

## ¿Por qué no se debe fumar en el lugar de trabajo?

En un lugar de trabajo en el que se fuma coexisten fumadores y no fumadores que comparten el medio ambiente y el aire que respiran. La Organización Mundial de la Salud (OMS) atribuye a causas asociadas al cigarrillo 5 millones de muertes anuales en el mundo. El tabaquismo es la primera causa de deceso prevenible: al menos 1 de cada 10 muertes producidas como consecuencia del tabaco se observan en no fumadores, es decir, en tabaquistas pasivos. Otros datos señalan que las personas adultas expuestas al humo de tabaco ajeno tienen entre un 25 y un 30% más de riesgo de padecer infarto de miocardio y un 30% más de riesgo de padecer cáncer de pulmón respecto de quienes no están expuestos<sup>1</sup>. La estadística del Ministerio de Salud es que alrededor del 40 por ciento de los argentinos mayores de 16 años fuma, siendo del 34 por ciento entre las mujeres y del 47 por ciento entre los hombres. Los datos oficiales indican que 6 000 de las 40 000 personas que mueren anualmente en Argentina como consecuencia del consumo de cigarrillos son fumadores pasivos<sup>2</sup>. Existe sólida evidencia médica que indica que la exposición pasiva al humo de tabaco es peligrosa para la salud y puede provocar enfermedad<sup>3</sup>, inclusive cáncer de pulmón, en personas sanas que no fuman<sup>4</sup>, tal como concluye el Cirujano General de Estados Unidos en su informe de 1986<sup>5</sup>. Esta conclusión se fundamenta en evidencias experimentales y epidemiológicas que se van acumulando<sup>4, 6</sup>. Los riesgos de salud de los fumadores involuntarios o pasivos son cualitativamente iguales a los del fumador activo. Por este motivo es importante educar e informar a todos los miembros de la comunidad acerca de los graves efectos para la salud del fumar tanto activa como pasivamente.

Fumador pasivo o involuntario es aquella persona que inhala productos de combustión del tabaco siendo no fumador, por compartir el mismo espacio de aire o sistema de ventilación con fumadores activos. El Cirujano General de Estados Unidos ya en su informe de 1985 concluye que para la mayoría de los trabajadores americanos que fuman, el cigarrillo representa la causa de muerte y discapacidad en su lugar de trabajo de más riesgo en su entorno<sup>7</sup>. En la II Semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo, organizada a fines de abril por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, el Lic. Juan Guasch Farrás, Director del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) de España, destacó que en ese país, así como en otros en que no está controlado, el mayor contaminante en el ambiente de trabajo es el humo de tabaco. En Estados Unidos se estimó que existen alrededor de 5 000 muertes por año por cáncer de pulmón en no fumadores, debidas a la exposición ambiental al humo de tabaco<sup>5, 7</sup>. En Gran Bretaña se estiman unas 11 000 muertes anuales por tabaquismo pasivo de las cuales un 20% se deben al ambiente laboral<sup>8</sup>.

Se distinguen tres categorías de humo de tabaco: (1) la corriente principal, inhalada directamente por el fumador; (2) la corriente lateral, liberada por el cigarrillo, la pipa o el cigarro encendido, y (3) el humo exhalado por el fumador. La corriente lateral de humo, como resulta de combustión a menor temperatura que la principal, es mucho más peligrosa que la principal. Contiene el doble de nicotina, tres veces más alquitrán y 50 veces más monóxido de carbono. Contiene además elevados niveles de sustancias tóxicas y carcinogénicas, entre ellas benzopireno, N-nitrosaminas, 2-naftilamina y 4-aminobifenilo<sup>9</sup> que son todos poderosos carcinógenos para los cuales el límite de exposición aceptable en la industria, establecido por la *American Conference of Governmental Industrial Hygienists* es cero, como para cualquier otro tóxico incluido en el grupo I, de la Agencia Internacional para Investigaciones

sobre el cáncer (IARC). El humo de tabaco contiene también cantidades relativamente elevadas de otros carcinógenos tales como benceno, formaldehído, cadmio, níquel y polonio-210 radiactivo, además de dióxido de carbono y ácido cianhídrico<sup>9</sup>. Cualquiera de estas sustancias en un ambiente industrial o de laboratorio estaría sujeta a un estricto control regulatorio.

