



Secretaría de Programación para
la Prevención de la Drogadicción
y la Lucha contra el Narcotráfico
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN



**Una mirada específica sobre la problemática
del consumo y abuso de Tabaco**

**Área de Investigaciones
Observatorio Argentino de Drogas**

Junio de 2011

Secretario de Estado, SEDRONAR

Dr. José R. Granero

Coordinador Observatorio Argentino de Drogas

Diego Álvarez Rivero

Coordinadora Área de Investigaciones

Dirección de la Investigación

Graciela Ahumada

Investigación

Alejandra Cuasnicu

INDICE

Introducción

Capítulo 1: Caracterización y aspectos socio-históricos del Tabaco

Capítulo 2: El consumo de tabaco a nivel mundial y regional

- Marco legal
- Consumo de tabaco en el mundo

Capítulo 3: El consumo en Argentina

- Análisis del consumo de tabaco en población general
- Análisis del consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio

Capítulo 4: Demanda de tratamiento del paciente consumidor de tabaco

Capítulo 5: Fenómenos asociados al consumo de tabaco

- La consulta de emergencia asociada al consumo
- La mortalidad asociada al consumo
- El costo social del consumo

Capítulo 6: Factores asociados a la producción y oferta de tabaco

Capítulo 7: Conclusiones

Bibliografía

Introducción

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, tiene como función principal brindar datos válidos y suficientes sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en el país y el tráfico de drogas.

En esa dirección, el OAD ha definido un Programa de investigaciones a mediano y largo plazo cuyo objetivo general es asegurar a los organismos de decisión, nacionales e internacionales, la disponibilidad de datos para la evaluación de la situación nacional en materia de sustancias adictivas, apoyando y coordinando la producción de información en diferentes organizaciones del estado y de la sociedad civil dedicadas a la temática.

En esta oportunidad, el informe que se presenta tiene como objetivo ofrecer un documento que centralice la mirada sobre la problemática del consumo y abuso de tabaco. Para ello, desde el OAD se ha realizado una recopilación de la información referida a la sustancia a nivel nacional, regional e internacional obtenida a partir de una lectura integral de los estudios que forman parte del plan de investigaciones e informes de distintos organismos internacionales especializados en la materia. El detalle de los mismos puede consultarse en la Bibliografía de este informe.

En el *primer capítulo* se presenta información sobre las características de la sustancia a nivel de su composición, su historia social y sus usos, los efectos sobre la salud y el entorno del usuario que el consumo de tabaco puede provocar y una aproximación general sobre las distintas miradas que genera la utilización de la sustancia..

En el *segundo capítulo* se incorpora información sobre la problemática del consumo de tabaco a nivel regional y mundial. Para ello, se utiliza el Informe Mundial sobre Drogas realizado por la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC) e informes producidos en el marco del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas, integrado por Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay, con coordinación de UNODC y CICAD-OEA. También se han consultado informes del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), del Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la CICAD/OEA y de las Comisiones gubernamentales encargadas del tema Drogas.

En el *tercer capítulo* se extrajo información para diagnosticar el consumo de tabaco en el contexto específicamente nacional. Para ello, se presentan los datos obtenidos en el *Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, 2010*, y en el *Estudio Nacional en Estudiantes del Nivel Medio, 2009*. Con el objetivo de contar con análisis de tendencia y obtener un diagnóstico actualizado y completo sobre el problema del consumo de sustancias psicoactivas en el país, estos estudios se realizan cada dos años, permitiendo indagar sobre la magnitud y características del consumo, los factores de riesgo y de protección asociados y otras dimensiones como la demanda de tratamiento. En esta oportunidad, se presentan los datos referidos específicamente al consumo de tabaco.

En el *cuarto capítulo* se propone una aproximación a la problemática desde la perspectiva de la demanda de tratamiento del paciente consumidor de tabaco. Para ello, se incorpora al análisis el *Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento, 2010*, que constituye en sí mismo una unidad de análisis de interés ya que al referirse a la población usuaria exclusivamente, permite la profundización del conocimiento sobre los patrones de consumo y perfiles socio demográficos asociados.

Por último, en el *capítulo quinto*, se han abordado los fenómenos asociados al consumo de sustancias. Para ello, se han tomado datos del *Estudio de la consulta en Salas de Emergencias, 2009*, estudio que se realiza cada dos años mediante ventanas epidemiológicas en las capitales provinciales y cuyo objetivo es abordar la asociación del consumo con la consulta de emergencia, y el *Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad, 2009*, el cual incorpora al análisis el fenómeno de los delitos vinculados al consumo, tema que se trabaja a partir de distintas metodologías en el marco del Programa de estudios Droga y Delito.

Capítulo 1

Caracterización y aspectos socio-históricos del Tabaco

Múltiple bibliografía alerta respecto a que el consumo de tabaco es la principal causa de muertes evitables, enfermedades y discapacidades en el mundo. Se espera que la mitad de la población fumadora muera por una causa relacionada al consumo de tabaco.

Asimismo, los fumadores viven en promedio 10 años menos que los no fumadores, reducción que aumenta a mayor consumo. El uso de tabaco causa mayor cantidad de enfermedades y muertes que cualquier otra sustancia psicoactiva, y la gran mayoría de los fumadores se han iniciado durante la adolescencia.

¿Qué es el tabaco? El tabaco es una planta de la familia de las Solanáceas. En el siglo VI AC los aborígenes del continente americano ya lo consumían como parte de los rituales religiosos. A finales del siglo XV fue llevado desde América a Europa por Cristóbal Colón.

Originalmente los cigarrillos se hacían enrollando a mano las hojas de tabaco, lo que los hacía amargos y fuertes, con el tiempo fueron incorporándose aditivos que los hacen más suaves y gustosos y facilitan la liberación de más nicotina, que es lo que los hace adictivos¹. Actualmente se utilizan las hojas de tabaco y sus desechos, como tallos y polvillo y se les adicionan centenas de sustancias, entre las que se encuentran amoníaco, arsénico y cianuro (OPS, 2002).

La nicotina es un alcaloide vegetal, cuya principal fuente es la planta del tabaco. Cada vez que una persona aspira un cigarrillo, dirige nicotina a sus pulmones, desde donde se absorbe en sangre y en apenas ocho segundos se dirige al cerebro alterando sus

¹ Según OPS (2002), el Manual de diagnóstico de enfermedades mentales de la Academia Americana de Psiquiatría, describe 7 criterios de los cuales 3 o más deben estar presentes para definir la existencia de dependencia a una sustancia: Existe tolerancia: disminuye el efecto después del uso prolongado o lo que es lo mismo, se necesitan mayores dosis para obtener el mismo efecto; Existe abstinencia: aparecen síntomas al no consumirse la sustancia o lo que es lo mismo, se usa la sustancia para que estos síntomas desagradables no aparezcan; Se usa la sustancia por períodos más prolongados que los que se la pensaba usar; Se desea disminuir el consumo de la sustancia sin poder lograrlo; Se usa gran parte del tiempo para obtener la sustancia; Se reduce la actividad social, recreacional o profesional debido al consumo de la sustancia; Se usa la sustancia en forma compulsiva a pesar de conocerse los efectos adversos que esta produce.

funciones. Cuando la nicotina llega al cerebro produce placer, alegría y aumento del estado de alerta a través de la liberación del neurotransmisor “dopamina”, con un mecanismo de acción similar al de drogas como la cocaína y la heroína. Ese efecto es efímero, por lo que se necesita volver a fumar para repetir el efecto.

Estos cambios en el cerebro y en el cuerpo que produce la nicotina la hace altamente adictiva. La exposición continua genera tolerancia, por lo que se necesita cada vez más nicotina para que se produzca la misma reacción. El nivel de adicción se debe a factores genéticos, y solo una minoría de las personas puede fumar de vez en cuando sin generar adicción. En este sentido, cada fumador desarrolla una concentración “ideal” de nicotina que debe mantener durante el día para no padecer los efectos de su falta. Sin la nicotina, el fumador se siente irritable y deprimido.

La manera más usual en que se consume tabaco actualmente en los países occidentales es fumando, ya sea cigarrillo o pipa, aunque el mismo puede ser inhalado, aspirado o masticado.

El consumo de tabaco genera daños en casi todos los órganos de cuerpo. Disminuye la salud general de las personas y el sistema inmunológico y provoca enfermedades del corazón, respiratorias y cáncer que en muchos casos llevan a la muerte². Al fumar un cigarrillo se produce un proceso de combustión que genera muchas sustancias cancerígenas. El uso de tabaco comienza a dañar el organismo ni bien se empieza a fumar, aunque las consecuencias más nocivas se observan con el tiempo de adquirido el hábito.

Los riesgos disminuyen notablemente al dejar de fumar, pero este proceso es sumamente complicado y muchas veces necesita de ayuda médica y / o psicológica. La falta de nicotina produce síntomas de abstinencia como nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, frustración, dificultad para concentrarse, aumento del apetito y deseos incontrolables de fumar. La mayoría de las personas deben intentar en varias ocasiones hasta que consiguen abandonar el hábito y muchos nunca lo logran.

Adicionalmente, el humo del tabaco es nocivo para los fumadores pasivos ya que al respirarlo involuntariamente adquieren mayor probabilidad de desarrollar las

² Para más detalles sobre las consecuencias en la salud que produce el consumo de tabaco ver CDC (2004).

enfermedades mencionadas que aquellos que no se ven obligados a compartir espacios con fumadores. Hasta la más breve exposición al humo del tabaco puede ser peligrosa (CDC, 2009) ya que se ha demostrado científicamente que la exposición al mismo es causa de enfermedad, muerte y discapacidad (OMS, 2003). El humo del tabaco produce en forma inmediata irritación en los ojos, la nariz, la garganta y los pulmones, también puede producir náuseas, mareos y dolor de cabeza. A largo plazo, aumenta la probabilidad de tener complicaciones respiratorias, cáncer y enfermedades cardíacas.

Por otra parte, las colillas no son biodegradables, por lo que permanecen en el ambiente durante décadas generando daños importantes en el ecosistema y la calidad del agua, convirtiéndose en una importante fuente de la basura del mundo.

Existen otras consecuencias del consumo de tabaco no relacionadas con la salud, que también son muy conocidas, como el olor a tabaco impregnado en la ropa y en el pelo, la mayor probabilidad de arruinar la ropa por riesgo a quemarla y de producir incendios. Según la bibliografía especializada, la gran mayoría de los fumadores se han iniciado durante la adolescencia. Y si bien el primer acercamiento al tabaco suele ser desagradable, muchos adolescentes insisten porque han construido creencias y expectativas acerca del consumo de cigarrillos y su función, que los lleva a probar y experimentar, usualmente dentro del grupo de amigos, hasta que se genera la adicción y la dependencia asociadas al consumo habitual, momento en el cual ya existe una necesidad fisiológica de nicotina.

Los textos indican que el tiempo entre el primer cigarrillo y la etapa de consumo habitual es en promedio de dos a tres años, por lo que el período de la adolescencia resulta crucial para la prevención. De acuerdo a la bibliografía consultada, se combinan factores biológicos, personales y sociales en este proceso. La baja autoestima, el estrés, la depresión, la presión del grupo de amigos y la sensación de omnipotencia que se asocia a ese periodo de la vida, así como un entorno de legitimidad, disponibilidad, fácil acceso y legalidad del tabaco, en el que padres y amigos fuman, los cigarrillos son vendidos a bajo precio y la publicidad incita a su uso bajo una falsa imagen de libertad, madurez e independencia asociada al consumo de cigarrillos, ayudan a la propagación del uso de tabaco.

La publicidad y la estrategia de negocios de la industria tabacalera confluyen en tal sentido, al dirigirse principalmente a los jóvenes asociando el consumo de tabaco a la

diversión, la libertad, la rebeldía y el deporte. Según la Guía para Educadores elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación "la industria, a través de la publicidad promueve el cigarrillo como un recurso para entrar en el mundo del adulto a través de imágenes que vinculan al cigarrillo con las aspiraciones y deseos de los adolescentes" (Ministerio de Salud de la Nación, 2009a).

En síntesis, el tabaco y el alcohol, a diferencia de las restantes sustancias psicoactivas, operan en un entorno sociocultural de alta tolerancia, en el que a pesar de que los efectos del tabaco y del abuso de alcohol son de público conocimiento, millones de personas continúan consumiéndolos. En el mismo sentido, mientras los padres cuidan a sus hijos en relación al uso de drogas ilícitas, la actitud es de mayor permisibilidad en relación al abuso de nicotina (NIDA, 2006), bajo la creencia de que el mismo no es deseable pero si aceptable, ya que no se lo reconoce como "droga".

El Tabaco mata hasta la mitad de sus consumidores. Las muertes anuales a nivel mundial promedian los cinco millones de personas y puede aumentar a más de ocho millones hacia el 2030 a menos que se realicen acciones urgentes. Sin embargo, se consume habitualmente en todo el mundo debido a que se vende a bajo precio, se comercializa de forma agresiva, no se toma conciencia sobre los peligros que entraña y las políticas públicas contra su consumo son incoherentes. La mayoría de los peligros del tabaco no se evidencian en la salud del fumador hasta años o incluso décadas después de iniciarse el consumo. Es por ello que, mientras éste aumenta en todo el mundo, la epidemia de enfermedades y muertes conexas aún no ha alcanzado su punto álgido.

Capítulo 2

El consumo de tabaco a nivel mundial y regional

Para analizar las prevalencias mundiales de consumo de tabaco y evaluar la tendencia, es fundamental detallar las acciones internacionales que se han venido llevando a cabo durante los últimos diez años.

La Organización Mundial de la Salud elaboró durante la primera década del siglo XXI el Convenio Marco para el Control del Tabaco³ (CMCT), con la intención de proveer una guía a los países en la cruzada contra el consumo de tabaco, así como institucionalizar el compromiso de los mismos en la realización de las actividades necesarias para la consecución de ese objetivo.

De acuerdo al CMCT, “la propagación de la epidemia de tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública, que requiere la más amplia cooperación internacional posible y la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral” (OMS, 2003). Casi un tercio de los habitantes del mundo consumen tabaco, y la mitad de ellos morirán por esa causa.

Es el primer instrumento jurídico destinado a reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas al tabaco en todo el mundo. El Convenio contiene disposiciones que establecen normas y directrices internacionales para el control del tabaco en las siguientes áreas: precio del tabaco y aumento de los impuestos correspondientes, venta a y por menores, publicidad y patrocinio del tabaco, etiquetado, comercio ilícito y tabaquismo pasivo. Por control del tabaco OMS entiende a las distintas estrategias para reducir la oferta, la demanda y los daños con el objetivo de mejorar la salud de la población a través de la eliminación o reducción del consumo del tabaco y la exposición al humo.

³ El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado mundial de salud pública cuyo texto fue aprobado por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2003. Es un instrumento jurídico regido por el derecho internacional y obligatorio para los países que lo firman y ratifican. El CMCT entró en vigor el 27 de febrero del 2005.

El CMCT solicita a los Estados y organizaciones internacionales que ratifiquen y se adhieran al mismo a fin de adoptar todas las acciones necesarias para frenar el consumo de tabaco y la exposición al humo. Tiene que como objetivo “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco” y establece que todas las partes deben estar informadas de las consecuencias y las características del consumo de tabaco y la exposición al humo, así como la necesidad de un compromiso político firme para establecer las medidas necesarias para cumplimentar los objetivos, así como fomentar la cooperación internacional, tanto en lo que hace al intercambio de información como a la ayuda recíproca en cuanto a los procedimientos legislativos, políticos, judiciales, comunicacionales, etc. Otro aspecto requerido es ayudar a los pequeños productores de tabaco a generar un medio alternativo de supervivencia. Las partes se obligan al ratificar o adherirse al convenio a financiar, aplicar medidas, revisarlas y actualizarlas periódicamente, así como protegerse contra los intereses de las industrias tabacaleras.

Entre las medidas acordadas para la reducción de la demanda, resultan fundamentales las relacionadas con los precios e impuestos, la protección contra la exposición del humo, la reglamentación del contenido de los productos del tabaco y su divulgación, así como la información al público de la toxicidad de los mismos y sus posibles efectos. La falsa información en las marquillas de cigarrillo también debe ser evitada (por ejemplo la incorporación de la palabra “suaves”), y debe obligarse a incorporar en las mismas advertencias sanitarias que ocupen no menos del 30% del paquete. La educación, comunicación, formación y concientización resultan esenciales paralelamente a la restricción o prohibición de la publicidad y promoción del tabaco. También se impulsa la aplicación de planes de promoción del abandono del hábito y programas de tratamiento de la dependencia. Otra de las medidas establecidas por el CMCT es el compromiso de promover la investigación científica en temáticas relacionadas al consumo, control y producción de tabaco.

En cuanto a las medidas focalizadas a reducir la oferta se establece la necesidad de eliminar el comercio ilícito, de modo de poder controlar los productos que se ofrecen en el

mercado. Por otra parte, se determina la obligatoriedad de garantizar la prohibición de la venta a menores de 18 años, la distribución gratuita de productos de tabaco y la legalidad de las máquinas expendedoras.

La puesta en marcha de los aspectos indicados en el Convenio Marco en cada uno de los países requiere la firma y también la ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión de cada uno de los países⁴ y la aplicación de procesos legislativos nacionales así como el desarrollo de la infraestructura, la aplicación de recursos y la neutralización de la fuerte oposición de la industria tabacalera y sus aliados, ya que todos los países que han abordado el tema han debido enfrentar una dura oposición de las compañías tabacaleras.

El CMCT entró en vigor el 27 de febrero del 2005 y fue ratificado por casi todos los países miembros de la OMS, incluyendo la Unión Europea, los principales productores de tabaco como China, Brasil, India o Turquía, casi todos los países de Latinoamérica, y todos los países del MERCOSUR excepto Argentina.

Más del 80% de los fumadores del mundo viven en países de ingresos bajos o medios, y mientras el consumo está bajando en los países más ricos del mundo, el mismo crece en los países pobres.

Consumo de tabaco en el mundo

Los datos que se presentan a continuación muestran un panorama general de la epidemia devastadora del tabaquismo

De acuerdo a datos de la OMS la epidemia de tabaquismo mata cada año a 5,4 millones de enfermos de cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades, y de proseguir esa tendencia, para 2030 la cifra aumentará hasta más de ocho millones anuales. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo.

⁴ Para más detalles sobre los procedimientos para incorporarse al CMCT consulte el Manual de tratados de las Naciones Unidas adaptado para el CMCT

Por desgracia, la epidemia avanza ahora hacia el mundo en desarrollo donde, en el curso de los próximos decenios, se producirá el 80% de las defunciones relacionadas con el tabaco y se consumirá el 70% de la producción de tabaco. Este cambio de rumbo obedece a una estrategia de comercialización mundial que permite a la industria tabacalera llegar a los jóvenes y adultos del mundo en desarrollo. Además, como actualmente la mayoría de las mujeres no consumen tabaco, la industria tabacalera se dirige a ellas persuasivamente para acceder a ese posible mercado nuevo.

El hombre ha causado la epidemia de tabaquismo, que es totalmente prevenible. Aun así, sólo el 5% de la población mundial vive en países que protegen como es debido a su población.

Datos de la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO) confirman que mientras los países desarrollados disminuyen su consumo, en los países en desarrollo ocurre lo contrario. El mayor aumento se espera en China y en India, seguidos por los países de África.

De acuerdo al Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, la prevalencia de año de la población adulta de ese país disminuyó desde 1997 de 24,7% a 20,6% en 2009. En estudiantes secundarios, por su parte, el progreso es mucho más significativo, ya que mientras había fumado durante el último mes el 36,4% en 1997, lo hizo el 19,5% en el 2009.

Por su parte, la OMS presenta datos ajustados y homologados para hacerlos comparables el consumo por continente de los países miembros⁵ para la población adulta, tomando el conjunto de los países integrantes de la Organización, que indican que cuatro de cada diez hombres mayores de 15 años fuma. La región del Pacífico Occidental es la que mayor prevalencia tiene, con un 45%, mientras que África es la de menor porcentaje de hombres fumadores (18%).

Las mujeres de todo el mundo fuman en mucha menor proporción que los varones, (más de tres veces menos: 8,9%). Las europeas son las que más consumen (24,3%) y las que

⁵ Solo se presentan datos de aquellos países con información disponible relativa al consumo actual de tabaco a partir del año 2000. Para más detalles sobre la metodología aplicada en cada país y el año al que corresponde cada dato consultar OMS (2011) en <http://apps.who.int/ghodata/?vid=180>

menos distancia tienen respecto de sus congéneres masculinos, mientras que las de África son las que fuman en menor proporción (2,8%).

Cuadro 2.1
Prevalencias (%) de año en población de 15 años y más por sexo.
Regiones de la Organización Mundial de la Salud. 2006

Regiones OMS ⁶ según	Varones	Mujeres
África	17,7	2,8
Américas	26,8	17,0
Mediterráneo Oriental	32,0	4,4
Europa	44,6	24,3
Sudeste Asiático	39,4	4,6
Pacífico Occidental	56,5	4,8
Global	41,1	8,9

⁶ Según OMS las regiones se componen de los siguientes países: **África:** Argelia, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Cabo Verde, República Centroafricana, Chad, Islas Comoras, Congo, Costa de Marfil, República democrática del Congo, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea - Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, Príncipe y Santo Tomé, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Suazilandia, Togo, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabue; **Américas:** Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, Estados Unidos de América, Uruguay, Venezuela, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y San Cristóbal y Nieves; **Sudeste Asiático:** Bangladesh, Bután, República democrática de Corea, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tailandia y Timor Oriental; **Europa:** Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijón, Bielorrusia, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Kazajistán, Kirguistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Montenegro, Holanda, Noruega, Polonia, Portugal, Moldavia, Rumanía, Rusia, San Marino, Serbia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suiza, Suecia, Tadjikistán, Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Gran Bretaña y Uzbekistán; **Mediterránea Oriental:** Afganistán, Bahrein, Djibouti, Egipto, Irán, Irak, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Sudán, República Árabe de Siria, Túnez, Emiratos Árabes, Yemen y Cisjordania y Franja de Gaza; **Pacífico Occidental:** Australia, Brunei, Camboya, China, Islas Cook, Fiji, Japón, Kiribati, República Democrática de Laos, Malasia, Islas Marshall, Micronesia, Mongolia, Nauru, Nueva Zelanda, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, Filipinas, República de Corea, Samoa, Singapur, Islas Solomon, Tonga, Tívalú, Vanuatu y Vietnam.

A nivel global, los varones de 13 a 15 años fuman en un 17%, siendo los del Sudeste Asiático los de mayor prevalencia (26%). Si bien en el caso de los adolescentes, las mujeres también consumen en menor medida que los varones, con una tasa del 10,5%, la diferencia es considerablemente inferior a la presentada por los adultos. Las que fuman en mayor porcentaje son las de la Región de las Américas, y lo hacen en la misma proporción a los varones de la región.

Resulta curioso observar, que mientras en la población adulta, los hombres del Pacífico occidental son los que más fuman, cuando se aborda a la población masculina adolescente de 13 a 15 años, los de esta región son los que menor prevalencia presentan (9,4%).

Cuadro 2.2
Prevalencias (%) de año en población de 13 a 15 años por sexo.
Regiones de la Organización Mundial de la Salud. 2006

Región según OMS ⁶	Varones	Mujeres
África	18,8	13,1
Américas	22,6	21,4
Mediterráneo Oriental	17,1	9,5
Europa	21,4	16,7
Sudeste Asiático	26,0	7,7
Pacífico Occidental	9,4	5,4
Global	17,0	10,5

Consumo de tabaco en la subregión

Como se mencionó en la introducción, los datos que se presentan a continuación refieren al consumo de la sustancia en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.

Las comisiones nacionales de drogas integrantes del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas realizaron en los años 2006 y 2007 estudios nacionales en población general de 12 a 65 años, con diseños metodológicos comunes que permitieran contar con información comparable entre los países. De la comparación se obtuvo información sobre consumo de drogas, algunos factores de riesgo/protección asociados e

información contextual relacionada con las políticas públicas en la materia y los avances en prevención, tratamiento y oferta de drogas.

Del mismo modo, se presentan datos del Segundo Estudio Conjunto en Población Escolarizada, informe obtenido a partir de los estudios nacionales realizados en los años 2005 y 2007 de los países integrantes del Sistema Subregional. La importancia de este estudio reside en que permite dar cuenta de la magnitud del consumo de drogas y factores asociados comparables en población de estudiantes secundarios entre 13 y 17 años.

