exposición al humo ambiental de tabaco (HAT)^{xxxv}.

El valor de los hospitales dando un mensaje coherente a la población ha sido demostrado en los últimos review sistemáticos sobre el tema. Se ha demostrado que la prohibición de fumar en un hospital tiene un rédito mayor que aumentar el precio de los cigarrillos al doble^{xxxvi xxxvii}.

La otra consideración es la protección de los otros: pacientes, staff y visitantes ocasionales de la exposición al HAT^{xxxviii}.

También hay que considerar la disminución del riesgo de incendios y costo de limpieza^{xxxix}.

El control se debe realizar con adecuadas políticas basadas en la preparación, seguimiento y monitoreo de los resultados, con el compromiso de los mas diversos sectores de la vida hospitalaria^{xl xli}

Los beneficios en los agentes es indiscutible ya que además de no someter al no fumador al HAT los fumadores disminuirán el consumo y un 3% abandonará a los 6 meses^{xlii xliii}

Por otro lado en los pacientes los beneficios potenciales serán considerables ya que fumar es un importante factor de riesgo de infección postoperatoria, admisión a UTI, y mortalidad intra hospitalaria^{xliv}

En síntesis, el hospital debe ser un espacio libre de humo de tabaco

Por el hospital: el hospital como estructura posee características especiales, además de sus grandes dimensiones físicas se suma una importante población laboral. Es además alojamiento de enfermos de diferentes patologías y al mismo tiempo presenta un flujo importante de población flotante que viene a consultar por su salud o concurre de acompañante. Son las instituciones de salud las que deben desempeñar un papel de primer plano en la prevención del hábito tabáquico.

Tratándose de una comunidad integrada en su totalidad por trabajadores de la salud, damos por descontado que todos sus integrantes, fumadores y no fumadores, con mayor o menor detalle, conocen que el tabaco es perjudicial para la salud y que aumenta el riesgo de contraer algunas patologías, muchas de las cuales son tratadas en el ámbito del mismo.

Un **Hospital Libre de humo** es un objetivo ambicioso que supone la adhesión de todos los actores que lo conforman, tanto las personas que trabajan como las que concurren al mismo.

Por otro lado el hospital no es un lugar corriente, los comportamientos que pueden observarse en él adquieren, más que en otros lugares, el valor de ejemplo en todo lo que se refiere a conductas saludables.

Por el paciente: La interrupción del tabaquismo es una parte integral de la prevención y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con este hábito. El ingreso en el hospital es un momento en el que los fumadores se encuentran motivados a cambiar su conducta. Un hospital Libre de Humo es esencial en la asistencia del fumador hospitalizado. Por otra parte, el humo ambiental de tabaco (HAT) puede empeorar los síntomas de los pacientes que padecen enfermedades respiratorias.

Para muchas personas la decisión de dejar de fumar es una de las medidas mas importantes para conservar la salud e incrementar la duración de su vida

Por el personal: Una política no fumadora en el hospital comprende la sensibilización y el compromiso de todo el personal sanitario que tiene un rol fundamental y que está comprometido en la movilización de los recursos humanos para conseguir hospitales con ambientes saludables. Así mismo los trabajadores del hospital deben quedar protegidos contra la exposición al humo de segunda mano en cualquier sitio de trabajo. Se debe considerar además que la presencia de humo de tabaco en el lugar de trabajo es uno de los motivos de recaída para el personal luego de haber dejado de fumar. Por otra parte, el tabaquismo es una causa de primer orden de incendios en los hospitales.

Mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la población hospitalaria.

Considerando que se está trabajando con un universo acotado de personas- adultos y adultos jóvenes- algunos de los cuales ya tienen incorporado el hábito de fumar, se tratará de acotar los espacios en los que se fuma, respetando el derecho a fumar de las personas, pero también protegiendo los derechos de los no fumadores a respirar aire libre de nicotina y otros contaminantes.

Existen además motivos de índole legal que fundamentan el por qué el hospital debe permanecer como ambiente libre de humo:

- La Dirección General Adjunta de Hospitales recuerda la vigencia de los términos de la Ordenanza 47.667 (B.M. 19816 y 19884), que establece la obligación de observar estrictamente las disposiciones legales emergentes del citado ordenamiento, que dice en sus artículos 1º y 2º, lo siguiente:

Art. 1º - “ Prohíbese fumar tabaco en cualquiera de sus formas dentro de las oficinas o espacios del ámbito municipal en que se atiende al público en general. La presente incluirá tanto al personal de las mismas como al público que concurriese a éstas...”

