

# Tabaquismo en los médicos uruguayos (2011)

PhD. SOC. MARCELO BOADO <sup>1</sup>, DR. EDUARDO BIANCO <sup>2</sup>

**PALABRAS CLAVE:**

TABAQUISMO  
CESE DEL TABAQUISMO  
PREVALENCIA

**KEY WORDS:**

SMOKING  
SMOKING CESSATION  
PREVALENCE

**RESUMEN**

El objetivo del presente trabajo es señalar que las políticas de control del tabaco tienen efecto sobre la prevalencia de tabaquismo en general y en los médicos en particular. Pero, además, qué efecto tiene el papel de los médicos en modificar la prevalencia. Para eso se mide la prevalencia de tabaquismo y aspectos vinculados en los médicos, y se los compara con los de la población en general. Finalmente se examina la acción sobre el tabaquismo desarrollada por los médicos hacia sus pacientes.

**1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS**

1.1. El tabaquismo es un importante problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la segunda causa principal de muerte y la primera absolutamente evitable, siendo a su vez factor de riesgo en seis de las ocho primeras causas de muerte en el mundo. Se estima que las enfermedades causadas por el tabaco son responsables de casi 6 millones de muertes anuales <sup>(1)</sup>.

La OMS entiende que es una causa reversible y por ello promueve, mediante un conjunto amplio y diversificado de medidas políticas, el control del tabaco y el abatimiento de la prevalencia de tabaquismo en todos los países del mundo.

Pero, a su vez, los profesionales de la salud tienen un papel prominente que desempeñar en el control del tabaco. Los médicos pueden ser determinantes en la prevención del uso de tabaco en la comunidad <sup>(2)</sup>, y tener una función clave en el desarrollo de políticas generales de salud pública, incluidas las políticas de control del tabaco. Las investigaciones han

demonstrado que las intervenciones médicas pueden ser eficaces para ayudar a los pacientes a dejar de fumar <sup>(3)</sup>. En esta función, los médicos son vistos como ejemplos por la comunidad, por sus pacientes y otros profesionales. Desde 1976, la evidencia sugiere que la mejor manera en que los médicos pueden persuadir a los pacientes a dejar de fumar, es si ellos mismos dejan de hacerlo <sup>(5)</sup>.

A pesar de esto, en muchas partes del mundo los profesionales de la salud siguen consumiendo tabaco, a menudo a una tasa similar a la de la población general <sup>(6)</sup>. Una encuesta internacional realizada en 2003 indicó que las tasas de tabaquismo entre enfermeras y médicos respondían al nivel de las actividades de control del tabaco en el país <sup>(7)</sup>. Por un lado, en aquellos países donde estaba descendiendo la prevalencia del consumo de tabaco a nivel nacional, también tendía a decrecer el tabaquismo entre los profesionales de la salud. Por otro lado, en aquellos países donde la prevalencia del tabaco iba en ascenso o era estable, también crecía la prevalencia entre los profesionales de la salud, especialmente entre las mujeres <sup>(8)</sup>.

La mayoría de los países desarrollados parecen haber experimentado un descenso constante en las tasas de tabaquismo de los médicos en los últimos 30 años. Sin embargo, algunos países desarrollados mantienen tasas superiores a 25% y varios países en vías de desarrollo tienen tasas aun muy superiores <sup>(9)</sup>. Por su parte, en los países de América Latina prácticamente no existen estudios de tabaquismo en los médicos de alcance nacional como para comparar situaciones y las tendencias reseñadas.

1. Prof. Agr. Facultad de Ciencias Sociales de la UDELAR.

2. Comisión de Tabaquismo del SMU, Centro de Investigación para la Epidemia de Tabaquismo (CIET Uruguay)

1.2. Uruguay fue históricamente considerado como uno de los países latinoamericanos de mayor prevalencia de tabaquismo, y con mayor grado de exposición al humo del tabaco en ambientes cerrados, tal cual lo demostró un estudio de la Universidad John Hopkins y la Organización Panamericana de la Salud en 2002-2003<sup>(10)</sup>.