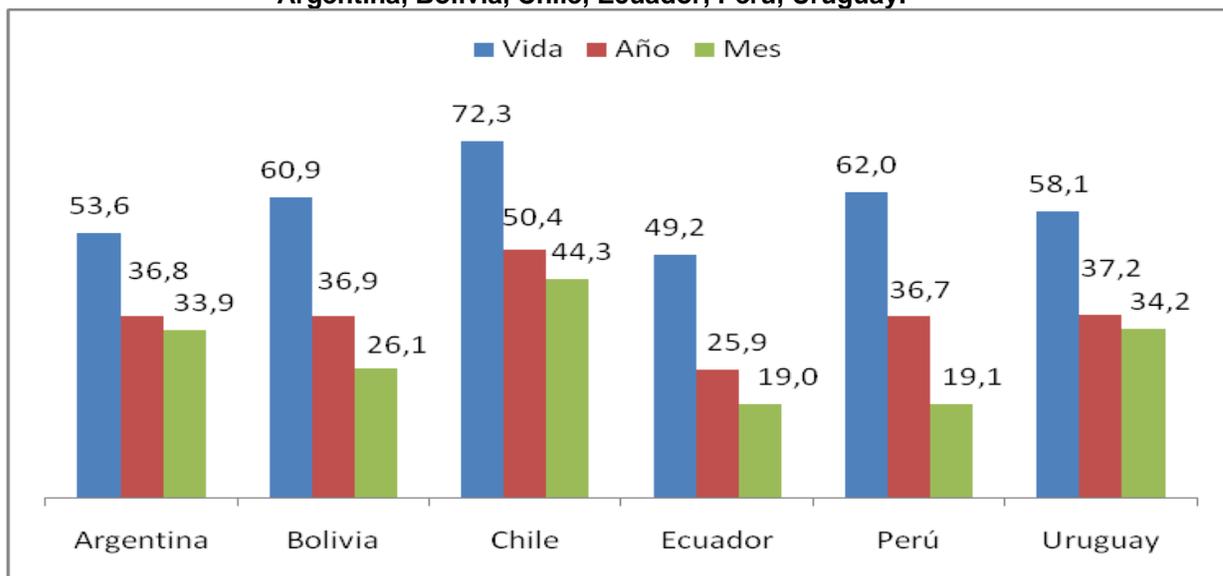
- **En la población general**

Según se observa en el gráfico 2.1, en todos los países de la subregión al menos la mitad de la población adulta ha probado alguna vez en su vida tabaco, aunque se observan diferencias. Mientras Ecuador y Argentina presentan la menor prevalencia de vida (49,2% y 53,6% respectivamente), Chile se sitúa como el de mayor consumo, en el 72,3%.

En cuanto al consumo reciente o del último año, Ecuador es el país de prevalencia más baja (25,9%) y Chile, el de mayor (50,4%), mientras Argentina, Bolivia, Perú y Uruguay se sitúan en alrededor de un 36%.

El consumo actual o del último mes, es la medida más útil para analizar el uso de sustancias de tan alta prevalencia y de curso legal. Puede observarse que aún en los países de menor tasa (Ecuador y Perú), alrededor de dos de cada diez adultos consumen tabaco, mientras que en Chile, el 44,3% lo hace, seguido por Argentina y Uruguay, con prevalencias cercanas al 34%.

Gráfico 2.1
Prevalencias (%) de vida, año y mes de tabaco en población de 15 a 64 años.
Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay.



De acuerdo al cuadro 2.3, los varones tienen mayor consumo que las mujeres. Sin embargo, las diferencias entre ambos sexos son mucho más altas en Bolivia, Ecuador y Perú que en Argentina, Chile y Uruguay, para los tres periodos (vida, año y mes).

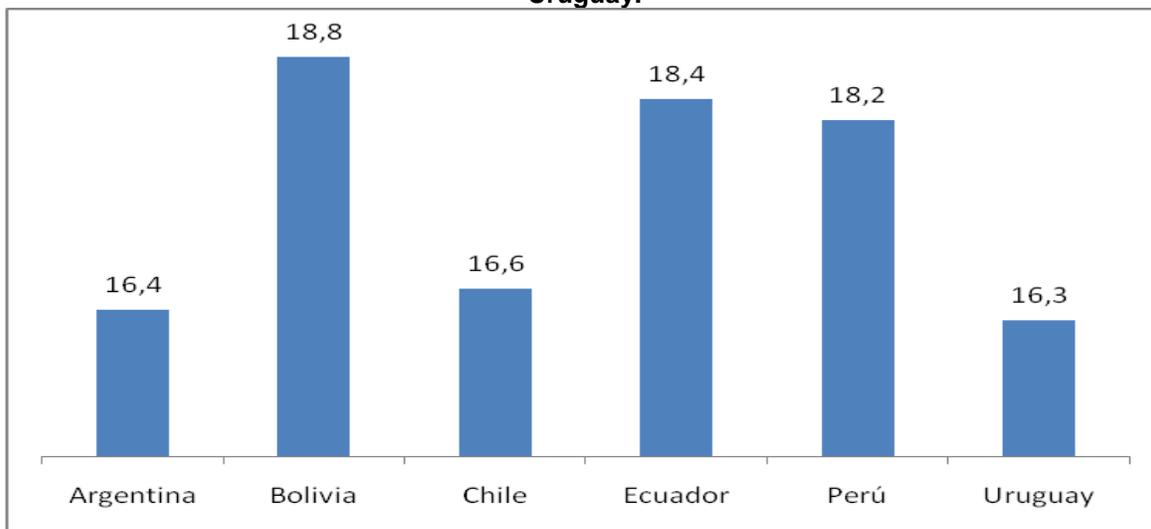
Resulta interesante observar que los países con consumo actual más alto, son aquellos con menor diferencia entre varones y mujeres (Argentina, Chile y Uruguay), mientras que aquellos de niveles más bajos de consumo de mes, son los que mayores distancias entre el consumo de ambos sexos detentan (Bolivia, Ecuador y Perú). Mientras que en todos los casos más de un 30% de los varones consumen, en el caso de las mujeres, menos de un 15% de las de los países de menor prevalencia fuman, mientras más del 30% de los países de mayor consumo lo hacen.

Cuadro 2.3
Prevalencias (%) de vida, año y mes de tabaco en población de 15 a 64 años por sexo.
Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay.

Países	Vida		Año		Mes	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Argentina	59,1	49,0	41,0	33,2	37,6	30,8
Bolivia	76,7	47,5	52,7	23,6	39,5	14,9
Chile	76,3	68,9	53,3	47,9	47,8	41,4
Ecuador	69,0	32,6	42,4	12,0	33,2	7,1
Perú	76,5	49,8	51,0	24,8	30,2	9,8
Uruguay	63,8	53,4	41,9	33,2	39,0	30,2

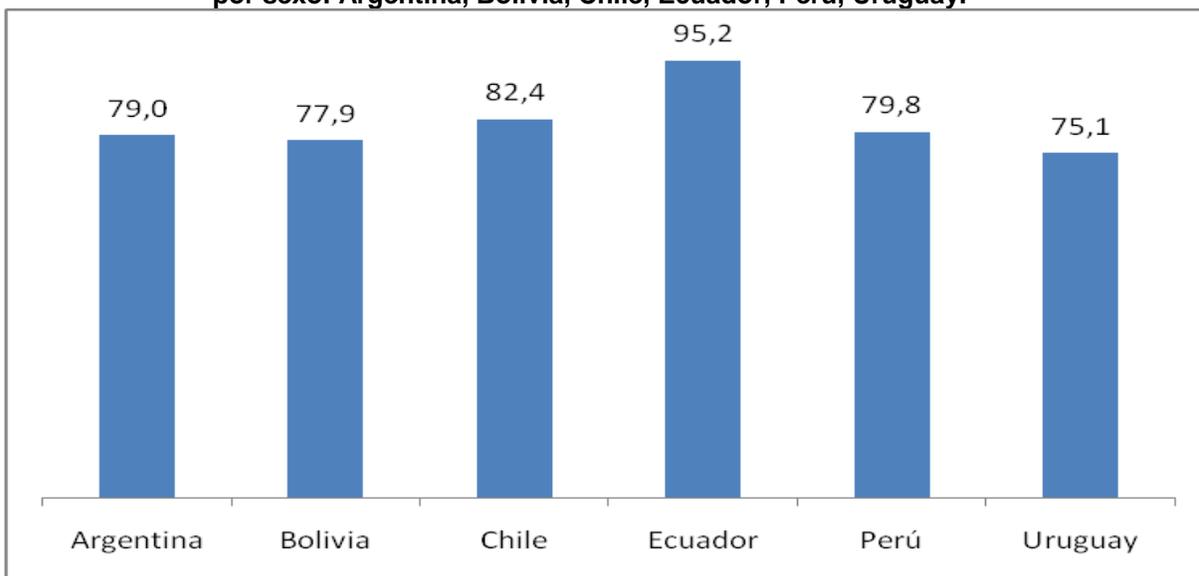
El gráfico 2.2 muestra que los tres países de prevalencia actual más baja (Bolivia, Ecuador y Perú), son también las de inicio en el consumo más tardío.

Gráfico 2.2
Edad de inicio en el consumo de tabaco en población de 15 a 64 años por sexo.
Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay.



Resulta interesante observar que aunque Chile y Ecuador son los dos países con mayor porcentaje de personas que consideran de gran riesgo el consumir tabaco, el primero es el de mayor consumo y el segundo, el de menor.

Gráfico 2.3
Percepción de riesgo de consumir tabaco frecuentemente en población de 15 a 64 años por sexo. Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay.



- **Estudiantes de enseñanza media**

El consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza media de los países de la región muestra patrones diferentes a los de la población general expuestos en el apartado anterior.

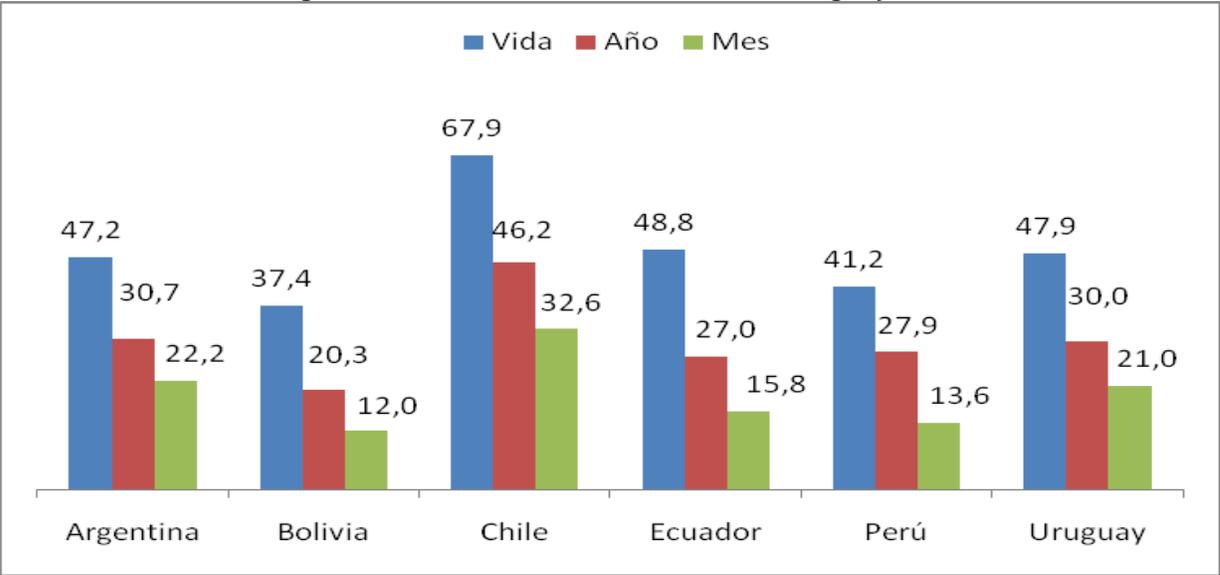
Al igual que lo observado en la población general, Chile presenta las prevalencias de vida, año y mes más altas entre los estudiantes de enseñanza media, mientras que, a diferencia de lo detectado en la población de 15 a 64 años, los estudiantes que menos fuman son los de Bolivia (tanto alguna vez en la vida, como durante el último año y el último mes).

Resulta llamativo que mientras cerca del 70% los estudiantes de Chile han probado tabaco, menos del 40% de los de Bolivia se encuentran en esta situación, mientras que las prevalencias de año de Argentina, Ecuador, Perú y Uruguay oscilan entre el 41 y el 49%.

En cuanto al consumo reciente las diferencias varían entre casi la mitad de los estudiantes de Chile y el 20,3% de los de Bolivia, con prevalencias que oscilan entre el 27% y el 31% para Argentina, Ecuador, Perú y Uruguay.

La prevalencia de último mes o actual, medida más representativa del consumo de tabaco, muestra que mientras un tercio de los estudiantes de Chile fuma actualmente, solo el 12% de los de Bolivia lo hace, alrededor de un 15% de los de Ecuador y Perú y poco más del 20% de los de Argentina y Uruguay.

Gráfico 2.4
Prevalencias (%) de vida, año y mes de tabaco en estudiantes de enseñanza media.
Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay.



Al analizar las prevalencias de vida, año y mes por sexo, se observan dos grupos de países, aquellos con mayor prevalencia femenina (Argentina, Chile y Uruguay) y los que presentan un consumo masculino más elevado (Bolivia, Ecuador y Perú).

Cuando se observa el consumo actual, puede notarse que aquellos países con mayor prevalencia femenina son los que tienen el consumo actual total más alto y la brecha entre sexos es menor, mientras que, por el contrario, aquellos países en los que los estudiantes varones fuman más, son los de menor consumo actual global.

Cuadro 2.4
Prevalencias (%) de vida, año y mes de tabaco en estudiantes de enseñanza media por sexo.
Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay.

Países	Vida		Año		Mes	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Argentina	46,8	47,6	29,1	32,1	21,6	22,7
Bolivia	46,2	29,7	27,1	14,4	17,0	7,6
Chile	64,9	70,6	42,2	49,8	29,6	35,3
Ecuador	58,8	39,9	35,9	19,0	22,6	9,8
Perú	48,7	34,5	34,6	22,0	18,3	9,4
Uruguay	46,3	49,5	27,2	32,5	19,2	22,7

En todos los países de la subregión el consumo aumenta con la edad, tanto cuando se indaga si el estudiante ha probado alguna vez en la vida, como respecto al consumo reciente (último año) y actual (último mes). En este sentido, más de la mitad de los estudiantes de 17 años o más de todos los países analizados ha fumado al menos una vez en su vida, mientras arriba de un 20% lo hace actualmente.

El más alto consumo se observa en los estudiantes chilenos de mayor edad, que han declarado en un 81,1% haber fumado al menos alguna vez en su vida y en un 45,8% haberlo hecho durante el último mes.

En el extremo opuesto, los que menos han fumado son los estudiantes más jóvenes de Bolivia, que han declarado haber probado alguna vez en menos del 25% y fumar actualmente en un 5,7%.

Si se detiene la mirada en el consumo actual, las diferencias entre países se incrementan con la edad de los estudiantes, en especial a partir de los 15 años. Mientras la distancia entre los estudiantes de 14 años más que más consumen y menos consumen es de 13,8 puntos, para los estudiantes de 15 / 16 la distancia entre la mayor y la menor prevalencia es de 24,9 puntos y 25,2, entre los de más edad.

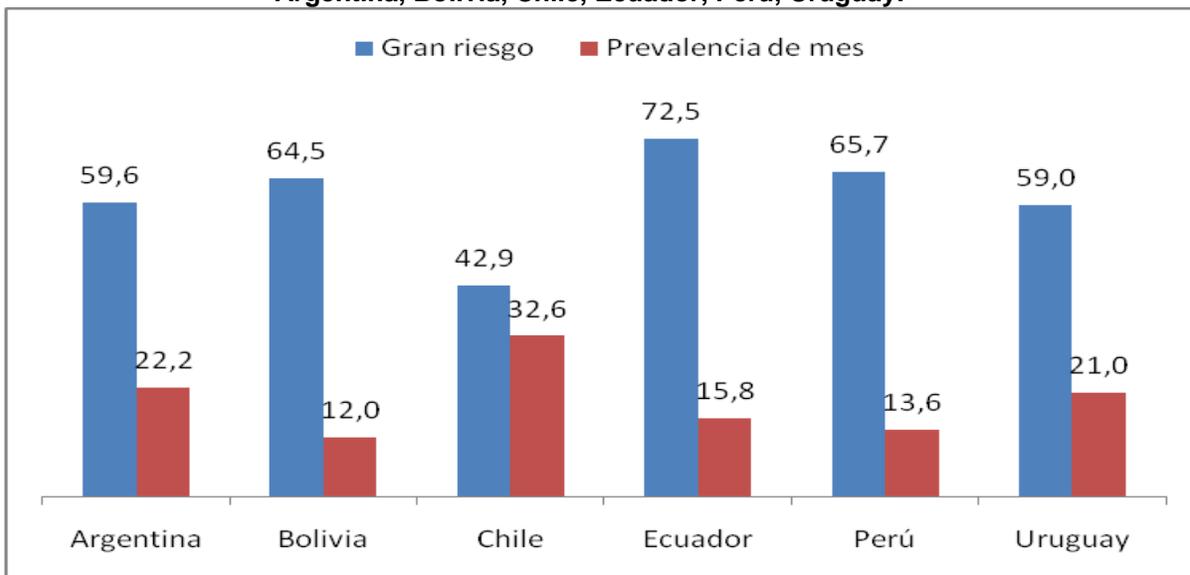
Cuadro 2.5
Prevalencias (%) de vida, año y mes de tabaco en estudiantes de enseñanza media por edad.
Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay.

Países	Vida			Año			Mes		
	Hasta 14 años	15 / 16 años	17 años y más	Hasta 14 años	15 / 16 años	17 años y más	Hasta 14 años	15 / 16 años	17 años y más
Argentina	31,0	52,0	63,3	18,3	34,7	42,7	11,6	24,8	33,8
Bolivia	23,3	38,2	57,0	10,5	20,2	35,0	5,7	11,4	22,0
Chile	53,6	72,7	81,1	33,3	50,3	58,6	19,6	36,3	45,8
Ecuador	33,5	51,8	66,5	14,6	28,3	42,9	6,9	15,8	28,9
Perú	25,7	46,7	54,9	15,4	32,7	38,6	6,2	15,9	20,6
Uruguay	28,7	53,0	68,1	17,0	33,0	44,2	9,7	22,8	34,8

Se presume que el considerar el consumo de una sustancia gran riesgo opera como factor de protección ante el uso de la misma. A tal fin se presenta el gráfico siguiente, que relaciona el consumo actual (prevalencia de mes) con la percepción de gran riesgo de consumir tabaco frecuentemente.

Si bien la relación entre percepción de riesgo y consumo no es lineal, a grandes rasgos, el país de mayor consumo, Chile (32,6%), tiene la percepción de gran riesgo más baja (42,6%), Argentina y Uruguay, que se encuentran en un nivel intermedio de consumo del orden del 20%, detentan una percepción de gran riesgo del orden del 60% mientras los tres países de menor consumo (Bolivia, Perú y Ecuador) son aquellos con percepción de riesgo más alta.

Gráfico 2.5
Percepción de gran riesgo de consumir tabaco frecuentemente
y prevalencia de mes en estudiantes de enseñanza media.
Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay.



Demanda de Tratamiento

El tratamiento de la dependencia del tabaco ayuda a los fumadores a dejar de fumar y es una de las iniciativas acordadas dentro del Convenio Marco de Control del Tabaco en la lucha contra el consumo de tabaco.

A pesar de que la mayoría de los fumadores quiere dejar el hábito, es muy difícil conseguir que lo logren. Según la OMS, la ayuda o asistencia en éste objetivo aumenta considerablemente las tasas de abandono exitoso.

De acuerdo a los datos de este mismo organismo, a la fecha de elaboración de este documento, muy pocos países aseguraban el acceso a una asistencia integral para dejar de fumar.

Los países de ingresos altos han logrado los mayores avances en lo referente a la prestación de asistencia a las personas que desean dejar el tabaco: en 27% de ellos hay en funcionamiento un servicio de asistencia telefónica para dejar de fumar y se cubren, al menos parcialmente, los costos tanto del tratamiento de sustitución con nicotina como de algunos servicios para dejar de fumar, ya que son los que tienen mayor capacidad para dedicar recursos económicos.

Alrededor de una tercera parte de los países de ingresos medianos y menos del 15% de los países de ingresos bajos ofrecen cobertura para los tratamientos de sustitución con nicotina y/o programas para dejar de fumar. Solo cuatro países de ingresos medianos, y ningún país de ingresos bajos, tienen en funcionamiento una línea de atención gratuita para ayudar a dejar de fumar. En la gran mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, los costos de la asistencia para dejar el tabaco no están cubiertos por el Estado; el 8% de los países de ingresos medianos y el 29% de los países de ingresos bajos no ofrecen ningún tipo de asistencia a los fumadores.

Capítulo 3

El consumo en Argentina

En la Argentina, las sustancias de mayor consumo de todo el país son el alcohol y el tabaco. Adicionalmente, si bien Argentina firmó el Convenio Mundial de Control de Tabaco el 25 de Septiembre de 2003, es uno de los pocos países del mundo que todavía no ratificó el convenio.

Sin embargo, durante el periodo de elaboración de este documento se produjeron avances contra el tabaquismo en nuestro país. El Congreso Nacional aprobó la Ley antitabaco acordando los siguientes puntos clave: prohibición total de fumar en ambientes públicos y lugares de trabajo; prohibición total de publicidad, promoción o patrocinio de actividades por empresas tabacaleras de sus marcas en todo tipo de actividad o evento público y a través de cualquier medio de difusión; obligación de incorporar en los paquetes de cigarrillos una imagen y un mensaje que describa los efectos nocivos del consumo a partir del siguiente listado: "Fumar causa impotencia sexual"; "El humo de tabaco es causa de enfermedad y muerte"; "Fumar puede causar amputación de piernas"; "Fumar causa cáncer"; "Fumar causa enfisema pulmonar"; "Fumar causa adicción"; "Fumar causa enfermedades cardíacas y respiratorias"; "La mujer embarazada que fuma causa daños irreparables a su hijo"; "Fumar causa muerte por asfixia"; "Fumar quita años de vida" que ocupe el 50 por ciento inferior de una de las superficies principales. Asimismo en los paquetes no podrán utilizarse expresiones como 'light', 'suaves' u otras que creen la falsa impresión de que un producto con tabaco es menos nocivo que otro y en uno de los laterales del paquete deberá incluirse información sobre el servicio gratuito para dejar de fumar que suministre el Ministerio de Salud; prohibición de la venta de productos elaborados con tabaco a menores de 18 años y también de la venta por unidad a través de máquinas expendedoras o por cualquier método que impida verificar la edad del comprador. La norma impide fumar en lugares de trabajo cerrados y cualquier espacio cerrado destinado al acceso de público y aclara que las personas no fumadoras tendrán derecho de exigir al responsable del local que comine al infractor a cesar en su conducta y deberán colocarse carteles que indiquen dicha prohibición. La ley también regula la composición de cigarrillos en cuanto al alquitrán –máximo, 10 miligramos desde el segundo año de vigencia de la ley–, la nicotina –máximo, un miligramo– y el monóxido de carbono (sustancia altamente tóxica) –10 miligramos–. Por último, se establece el permiso de fumar en patios, terrazas, balcones y demás áreas al aire libre, salvo en establecimientos de salud o de enseñanza primaria y secundaria, así como en clubes de

fumadores o tabaquerías con áreas especiales: Los infractores serán penados con multas que va desde el valor equivalente al precio de venta al público de 250 a un millón de paquetes de cigarrillos de los de mayor precio comercializados en el país.

Para analizar el consumo de tabaco en el país se utilizan datos de dos estudios realizados por el Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR, el Quinto Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años-2010 y la Cuarta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media-2009⁷.

- **PATRONES DE CONSUMO EN POBLACION DE 12 A 65 AÑOS**

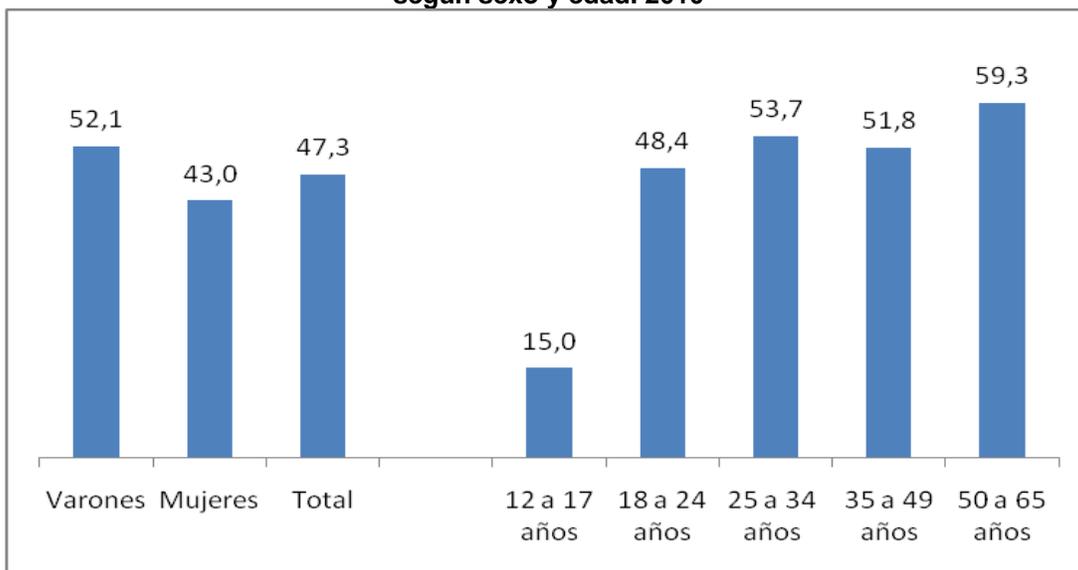
Nivel de consumo

De acuerdo al gráfico 3.1 el 47,3% de las personas de 12 a 65 años admite haber probado alguna vez tabaco, más de la mitad entre los varones, configurándose de ese modo como la segunda sustancia de mayor consumo entre esta población, luego del alcohol.

El porcentaje de personas que ha consumido alguna vez tabaco aumenta sustancialmente a partir de los 18 años y en especial entre los de 50 y 65 años. En este sentido, mientras el 12% de los adolescentes reconoce haber probado, la mitad de los de 18 a 24 años, 25 a 34 años y 35 a 49 años, lo declara, y seis de cada diez de los de mayor edad.