Art. 2º- “ Los funcionarios municipales a cargo de las distintas áreas de todos los organismos, implementarán los medios necesarios para el estricto cumplimiento de la presente”.

Esta Ordenanza 47.667 rige a partir del 1/7/94 y se reglamentó a través del Decreto N° 1.608/994 el cual en su Art. 2º dice de la colocación de carteles y sus medidas y texto y

en el Art. 3º respecto que se entiende por lugares destinados a la atención del público que son solamente aquellos en los que los contribuyentes efectúan trámites de mostrador y por lugares comunes conexos a las áreas de acceso desde la vía pública a las oficinas de atención a los contribuyentes.

- La Ordenanza 47.668 (Municipal) rige a partir de la misma fecha y dice que:

Art. 1º - Prohíbese en todo el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, el expendio, provisión y/o venta de cigarrillos, tabaco en cualquiera de sus formas y cualquier otro producto de esta naturaleza que propenda a fomentar el vicio del tabaquismo, a los menores de dieciséis (16) años, sea para consumo propio o no, sin excepción.

Art., 2 y 3 se refieren a las penalidades, multas

Art. 4 º - La presente Ordenanza deberá exhibirse obligatoriamente en todos los comercios donde se expenda tabaco en cualquiera de sus formas.

- La Ordenanza 47.669 (Municipal) rige a partir del 14/7/94

Crea el Programa del control toxicológico del tabaco. El Decreto reglamentario de la Ordenanza en su Art. 2º - Crea la “Comisión de Control Analítico del Tabaco” la cual estará integrada por dos representantes del Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires; dos representantes del Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, y dos representantes de la Cámara de la Industria del Tabaco.

En el orden Nacional.

- Resolución 717/97 del 6/10/97 dice: Prohíbese fumar en los establecimientos e Instituciones comprendidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Art. 1- Prohíbese fumar en los establecimientos e instituciones comprendidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Medica, ya sea en los sectores técnicos- profesionales como administrativos y servicios generales, tengan o

no-relación directa con el paciente.

Art. 2º - Incorporase a la norma que se aprueba por la presente resolución al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, siendo de cumplimiento obligatorio para todas aquellas jurisdicciones, instituciones y/o entidades que adhieran a dicho Programa.

Resolución 348/2003 del 21/5/2003 dice: Apruébense las normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, las que se incorporaran al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

(según esta resolución Nacional y al estar las Maternidades incorporadas al Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica no se debe fumar en ningún lugar de una Maternidad)

Los Hospitales Municipales solicitaron integrar el Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

- En Ginebra, se reunieron 192 países integrantes de la OMS y sellaron un acuerdo histórico: la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco, el primer tratado internacional sobre salud pública aprobado bajo el auspicio de la OMS. En el mes de septiembre del 2003 el entonces Sr. Presidente de la Nación firmó el Convenio para el Control del Tabaquismo. Lamentablemente, la no convalidación por parte del Parlamento del citado Convenio, por motivos que sería bueno conocer en lo que atañe a la salud democrática de una Nación, han determinado que el nuestro sea uno de los pocos países que en los hechos no han adherido al Convenio Marco.

El respirar en ambientes libres de humo de tabaco **es un derecho constitucional** según analiza el Dr. Felix Lonigro Profesor de Derecho Constitucional de la UBA
Anexo 2

El presente trabajo tiende a esbozar los elementos que podrían ser constitutivos de

tales políticas y herramientas. Estará basado en las Guías Europeas para el Hospital Libre de Humo, elaboradas por el European Network for Smoke-free Hospitals y en el proyecto que está en plena etapa de implementación elaborado y dirigido por los miembros de la Comisión Tabaco o Salud del Hospital General de Agudos. Dr. Ramos Mejía.

3. Objetivos

a- Propósito Lograr un hospital libre de humo en el mediano plazo. Se estableció un plazo de tres años.

b- Objetivo General Eliminar el humo de tabaco ambiental en espacios compartidos de los Hospitales del ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

c- Objetivos específicos

- a) Constituir un equipo de trabajo en promoción de hábitos saludables.
- b) Determinar científicamente la prevalencia del consumo de tabaco en pacientes y personal del Hospital.
- c) Implementar actividades específicas destinadas a educación para lograr espacios libres de tabaco.
- d) Consolidar el equipo profesional destinado al tratamiento de los fumadores.
- e) Facilitar el acceso de pacientes y personal al tratamiento del tabaquismo.
- f) Estimular el desarrollo y aplicación progresiva de legislación restrictiva antitabaco.