En setiembre del 2004, Uruguay ratificó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, y se comprometió internacionalmente a aplicar las disposiciones contenidas en el mismo. Desde entonces, y fundamentalmente durante la administración del Dr. Tabaré Vázquez, se procedió a dicha aplicación. Entre las medidas de control del tabaco que aplicó Uruguay, se destacan:

- a) Colocación de advertencias sanitarias en las cajillas de cigarrillos: primero, mensajes que abarcaron hasta 50% de superficie frontal y trasera de la cajilla de cigarrillos (2005); luego la inclusión de imágenes (2006), y finalmente la ampliación al 80% de la superficie de la cajilla (2010).
- b) La prohibición de los términos que inducen a engaño al consumidor, como light, mild, ultralight y otros.
- c) El incremento progresivo y significativo de los impuestos y precios a los productos del tabaco.
- d) La prohibición de fumar en lugares de trabajo y en lugares públicos cerrados.

En un inicio estas disposiciones se impusieron por vía de decretos presidenciales, pero a partir de febrero de 2008 estas disposiciones fueron recogidas en la Ley Nacional de Control del Tabaco. La aplicación de todas estas medidas colocó rápidamente a Uruguay como uno de los modelos internacionales en control del tabaco, y así fue reconocido por la OMS en el 2008.

1.3. Las evaluaciones realizadas desde entonces han demostrado que las medidas de control del tabaco aplicadas comenzaron a demostrar su efectividad. Por un lado, la prevalencia de tabaquismo en adultos de ambos sexos, que rondaba el 32% según las diferentes mediciones realizadas entre 1998 y 2002, se redujo a 25% según las mediciones realizadas por ENPTA y GATS en 2008 y 2009<sup>(12,13)</sup>. Por otro lado, la prevalencia en jóvenes escolarizados de 13 a 17 años, según las mediciones sucesivas de GYTS, bajó de 32% (1998-2006) a 18,4% (2009)<sup>(14)</sup>.

1.4. ¿Pero qué pasó con el tabaquismo en los médicos? Hasta inicios del siglo XX, la participación de los médicos y sus organizaciones en el control del tabaco se había limitado al esfuerzo de algunos pioneros, como los Dres. Saralegui Padrón y Helmut Kasdorf, y los datos sobre el consumo de tabaco por parte de los médicos no era conocido. A partir del año 2000, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) decidió involucrarse en control del tabaco y en el proceso del CMCT de la OMS. Y para ello aprobó la creación de una Comisión de Tabaquismo. Desde entonces, dicha comisión se transformó en un motor del movimiento de la sociedad civil vinculado al control del tabaco.

En el año 2001, el SMU realizó una Encuesta Médica Nacional, previa a la Convención Médica de ese año, que incluyó la medición de la prevalencia de consumo de tabaco de los médicos uruguayos. El estudio implicó una muestra aleatoria de 600 casos de ambos sexos de la base de datos nacional de médicos confeccionada por el SMU para esa ocasión. Se trató de una encuesta telefónica. La prevalencia de tabaquismo entre los médicos fue de 27%, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo; pero con una mayor tendencia al abandono en los hombres que en las mujeres<sup>(11)</sup>.

A su vez en el 2007, durante la vigencia de las nuevas medidas de control del tabaco, y como parte de la Encuesta Médica Nacional: Vamos los médicos por nuestra salud!<sup>(15)</sup>, nuevamente se midió la prevalencia de tabaquismo en los médicos de todo el país, que se situó en 17%.