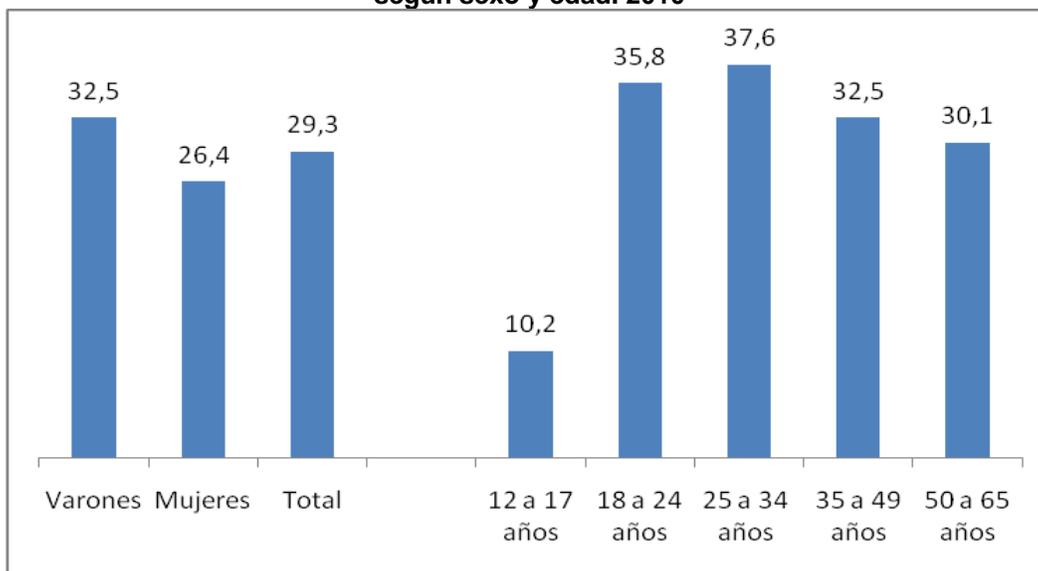
⁷ Para más detalles consultar (<http://www.observatorio.gov.ar/estudiosnacionales.html>)

Gráfico 3.1
Prevalencia (%) de vida de consumo de tabaco en población de 12 a 65 años
según sexo y edad. 2010



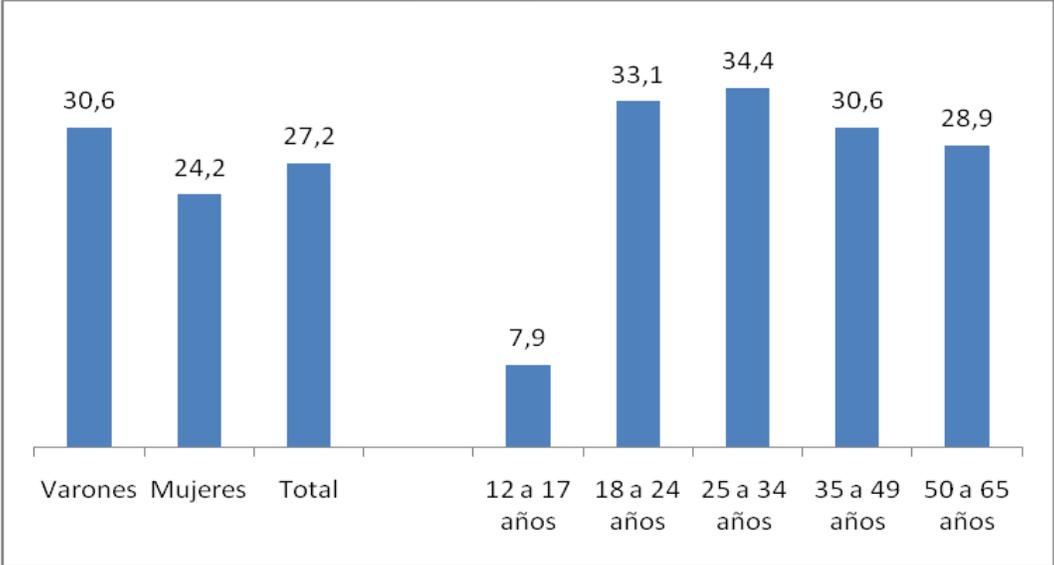
Tres de cada diez personas han fumado durante el último año, más entre los varones, y al igual que lo observado en relación a la prevalencia de vida, el consumo del año aumenta a partir de los 18 años. Mientras que el 10% de los adolescentes reconoce consumo durante ese periodo, entre el 30% y el 38% de los de más edad ha fumado recientemente.

Gráfico 3.2
Prevalencia (%) de año de consumo de tabaco en población de 12 a 65 años
según sexo y edad. 2010



Comparando los gráficos 3.2 y 3.3, casi la totalidad de personas que declararon haber fumado durante el último año, lo seguían haciendo durante el mes en que se realizó la encuesta, lo que se conoce como consumo actual. Con lo que puede decirse que cerca de un 30% de la población de 12 a 65 años del país fuma, más entre los varones, y especialmente a partir de los 18 años.

Gráfico 3.3
Prevalencia (%) de mes de consumo de tabaco en población de 12 a 65 años
según sexo y edad. 2010

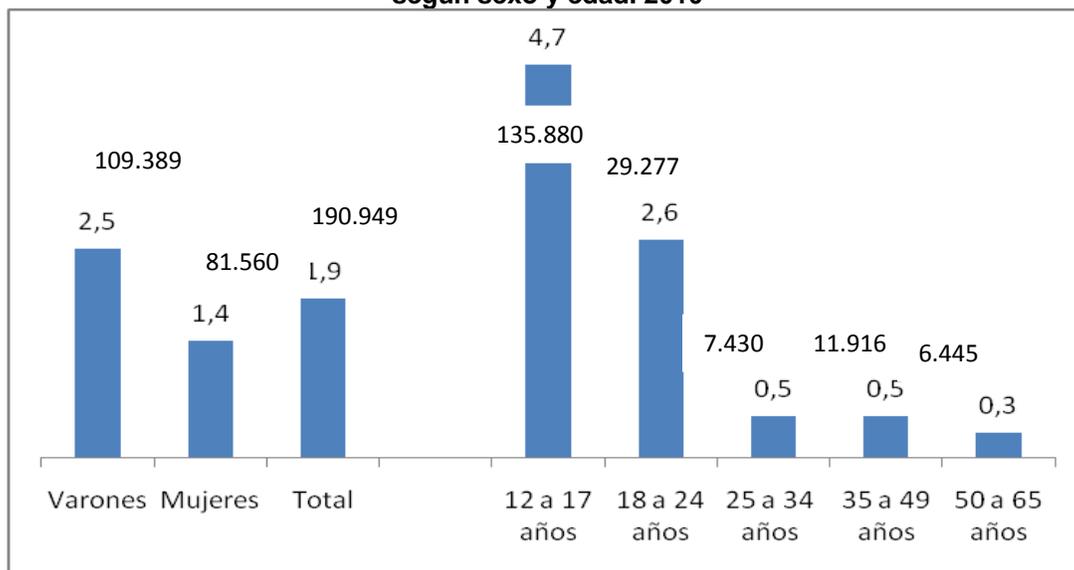


A fin de evaluar el nivel de consumo, interesa analizar también, la celeridad que presenta el consumo en una población determinada, a partir de la incidencia anual, es decir, el porcentaje de población que empezaron a consumir durante el último año.

Según se observa en el gráfico siguiente, la tasa de incidencia de tabaco es muy baja. Apenas un 1,9% (190.949 personas) empezaron a fumar durante el último año, 2,4% de los varones y 1,4% de las mujeres.

En cuanto a la incidencia de acuerdo a la edad de las personas, a medida que aumenta, el porcentaje de nuevos consumidores disminuye, probablemente porque el tabaco es una sustancia de inicio joven en el consumo.

Gráfico 3.4
Incidencia (en % y absolutos) de año de consumo de tabaco en población de 12 a 65 años según sexo y edad. 2010



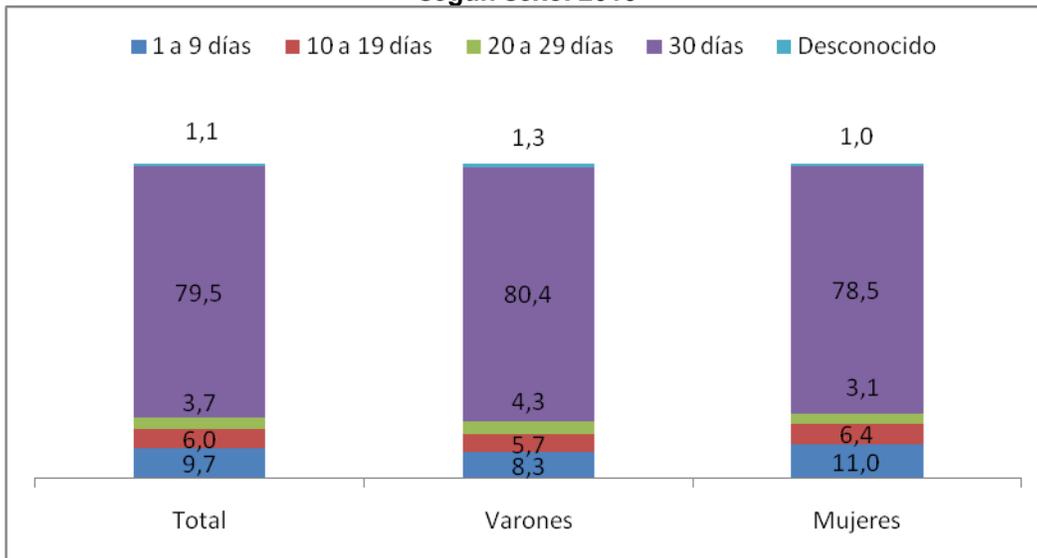
Entre los que fuman actualmente, la edad promedio de inicio en el consumo es de 19 años. Los varones (18 años) se iniciaron en el consumo antes que las mujeres (20 años). En cuanto a la edad promedio de inicio por edad, la misma aumenta hasta los 35 años, siendo de 14 años entre los de 12 a 17 años, 16 años, entre los de 18 a 24 años, 18, para los de 25 a 34 y 20 años para los dos grupos de mayor edad.

Intensidad del consumo

Para analizar la intensidad de este consumo se utilizan dos indicadores. La cantidad de días que fumaron en el último mes y la cantidad de cigarrillos que fumaron por día en igual periodo de tiempo.

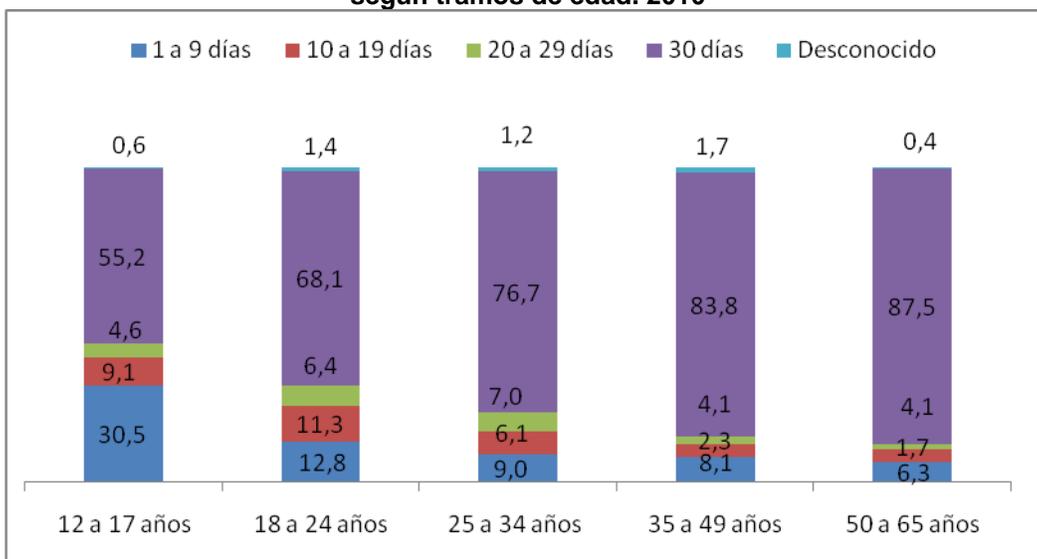
Como se observa en el gráfico siguiente, la mayoría de las personas que fuman lo hacen todos los días, sin importantes diferencias por sexo. El consumo de fin de semana (1 a 9 días por mes) aglutina a alrededor del 10% de los fumadores.

Gráfico 3.5
Cantidad de días que fumaron tabaco en el último mes
según sexo. 2010



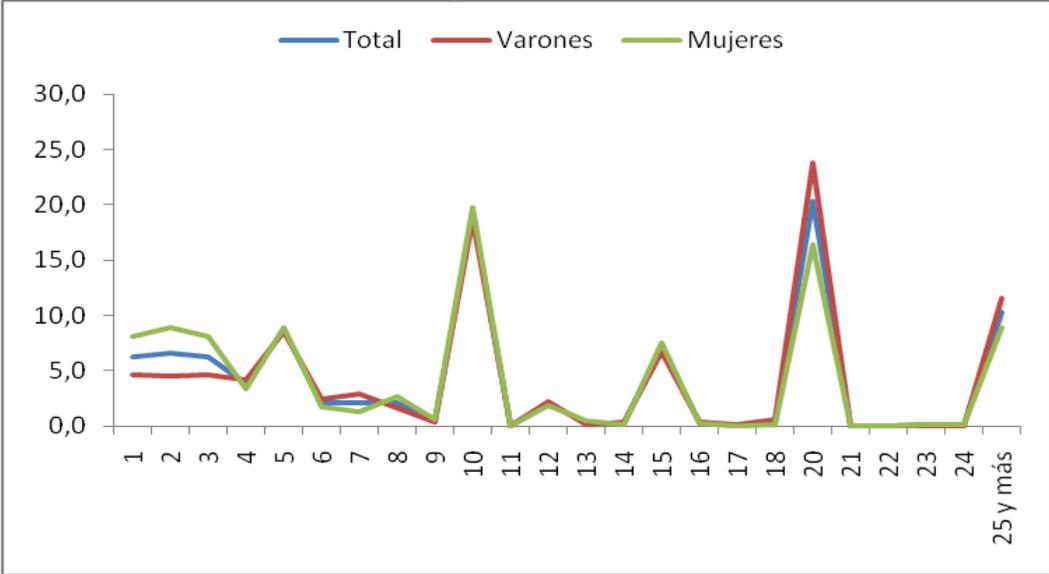
El consumo diario aumenta con la edad de las personas, aunque ya entre los adolescentes supera a la mitad. Con una tendencia inversa, el consumo de fin de semana va decreciendo a medida que las personas envejecen, implicando al 30,5% de los adolescentes fumadores y apenas al 6,3% de los fumadores de 50 a 65 años.

Gráfico 3.6
Cantidad de días que fumaron tabaco en el último mes
según tramos de edad. 2010



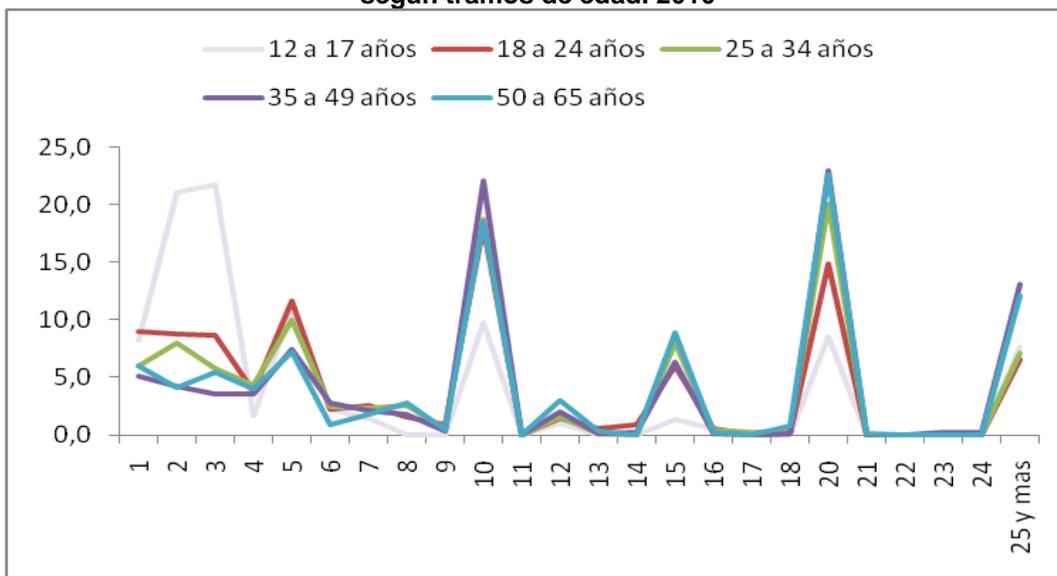
Según se observa en el gráfico 3.7, los consumos más frecuentes son los de un atado de diez cigarrillos y veinte cigarrillos por día, con un leve mayor consumo por parte de los varones.

Gráfico 3.7
Cantidad de cigarrillos fumados por día en el último mes según sexo. 2010



Al analizar la cantidad de cigarrillos consumidos por edad, también se observa que para todas las edades superiores a los 18 años, los consumos más frecuentes son los de un atado (o cajetilla) grande o uno pequeño, mientras que los adolescentes consumen mayormente menos de 5 cigarrillos por día.

Gráfico 3.8
Cantidad de cigarrillos fumados por día en el último mes
según tramos de edad. 2010

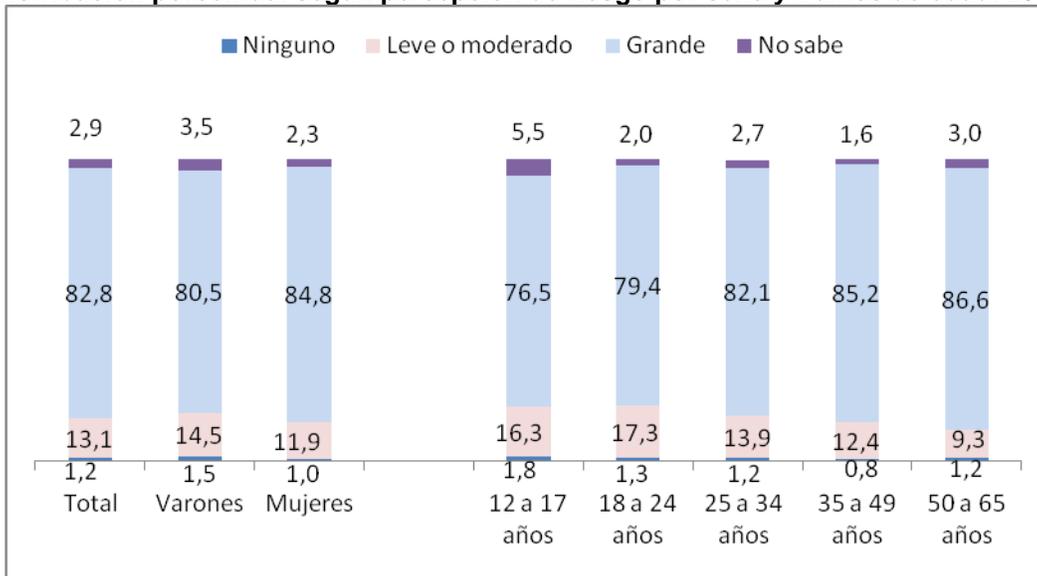


Percepción de riesgo de fumar cigarrillos alguna vez o frecuentemente

Un primer indicador que se analiza es la percepción de riesgo que tienen las personas respecto del hábito de fumar frecuentemente, bajo el supuesto de que el considerarlo de gran riesgo opera como una barrera ante el consumo y el creerlo inocuo es un factor de riesgo.

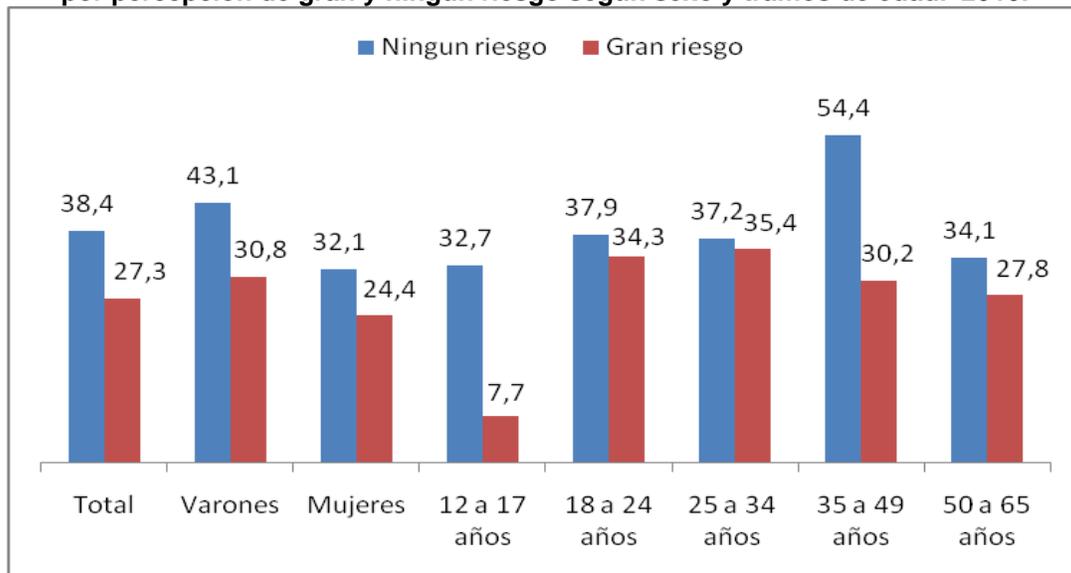
El gráfico siguiente informa que la mayoría considera que fumar frecuentemente es de riesgo grande, un tanto más entre las mujeres que entre los varones, e incrementándose con la edad. El porcentaje de los que piensan que es de ningún riesgo, en ningún caso supera el 1,8% y el de los que desconocen cuál es el peligro tampoco supera el 3,5%.

Gráfico 3.9
Distribución porcentual según percepción de riesgo por sexo y tramos de edad. 2010



Si bien el consumo es en todas las categorías superior entre los que señalan que el fumar frecuentemente es de ningún riesgo, entre los que lo consideran que es altamente riesgoso también fuman en alta proporción. Las diferencias son mayores entre los varones y entre los más jóvenes.

Gráfico 3.10
Prevalencia de año de tabaco por percepción de gran y ningún riesgo según sexo y tramos de edad. 2010.



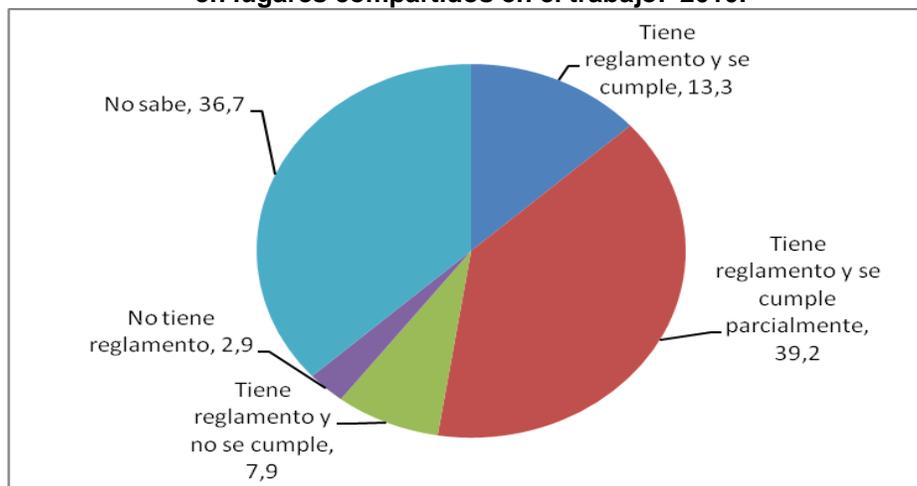
Impacto

A fin de observar el funcionamiento de las prohibiciones de fumar en los lugares de trabajo se le pregunto a la población ocupada si en su trabajo existe algún reglamento que prohíba fumar en lugares compartidos.

Según se observa en el gráfico siguiente, poco más de la mitad de los ocupados declaran que al momento de la realización de la encuesta existía algún tipo de prohibición de fumar en su trabajo, pero solo en el 13,3% de los casos este se cumplía estrictamente, y el 39,2%, en forma parcial.

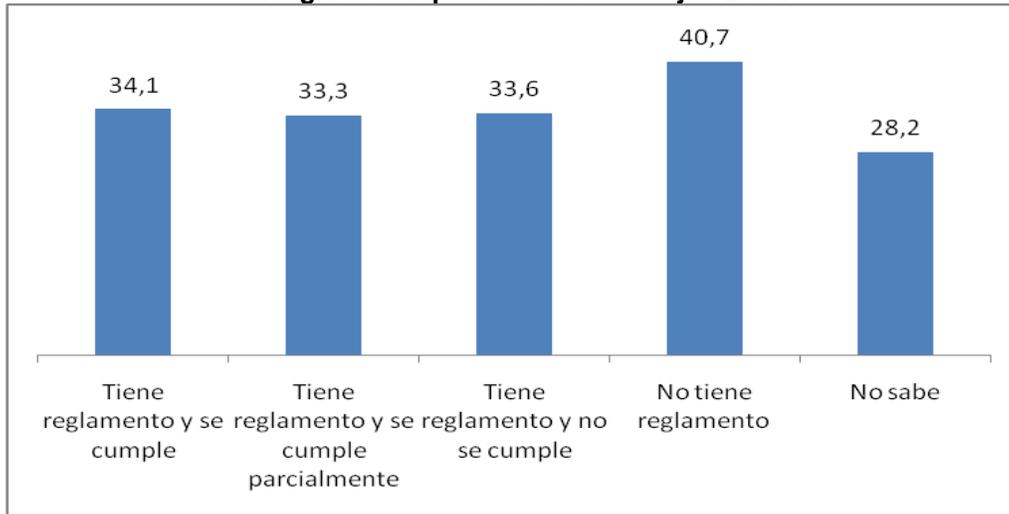
El 36,7% declara desconocer este dato o no responde, por lo que se puede pensar que no existe o no se cumple.