4. Plan de acción

Actividad 1

1a. Constitución de un equipo intersectorial y multidisciplinario de trabajo

El equipo estará formado por personas identificadas con el tema formado por

representantes de todo el equipo de salud. Es importante la participación de delegados de cada uno de los gremios que actúa en el Hospital.

1b. Metodología de acción

Se hará hincapié en la importancia de este proyecto en el marco de calidad de atención de los hospitales y de calidad de vida de cada uno de los integrantes de la comunidad hospitalaria.

1c. Acciones

- Discusión y construcción de un proyecto de trabajo compartido
- Construcción y evaluación de una encuesta para determinar la prevalencia del tabaquismo en pacientes y personal del hospital
- Contacto con la población hospitalaria
 - Difusión del proyecto.
 - Instrumentación de campañas educativas con destinatarios seleccionados.
 - Señalización del hospital

Capacitación específicamente orientada

Actividad 2

A- Determinación científica de la prevalencia del tabaquismo

Se efectuará una encuesta auto administrada a pacientes y personal del hospital para determinar prevalencia y principales características del consumo en espacios compartidos.

Muestra: a determinar en cada hospital de acuerdo al número total de miembros del personal de planta.

Destinatarios: Muestra tomada al azar

Fecha de realización: a determinar en cada Hospital

Fecha de repetición: a los dos años

Cuestionario ANEXO 1

B-Diseño de actividades destinadas a educación para lograr espacios libres de tabaco.

Difusión del proyecto:

- Convocatoria al comité de prensa del hospital
- Convocatoria a medios de Prensa
- Diseño y aplicación de señalización
 - Definición de espacios para fumadores lejos de los espacios de atención al público y de las áreas de internación
 - Colocación de posters informativos en lugares estratégicos
 - Colocación de ceniceros en la entrada del hospital
 - Identificación de personal voluntario (con pines, brazaletes o similares)
- Construcción de un boletín y posters con material de difusión
 - Temas: razones por las que es tan difícil dejar de fumar, características de la adicción al cigarrillo, leyes y ordenanzas que protegen a los no fumadores, características del humo de segunda mano.
- Realización de reuniones informativas para el personal del hospital,
 - CATA
 - Jefes de servicio
 - Supervisores de enfermería
 - Secretarías
 - Representantes de empresas contratadas
 - Jefes e instructores de residentes
 - Representantes de las universidades
- Realización de reuniones con los pacientes y sus familiares

Actividad 3

Capacitación y entrenamiento específico

- Curso de formación de líderes

- Se instrumentará un curso de formación de líderes en promoción de la salud, del que podrán participar todos los agentes del hospital que así lo manifiesten, de estos cursos se seleccionarán las personas que pueden actuar en la divulgación y evaluación del proyecto.

- Entrenamiento del personal de seguridad y del mesón de informes

- Información del programa
- Información sobre espacios asignados a de fumadores y no fumadores.
- Rol en la regulación del fumador
- Técnicas de abordaje hacia las personas que fumen en espacios en donde estuviera prohibido

Actividad 4

Expandir el programa “NO FUMO MAS”

Se convocará y entrenará a los profesionales que deseen integrarse al grupo.

Convocatoria a profesionales

- Profesiones incluidas: todas las que deseen participar
- Horarios y días de atención: Se ampliarán los horarios y días de atención

Acceso ilimitado al tratamiento

- Turnos ampliados:

- Motivación para el tratamiento de la adicción al personal del hospital
- Coaliciones con otros servicios de salud

Actividad 5

Diseño y estímulo a la aplicación progresiva de legislación restrictiva antitabaco

Diseño de legislación

- Confección de Resolución de los Directores de Hospitales y Consejos de Administración para espacios libre tabaco.
- Aprobación y apoyo de los Sindicatos de los Hospitales
- Designación de autoridad competente de aplicación de las sanciones que correspondieren.
- Provisión de apoyo de legislación Nacional, Ciudad de Buenos Aires y Ministerio de Salud.

Aplicación de las Normativas

- Notificación a todos los jefes de Areas
- Notificación del personal, pacientes y familiares
- Instrucciones específicas al personal de seguridad del Hospital

5. Cronograma de trabajo

5.1. Constitución del equipo de trabajo y diseño de la encuesta: seis meses a partir de la aprobación de este proyecto

5.2. Estudio de prevalencia en el personal de los Hospitales (implementación de la encuesta): a determinar en cada centro. Repetición a los dos años.