En 2011, el Centro de Investigación para la Epidemia de Tabaquismo (CIET), junto al SMU y la Federación Médica del Interior (FEMI) decidieron realizar una nueva investigación sobre la prevalencia de tabaquismo y otros aspectos que, como señala el inicio de esta sección, se vinculan con la labor de los médicos en esta tarea. En consecuencia los objetivos del estudio fueron:

- Medir la prevalencia de tabaquismo en los médicos uruguayos.
- Examinar las características del consumo y las actitudes sobre el abandono del tabaco.
- Conocer su opinión sobre las políticas de control del tabaco aplicadas en Uruguay.
- Medir la instrucción sobre el abandono del tabaco y la aplicación con sus pacientes.

## 2. MATERIAL, MÉTODOS Y DEFINICIONES

2.1. Para el estudio se reunieron las bases de datos de socios de SMU y FEMI, y se elaboró un marco muestral de 10.328 médicos activos de todo el país. Por activo se entendió a todo médico que trabajaba (en relación de dependencia o ejercicio liberal de la profesión); se excluyó a los que no ejercían por cualquier decisión o por retiro. Se requirió a ambas instituciones: nombre, teléfonos, sexo, edad y especialidad, de cada miembro activo.

Se prefirió un diseño muestral estratificado. La afijación proporcional consideró la pertenencia a cada gremio (SMU y FEMI), el sexo (hombre y mujer) y la especialidad (médico general y especialista).

La muestra tuvo un tamaño de 601 casos. Se determinó el tamaño de muestra a partir de una variable de tipo Bernoulli, a los efectos de obtener una precisión inferior a 4,0% y una seguridad de 95% en la estimación de la proporción de médicos activos que fumaran.

Se realizó un relevamiento telefónico. Cada médico seleccionado como titular para la muestra tuvo hasta cuatro suplentes respectivos, seleccionados de la misma forma. Cada médico titular debió ser llamado hasta cinco veces antes de ser reemplazado por su suplente respectivo. La tasa de rechazo fue de 3%, y en esos casos se procedió con los suplentes respectivos.

El cuestionario tuvo 26 preguntas y constituyó un screening que permitió identificar claramente a los fumadores, a los ex fumadores y a los no fumadores. Los fumadores lo respondieron completo, los ex fumadores respondieron ocho preguntas y los no fumadores siete preguntas. La entrevista duró de 2 a 8 minutos.

El relevamiento telefónico, en base a un protocolo estricto y controlado, lo realizó Mediatel, subsidiaria de Equipos Consultores. Las entrevistas se realizaron entre el 17 de enero y el 28 de febrero de 2011.

2.2. Para medir la prevalencia se utilizaron las definiciones y preguntas actualmente recomendadas por el Centers for Disease Control (CDC) del Departamento de Salud de EE.UU. y por la OMS. Las mismas se basaron para este trabajo en el consumo de cigarrillos industriales o armados a mano por el fumador\*.

\* Como mostró la Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo, que visitó 5.443 hogares de todo el país (referencia 12), y otros trabajos de la Junta Nacional de

La prevalencia de vida mide la proporción de personas que han consumido productos del tabaco en algún momento de su vida. En este trabajo se consideró el consumo de 100 o más cigarrillos en la vida. La prevalencia a 7 días mide la proporción de personas que han fumado al menos un cigarrillo en los últimos 7 días.

La intensidad de la dependencia al tabaco se midió por el tiempo del primer cigarrillo al despertar (TTFC, en inglés), que es uno de los índices de dependencia biológica más importantes (17,18). Cuanto menor tiempo al primer cigarrillo mayor dependencia del tabaco.

Se midió el intento de abandono del tabaco por medio de una pregunta que registró si se realizó al menos un intento en los 12 meses previos a la entrevista, y se midió la intención de abandono por medio de una pregunta que requirió la dimensión temporal para modificar el comportamiento. Ambas preguntas son usuales en los estudios del ITCPES (International Tobacco Control Policies Evaluation Survey) (16).

Se midió el entrenamiento para cesación en tabaquismo en todos los entrevistados por un set de preguntas cerradas y abiertas.

Se midió el apoyo a las políticas de control del tabaco en todos los entrevistados por medio de una pregunta cerrada con una escala de intensidad de apoyo.