Gráfico 3.11
Existencia de reglamento que prohíba fumar
en lugares compartidos en el trabajo. 2010.



El impacto del reglamento no parece ser muy significativo, ya que si bien aquellos que no cuentan con prohibiciones en sus trabajos fuman en mayor proporción, no lo hacen tanto más que aquellos que si tienen reglamentaciones al respecto en sus lugares de trabajo. Inclusive que este exista y se cumpla total o parcialmente, o no sea respetado, no incide en el comportamiento de las personas.

Gráfico 3.12
Prevalencia de año de tabaco por existencia de reglamento que prohíba fumar en lugares compartidos en el trabajo. 2010.



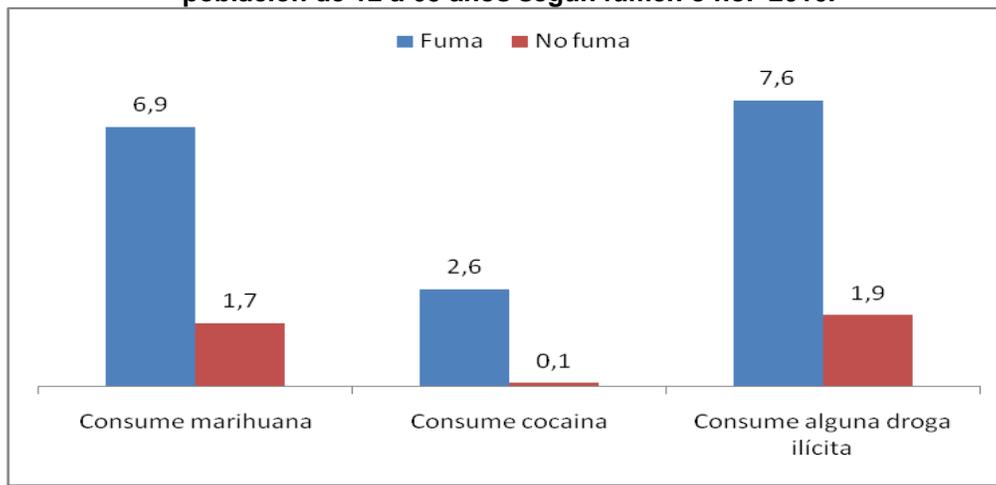
Necesidad de tratamiento

Del total de personas que declaran haber fumado durante el último año, solo el 2,2% ha buscado ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea tabaco u otras, y de estos, el 5,1% ha acudido a grupos de ayuda para problemas de tabaco.

Asociación entre consumo de alcohol y tabaco y drogas ilícitas

Según se observa en el gráfico siguiente las personas que fuman tienen mucha mayor propensión al consumo de marihuana, cocaína o alguna droga ilícita que los no fumadores.

Gráfico 3.13
Prevalencia de año de marihuana, cocaína y alguna droga ilícita en población de 12 a 65 años según fumen o no. 2010.



Tendencia en el consumo anual en población de 16 a 65 años

Para analizar la evolución en el consumo de tabaco se utiliza el siguiente informe elaborado por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD): “Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004 – 2010”⁸ que estudia a la población de 16 a 65 años, por lo cual se focaliza el análisis de la tendencia en esa población.

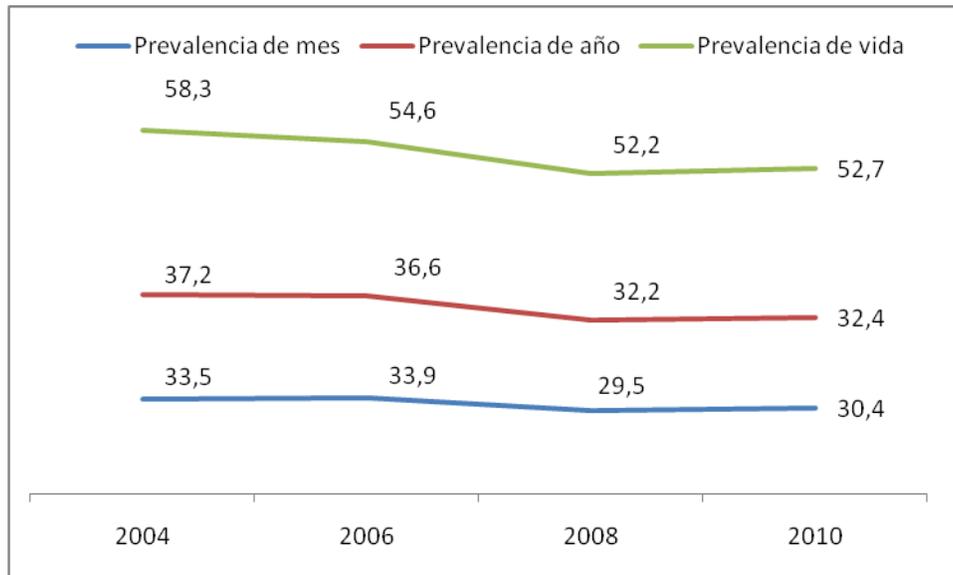
Prevalencia de vida, año y mes

La proporción de personas que alguna vez fumaron en la vida mantiene proporciones estables superiores al 50% a lo largo del periodo analizado, con una tendencia a la baja a lo largo del periodo estudiado.

Hacia el 2010, la tasa de usuarios recientes de tabaco descendió en 5 puntos respecto del 2004, y la de consumo actual, en 3 puntos

⁸ Para más detalles sobre dicho informe consultar www.observatorio.gov.ar

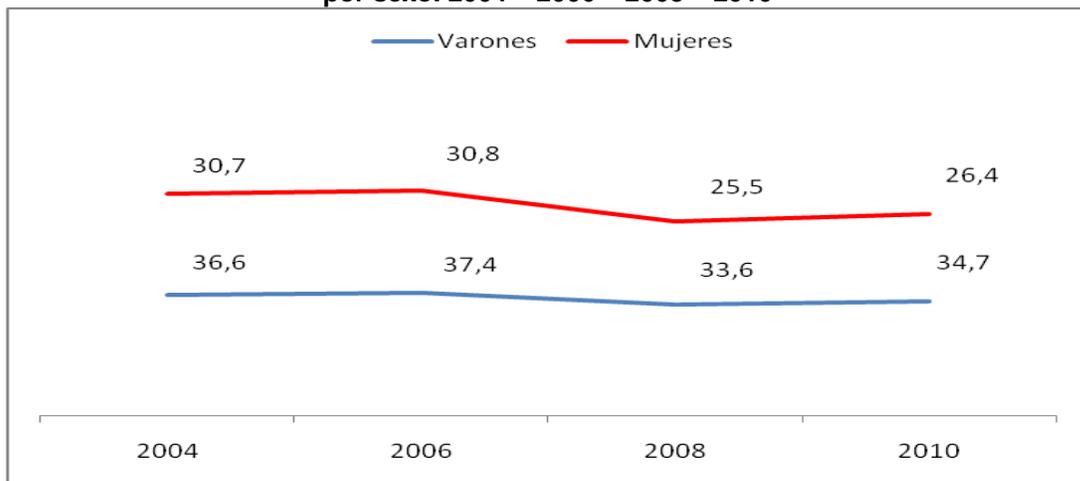
Gráfico 3.14
Prevalencia de vida, año y mes de tabaco en población de 16 a 65 años
por sexo. 2004 – 2006 – 2008 - 2010.



Para profundizar el análisis, se presentan las tasas mensuales específicas por sexo y grupos de edad, en cada uno de los estudios.

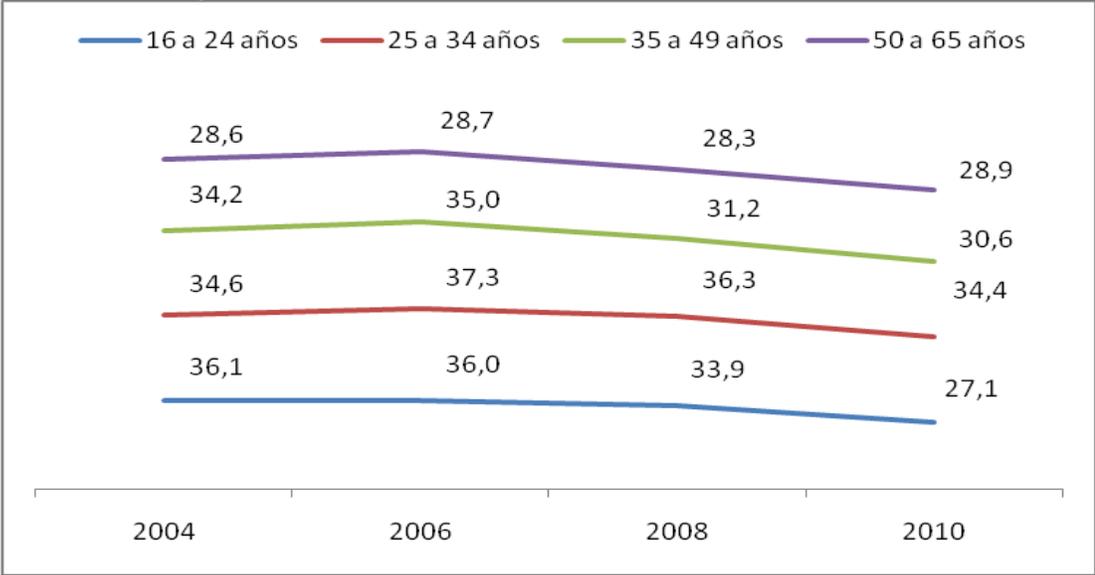
La tendencia en el consumo de tabaco, según la tasa de consumo actual, indica que tanto varones como mujeres en el 2010 fuman menos que en el 2004, pero el descenso fue más pronunciado en las mujeres.

Gráfico 3.15
Prevalencia de mes de tabaco en población de 16 a 65 años
por sexo. 2004 – 2006 – 2008 – 2010



Observando las tasas por grupos de edad, los jóvenes entre 16 a 24 años fuman 9 puntos de porcentaje menos en 2010 que al inicio del periodo bajo análisis y los adultos jóvenes de 35 a 49 años fuman 4 puntos menos. En tanto que no han modificado las tasas de consumo los jóvenes adultos de 25 a 34 años y los mayores, de 50 a 65 años. Estos últimos siempre tuvieron las tasas más bajas, cercanas al 29%.

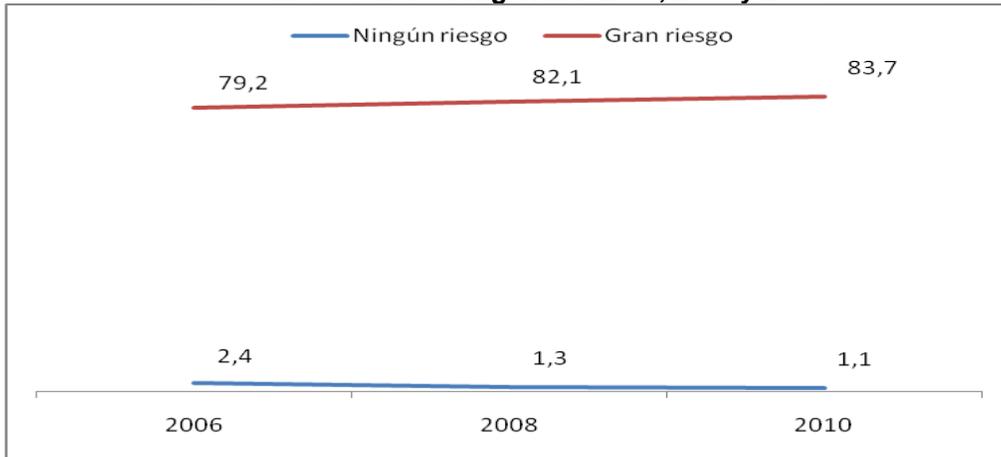
Gráfico 3.16
Prevalencia de mes de tabaco en población de 16 a 65 años
por tramos de edad. 2004 – 2006 – 2008 – 2010



Factores de riesgo-protección asociados al consumo

Auspiciosamente, en el grafico siguiente se observa, que si bien las modificaciones de percepción son sutiles, el porcentaje de personas que consideran de gran riesgo el fumar frecuente ha ido aumentando, y el de los que consideran que es de ningún riesgo, disminuyendo.

Grafico 3.17
Porcentaje de población de 16 a 65 años que evalúan de Ningún y Gran Riesgo el consumo frecuente de tabaco. Argentina 2006, 2008 y 2010



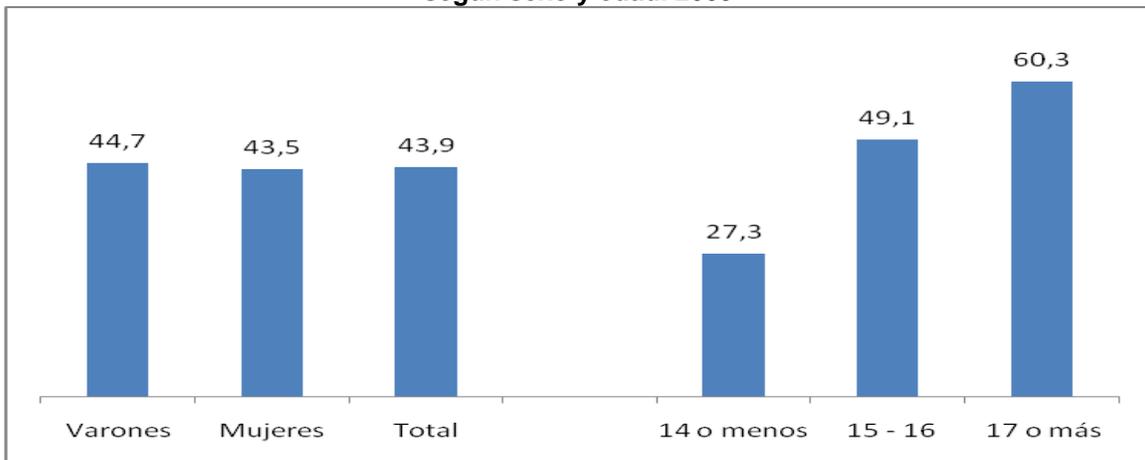
- **PATRONES DE CONSUMO EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA**

Nivel de consumo

De acuerdo al gráfico 3.18 el 43,9% de los estudiantes admite haber probado alguna vez tabaco, sin diferencias por sexo, configurándose de ese modo como la segunda sustancia de mayor consumo entre esta población, luego del alcohol.

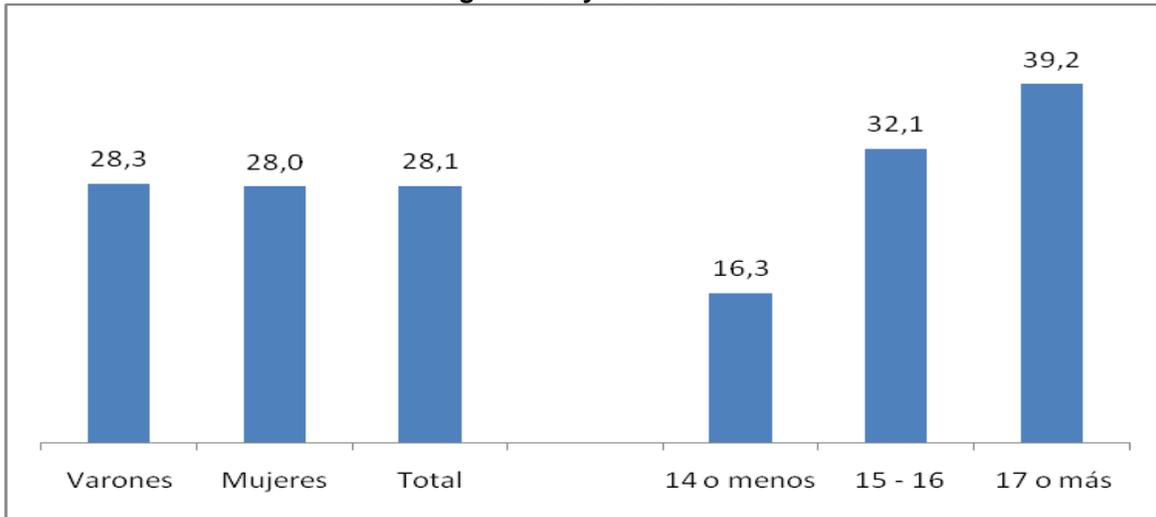
El consumo de tabaco aumenta con la edad de los estudiantes, alcanzando a seis de cada diez de los de mayor edad.

Gráfico 3.18
Prevalencia (%) de vida de consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio según sexo y edad. 2009



De acuerdo al gráfico siguiente, cerca del 30% ha fumado durante el último año, tanto varones como mujeres, y al igual que la prevalencia de vida, el consumo aumenta con la edad, para alcanzar a casi un 40% de los alumnos de 17 años o más.

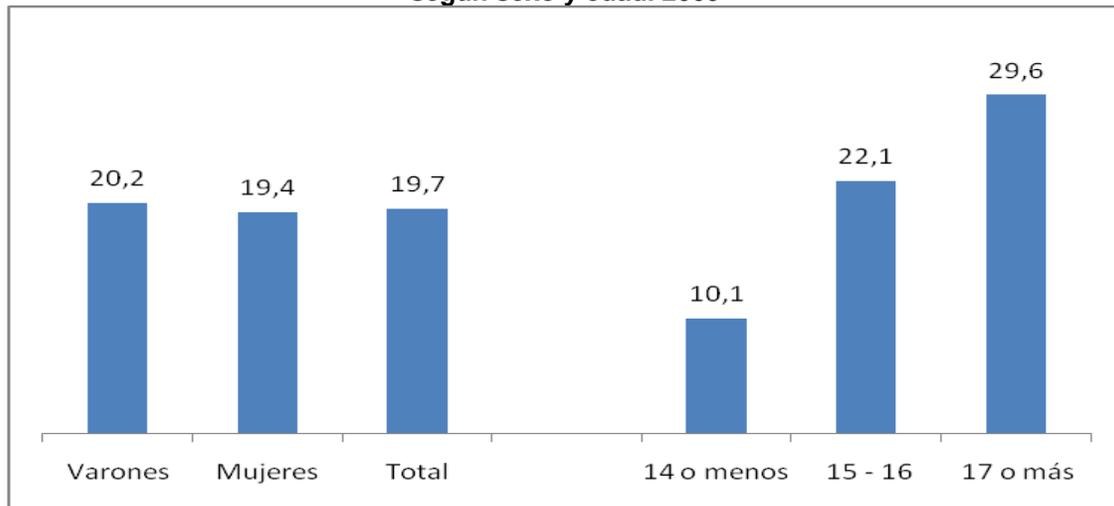
Gráfico 3.19
Prevalencia (%) de año de consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio según sexo y edad. 2009



El consumo actual o del último mes, es la medida más representativa de sustancias de tan alta prevalencia y uso frecuente como el tabaco. Casi un 20% fumaron durante el último mes, tanto varones como mujeres, y tal como se observa al analizar el consumo de vida y de año, el consumo actual de tabaco, aumenta con la edad de los estudiantes.

El gráfico 3.20 nos muestra resultados alarmantes, ya que tres de cada diez estudiantes de nivel medio de 17 años o más fuma y un 10% de los de hasta 14 años también lo hace.

Gráfico 3.20
Prevalencia (%) de mes de consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio
según sexo y edad. 2009

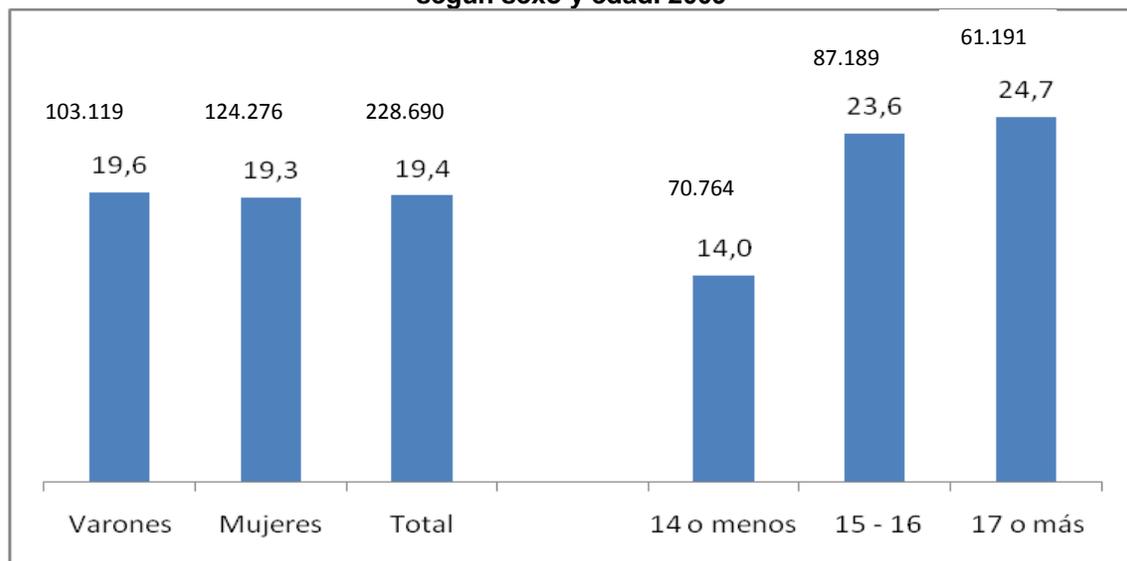


Por otra parte, la edad promedio de inicio en el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de enseñanza media varones y mujeres, es de 13 años.

A fin de evaluar el nivel de consumo, interesa analizar también, la celeridad que presenta el consumo en una población determinada, a partir de la incidencia anual en el consumo, es decir, el porcentaje de estudiantes que empezaron a consumir durante el último año.

Según se observa en el gráfico siguiente, la tasa de incidencia de tabaco, es de 19,4%, que implica 228.690 estudiantes que empezaron a fumar durante el último año. Varones y mujeres se inician en el consumo en la misma proporción, y a medida que aumenta la edad, el ingreso en el consumo se incrementa.

Gráfico 3.21
Incidencia (en % y absolutos) de año de consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio según sexo y edad. 2009

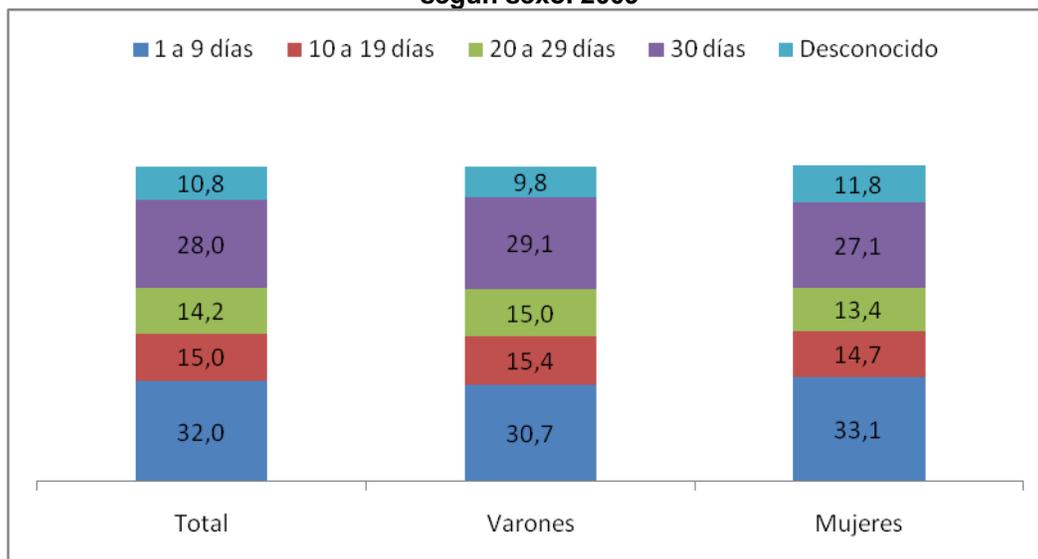


Intensidad del consumo

Para analizar la intensidad de este consumo se utilizan dos indicadores. La cantidad de días que fumaron en el último mes y la cantidad de cigarrillos que fumaron por día en igual periodo de tiempo.