- 5.3. Estudio de prevalencia de enfermedades tabacodependientes en pacientes internados a determinar en cada Hospital.
- 5.4. Curso de capacitación para líderes
- 5.5. Realización de reuniones informativas para el personal del hospital
 - 5.5.1. C.A.T.A.:
 - 5.5.2. Jefes de Servicio
 - 5.5.3. Supervisores de enfermería
 - 5.5.4. Secretarias
 - 5.5.5. Representantes de empresas contratadas
 - 5.5.6. Jefes e instructores de residentes
 - 5.5.7. Representantes de las universidades
- 5.6. Tareas de difusión
 - 5.6.1. Charlas programadas en todas las dependencias de los Hospitales
 - 5.6.2. Cursillo para voluntarios que recorrerán los Hospitales invitando a no fumar.
 - 5.6.2.1. Implementación de la medida a partir de la aprobación del proyecto.
 - 5.6.3. Campaña permanente de carteles y posters específicos.
 - 5.6.4. Boletín mensual
- 5.7. Determinación de lugares donde será permitido fumar y reglamentación
 - 5.7.1. Lugares
 - 5.7.2. Reglamentación
- 5.8. Propuesta de tratamiento de cesación a todo el personal que lo desee
- 5.9. Realización de la encuesta de autoauditoría. ANEXO 3
- 5.10. Estudio de legislación apropiada para el Hospital

6. Presupuesto

La puesta en marcha del proyecto hace necesario la asignación de una partida destinada a la campaña de difusión, impresión de carteles y posters, brazaletes y/o pines de identificación para el personal voluntario, material didáctico, drogas destinadas

a tratamiento de cesación para el personal.

Conclusiones

Como conclusión, el sólo dictado de la ley 1799/05 no ha logrado hacer de los Hospitales dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires lugares efectivamente libres de Humo de Tabaco.

Tal objetivo prioritario sería factible de lograr, según la experiencia internacional en el tema, haciendo confluír lo establecido en la ley con un plan específico a implementar en cada nosocomio, cuyos aspectos se desarrollan en este documento, y la existencia de Consultorios de Cesación que brinden asesoramiento y tratamiento ya sea a su propio personal como así al público general que lo demande.

ANEXO 1 Encuesta

Edad -- sexo -- función Servicio

1. Ha probado alguna vez en su vida fumar, aún una o dos pitadas?

 SI
 NO

2. Ha fumado por lo menos 5 paquetes de 20 cigarrillos (100 cigarrillos), 20 cigarros, o 20 pipas en toda su vida?

SI

NO

3. Ha fumado en algún momento de su vida, todos los días , durante por lo menos 6 meses?

SI

NO

4. ¿Cuántas unidades, en promedio, fuma o fumó por día?

----- cigarrillos / día

----- pipas / día

----- habanos / día

5. ¿ Cuántos años fumó a diario?

----- años

6. Actualmente:

Fuma diariamente (al menos 1 cigarrillo por día)

Fuma ocasionalmente (no diariamente)

No fuma

7. Si actualmente no fuma a diario ¿ Cuánto hace que dejó de hacerlo?

Menos de un mes

1 mes o más pero menos de 6 meses

6 meses o más pero menos de un año

1 año o más pero menos de 5 años

5 años o más pero menos de 10

10 años o más

8. Alguna vez dejó de fumar por un período de 1 año o más?

SI

NO

9. ¿Qué piensa hacer en los próximos cinco años con el consumo de tabaco?

Seguiré fumando a diario

Quizás siga fumando

Quizás no fume a diario

Fumaré ocasionalmente

No fumaré

10. En su opinión la exposición al humo ambiental o fumar pasivamente ¿es perjudicial para la salud?

SI

NO

11. ¿Debe estar prohibido fumar en lugares públicos cerrados como restaurantes, bares o escuelas?

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Sin opinión

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

12. ¿Debe prohibirse fumar en todas las áreas de los hospitales y en lugares relacionados con la salud?

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Sin opinión

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

13. ¿Desea recibir información específica relacionada con el control y uso de tabaco?

SI

NO

14. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor las normas de restricción de fumar en los lugares públicos (como baños, sala de espera, y comedores) de las instituciones donde UD desarrolla sus actividades?

Prohibido fumar en todos los lugares públicos

Permitido en algunos lugares públicos

Permitido en todos los lugares públicos

Desconoce

15. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor las normas de restricción de fumar en las áreas destinadas a la asistencia de pacientes (consultorio, sala de internación, sala de terapia)?