Se ha demostrado que los constituyentes, y metabolitos de éstos, del humo inhalado por fumadores pasivos, se encuentran presentes en el cuerpo de no fumadores en días laborables y disminuyen en días no laborables<sup>10</sup>. Un número de estudios mostraron una relación dosis-respuesta entre el nivel de humo de tabaco ambiental y el riesgo de cáncer de pulmón<sup>11</sup>, pero también se lo asocia a otros tipos de tumores<sup>12</sup>. Por otra parte, la exposición pasiva al humo de tabaco aumenta la prevalencia de infecciones respiratorias agudas tales como bronquitis y neumonía, y exacerba condiciones de salud existentes tales como enfermedad cardíaca<sup>13</sup>, asma, alergias, fibrosis quística, enfisema, bronquitis y enfermedad respiratoria obstructiva<sup>14, 15</sup>. La exposición de mujeres embarazadas al humo de tabaco puede afectar al feto y llevar a una reducción de peso del bebé al nacer<sup>16</sup>.

En junio del 2003 la OMS aprobó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)<sup>17</sup> pero ya desde 1988 se estableció el día 31 de mayo como Día Mundial sin Tabaco. Cada año tiene un lema alusivo y en varias oportunidades se refirió al fumador pasivo y el humo de tabaco en el ambiente laboral. En 1992 se refería a lugares de trabajo libres de humo y en 2001 el lema era "Limpia tu aire de humo de tabaco". Este año el lema "Los profesionales de la salud contra el tabaco" retoma el de 1993 "Los servicios de salud, una ventana abierta a un mundo sin tabaco" destacando el papel del sector Salud como líder y ejemplo. El CMCT fue firmado por Argentina el 25 de septiembre de 2003 en la sede de las Naciones Unidas. La firma del CMCT no exige a un país que cumpla con las obligaciones del tratado, sino que expresa el apoyo de un país a ese tratado, con una opción para ratificarlo en una fecha posterior. La ratificación exige que el país ejecute las provisiones del tratado, es decir la implementación de leyes nacionales y medidas restrictivas que tiendan a disminuir el consumo de tabaco y proteger a aquellos que no fuman. Deben apoyarse con campañas de educación y difusión y planes para abandonar el tabaco para quienes lo desean. El CMCT es el primer instrumento legal diseñado para reducir las muertes y enfermedades asociadas al tabaco a nivel mundial. Su texto alude repetidamente a las consecuencias tanto del consumo de tabaco como de la exposición al humo de tabaco. La OMS provee una serie de pautas guía y material para que los países puedan implementar el control del tabaco. En Argentina, algunas medidas recientes como la prohibición de fumar en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y la ley de control del tabaco, recientemente enviada al Congreso, que dispone entre otras medidas la supresión total de la publicidad y establece la prohibición de fumar en ambientes laborales, lugares públicos cerrados y medios de transporte, parecen encaminarse hacia apoyar la propuesta de la OMS y el CMCT. En el marco del Programa Nacional del Tabaco, el Ministerio de Salud y Ambiente ha lanzado la iniciativa de Ambientes Libres de Humo, creando el Registro Nacional de Organizaciones Libres de Humo de Tabaco, con el propósito de promover la creación de espacios laborales saludables en concordancia con las políticas mundiales en este tema. La inscripción a este Registro se abrió el 15 de septiembre de 2004, y hasta el momento se inscribieron 176 empresas<sup>18</sup>. En las provincias de Córdoba y Tucumán ya hay normas que prohíben fumar en lugares cerrados públicos y privados. La idea no es perjudicar a los fumadores, sino proteger a los que no fuman y que tienen derecho a respirar un aire libre de humo de tabaco.

Los profesionales de la salud, incluidos médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, parteras y otros, son fuentes de información y consejos que gozan de la confianza de los pacientes, además de servir como modelo en todo lo que atañe a la salud. Están en contacto con un elevado porcentaje de la población y pueden contribuir a que la gente modifique sus hábitos. El preámbulo del CMCT<sup>17</sup> de la OMS, que adquirió fuerza jurídica obligatoria el 27 de febrero de 2005, subraya el papel de las organizaciones profesionales del sector en los esfuerzos por incluir la lucha contra el tabaco en las prioridades

de la salud pública y por contribuir activamente a la reducción del consumo de tabaco. En enero de 2004, durante una reunión organizada por la OMS, varias asociaciones profesionales del sector sanitario adoptaron un código de prácticas en materia de control del tabaco en el que se enumeran 14 formas en las que esas entidades pueden participar en la lucha antitabáquica. Así, las asociaciones y sus miembros deben dar ejemplo a sus pacientes, asegurarse de que los lugares de trabajo y los lugares públicos estén libres de humo y de tabaco.