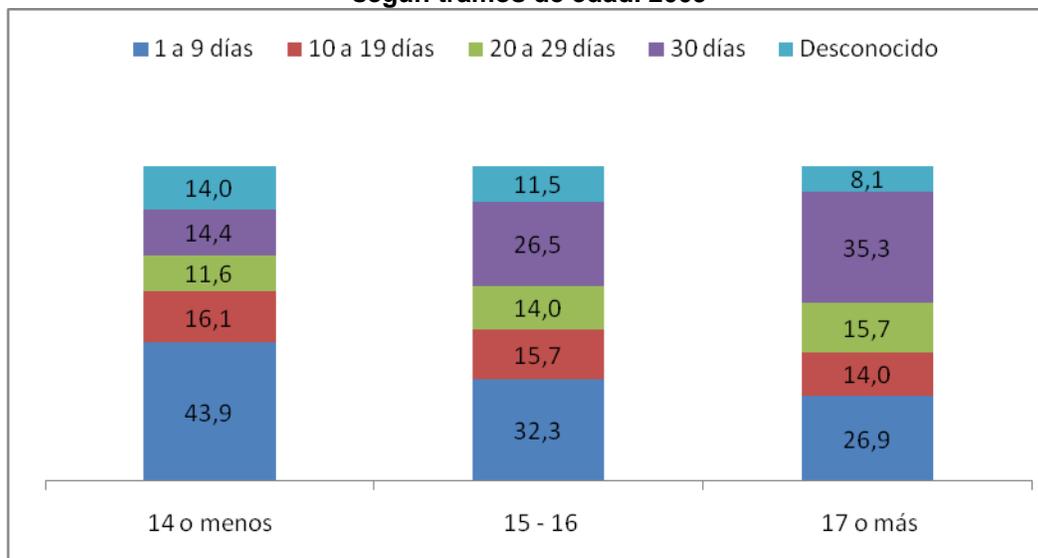
Los estudiantes que fuman actualmente, en promedio lo hacen 16 días al mes, tanto los varones como las mujeres. Y si bien alrededor del 30% de los estudiantes fuman menos de 10 días al mes (lo que puede pensarse como consumo de fin de semana), una proporción similar lo hace todos los días, sin importantes diferencias por sexo.

Gráfico 3.22
Cantidad de días que fumaron tabaco en el último mes los estudiantes de nivel medio según sexo. 2009



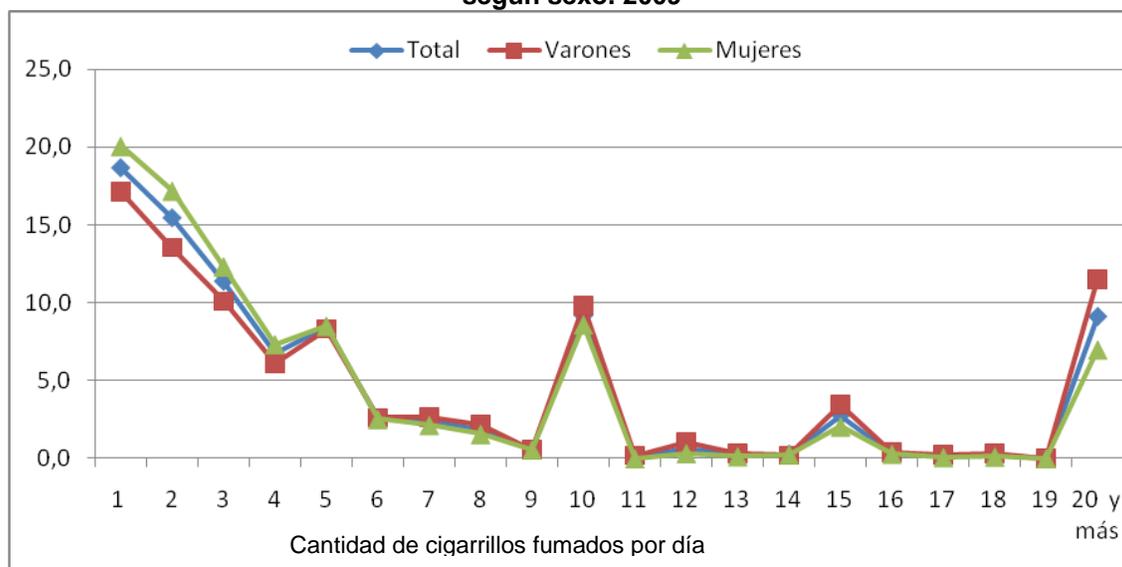
Los estudiantes más grandes fuman una mayor cantidad de días al mes que los más chicos. Un cuarto de los estudiantes de 15 y 16 años fuman todos los días, y un 35,3% de los de 17 años o más están en esa situación. En promedio, los menores fuman 12 días al mes, los de 15 y 16 años, 16 días y los mayores, 18 días.

Gráfico 3.23
Cantidad de días que fumaron tabaco en el último mes los estudiantes de nivel medio según tramos de edad. 2009



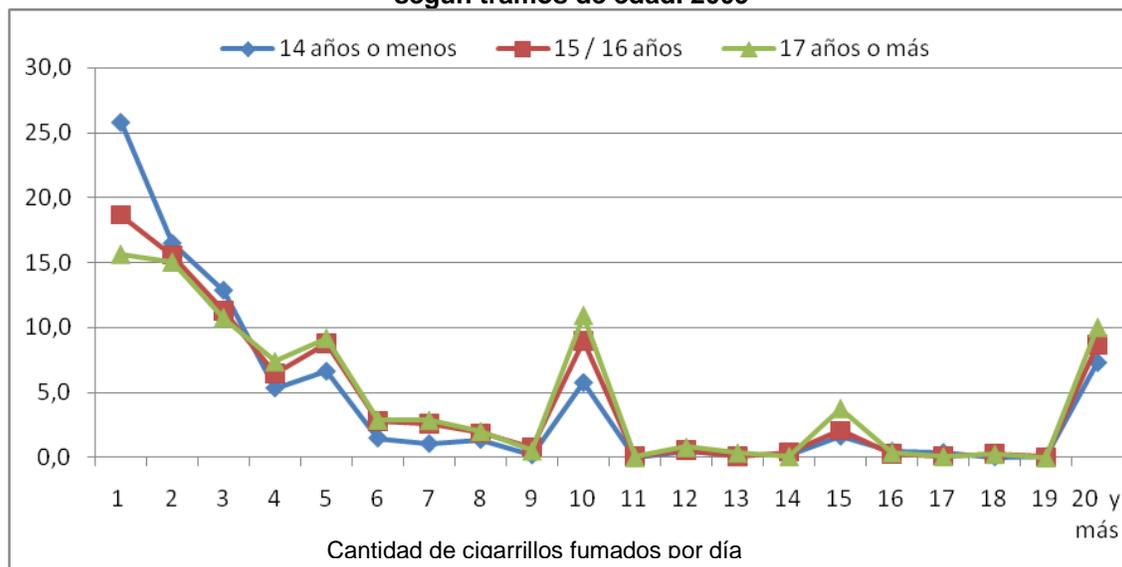
En promedio, los estudiantes fuman 6 cigarrillos por día, más los varones que las mujeres, y, cómo se observa en el gráfico, el mayor porcentaje se observa en los que fuman uno o dos cigarrillos por día, aunque debe resaltarse que alrededor de un 10% de los fumadores, declara que consume 20 cigarrillos o más diarios.

Gráfico 3.24
Cantidad de cigarrillos fumados por día en el último mes por los estudiantes de nivel medio según sexo. 2009



Según se observa, los estudiantes más jóvenes fuman en mayor proporción 1 ó 2 cigarrillos por día, mientras, por el contrario, la proporción que fuma 20 o más se incrementa levemente con la edad.

Gráfico 3.25
Cantidad de cigarrillos fumados por día en el último mes por los estudiantes de nivel medio según tramos de edad. 2009



Factores de riesgo-protección asociados al consumo

A fin de analizar con mayor profundidad el consumo de tabaco en adolescentes escolarizados, se relaciona el consumo con factores personales y contextuales.

En el análisis de los indicadores sobre los factores de riesgo-protección asociados al consumo se incluyen estímulos o situaciones sociales, familiares y personales que determinan una mayor o menor vulnerabilidad respecto del uso de drogas y en este estudio

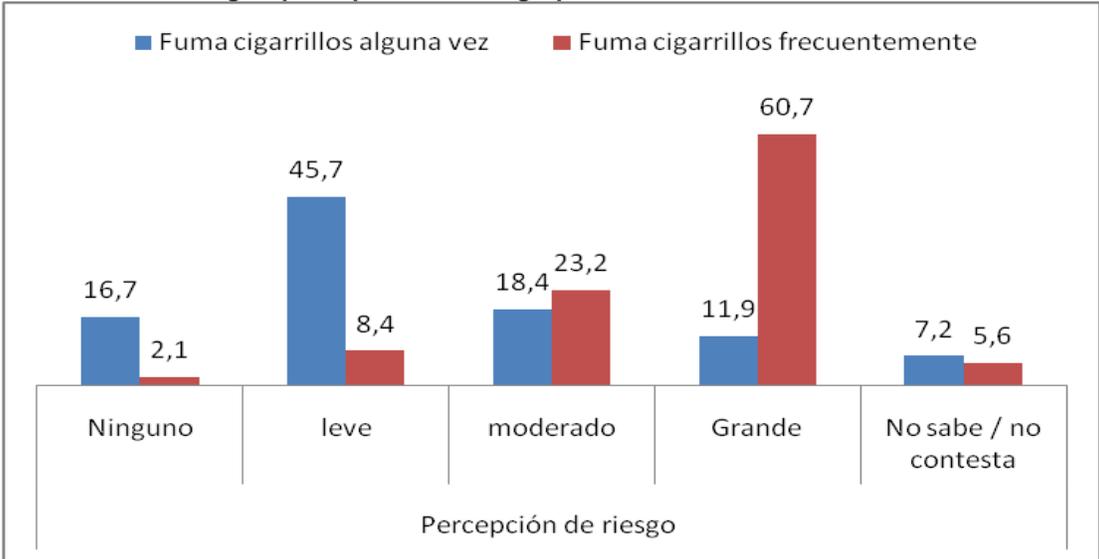
Percepción de riesgo de fumar cigarrillos alguna vez o frecuentemente

Un primer indicador que se analiza es la percepción de riesgo que tienen los estudiantes respecto del acto de fumar, ya sea ocasional o frecuentemente, bajo el supuesto de que el considerarlo de gran riesgo opera como una barrera ante el consumo y el creerlo inocuo es un factor de riesgo.

El gráfico siguiente informa que la mayoría de los estudiantes consideran de ningún o leve riesgo el fumar alguna vez, mientras que apenas un poco más del 10% lo entiende o piensa como peligroso. A sabiendas que el hábito de fumar se adquiere al tiempo de hacerlo ocasionalmente, estos resultados parecen alarmantes.

Las percepciones al respecto de fumar frecuentemente también llaman la atención, ya que apenas un 60,7% señala que el riesgo es grande, mientras que a un 23,2% le parece que es moderado y a un 10,5% que es leve o nulo.

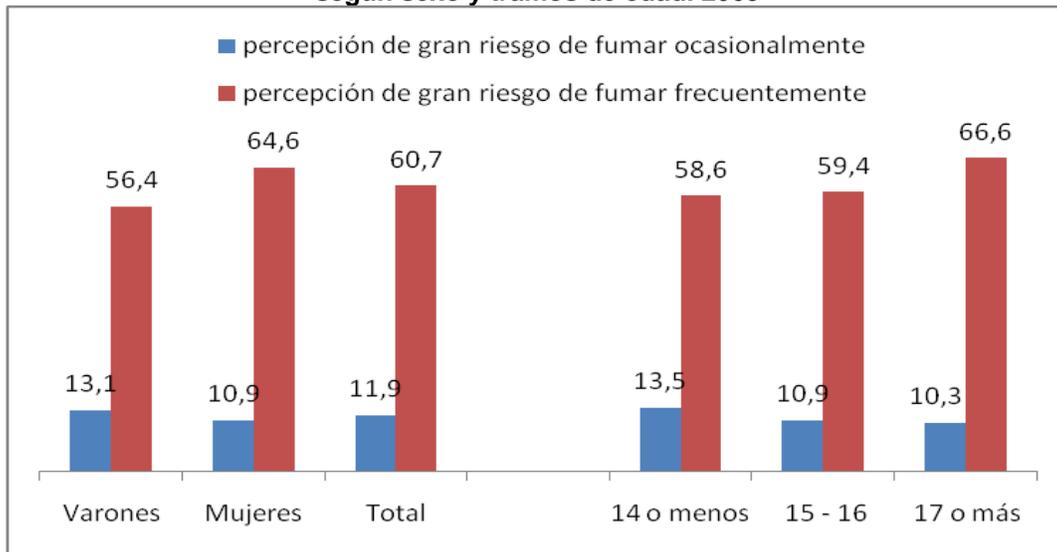
Gráfico 3.26
Distribución porcentual de los estudiantes de nivel medio
según percepción de riesgo por frecuencia de uso. 2009



Los varones muestran mayor percepción de gran riesgo de fumar ocasionalmente que sus compañeras, mientras que ellas consideran en mayor porcentaje que hacerlo frecuentemente es muy peligroso.

Si se analiza por grupos de edad, puede observarse que en cuanto al fumar alguna vez, los más chicos son los que muestran mayor percepción de gran riesgo, mientras que en relación al consumo frecuente, los de 17 años y más son los más conscientes respecto del peligro.

Gráfico 3.27
Porcentaje de estudiantes que consideran de gran riesgo el fumar
según sexo y tramos de edad. 2009



El cuadro siguiente pone a prueba la hipótesis y analiza el consumo de tabaco para los estudiantes según consideren el fumar alguna vez y frecuentemente de ningún o gran riesgo, por sexo y por grupo de edad. En este sentido, si bien todos los adolescentes fuman en alguna proporción, la percepción de gran riesgo parece operar como barrera al consumo, ya que para ambos sexos y para todos los grupos de edad, los que lo consideran inocuo fuman en considerable mayor proporción que los que lo señalan como de gran riesgo. La excepción la configuran los estudiantes de 17 años y más (que son los que más fuman), porque consumen en la misma proporción independientemente de su percepción respecto a la peligrosidad del hábito.

Cuadro 3.1
Prevalencia de año de tabaco en estudiantes de nivel medio
por percepción de gran y ningún riesgo según sexo y tramos de edad. 2009.

Sexo y tramos de edad	Frecuencia del consumo de cigarrillos	Percepción de riesgo y prevalencia de año de consumo de tabaco	
		Ninguno	Grande
Total	Alguna vez	39,3	19,1
	Frecuentemente	33,5	25,7
Varones	Alguna vez	39,8	19,4
	Frecuentemente	35,8	26,1
Mujeres	Alguna vez	38,7	18,7
	Frecuentemente	30,7	25,4
14 años o menos	Alguna vez	26,0	11,1
	Frecuentemente	24,1	14,5
15 – 16 años	Alguna vez	42,6	20,7
	Frecuentemente	41,8	28,5
17 años o mas	Alguna vez	49,6	30,4
	Frecuentemente	37,6	36,0

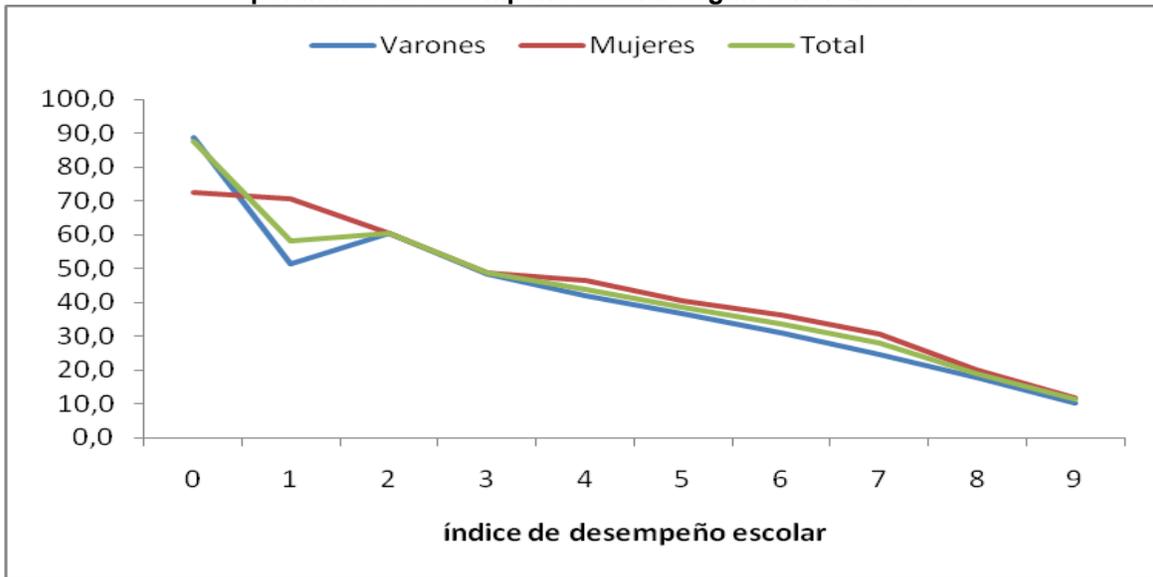
Índice de desempeño escolar

A partir de diversos indicadores relativos a la performance de los estudiantes en la escuela (si han repetido, si han tenido problemas de conducta, si se ausentan frecuentemente, si el colegio es exigente y estricto), se construyó la escala o índice de desempeño escolar. El índice varía entre 0 y 9, donde el valor 0 indica la peor situación o peor desempeño escolar y 9 es el valor que indica la mejor performance. Este mejor desempeño significa que el estudiante no ha repetido, asiste a un colegio que considera exigente y estricto, no ha faltado con frecuencia, ni ha tenido problemas de comportamiento o disciplina.

Según se observa en el gráfico 3.28 a medida que mejora el desempeño el consumo disminuye significativamente, siendo de cerca del 90% entre los de peor desempeño y de aproximadamente el 10% para los de mejor performance. Esta tendencia se observa para

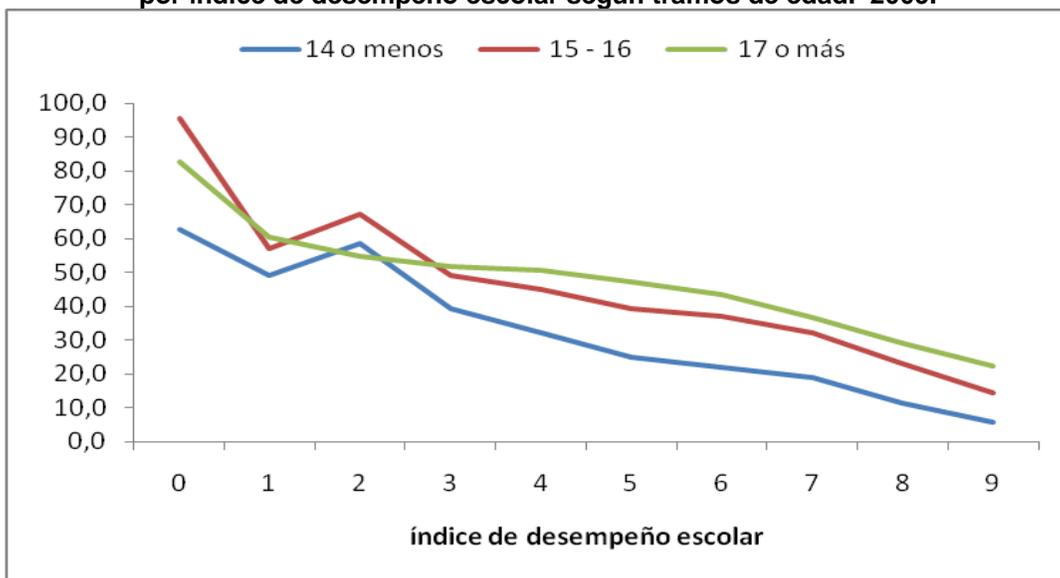
ambos sexos, aunque los varones de peor ubicación en la escala consumen más que las mujeres en la misma situación.

Gráfico 3.28
Prevalencia de año de tabaco en estudiantes de nivel medio
por índice de desempeño escolar según sexo. 2009.



El gráfico siguiente muestra que los tres grupos de edad se comportan siguiendo la misma tendencia, lo cual confirma lo influyente que es la escuela en el hecho de que los adolescentes adquieran hábitos nocivos.

Gráfico 3.29
Prevalencia de año de tabaco en estudiantes de nivel medio
por índice de desempeño escolar según tramos de edad. 2009.

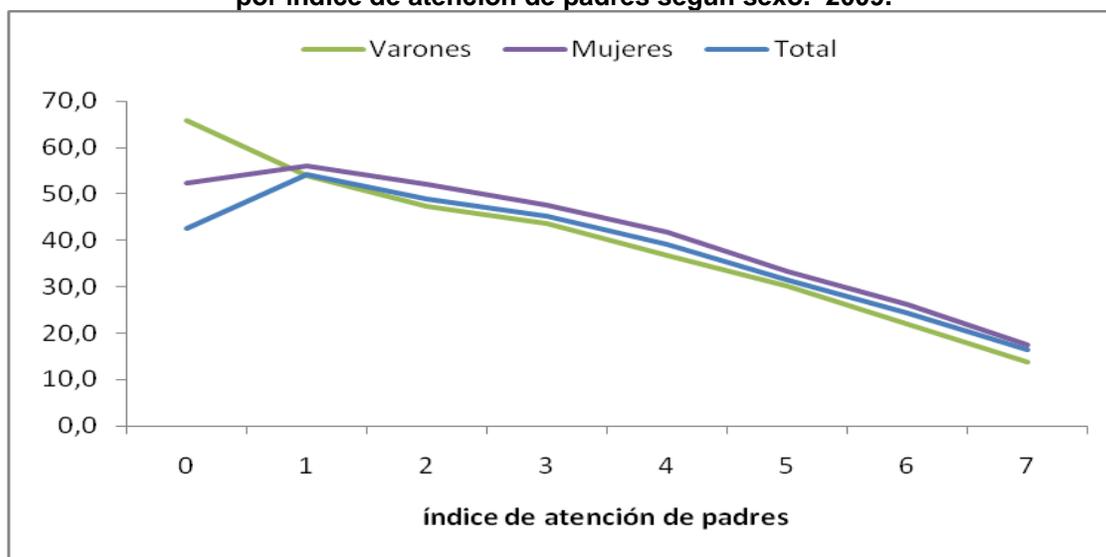


Nivel de atención de los padres

En función de los diversos indicadores relativos a la atención de los padres en la vida de los hijos de acuerdo a la perspectiva de estos, se construyó una escala que va de 0 a 7, donde 7 indica el mayor nivel de atención, que significa que los padres siempre o casi siempre saben a dónde están sus hijos, se fijan en los programas de televisión que miran, están bastante atentos a lo que los estudiantes hacen en el colegio, todos los días o seis días a la semana comparten el espacio del desayuno, almuerzo, merienda o cena, controlan a qué hora llegan los chicos cuando salen de noche los fines de semana, saben a dónde van o esperan que sus hijos les digan a dónde van los fines de semana cuando salen y conocen bastante a sus amigos más cercanos.

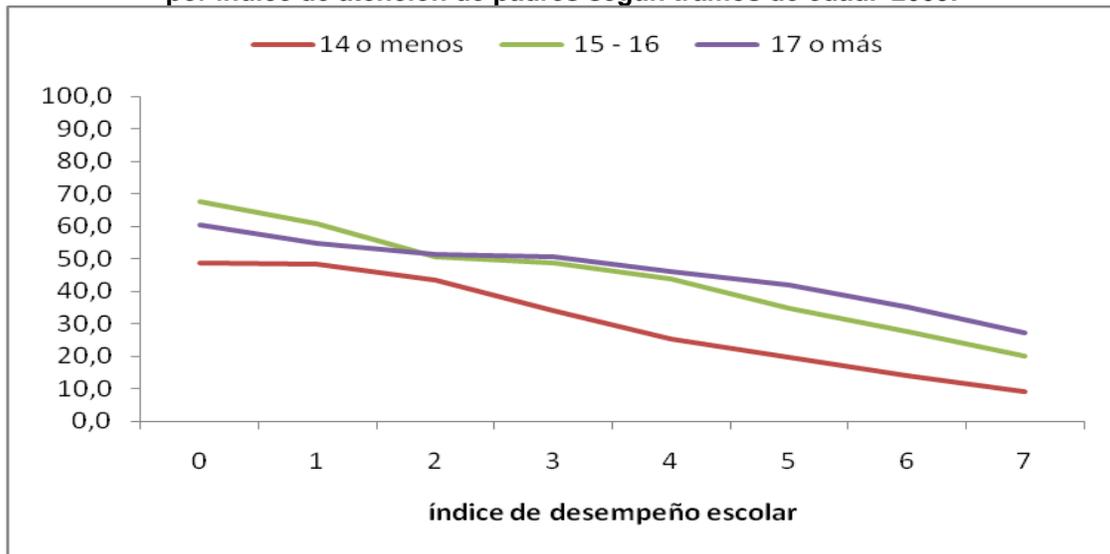
El gráfico 3.30 permite observar que cuando los adolescentes perciben mayor atención por parte de sus padres consumen menos que cuando consideran que estos son desaprensivos, para ambos sexos, aunque los varones de peor ubicación en la escala consumen más que las mujeres en la misma situación.

Gráfico 3.30
Prevalencia de año de tabaco en estudiantes de nivel medio
por índice de atención de padres según sexo. 2009.



La misma tendencia se observa sin importar la edad de los estudiantes.

Gráfico 3.31
Prevalencia de año de tabaco en estudiantes de nivel medio
por índice de atención de padres según tramos de edad. 2009.



Motivos de consumo

Resulta fundamental indagar también cuales son los motivos por los que los estudiantes piensan que las personas fuman, ya que podrían ser considerados como las razones por las que ellos lo hacen o podrían hacerlo

En este sentido, tanto varones como mujeres señalan como primera razón la búsqueda de placer (28%) y aparece en segunda instancia el desinterés respecto a los daños que produce el tabaco como causa importante (24,9%).