Prohibido en todos los lugares

Permitido en algunos lugares

Permitido en todos los lugares de trabajo

Desconoce

16. ¿Estaría de acuerdo con un Hospital Libre de humo?

S I NO

Anexo 2 El derecho a respirar aire sin HAT es un derecho constitucional

Fumar también es un problema jurídico

http://www.lanacion.com.ar/03/09/05/do_524785.asp

**Por Félix V. Lonigro
Para LA NACION**

El objetivo de esta nota no es destacar aquello que es evidente: que el cigarrillo mata a un ser humano cada ocho minutos, que 40.000 personas mueren anualmente a raíz de enfermedades

producidas por el cigarrillo, que la tercera parte de los menores de quince años que alguna vez fumaron llegan a esa edad con el vicio incorporado, que el cigarrillo es un flagelo que azota al cuarenta por ciento de los argentinos.

Después de todo, es cierto que los fumadores saben a qué se arriesgan cuando deciden consumir un cigarrillo. Es penoso ver cómo se dañan sin encontrar una solución a tan cruel automaltrato, pero cada uno es libre de hacer lo que más le satisface.

Sin embargo, el cigarrillo no se conforma con ir erosionando la salud del que tiene el vicio de fumar, sino que avanza sobre los demás, sobre aquellos que deseamos cuidar nuestra salud y respirar aire puro. Es cierto que nadie está privado de hacer lo que las normas no prohíben; lo dice expresamente la Constitución nacional en su artículo 19. Pero el ejercicio de los derechos no es absolutamente libre, porque el límite está donde comienza el derecho del otro.

Si cada uno ejerciera sus derechos sin limitación, sin tener en cuenta si está ofendiendo la moral, las buenas costumbres, o si está perjudicando a terceros, se configuraría lo que se denomina "abuso del derecho" y, según el Código Civil, la ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos.

El que fuma puede ejercer su derecho de hacerlo siempre que no perjudique al prójimo. De lo contrario, el derecho de fumar se convierte en abusivo. Pero como está hartamente demostrado que el humo que emana del cigarrillo del fumador no sólo lo daña a él, sino también al que huele ese humo, la conclusión es que cuando un fumador ejerce el derecho de fumar en el mismo momento y ámbito en el que otro pretende ejercer el derecho de no hacerlo, el derecho del fumador se torna abusivo. Luego, es él quien debe cesar en el ejercicio de su derecho.

Existe un derecho con el que todos somos concebidos: el de la integridad física, también denominado derecho a la salud. Está reconocido como "derecho implícito" por la Constitución nacional y también, expresamente, por el Pacto de San José de Costa Rica, que tiene para los argentinos jerarquía constitucional.

Además, desde 1994 la Carta Magna contempla, para la comunidad en general, el derecho de vivir en un ambiente sano y equilibrado. Se trata de un derecho colectivo del que cada habitante goza en cuota parte con los demás. Ninguna comunidad puede vivir en un ambiente sano si el aire está contaminado con los elementos químicos venenosos que contiene, por ejemplo, el humo que emana del cigarrillo.

Gracias a todos los derechos que la Constitución nos otorga, implícita o expresamente, los habitantes tenemos derecho a que no se menoscabe nuestra salud. Cualquiera no fumador tiene el derecho de exigir que nadie fume en los ámbitos reducidos, cerrados o semicerrados que frecuenta. En este sentido, los gobernantes -cuyo objetivo es conducir los destinos de la Nación dando satisfacción a las necesidades de los gobernados y buscando siempre el bien común- deben adoptar todas las medidas necesarias para evitar que una gran parte, aunque minoritaria, de la población (la fumadora) dañe o perjudique a la mayoría, que no tiene ese hábito.

Afortunadamente, a la luz de la nota del actual ministro de Salud, doctor Ginés González García, publicada hace pocos días en LA NACION, parecería que se ha comprendido la necesidad de actuar en esta delicada cuestión. Falta que los legisladores nacionales y los de las distintas provincias tomen cartas en el asunto y sancionen las leyes necesarias para salvaguardar los derechos de los trabajadores no fumadores en los ámbitos de trabajo, y de los consumidores y usuarios no fumadores en restaurantes, pubs y diversos lugares de acceso público.