El fundamento para reducir las exposiciones pasivas al humo de tabaco, en particular en el lugar de trabajo donde la permanencia es inevitable, está bien expresado en las conclusiones del informe de 1986 del Cirujano General de los Estados Unidos<sup>5</sup>.

a. El fumar pasivamente es causa de enfermedad, incluyendo cáncer de pulmón en individuos sanos no fumadores

b. La separación física entre fumadores y no fumadores en un mismo espacio físico disminuye pero no elimina los riesgos planteados para el fumador pasivo.

De todo lo antedicho se deduce la importancia de mantener los lugares de trabajo libres de humo de tabaco. Tal como se expresa en la página web del Ministerio de Salud y Ambiente, los ambientes sin humo protegen la salud de los trabajadores y de las otras personas que concurren a esos lugares. Además reducen los riesgos de accidentes, de incendios y el deterioro de las instalaciones y equipos por efecto del humo ambiental. Se reduce también el ausentismo laboral, aumenta la productividad y la satisfacción del personal.

Susana Fink

Instituto de Investigaciones Hematológicas,  
Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires  
sfink@hematologia.anm.edu.ar

1. Tobacco free initiative. Why is tobacco a public health priority? [www.who.int/tobacco/health\\_priority/en/index/html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index/html). Consultado el 11/09/05.
2. Schoj V. Ambientes libres de humo de tabaco. El rol de los municipios. [www.msal.gov.ar/hm/site/.../documentos\\_a\\_bajar/Presentacion V Schoj.pdf](http://www.msal.gov.ar/hm/site/.../documentos_a_bajar/Presentacion_V_Schoj.pdf). Consultado el 10/09/05.
3. Taylor BV, Oudit GY, Kalman PG, Liu P. Clinical and pathophysiological effects of active and passive smoking on the cardiovascular system. *Can J Cardiol* 1998; 14: 1129-39.
4. de Andrade M, Ebbert JO, Wampfler JA, et al. Environmental tobacco smoke exposure in women with lung cancer. *Lung Cancer* 2004; 43: 127-34.
5. The Health Consequences of Involuntary Smoking, a report of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, 1986.
6. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315: 980-8.
7. The Health Consequences of Smoking: Cancer and Chronic Lung Disease in the Workplace, a report of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, 1985.
8. Vineis P, Airoidi L, Veglia P, Olgiate L et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *BMJ* 2005; 330: 277.
9. Rodgman A, Smith CJ, Perfetti TA. The composition of cigarette smoke: a retrospective, with emphasis on polycyclic components. *Hum Exp Toxicol* 2000; 19: 573-95.
10. Tulunay OE, Hecht SS, Carmella SG, et al. Urinary metabolites of a tobacco-specific lung carcinogen in nonsmoking hospitality workers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14: 1283-6.
11. Repace JL, Lowrey AH. A Quantitative estimate of nonsmokers' lung cancer risk from passive smoking. *Environmental International* 1985, 11: 3-22.
12. Slattery ML, Edwards S, Curtin K, Schaffer D, Neuhausen S. Associations between smoking, passive smoking, GSTM-1, NAT2, and rectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003; 12: 882-9.
13. Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tob Control* 1999; 8: 156-60.
14. Chan-Yeung M, Dimich-Ward H. Respiratory health effects of exposure to environmental tobacco smoke. *Respirology* 2003; 8: 131-9.
15. Jaakkola JJ, Nafstad P, Magnus P. Environmental tobacco smoke, parental atopy, and childhood asthma. *Environ Health Perspect* 2001; 109: 579-82.
16. Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, et al. Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiology* 2004; 15: 660-70.
17. [www.dejohoydefumar.gov.ar/convenio.asp](http://www.dejohoydefumar.gov.ar/convenio.asp). Consultado el 08/09/05.
18. [www.msal.gov.ar/hm/Site/regnac\\_emp\\_lib\\_pres.asp](http://www.msal.gov.ar/hm/Site/regnac_emp_lib_pres.asp). Consultado el 10/09/05.