Cuadro 3.2
Distribución porcentual de los estudiantes de nivel medio
según razones de consumo de tabaco por sexo. 2009.

Pensás que la gente consume tabaco preferentemente porque:	Sexo		
	Varones	Mujeres	Total
No está informada sobre los daños que producen	9,9	7,6	8,7
Tiene problemas personales	14,5	16,0	15,3
Le gusta, le divierte, le da placer	30,9	25,9	28,0
Esta informada pero no le importa	22,1	27,3	24,9
Porque la mayoría de sus amigos consume	15,9	16,8	16,3
Otra	2,4	2,2	2,3

Cada porcentaje es independiente entre si y está calculado sobre el total de estudiantes y el total de varones y mujeres.

Para los estudiantes de los tres grupos de edad la primera causa del consumo de tabaco es la búsqueda de placer, y la segunda el desinterés respecto de los daños que produce el cigarrillo. El imaginario en torno a las razones de uso de tabaco tiende a homogeneizar a los grupos de estudiantes.

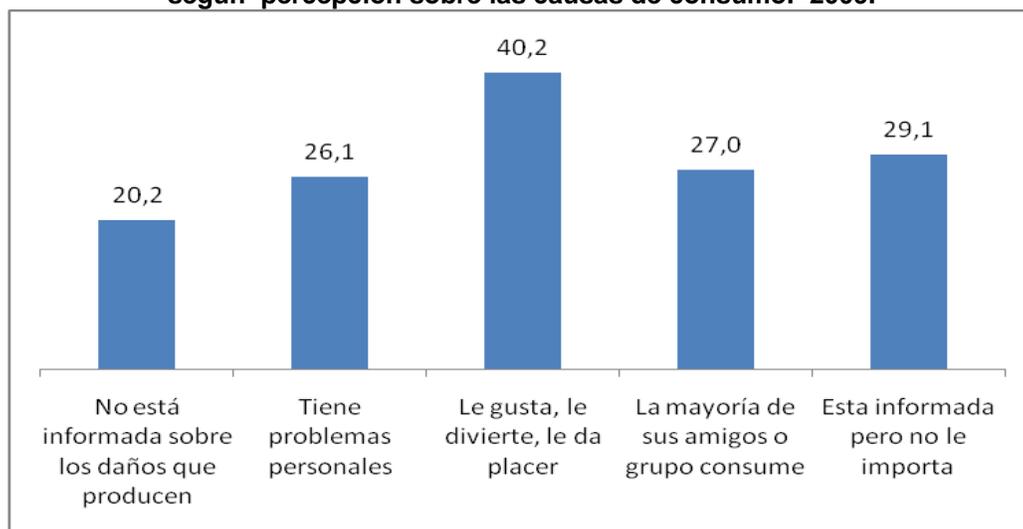
Cuadro 3.3
Distribución porcentual de los estudiantes de nivel medio
según razones de consumo de tabaco por tramos de edad. 2009.

Pensás que la gente consume tabaco preferentemente porque:	Edad		
	14 o menos	15 y 16	17 y más
No está informada sobre los daños que producen	10,7	8,0	6,2
Tiene problemas personales	19,2	14,5	10,7
Le gusta, le divierte, le da placer	24,8	28,9	32,2
Esta informada pero no le importa	22,1	25,1	28,4
Porque la mayoría de sus amigos consume	15,6	17,1	16,9
Otra	2,0	2,3	2,7

Cada porcentaje es independiente entre si y está calculado sobre el total de estudiantes y el total de cada grupo de edad.

Los estudiantes que más fuman son aquellos que consideran que el motivo del consumo es la diversión y el placer, mientras que la más baja prevalencia se observa entre los que piensan que la razón principal es la desinformación.

Gráfico 3.32
Prevalencia de año de tabaco en estudiantes de nivel medio
según percepción sobre las causas de consumo. 2009.



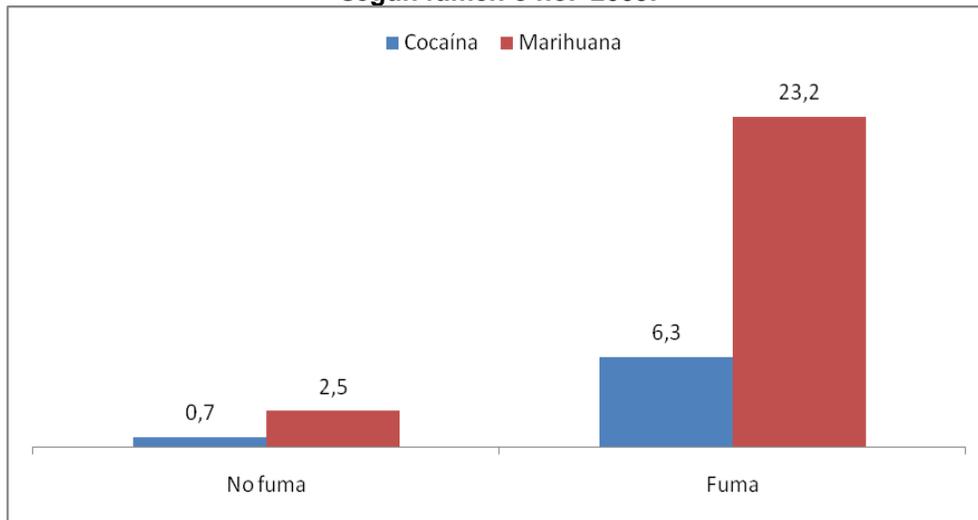
Asociación entre consumo de alcohol y tabaco y drogas ilícitas

El consumo de tabaco en adolescentes es un factor de riesgo para el consumo de otras sustancias psicoactivas. La experiencia nacional e internacional indica que entre la población que usa sustancias lícitas, la probabilidad de consumo de sustancias ilícitas es mayor.

El siguiente gráfico muestra cómo se asocian el consumo de tabaco con el de marihuana y cocaína. Entre los estudiantes que fumaron en el último año, el consumo de marihuana fue del 23,2%, mientras que entre los no fumadores, esta tasa es del 2,5%.

Con una distancia menor, entre los fumadores, el consumo de cocaína es del 6,3% frente al 0,7% en el grupo de los no fumadores.

Gráfico 3.33
Prevalencia de año de marihuana y cocaína en estudiantes de nivel medio según fumen o no. 2009.

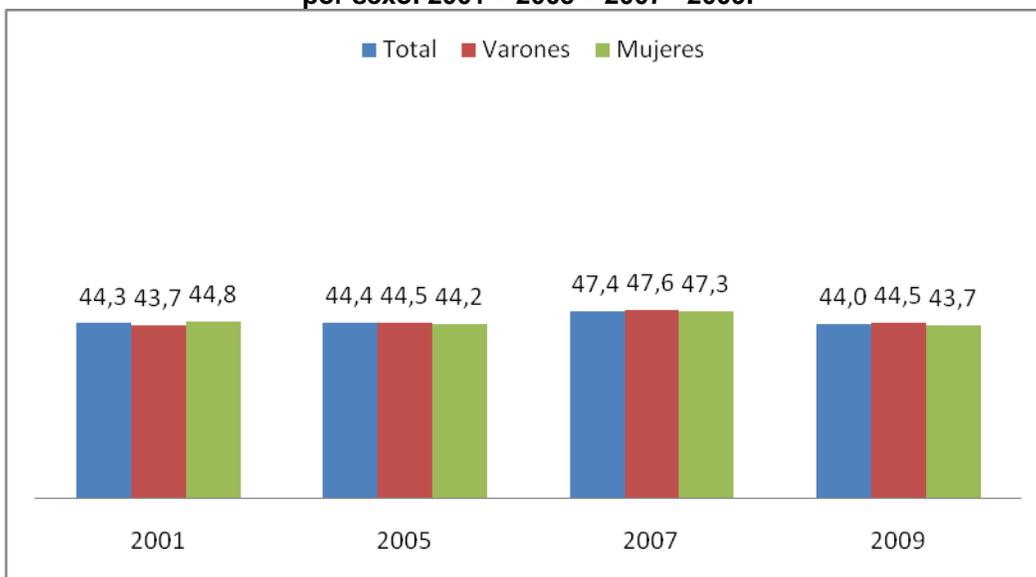


Tendencia en el consumo anual en estudiantes de nivel medio

Prevalencia de vida, año y mes

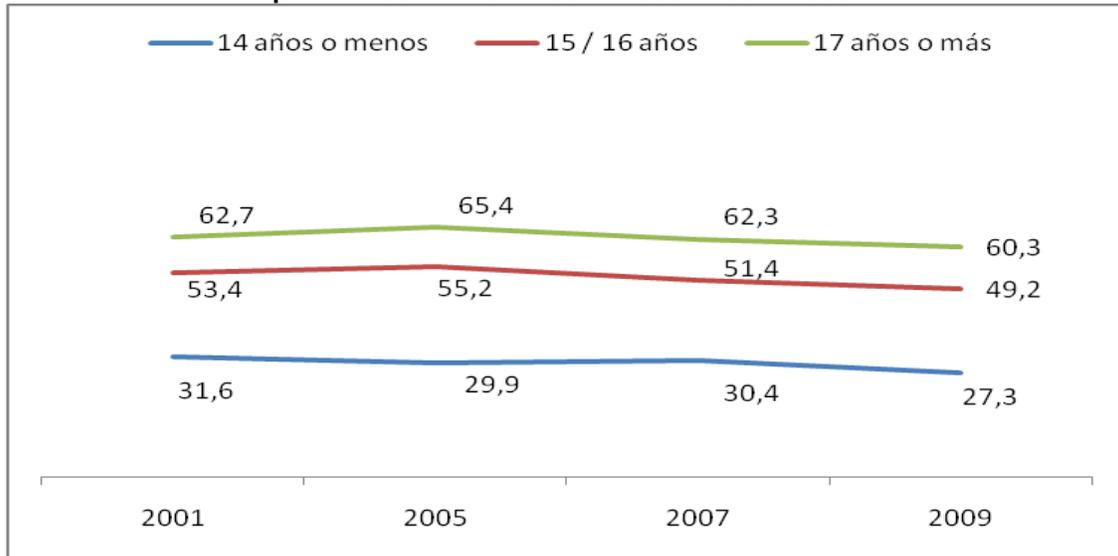
El gráfico 3.34 muestra una tendencia estable en el consumo de alguna vez en la vida e indica también que el mismo es casi idéntico para varones y mujeres.

Gráfico 3.34
Prevalencia de vida de tabaco en estudiantes de nivel medio por sexo. 2001 – 2005 – 2007 - 2009.



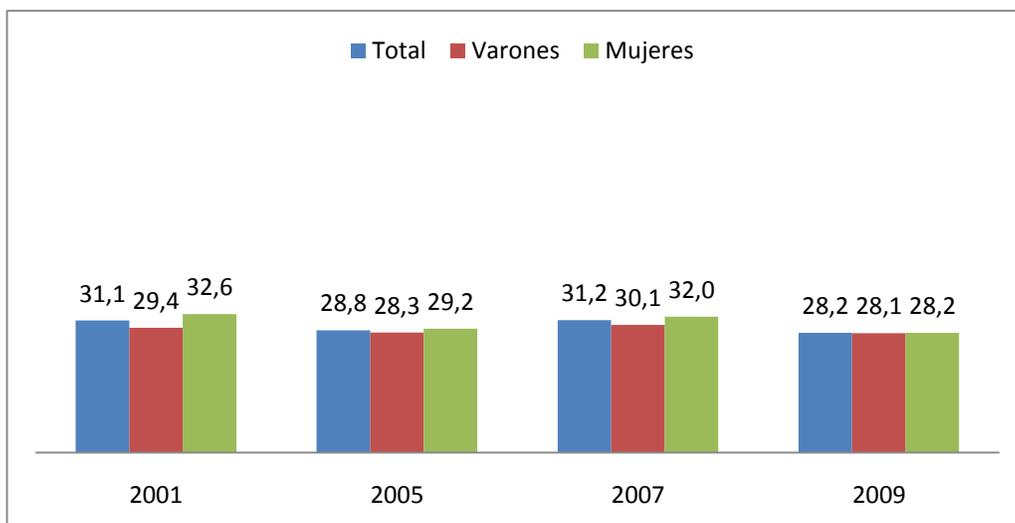
Al analizar por edad se observa que el consumo ha bajado comparando el primer y el último periodo, en especial para los dos grupos más jóvenes.

Gráfico 3.35
Prevalencia de vida de tabaco en estudiantes de nivel medio
por tramos de edad. 2001 – 2005 – 2007 - 2009.



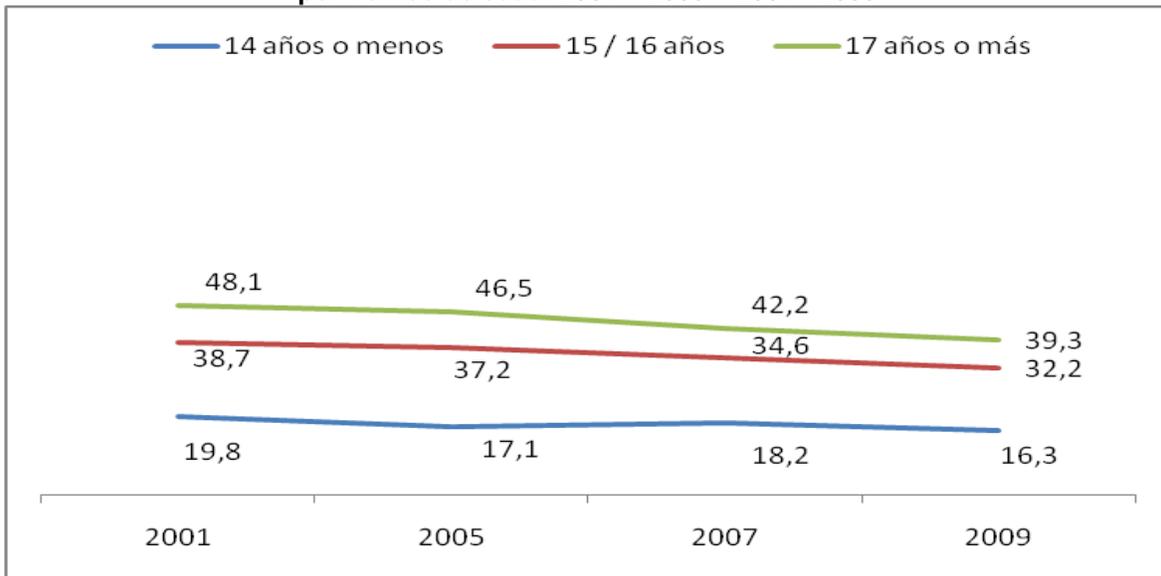
En cuanto al consumo reciente, no se observan diferencias significativas por sexo, y la tendencia es lentamente decreciente.

Gráfico 3.36
Prevalencia de año de tabaco en estudiantes de nivel medio
por sexo. 2001 – 2005 – 2007 - 2009



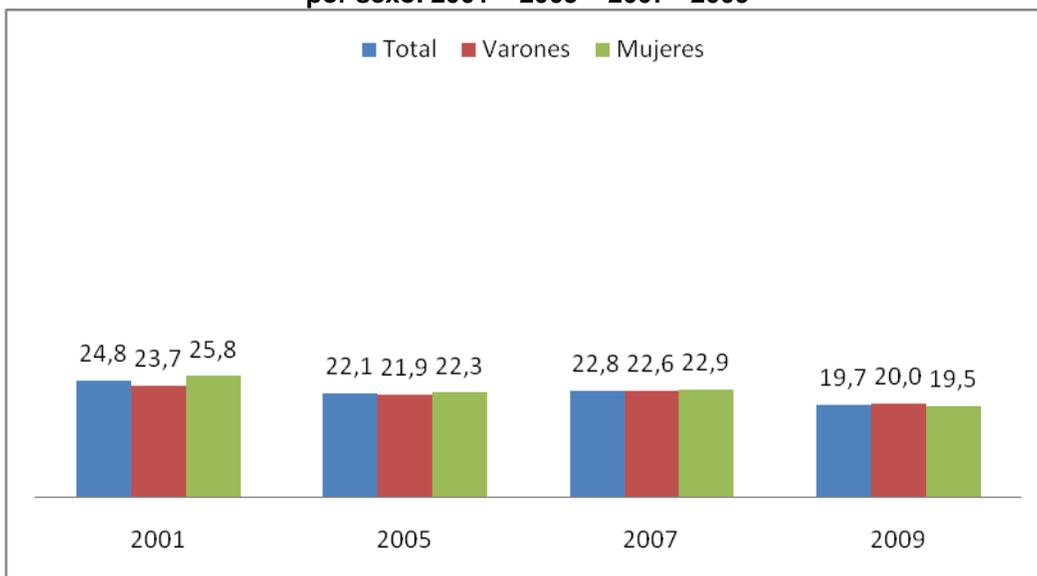
Al igual que el consumo de vida de tabaco, en el del último año se observa que a mayor edad, mayor consumo. Para los tres grupos de edad la tendencia es decreciente, siguiendo una pendiente más empinada en los estudiantes de mayor edad.

Gráfico 3.37
Prevalencia de año de tabaco en estudiantes de nivel medio
por tramos de edad. 2001 – 2005 – 2007 - 2009



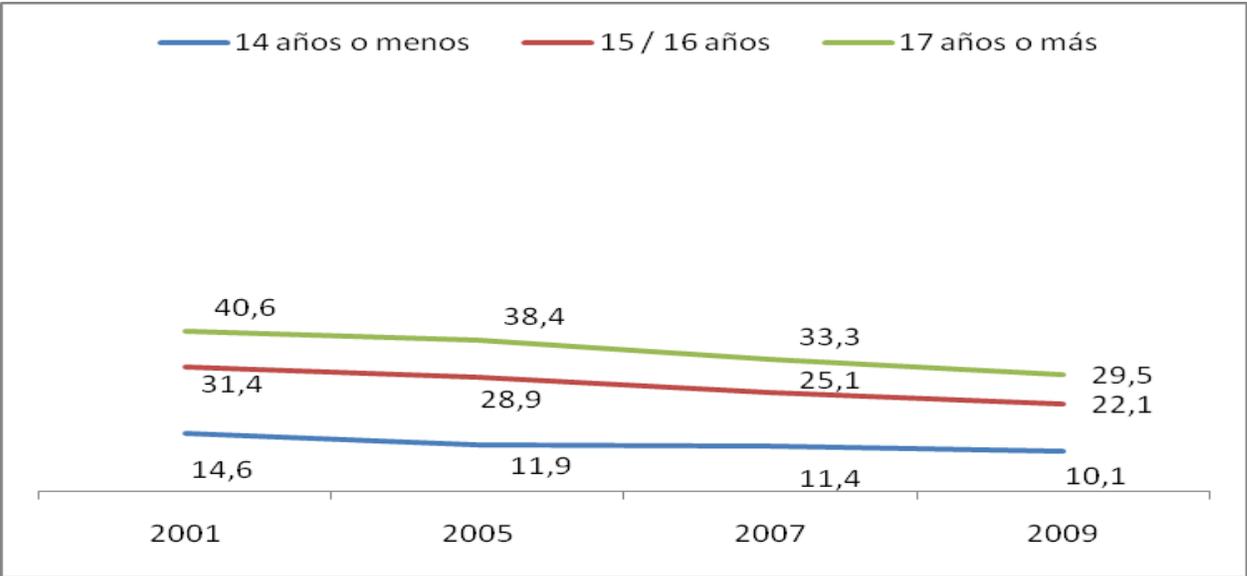
Al igual que el consumo reciente, el actual no presenta diferencias entre varones y mujeres y la tendencia es decreciente.

Gráfico 3.38
Prevalencia de mes de tabaco en estudiantes de nivel medio
por sexo. 2001 – 2005 – 2007 - 2009



En el caso del consumo durante el último mes, también se observa que a mayor edad, mayor consumo y del mismo modo que se señaló respecto al consumo del último año, para los tres grupos de edad la tendencia es decreciente, siendo más pronunciada la caída cuanto mayores son los estudiantes.

Gráfico 3.39
Prevalencia de mes de tabaco en estudiantes de nivel medio
por tramos de edad. 2001 – 2005 – 2007 – 2009

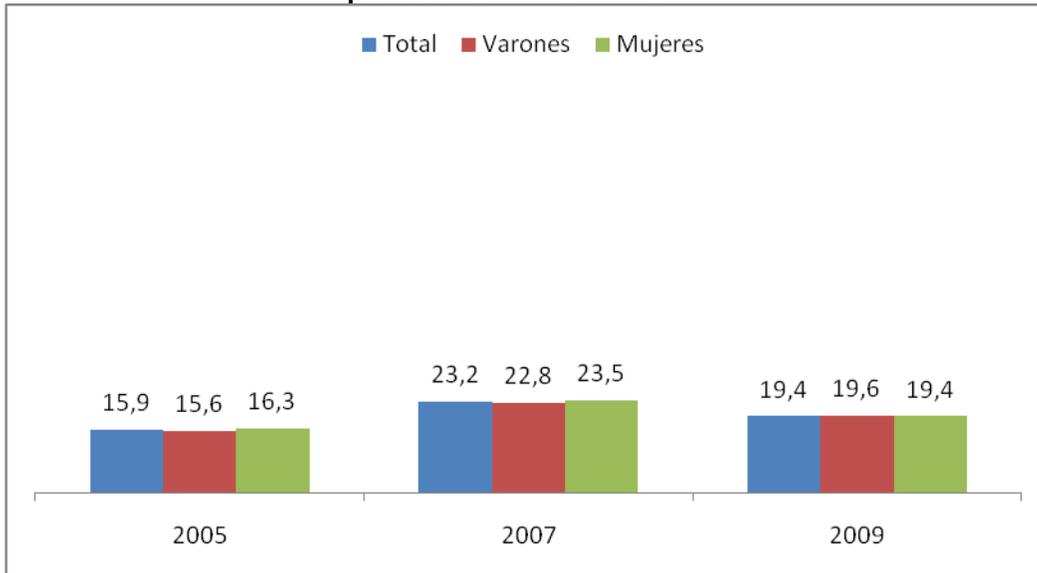


Incidencia anual en el consumo

Según se definió previamente, la incidencia del consumo es un indicador de la celeridad que tiene el fenómeno en tanto indica la proporción de nuevos usuarios en el último año, sobre la población en riesgo.

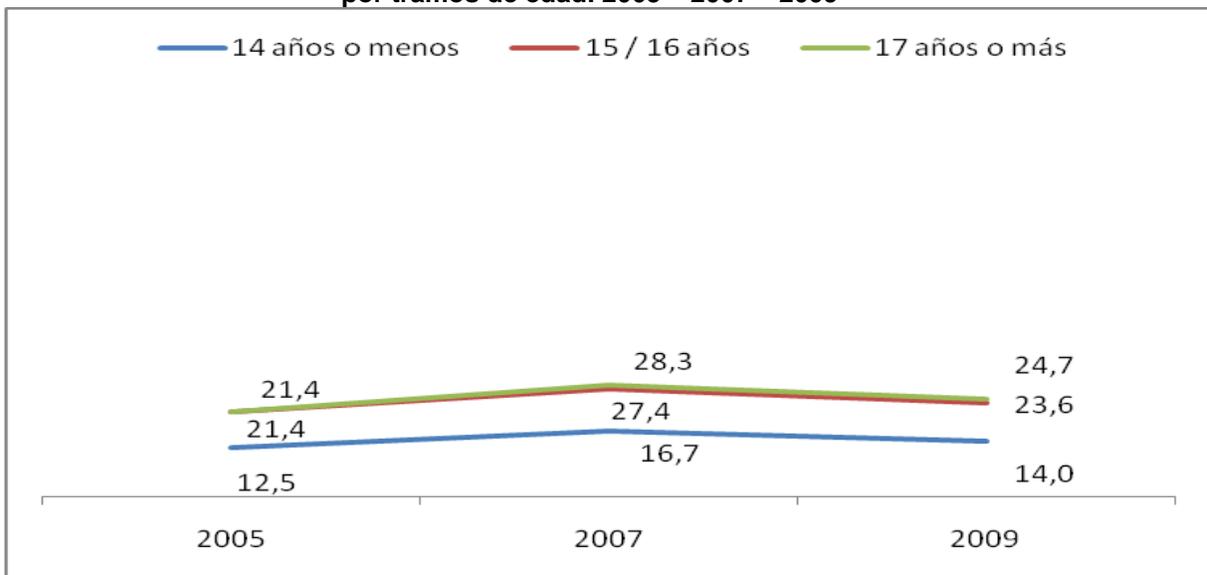
La celeridad del consumo de sustancias psicoactivas es mayor en el año 2007 respecto del año 2005, mientras que decrece en el 2009. No se observan diferencias por sexo.

Gráfico 3.40
Incidencia anual de consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio
por sexo. 2005 – 2007 – 2009



Aunque el porcentaje de nuevos consumidores es superior entre los dos grupos de más edad, para todos se observa un incremento entre el 2005 y el 2007 y un posterior descenso entre el 2007 y el 2009.