El cigarrillo es un problema para la salud del fumador y también para la del que no fuma. A partir de esta verdad nace otra realidad: el cigarrillo también es un problema jurídico. Es por ello que las autoridades no pueden ni deben permanecer pasivas frente a las consecuencias generadas por el vicio de fumar: no sólo porque deben proteger la salud de los gobernados, sino porque además deben evitar los innumerables conflictos que, en todos los ámbitos de convivencia, se plantean entre fumadores y no fumadores.

El autor es profesor de Derecho Constitucional en la Universidad Nacional de Buenos Aires.

ANEXO 3

Cuestionario rápido de autoauditoría para evaluar el desempeño para lograr hospitales libres de tabaco

1. Atraer a quienes toman las decisiones	0	1	2	3	4	NA	Observaciones
1.1 Los documentos hospitalarios (contratos generales, documentos públicos, etc.) especifican la política del hospital para un ambiente libre de tabaco							
1.2 El personal y los pacientes están claramente informados sobre las políticas anti-tabaco							

2. Designar un grupo de acción	0	1	2	3	4	NA	
2.1 Se elige un comité designado para una gestión coordinada relativa al tabaquismo en el hospital							
2.2 El líder pertenece al nivel de la alta gerencia							
2.3 Una nueva propuesta o estrategia se diseñó el año anterior							
2.4 Las acciones y las estrategias previas se evaluaron el año anterior							
2.5 El resultado de tal evaluación se evalúa: ¿la acción se ha logrado en el tiempo planificado, no se ha logrado o se ha logrado parcialmente?							

3. Diseñar un plan de capacitación	0	1	2	3	4	NA	
3.1 Se diseña un programa de capacitación para el hospital en relación con la manera de hablar con los fumadores							
3.2 Se le da tiempo al personal durante las horas de trabajo para asistir a un programa de capacitación							

4. Organizar las actividades para dejar de fumar	0	1	2	3	4	NA	
4.1 Se diseña material informativo y un programa para dejar de fumar en el hospital							
Folletos y material didáctico se encuentran disponibles para el personal, pacientes y visitantes							
Asesoramiento individualizado disponible para el personal y los pacientes							
Asesoramiento grupal disponible para el personal y los pacientes							
Terapia de reemplazo de nicotina/terapia farmacológica disponible							
Terapias alternativas/complementarias disponibles							
4.2 Hay un coordinador designado para las actividades para dejar de fumar							
4.3 El programa es gratis para el personal							
4.4 Se le da tiempo al personal durante las horas de trabajo para asistir al programa de capacitación							
4.5 El programa hace un seguimiento de los clientes							
4.6 ¿La tasa de abandono del hábito se establece anualmente para el personal y los visitantes?							

5. Indicar las áreas para los fumadores	0	1	2	3	4	NA	
--	---	---	---	---	---	----	--

5.1	Se prohíbe fumar en todas las comedas, el trabajo y áreas comunes empleadas por el personal, los pacientes y los visitantes							
5.2	Las áreas designadas para fumadores están completamente separadas de las áreas para los no fumadores y lejos del área de trabajo físico							
5.3	Ventilación y extracción de aire apropiadas para el área							

6. Adoptar indicaciones apropiadas		0	1	2	3	4	NA	
6.1	En todas las áreas para el personal, los visitantes y los pacientes hay indicaciones claras que explican la política para un ambiente libre de tabaco e indican las áreas libres de tabaco.							

7. Quitar todos los incentivos		0	1	2	3	4	NA	
7.1	Hay ceniceros solamente en las áreas designadas para fumar							
7.2	No se venden cigarrillos dentro del edificio del hospital							

8. Renovar y ampliar la información		0	1	2	3	4	NA	
8.1	Hay como mínimo un plan de acción de dos años para renovar la información y la capacitación en el hospital							
8.2	Existen programas continuos de educación para el personal y los pacientes							

9. Asegurar el seguimiento		0	1	2	3	4	NA	
9.1	La política se monitorea y revisa en forma anual							
9.2	La responsabilidad del monitoreo es del comité							
9.3	El proceso de monitoreo incluye cumplir con la política y los sistemas de comunicación							
Total (máximo: 124)								

Referencias: 0 = no se implementó; 1 = algunos aspectos se implementaron parcialmente; 2 = más de la mitad se implementó; 3 = casi implementado; 4 = totalmente implementado. NA = no aplicable.