Gráfico 3.41
Incidencia anual de consumo de tabaco en estudiantes de nivel medio
por tramos de edad. 2005 – 2007 – 2009

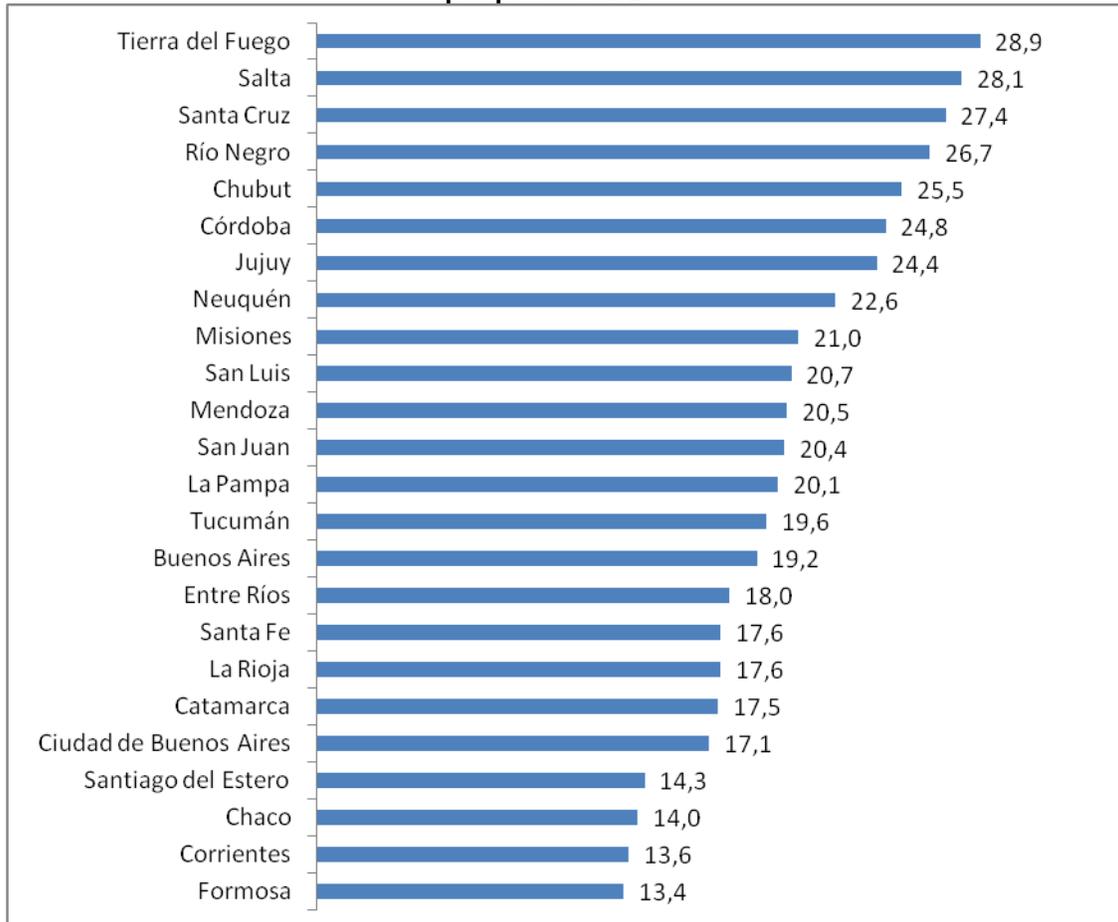


Consumo por provincia

Por último, a continuación se presenta la prevalencia del último mes de los estudiantes de enseñanza media por provincia. Según se observa en el siguiente gráfico los niveles de consumo varían sustancialmente, entre el 13,4% para los estudiantes de Formosa y el 28,9% de los de Tierra del Fuego. Las provincias del Sur (Tierra del Fuego, Santa Cruz, Río Negro, Chubut, La Pampa y Neuquén) presentan consumos altos (entre 20,1% y 28,9%) y las de Cuyo, un consumo intermedio (del 20% para San Luis, San Juan y Mendoza, y del 17,6% en la Rioja), y las del NEA, un nivel de consumo bajo (entre el 13,4% y el 14% en Chaco, Corrientes y Formosa, y 17,5% en Catamarca), mientras que para las demás regiones se observa mayor dispersión por provincia.

La Región Centro (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires), varía entre el 17,1% de la Capital nacional y 24,8% de Córdoba y el NOA (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán), entre el 14,3% de Santiago del Estero y el 28,1% de Salta.

Gráfico 3.42
Prevalencia de mes de tabaco en estudiantes de nivel medio
por provincia. 2009



Capítulo 4

Demanda de tratamiento del paciente consumidor de tabaco

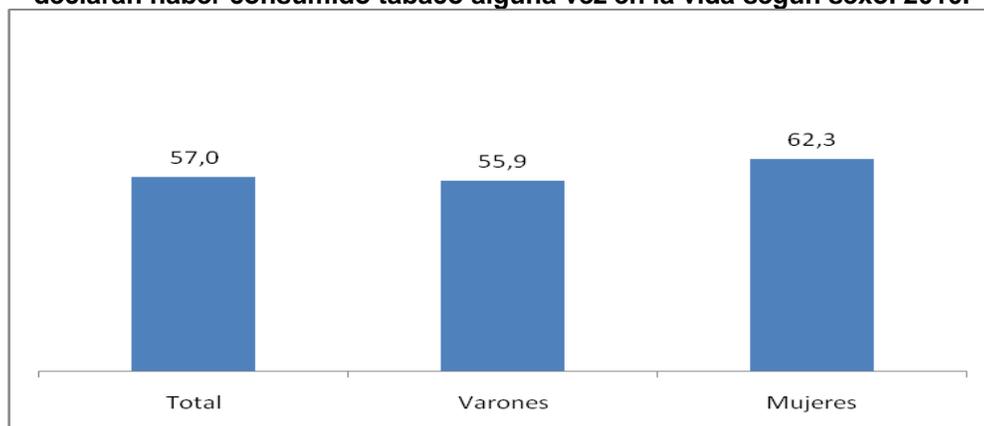
La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a través del Observatorio Argentino de Drogas (OAD), realizó durante el año 2010 el Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento. El estudio tiene como propósito obtener información confiable sobre la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en la población que se encuentra bajo tratamiento en dispositivos de atención destinados a pacientes con problemas de abuso de drogas en todo el país.

El estudio Nacional en pacientes en Centros de Tratamiento brinda datos que permiten analizar un total de 21.252 pacientes con problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas en todo el país.

A continuación se presentan los datos referidos a tabaco:

De acuerdo al gráfico siguiente el 57%⁹ de los encuestados mencionaron haber consumido tabaco en algún momento de su historia de consumo, 62,3% de las mujeres y 55,9% de los varones.

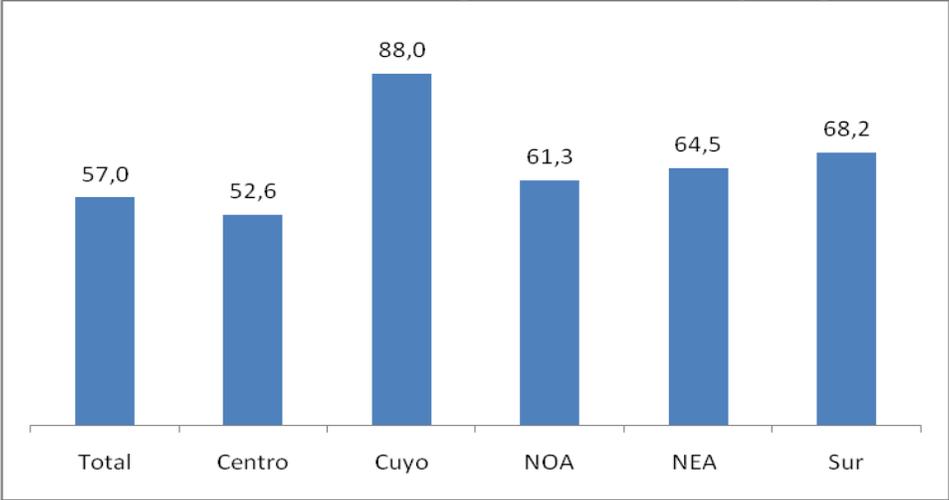
Gráfico 4.1
Porcentaje de pacientes en centros de tratamiento que
declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida según sexo. 2010.



⁹ Resulta interesante mencionar que tanto este grupo muestra un consumo superior al de la población general en el mismo periodo (47,3%), como el de otra población que sufre situaciones de encierro, como la población privada de su libertad, con prevalencias de vida mucho más altas que la de la población general (80,8%).

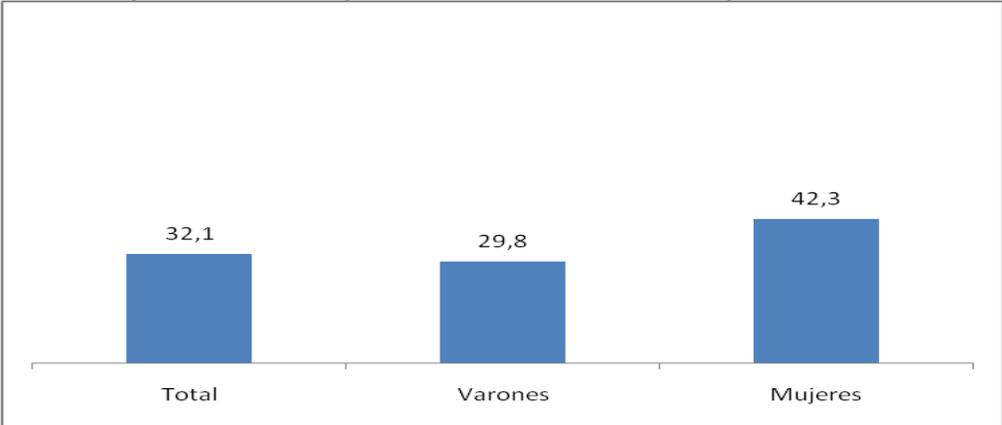
Si bien al menos la mitad de los pacientes de todas las regiones mencionaron haber consumido tabaco en algún momento de su historia de consumo, en Cuyo este porcentaje asciende al 88%, en el Sur, al 68,2% y en el NEA al 64,5%.

Gráfico 4.2
Porcentaje de pacientes en centros de tratamiento que declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida según región. 2010.



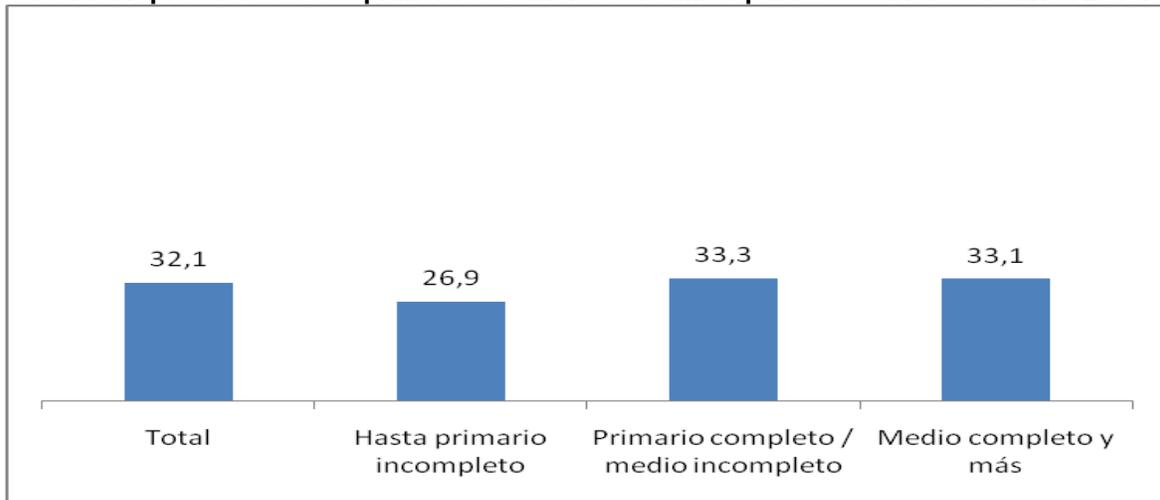
La edad promedio de inicio en el consumo de tabaco es 13,6 años, y el 32,1% de los pacientes encuestados declaran que dicha sustancia es la primera que han consumido (el 29,8% de los varones y el 42,3% de las mujeres).

Gráfico 4.3
Porcentaje de pacientes en centros de tratamiento que declaran que tabaco es su primera sustancia consumida para cada sexo. 2010.



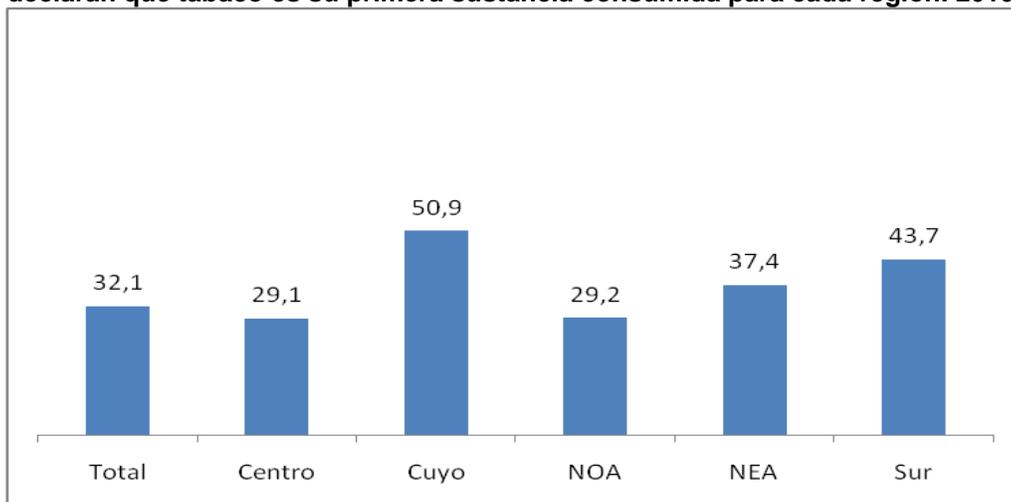
Dentro de los pacientes con menor nivel de instrucción es un tanto inferior el porcentaje que ha iniciado su trayectoria de consumo de sustancias psicoactivas con tabaco.

Gráfico 4.4
Porcentaje de pacientes en centros de tratamiento que declaran que tabaco es su primera sustancia consumida para cada nivel educativo. 2010.



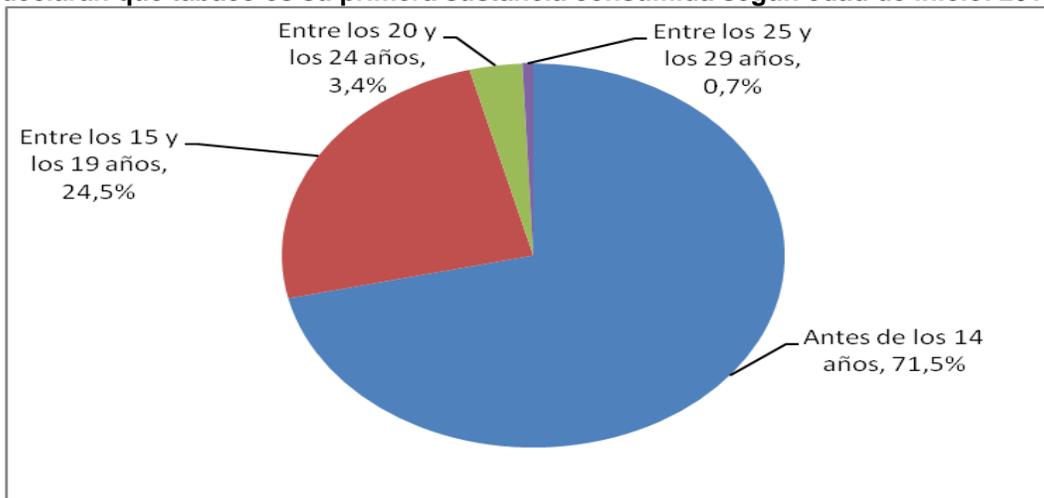
La mitad de los pacientes de Cuyo han iniciado su trayectoria de consumo de sustancias psicoactivas con tabaco, mientras que cerca del 40% de los de las regiones NEA y Sur se encuentran en esta situación, y alrededor del 30% de los del Centro y el NOA han mencionado el tabaco como su primera sustancia.

Gráfico 4.5
Porcentaje de pacientes en centros de tratamiento que declaran que tabaco es su primera sustancia consumida para cada región. 2010.



La mayoría de los pacientes que han declarado al tabaco como la sustancia con la que iniciaron su trayectoria de consumos, han comenzado a fumar antes de los 19 años, el 71,5% hasta los 14 años y el 24,5, entre los 15 y los 19 años.

Gráfico 4.6
Distribución de pacientes en centros de tratamiento que
declaran que tabaco es su primera sustancia consumida según edad de inicio. 2010.



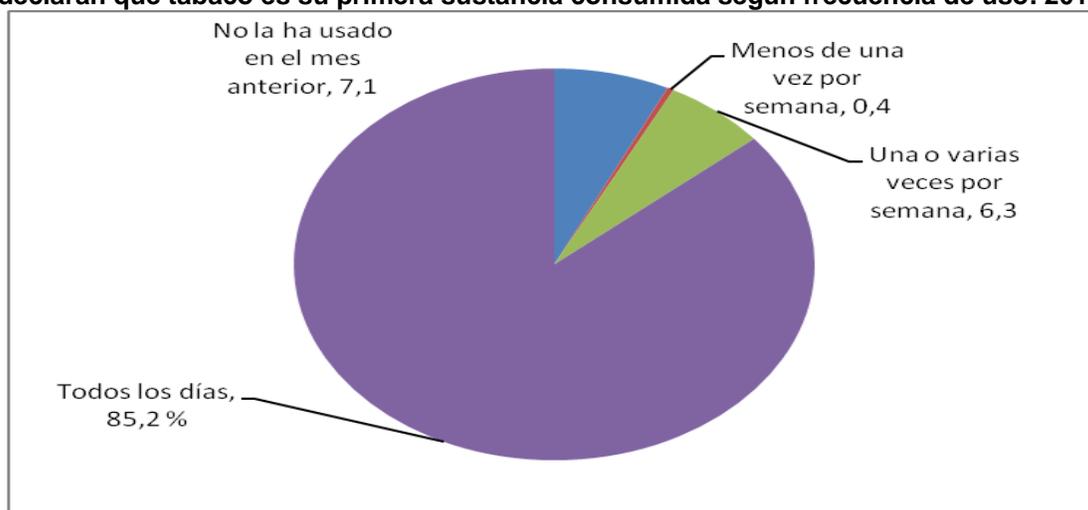
Si se observa dentro del subgrupo de los que empezaron a consumir antes de los 14 años, el 44% declara que empezó con tabaco, dentro del de los que empezaron a consumir entre los 15 y los 19 años el 23,1%, lo hicieron con tabaco, en el grupo de los que comenzaron entre los 20 y los 24 años, el 19,4% empezó fumando y entre los que comenzaron su historia de consumo de sustancias entre los 25 y los 29 años, el 26,6% lo hizo fumando tabaco.

Cuadro 4.1
Distribución de los pacientes en tratamiento por edad de inicio según tabaco como droga de inicio. 2010

Droga de inicio	Edad de inicio de consumo de la primer sustancia						
	hasta 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 y más
Tabaco	44,0	23,1	19,4	26,6			
Total	100,0	100,0	100,0	100,0			

De acuerdo al gráfico siguiente, la mayoría de los que declaran al tabaco como su sustancia de inicio fuman todos los días

Grafico 4.7
Distribución de pacientes en centros de tratamiento que
declaran que tabaco es su primera sustancia consumida según frecuencia de uso. 2010.



Cronología de uso de sustancias consumida en la vida

Una sección del cuestionario estuvo específicamente orientada a la reconstrucción del historial de consumo de los pacientes. Para ello se indagó en la cronología de consumo de las primeras 6 sustancias psicoactivas.

El cuadro siguiente muestra las proporciones que representa el tabaco en la cronología de uso, calculadas sobre el total de pacientes que consumieron primeras, segundas, terceras, cuartas, quintas y sextas drogas. Como se verá a continuación, el universo de pacientes se va reduciendo a medida que aumenta la cantidad de drogas involucradas en la historia de consumo. El 32,1% de los pacientes se inician con tabaco. Para la segunda droga consumida, el 17,8% señala el tabaco, y el porcentaje va disminuyendo a medida que el orden de consumo.

Cuadro 4.2
Distribución de los pacientes en tratamiento por edad de inicio según cantidad de drogas consumidas y cronología de uso de tabaco. 2010

Sustancia	Droga de inicio	2a. Droga	3a. droga	4a. Droga	5a. droga	6a. droga
Tabaco	32,1	17,8	7,2	2,4	2,6	1,6

Policonsumo

Se les pidió a los pacientes que identificaran las drogas presentes en el momento de mayor consumo en el transcurso de un mes, diferenciando la droga principal y otras secundarias. Apenas el 3% declaró que tabaco fue la sustancia principal. Esto ocurre más entre las mujeres que entre los varones, y entre los de 40 años y más.

Cuadro 4.3
Distribución de los pacientes en tratamiento según tabaco como sustancia de mayor consumo por sexo y edad. 2010.

Tabaco como sustancia de mayor consumo	Total	Sexo		Edad						
		Varones	Mujeres	Hasta 14 años	Entre 15 y 19 años	Entre 20 y 24 años	Entre 25 y 29 años	Entre 30 y 34 años	Entre 35 y 39 años	40 años y más
Tabaco	3,0	2,4	6,0	-	4,2	2,5	0,7	1,9	0,3	7,0

Los que en mayor proporción declaran que tabaco es su sustancia de mayor consumo son los pacientes de Cuyo, seguidos por los del NEA, y los que lo hacen en menor proporción son los de NOA.

Cuadro 4.4
Distribución de los pacientes en tratamiento según tabaco como sustancia de mayor consumo por región. 2010.

Tabaco como sustancia de mayor consumo	Región				
	Centro	Cuyo	NOA	NEA	SUR
Tabaco	3,0	6,5	1,0	4,1	2,8

Drogas que motivaron el tratamiento actual

Del total de pacientes en tratamiento, solo el 1,3% declara que tabaco es la sustancia que motiva el tratamiento, superior entre los varones y los de 40 años y más.

Cuadro 4.5
Porcentaje de pacientes en tratamiento que declaran que la sustancia que motiva el tratamiento es tabaco por sexo y edad. 2010.

Droga que Motiva el tratamiento	Total	Sexo		Edad						
		Varones	Mujeres	Hasta 14 años	Entre 15 y 19 años	Entre 20 y 24 años	Entre 25 y 29 años	Entre 30 y 34 años	Entre 35 y 39 años	40 años y más
Tabaco	1,3	1,4	0,8	-	0,1		1,3	2,2		3,7

La proporción más alta de pacientes en tratamiento por tabaco se observa en el NEA y la región Centro, mientras que en el NOA, no se observa ningún caso.

Cuadro 4.6
Porcentaje de pacientes en tratamiento que declaran que la sustancia que motiva el tratamiento es tabaco por región. 2010.

Droga que Motiva el tratamiento	Región				
	Centro	Cuyo	NOA	NEA	SUR
Tabaco	1,7	1,4	-	1,9	0,3

Factores asociados a la droga que motiva el tratamiento

Los pacientes que iniciaron tratamiento por el consumo de tabaco mencionan que es porque es la droga de mayor consumo y porque les genera malestares físicos.

Gráfico 4.8
Pacientes en tratamiento por consumo de tabaco según motivos por los que inicia el tratamiento. 2010.



El cuestionario incluye una pregunta que solicita al paciente que identifique de todas las drogas consumidas en la vida, cual es la que mayor daño le causa. El 1,9% selecciona tabaco.

Cuadro 4.7
Pacientes en tratamiento que señalan al tabaco como la sustancia que mayor daño les causa por sexo y edad. 2010.

Droga de mayor daño	Total	Sexo		Edad						
		Varones	Mujeres	Hasta 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 y más
tabaco	1,9	1,9	1,9		1,7	0,6	1,3	1,6	0,4	4,6

En la región Sur es donde mayor porcentaje de pacientes señalan que la sustancia de consumo que mayor daño les causa es tabaco, mientras que en el NOA no se verifica ningún caso en esta situación

Cuadro 4.8
Pacientes en tratamiento que señalan al tabaco como la sustancia que mayor daño les causa por región. 2010.

Droga mayor daño causa	Región				
	Centro	Cuyo	NOA	NEA	SUR
Tabaco	2,0	1,7	-	1,3	2,5

Droga de mayor consumo

El 3,8% de los pacientes en tratamiento manifiestan que la sustancia que más consumen es tabaco, en proporción muy superior entre las mujeres.

Cuadro 4.9
Pacientes en tratamiento que señalan al tabaco como la sustancia de mayor consumo por sexo y edad. 2010.

Droga de mayor consumo	Total	Sexo		Edad						
		Varones	Mujeres	Hasta 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 y más
Tabaco	3,8	2,8	7,9	3,8	4,6	3,5	1,7	3,2	0,3	6,4

En la región NEA es donde se observa la mayor proporción de pacientes en tratamiento que declaran que tabaco es la sustancia de mayor consumo (12,3%), mientras que en el NOA, se encuentra el porcentaje más bajo (1,1%).

Cuadro 4.10
Pacientes en tratamiento que señalan al tabaco como la sustancia de mayor consumo por región. 2010.