BIBLIOGRAFÍA

- ⁱ Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. *BMJ* 1950;221(ii): 739-48
- ⁱⁱ 2004 Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking. <http://library/smokingconsequences/>
- ⁱⁱⁱ <http://apps.nccd.cdc.gov/sgf/>
- ^{iv} OMS. Making a difference. Informe sobre la Salud mundial. Ginebra, Suiza, 1999
- ^v <http://www.dejohoydefumar.gov.ar/pdf/virgolini2.pdf>
- ^{vi} Revisión sistemática Prevalencia de tabaquismo en Argentina Schoj, Tambussi, Perel, Zabert, Ortiz. Programa VIGIA, Min. Salud
- ^{vii} Bianco, Eduardo; Cobas, Joaquín. Consumo de Tabaco e Infarto Agudo de Miocardio en una Unidad Cardiológica. Segundo Congreso Virtual de Cardiología (SCVC)
<http://www.fac.org.ar/scvc/llave/tlibres/tl210/tl210e.htm>
- ^{viii} E. Martínez-Losa, J. De Irala-Estévez, M. Serrano-Martínez, E. Fernández-Jarne, M. Prado-Santamaría, I. Aguinaga y M.A. Martínez-González. Impacto del hábito tabáquico sobre el infarto agudo de miocardio en nuestro medio: un estudio de casos y controles <http://www.uata.org.ar/medica/informacion/9.2.html>

- ^{ix} Sauer WH, Berlin JA, Strom BL, Miles C, Carson JL, Kimmel SE. Cigarette yield and the risk of myocardial infarction in smokers. *Arch Intern Med.* 2002 Feb 11;162(3):300-6.
- ^x Parish S, Collins R, Peto R, Youngman L, Barton J, Jayne K, Clarke R, Appleby P, Lyon V, Cederholm-Williams S, et al. ISIS, BHF/ICRF/MRC Clinical Trial Service Unit. Cigarette smoking, tar yields, and non-fatal myocardial infarction: 14,000 cases and 32,000 controls in the United Kingdom. The International Studies of Infarct Survival (ISIS) Collaborators. *BMJ.* 1995 Aug 19;311(7003):471-7.
- ^{xi} Bobadilla, MC; Achinelli, FR. Caracterización de pacientes internados en el servicio de Cardiología del Hospital Escuela José F. de San Martín. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 101 - Febrero/2001*
Página: 26-30
- ^{xii} Hirschson Prado, A. Trivi M., Tajer C. Infarto Agudo de miocardio en la Argentina Tercera encuesta Nacional S.A.C. 1996. *Revista Argentina de Cardiología.* Enero-Febrero 1998. Vol. 66 N°1 pag.63-70
- ^{xiii} Willemse BW, Postma DS, Timens W, ten Hacken NH. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation. *Eur Respir J.* 2004 Mar;23(3):464-76.
- ^{xiv} Lamela Lopez J, Tabara Rodriguez J, Toubes Navarro ME. Bronchial inflammation in smokers: clarifying terms. *Arch Bronconeumol.* 2004 Apr;40(4):191.
- ^{xv} Nihlen U, Nyberg P, Montnemery P, Lofdahl CG. Influence of family history and smoking habits on the incidence of self-reported physician's diagnosis of COPD. *Respir Med.* 2004 Mar;98(3):263-70.]
- ^{xvi} Ogimoto I, Shibata A, Kurozawa Y, Nose T, Yoshimura T, Suzuki H, Iwai N, Sakata R, Fujita Y, Ichikawa S, Fukuda K, Tamakoshi A; Japan Collaborative Cohort Study Group. Risk of death due to hepatocellular carcinoma among smokers and ex-smokers. Univariate analysis of JACC study data. *Kurume Med J.* 2004;51(1):71-81.
- ^{xvii} Ernster VL. Female lung cancer. *Annu Rev Public Health.* 1996;17:97-114.
- ^{xviii} Kelly A, Blair N, Pechacek TF. Women and smoking: issues and opportunities. *J Womens Health Gend Based Med.* 2001 Jul-Aug;10(6):515-8.
- ^{xix} Bain C, Feskanich D, Speizer FE, Thun M, Hertzmark E, Rosner BA, Colditz GA. Lung cancer rates in men and women with comparable histories of smoking. *J Natl Cancer Inst.* 2004 Jun 2;96(11):826-34.
- ^{xx} Blot WJ, McLaughlin JK. Are women more susceptible to lung cancer? *J Natl Cancer Inst.* 2004 Jun 2;96(11):812-3.
- ^{xxi} Twombly R. New studies fan controversy over gender risk in lung cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2004 Jun 16;96(12):898-900.
- ^{xxii} Pope M, Ashley MJ, Ferrence R. The carcinogenic and toxic effects of tobacco smoke: are women particularly susceptible? *J Gend Specif Med.* 1999 Nov-Dec;2(6):45-51.
- ^{xxiii} Springen K. Women, cigarettes and death. *Newsweek.* 2004 May 10;143(19):69
- ^{xxiv} Fichtemberg CM, Efecto of smoke free workplace, review. *BMJ*2002;325:188
- ^{xxv} Ciruzzi M, Estudio caso control de tabaquismo pasivo en la casa y riesgo de IAM. *JACC* 1998, 797-803
- ^{xxvi} Longo DR, Implementing smoking bans in American Hospitals. *Tob Control*1998;7;47-55
- ^{xxvii} United States Department of health and Human Services, The health Consecuenbces of Involuntary Smoking. *Publ N* (CDC)*87-8398. Centers for Disease Control, 1986
- ^{xxviii} <http://www.tabaquismo.freehosting.net/HUMOTABACO/HTA.htm>
- ^{xxix} Whincup PH, Gilg JA, Emberson JR, Jarvis MJ, Feyerabend C, Bryant A, Walker M, Cook DG. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ.* 2004 Jun 30 [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=pubmed>
- ^{xxx} Hasper I, Feola MA, Cohen Saban I, Fernandez J, García L, Giannatasio J, Lombardo V, Macri C, Mella A, Meyer E, Poliak J, Saenz C, Schapachnik E, Verra F, Zagalsky P, Lado MI. Tabaquismo en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Primer Congreso Virtual de Cardiología (PCVC) <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/tlibres/tnn2460/tnn2460.htm>
- ^{xxxi} Jonás Danilo Hassán M., Héctor Marcelo Ramirez, Claudio Adrian Sena, Dr. Jorge Ramón Lojo. Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes de 1° a 6° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes -Argentina. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 124 - Febrero 2003* Pág. 10-13.
http://med.unne.edu.ar/revista/revista124/enc_tabaquismo.htm
- ^{xxxii} Hasper, I; Feola, MA; Bruno, M; Cohen Saban, I; D'Amato, N; Donato, V; Fernández, J; Giannatasio, J;

-
- Macri, C; Meyer, E; Schapachnik, E; Zagalsky, P. Tabaquismo en estudiantes de medicina avanzados. Primer Congreso Virtual de Cardiología (PCVC) <http://www.fac.org.ar/cvirtual/tlibres/tnn2459/tnn2459.htm>
- xxxiii Horacio M. Zylbersztejn, Román Cragolino, Alejandra N. Francesia, Ana Tambussi, Víctor J. Mezzalira, Ricardo L. Levin, Antonio Michref, Andrés Mulassi, Aníbal Picare, Analia Robilotte, Pablo A. Puleio, Emiliano Rossi, José G. Escobar Calderón, Ana María Salvati, Mario Ciruzzi. Estudio epidemiológico del tabaquismo en médicos. Rev. Argent Cardiol 2003; 71: 178-184 <http://www.sac.org.ar/rac/2003/sacvol3.html>
- xxxiv [Sanchez, Pal and Lisanti, Noemí The prevalence of and attitudes toward smoking among physicians in Azuay, Ecuador. Rev Panam Salud Publica, July 2003, vol.14, no.1, p.25-30. ISSN 1020-4989
- xxxv Weismann L, Coronary heart Disease, AHJ 1988,242-247
- xxxvi Hoking B, Costs to industry of illness related to alcohol and smoking. A study of Telecom Australia employees. Med J Aust 1994; 161:407-412
- xxxvii Kaisermann MJ The cost of smoking in Canada, 1991. Chronic Dis can 1997;18:13-19
- xxxviii Parrot S, Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. Tobacco Control 2000; 9: 187-192
- xxxix Helyer AJ Economic consequences of tobacco use for the Department of Defense, 1995 Mil Med 1998;163:217-221
- xl Delgado M, A prospective study of tobacco smoking as a predictor of complications in general surgery. Infect Control Hospital Epidemiol, 2003;24:37-43
- xli Sorensen LT Smoking as a risk factor wound healing and infections in breast cancer surgery. Eu J Surg Oncol 2002;28:815-20
- xlii Moller AM Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet 2002;359:114-7
- xliii Cruse SM Smoking cessation in the workplace: results of an interventios programme. Oxford University press-2001: 501-506
- xliv Rigotti NA Cochrane Database Syst Rev 2001 (2)CD001837