Droga de mayor consumo	Región				
	Centro	Cuyo	NOA	NEA	SUR
Tabaco	3,5	5,7	1,1	12,3	3,8

Capítulo 5

Fenómenos asociados al consumo de tabaco

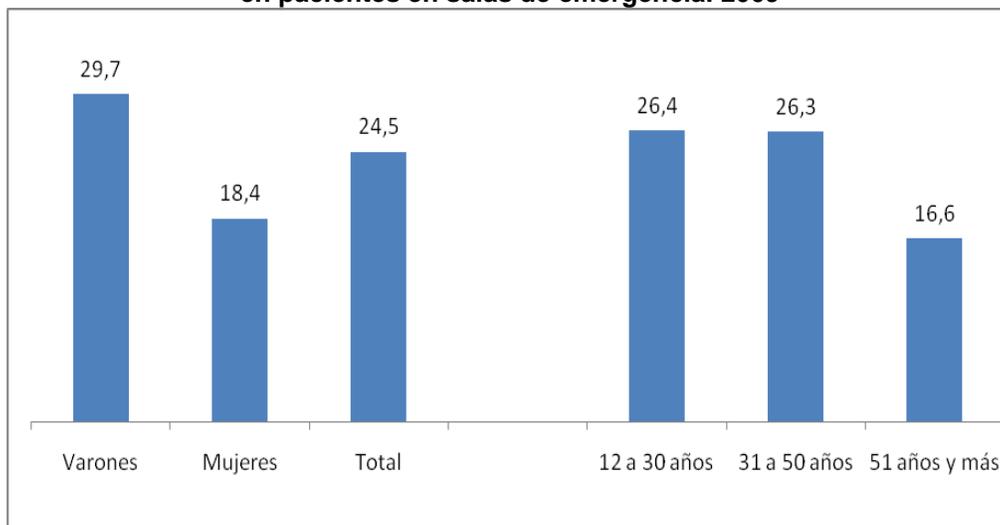
- **LA CONSULTA DE EMERGENCIA ASOCIADA AL CONSUMO**

El Cuarto Estudio Nacional¹⁰ en pacientes en salas de emergencia brinda información sobre la población con consumo reciente de sustancias psicoactivas y que requieren atención médica de urgencia y permite también establecer una medida del impacto en el sistema de salud como consecuencia del consumo.

La muestra de este estudio está formada por todas aquellas personas mayores de 12 años que concurren a las salas de emergencia de 24 hospitales públicos durante el período ventana en el cual se lleva adelante el relevamiento.

El cuestionario indagó sobre el consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso a la sala de emergencia, de los cuales el 24,5% indicó haber fumado tabaco, 29,7% de los varones y 18,4% de las mujeres. Se puede observar, además, que el consumo de tabaco entre los pacientes entrevistados en la sala de emergencia, se presenta con mayor fuerza en las personas jóvenes y de mediana edad.

Gráfico 5.1
Prevalencia de consumo de tabaco en las últimas seis horas
en pacientes en salas de emergencia. 2009



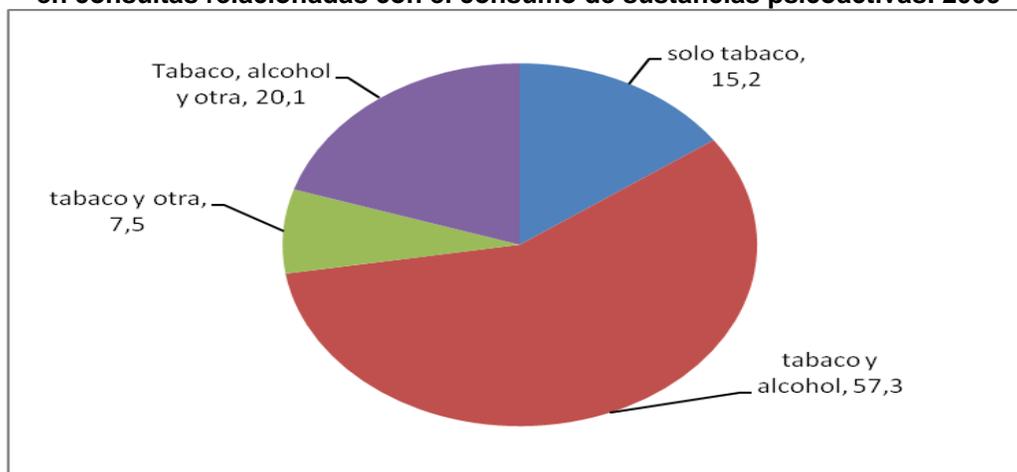
¹⁰ Para más detalles consultar www.observatorio.gov.ar

Del total de consultas, el 9,4% estaba relacionada con el consumo de alguna sustancia según la perspectiva del médico, y de esos, el 51,4% habían consumido tabaco durante las seis horas previas (aunque el hecho que conllevo la emergencia no necesariamente estaba asociado al consumo de esa sustancia). Mientras que del total que consumieron tabaco, el 20% consultaron por motivos relacionados al consumo de sustancias (no necesariamente tabaco).

En cuanto a la relación con el diagnóstico presuntivo que el médico le dio a cada uno de los pacientes de este grupo, solo el 10,2% es “enfermedad respiratoria”, el 0,5% “gripe” y el 5% “enfermedades del sistema circulatorio”, que pueden considerarse relacionadas al consumo de tabaco.

El 15,2% de los pacientes que habían consumido tabaco y cuya consulta en la sala estaba relacionado con el consumo, había utilizado solo esa sustancia, por lo que se concluye que la necesidad de acudir a la urgencia estaba vinculado al tabaco. La mayoría restante había bebido alcohol también.

Gráfico 5.2
Cantidad de sustancias consumidas por pacientes prevalentes de tabaco en consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. 2009



- **LA MORTALIDAD ASOCIADA AL CONSUMO DE TABACO**

El Estudio sobre mortalidad asociada al consumo de drogas en Argentina 2004, 2005 y 2006¹¹, tiene como fuente principal las estadísticas vitales oficiales que produce la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación,

¹¹ Para más detalles consultar www.observatorio.gov.ar

cuyos datos informan las causas y cantidad de defunciones ocurridas en el país cada año. Estimar la mortalidad asociada al consumo de drogas requiere de una conceptualización de las unidades de análisis a partir de las cuales se realizará la estimación. En este sentido, la unidad de análisis se define como “defunción como reacción aguda, atribuible o violenta relacionada con el consumo de tabaco” y el indicador de mortalidad asociado se define como “el número anual de defunciones como reacción aguda o atribuible relacionada con el consumo de tabaco, ocurridas en un territorio determinado.”

De acuerdo al Código de Causas de defunciones asociadas al consumo de drogas según la clasificación de la CIE10, se consideran como causas directas de muerte por tabaco a las producidas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, feto y recién nacido afectados por tabaquismo de la madre, atención por otros procedimientos de rehabilitación y rehabilitación por uso de tabaco y problemas relacionados con el uso del tabaco. Mientras que las causas indirectas asociadas al consumo de tabaco son: Tumor maligno del Labio, cavidad oral y faringe; Tumor maligno del Esófago; Tumor maligno del Páncreas; Tumor maligno de la Laringe; Tumor maligno de la Tráquea; Tumor maligno de los Bronquios y del Pulmón; Tumor maligno del Cuello del Útero; Tumor maligno del Riñón, excepto de la pelvis renal; Tumor maligno de la Pelvis renal; Tumor maligno de la Vejiga Urinaria; Fiebre reumática aguda; Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas; Hipertensión Arterial; Enfermedad cardíaca hipertensiva; Enfermedad renal hipertensiva; Enfermedad cardiorenal hipertensiva; Enfermedades isquémicas del corazón; Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar; Otras formas de enfermedad del corazón; Enfermedades Cerebrovasculares; Aterosclerosis; Aneurisma y disección aórticos; Otras enfermedades del sistema circulatorio; Influenza y neumonía; Bronquitis no especificada como aguda o crónica; Bronquitis crónica no especificada; Enfisema; y Otras Enfermedades Pulmonares obstructivas crónicas.

De acuerdo a los resultados del estudio, el total de defunciones asociadas al consumo de drogas y la distribución de las mismas según causas y sustancias, es prácticamente la misma en todo el período analizado. El total de defunciones fue mayor en el 2005, luego 2004 y por último hubo una disminución en el 2006, pero las variaciones no son significativas, y en todos los periodos la mayoría las defunciones corresponden a causas indirectas, y entre éstas, al consumo de tabaco.

De acuerdo a esta investigación, alrededor del 14% de las muertes ocurridas durante esos tres años, se debieron a causas indirectas relacionadas con el tabaco.

- **EL COSTO SOCIAL DEL CONSUMO**

El consumo abusivo de sustancias conlleva efectos adversos sobre la salud del consumidor y su desempeño social, y eso repercute en el resto de la sociedad, por lo que existe la necesidad de tener estimaciones del costo social del abuso de las drogas para poder posicionar mejor la problemática en la agenda gubernamental. El Estudio de Costos del Abuso de Sustancias Psicoactivas en la Argentina 2008¹² trata de estimar los costos humanos, sociales y económicos del problema de las drogas en el país. El estudio considera que los costos derivados del abuso de sustancias psicoactivas se manifiestan en costos directos gubernamentales, que se concentran en una alta proporción alrededor de los gastos para el control policial y el funcionamiento del aparato judicial; costos directos, públicos y privados, relacionados con la atención en salud de los consumidores abusivos y de sus víctimas; costos directos, públicos y privados, derivados de la destrucción de la propiedad, y costos indirectos, públicos y privados, provenientes de la pérdida de productividad a causa del abuso.

El costo total atribuible al consumo de las drogas legales e ilegales en Argentina para el año 2008 fue estimado en un 3,7% del Producto Bruto Interno. De este costo anual, corresponden al tabaco el 38,7% (1,4% del PBI).

Casi la totalidad de los costos atribuibles al tabaco corresponden a consecuencias laborales (ausentismo por muerte prematura o enfermedad). Estos costos por pérdida de productividad son costos indirectos que repercuten en la economía de un país.

¹² Para más detalles consultar www.observatorio.gov.ar

Cuadro 5.1
Costos atribuibles al uso de tabaco según la clasificación
de los costos. 2008.

Clasificación de costos	%
Atención en salud	4,1
Consecuencias laborales	95,9
Gubernamentales directos	0,1
Total en valores absolutos (\$)	5.474.738.690

Capítulo 6

Factores asociados a la producción y oferta de tabaco

La oferta de tabaco depende en parte de la demanda, la que a su vez depende de los ingresos y el tamaño de la población y de las políticas adoptadas por cada uno de los países en relación al control del tabaco.

A su vez, la oferta está relacionada con el precio y los costos de producción del tabaco en relación con otros cultivos alternativos. Y si bien el precio real del tabaco viene disminuyendo en la mayoría de países, lo hace a un ritmo mucho menor que los de otros cultivos agrícolas y productos básicos, por lo que el tabaco continúa siendo uno de los negocios más rentables para muchos países.

De acuerdo a la FAO, el problema principal reside en que la producción y comercialización de tabaco desempeña un rol fundamental en las economías de muchos países, por lo que es esperable que la disminución de la demanda produzca importantes pérdidas durante un período de transición, por lo que debe preverse la absorción de los recursos laborales y de otro tipo desplazados, así como una alternativa para los rendimientos obtenidos tanto en el sector privado como en el estatal. La mayor parte de las áreas dedicadas al cultivo de tabaco son aptas para otros cultivos y otros sectores pueden absorber los recursos que queden disponibles, pero este proceso debe organizarse en forma programada, a fin de disminuir el impacto.

La situación mundial

De acuerdo a la información que proporcionan el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO), en la campaña 2002/03, los principales productores de tabaco fueron China, con el 37% del volumen total mundial, seguido por Brasil, India, Turquía y Estados Unidos. Se espera que la producción vaya disminuyendo en los países desarrollados como Estados Unidos, producto de las restricciones que existen, y siga aumentando en los países en desarrollo, que a su vez es donde aumenta la demanda.

Alrededor de un tercio del tabaco producido se comercializa internacionalmente, y durante el mismo periodo, Brasil fue el principal país exportador con el 22% del total

comercializado mundial. Le siguen en orden de importancia China y Estados Unidos, éste último con una disminución paulatina de los volúmenes comercializados.

En cuanto a las importaciones, Rusia es el principal país demandante de tabaco, mientras que, por ejemplo, el Reino Unido disminuyó notablemente el volumen importado, pasando de ser el segundo país importador mundial de tabaco, al séptimo.

La situación Argentina

En Argentina, el principal obstáculo en la lucha contra el consumo de tabaco proviene de la importancia de la industria tabacalera en la economía. Su aporte deviene de la generación de ingresos al estado por vía de impuestos, de su papel en la generación de puestos de trabajo en las provincias productoras y de la entrada de divisas por exportación.

Según datos del INTA, la producción nacional se concentra en siete provincias, Salta (23,9%), Jujuy (22,1%), Misiones (35,0%), Chaco (1,8%), Corrientes (5,5%), Catamarca (0,7%) y Tucumán (10,8%), y de acuerdo a Gonzalez Rozada, M; Sanchez, G y Angueira (2002), en Argentina el sector tabacalero está conformado por sólo dos compañías subsidiarias de empresas líderes a nivel mundial, Massalin Particulares y Nobleza Piccardo, que se proveen de su insumo básico en el país y exportan entre el 30% y el 45% de la producción, mientras que la venta en el mercado interno viene disminuyendo.

En cuanto al impacto en la economía agropecuaria, estos autores señalan que la mayoría de los productores tabacaleros (el 95,5%) son pequeños agricultores que poseen superficies menores a 10 hectáreas, lo que representa el 53% de la superficie cosechada. Mientras que el 32% de la superficie cosechada corresponde a productores con superficies mayores a 30 hectáreas, quienes representan apenas al 2% del total de productores tabacaleros.

Si bien la participación de Argentina en la producción y el comercio internacional de tabaco es mínimo (en el 2003, el 2% de la producción mundial y el 4% del comercio internacional), exporta aproximadamente dos tercios de su producción a más de 75 países. El producto exportado es principalmente hojas de tabaco, mientras que la proporción de tabaco manufacturado es mínima. Adicionalmente, según datos del

Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca, hasta el 2008 el volumen de tabaco exportado ha ido aumentando.

Por otro lado, de acuerdo a datos del año 2008 de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), los ingresos por impuestos al tabaco implican alrededor de un 65% de la recaudación por impuestos internos, siendo que los impuestos internos, sumados al adicional de emergencia sobre cigarrillos, representan un 3,6% del total de la recaudación de impuestos nacional. A este ingreso a las arcas públicas provenientes del tabaco, debe sumarse el IVA, así como otros impuestos empresariales y los ingresos provenientes de la exportación.

Capítulo 7

Conclusiones

Dentro de las actividades del Observatorio Argentino de Drogas, se elaboró este informe que intenta proporcionar elementos para conocer de forma exhaustiva pero también concisa, los aspectos relativos al consumo de tabaco que ayuden a la elaboración de políticas que permitan su disminución así como a ampliar la conciencia individual al respecto.

El tema resulta altamente relevante, ya que el consumo de tabaco es la principal causa de muertes evitables, enfermedades y discapacidades en el mundo, siendo origen de mayor cantidad de enfermedades y muertes que cualquier otra sustancia psicoactiva. Si bien los riesgos disminuyen notablemente al dejar de fumar, por las características sumamente adictivas de la sustancia y la virulencia del síndrome de abstinencia, es muy complicado el abandono del hábito. El humo del tabaco es nocivo también para los no fumadores que comparten espacios con fumadores y las colillas no son biodegradables, por lo que generan importantes daños en el medio ambiente. Además, insume un costo social en la economía global de los países.

La gran mayoría de los fumadores se han iniciado durante la adolescencia y el tiempo entre el primer cigarrillo y la etapa de consumo habitual es en promedio de dos a tres años, por lo que el período de la adolescencia resulta crucial para la prevención.

Con la intención de proveer una guía a los países en la cruzada contra el consumo de tabaco, la Organización Mundial de la Salud elaboró durante la primera década del siglo XXI el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

Es el primer instrumento jurídico destinado a reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas al tabaco en todo el mundo. El Convenio contiene disposiciones que establecen normas y directrices internacionales para el control del tabaco en las siguientes áreas: precio del tabaco y aumento de los impuestos correspondientes, venta a y por menores, publicidad y patrocinio del tabaco, etiquetado, comercio ilícito y tabaquismo pasivo.

El CMCT solicita a los Estados y organizaciones internacionales que ratifiquen y se adhieran al mismo a fin de adoptar todas las acciones necesarias para frenar el consumo de tabaco y la exposición al humo.

El CMCT entró en vigor el 27 de febrero del 2005 y fue ratificado por casi todos los países miembros de la OMS, incluyendo la Unión Europea, los principales productores de tabaco, casi todos los países de Latinoamérica, y todos los países del MERCOSUR excepto Argentina.

Por desgracia, la epidemia avanza ahora hacia el mundo en desarrollo donde, en el curso de los próximos decenios se producirá el 80% de las defunciones relacionadas con el tabaco. Este cambio de rumbo obedece a una estrategia de comercialización mundial que permite a la industria tabacalera llegar a los jóvenes y adultos del mundo en desarrollo. Además, como actualmente la mayoría de las mujeres no consumen tabaco, la industria tabacalera se dirige a ellas persuasivamente para acceder a ese posible mercado nuevo.

El hombre ha causado la epidemia de tabaquismo, que es totalmente prevenible. Aun así, sólo el 5% de la población mundial vive en países que protegen como es debido a su población.

De acuerdo a los datos de este mismo organismo, a la fecha de elaboración de este documento, muy pocos países aseguraban el acceso a una asistencia integral para dejar de fumar. Los países de ingresos altos son los que han logrado los mayores avances en lo referente a la prestación de asistencia a las personas que desean dejar el tabaco

De acuerdo con datos presentados por la OMS, cuatro de cada diez hombres mayores de 15 años fuma, con desigual distribución a lo largo del mundo. En la subregión que integra Argentina, estos porcentajes varían entre el 20% y el 45% para la población adulta.

Las mujeres de todo el mundo fuman en mucha menor proporción que los varones, aunque las diferencias son superiores en los países con menores prevalencias. En la subregión, los países con consumo actual más alto son aquellos con menor diferencia entre varones y mujeres, y a su vez, son los de inicio en el consumo más temprano.

Los adolescentes de la subregión fuman entre el 10% y el 35%, con mayor prevalencia femenina en los países de mayor consumo, y preponderancia masculina, en los de más

bajo consumo. En todos los países de la subregión el consumo aumenta con la edad de los estudiantes.

Si bien Argentina firmó el Convenio Mundial de Control de Tabaco el 25 de Septiembre de 2003, es uno de los pocos países del mundo que todavía no ratificó el convenio, aunque durante la elaboración de este informe aprobó la Ley Antitabaco acordando parte importante de las sugerencias de la OMS para combatir demanda y oferta de tabaco.

La cantidad de adultos que ingresan al consumo cada año es baja, sin embargo, casi la mitad de las personas de 12 a 65 años admite haber probado alguna vez tabaco, más de la mitad entre los varones, el porcentaje de personas que ha consumido alguna vez tabaco aumenta sustancialmente a partir de los 18 años y en especial entre los de 50 y 65 años. En forma alarmante, se señaló que entre los adolescentes escolarizados el consumo de alguna vez en la vida es apenas inferior, mientras que el ingreso anual es de casi un 20% de los que aún no fumaban.

Tres de cada diez personas han fumado durante el último año y casi la totalidad de estos, lo han hecho durante el último mes, más entre los varones. Entre los adolescentes escolarizados el porcentaje actual involucra a dos de cada diez, aumentando con la edad, para alcanzar casi al 30% de los de 17 años o más.

La mayoría de los adultos que fuman lo hacen todos los días, sin importantes diferencias por sexo, y un 30% de los adolescentes escolarizados manifiestan esta regularidad (que aumenta con la edad de los estudiantes). El consumo de fin de semana (1 a 9 días por mes) aglutina a alrededor del 10% de los fumadores adultos y a 30% de los estudiantes. Los consumos adultos más frecuentes son los de un atado de diez cigarrillos y veinte cigarrillos por día, con un leve mayor consumo por parte de los varones, los estudiantes, en cambio, fuman en promedio 6 cigarrillos por día.

Si bien el consumo es superior entre los que señalan que el fumar frecuentemente es de ningún riesgo, los que lo consideran altamente riesgoso también fuman en alta proporción.

Además, tanto los adultos como los adolescentes escolarizados que fuman tienen mucha mayor propensión al consumo de marihuana, cocaína o alguna droga ilícita que los no fumadores.

Auspiciosamente, si bien las modificaciones de percepción son sutiles, el porcentaje de personas que consideran de gran riesgo el fumar frecuente ha ido aumentando, y el de los que consideran que es de ningún riesgo, disminuyendo.

Otro factor a resaltar cuando se trata de establecer políticas para disminuir el consumo de tabaco entre los adolescentes o que estos empiecen a fumar, tomando en cuenta de que es la edad usual de inicio, es que aquellos que sienten la contención y la existencia de límites en el colegio o la familia, manifiestan una propensión al consumo muy inferior. Otro aspecto interesante resulta en saber que para los estudiantes el motivo más mencionado por el cual las personas fuman es la búsqueda de placer, y entre los que así piensan, está el mayor porcentaje de fumadores.

En cuanto al impacto del tabaco dentro del sistema de salud, si bien solo el 1,3% de los pacientes en tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas lo está para dejar de fumar, más de la mitad declara haber consumido tabaco al menos alguna vez en su vida, y un tercio ha comenzado su trayectoria de consumo a partir del tabaco.

En cuanto al uso de tabaco en el sistema carcelario, ocho de cada diez privados de la libertad declaran haber fumado alguna vez en su vida, por lo que se ve una sustancial mayor prevalencia que en la población general.

Por último, del estudio sobre mortalidad asociada al consumo de drogas se observó que durante tres años de la última década, alrededor del 14% de las muertes ocurridas se debieron a causas indirectas relacionadas con el tabaco.

Afortunadamente las tendencias indican que el consumo actual va disminuyendo en nuestro país, tanto en la población adulta como en la adolescente escolarizada, lo que significa que las campañas que se han venido llevando a cabo durante la década son efectivas, se espera que la nueva ley aporte sustancialmente en el mismo camino.

Por otro lado, se mencionó que la oferta de tabaco depende de la de la demanda y también del precio y los costos de producción del tabaco en relación con otros cultivos alternativos. El problema principal reside en que la producción y comercialización de tabaco desempeña una rol fundamental en las economías de muchos países, por lo que los países deben prever la compensación económica de la lucha contra el tabaco.

Bibliografía

- CDC (2004). *Reporte del Cirujano General del 2004. Las Consecuencias del fumar en su salud*. Center for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services. Atlanta.
- CDC (2009). *Tobacco Use: Targeting the Nation's Leading Killer. At a Glance 2009*. Center for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services. Atlanta.
- CDC (2010). *Data and Statistics*. Center for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services. Atlanta. En <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/earlyrelease201006.pdf#page=52>
- EMCDDA (2006). *Tobacco control policies in Europe: tools and methods*. Preparado para la reunión de expertos en estrategias de prevención ambiental en Lisboa. Portugal.
- FAO (2003). *Cuestiones relacionadas con la economía mundial del tabaco. Estudios de casos seleccionados*. Roma.
- Gonzalez Rozada, M; Sanchez, G y Angueira, M. (2002). *Análisis económico del consumo de tabaco en Argentina*. Buenos Aires.
- Gonzalez Rozada, M. (2005). *Análisis de la Economía del Tabaco en Argentina presentado en el Encuentro Nacional de Equipos Técnicos de Control del Tabaco en la Escuela de Negocios-Universidad Torcuato Di Tella*. Buenos Aires.
- INTA (2004). *Producción y Comercialización Mundial y Nacional de Tabaco*. Salta.
- INTA (2006). *Programa de Desarrollo para Pequeños Productores Tabacaleros Evaluación de Riego en Finca*. Salta.
- Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca (2009). *Programa de reconversión de áreas tabacaleras - comercio internacional: Exportaciones de tabaco y sus productos*. Buenos Aires.

- Ministerio de Salud (2009a). *La epidemia del tabaquismo en los jóvenes. Guía para educadores*. Programa Nacional de Control de Tabaco. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud (2009c). *Legislación*. Programa Nacional de Control de Tabaco. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.
- NACIONES UNIDAS – Oficina contra la Droga y el Delito (2009-2010). *Informe Subregional sobre uso de drogas en población escolarizada. Segundo Estudio Conjunto. Información para el Diseño de las Estrategias Nacionales y Regionales sobre la Problemática de Drogas en Jóvenes*.
- NACIONES UNIDAS – Oficina contra la Droga y el Delito (2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la Subregión. Primer Estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años*.
- NACIONES UNIDAS – Oficina contra la Droga y el Delito (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer Estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria*
- NIDA (2006). *Los Cigarrillos y Otros Productos que Contienen Tabaco*. National Institute on Drug Abuse. Washington DC
- OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS – SEDRONAR (2009). Cuarta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media. Buenos Aires.
- OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS – SEDRONAR (2009). Estudio Nacional sobre la asociación entre el consumo de sustancias y la consulta de emergencia. Buenos Aires.
- OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS – SEDRONAR (2009). *Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad*. Buenos Aires.
- OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS – SEDRONAR (2010). *Estudio de Costos del Abuso de Sustancias Psicoactivas en la Argentina - 2008*. Buenos Aires.

- OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS – SEDRONAR (2011). *Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento. Buenos Aires*
- OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS – SEDRONAR (2011). *Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004 – 2010. Población de 16 a 65 años. Buenos Aires*
- OMS (2003). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. 56º Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13 del orden del día. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- OMS (2008). *10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco*.
http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/es/index.html
- OMS (2010). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- OMS (2011). Observatorio Data Repository, 2006. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- OPS (2011). Control del Tabaco. En <http://new.paho.org>
- Price Waterhouse Cooper (2001). La industria tabacalera. Argentina: Un análisis económico. Camberra.