## 3. RESULTADOS

### 3.1. GENERAL

El resultado muestral indicó que 71,7% fueron médicos afiliados al SMU y 28,3% a FEMI; 54,4% fueron médicos generales y el resto fueron médicos especialistas; 55,4% fueron mujeres y 44,6% hombres. Estos resultados estuvieron alineados con gran precisión respecto de los parámetros del universo confeccionado \*\*.

### 3.2. PREVALENCIA DE VIDA

El 42% de los médicos en algún momento de su vida fue fumador (tabla 1), y este aspecto fue

Drogas, el consumo de otros productos de tabaco (tabaco de pipa, pipa de agua, naco, snuffs, habanos, etcétera) es muy poco frecuente en Uruguay.

\*\* Boado M, Ramírez R. (2011) Informe final de la 2<sup>a</sup> Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Médicos.

**TABLA 1. PREVALENCIA DE VIDA SEGÚN SEXO, GRANDES REGIONES Y ESPECIALIDAD**

<i>¿Ha fumado 100 y más en su vida?</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
Total	42,1%	57,9%	100,0%
Error típico: 2,01	Intervalo de confianza 95%: 38,1- 46,01		
Sexo			
Mujer	38,7%	61,3%	100,0%
Hombre	46,3%	53,7%	100,0%
Región			
Montevideo	41,6%	58,4%	100,0%
Interior	43,3%	56,7%	100,0%
Especialidad			
Médico general	39,1%	60,9%	100,0%
Especialista	45,6%	54,4%	100,0%

Fuente: Encuesta Nacional De Prevalencia de Tabaquismo En Médicos (Ciet, 2011).

**TABLA 2. PREVALENCIA 7 DÍAS SEGÚN SEXO, GRANDES REGIONES Y ESPECIALIDAD**

<i>¿Fumó al menos un cigarrillo los últimos 7 días?</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
Total	9,8%	90,2%	100,0%
Error típico: 1,21	Intervalo de confianza 95%: 7,4- 12,1		
Sexo			
Mujer	11,1%	88,9%	100,0%
Hombre	8,2%	91,8%	100,0%
Región			
Montevideo	10,2%	89,8%	100,0%
Interior	8,8%	91,2%	100,0%
Especialidad			
Médico general	12,2%	87,8%	100,0%
Especialista	6,9%	93,1%	100,0%

Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Médicos (Ciet, 2011).

superior en los hombres (46,3%) que en las mujeres (38,7%). Estas proporciones se aproximan a las estimadas por ENPTA para la población general (41,8%), hombres (51,8%) y mujeres (33,3%). A su vez, la prevalencia de vida fue mayor en los médicos especialistas (45,6%) que en los médicos generales (39,1%), y fue mayor entre los del interior que entre los de Montevideo, en este caso contraviniendo la tendencia de la población general medida por ENPTA (Boado y Bianco, 2009 y 2010a).

### 3.3. PREVALENCIA A 7 DÍAS

La prevalencia a 7 días se situó en 9,8% (tabla 2). Resultó ligeramente superior en las mujeres (11,1%) frente a los hombres (8,2%); entre los médicos de Montevideo (10,2%) respecto de los del interior (8,8%), y también en médicos generales fue mayor (12,2%) que en los médicos especialistas (6,9%); aunque las diferencias entre estos grupos no fueron estadísticamente significativas.

**TABLA 3. CONSUMO PROMEDIO DIARIO EN TRAMOS Y PUNTOS DE ÍNDICE FAGERSTROM POBLACIÓN GENERAL Y MÉDICOS; PROMEDIO GENERAL MÉDICOS, INTERVALOS DE CONFIANZA (95%) Y PROMEDIOS SEGÚN SEXO.**

Cigarrillos por día	Población total (ENPTA, 2008)			Médicos 2011		
	Frecuencia	Porcentaje	Puntos	Frecuencia	Porcentaje	Puntos
Hasta 1	75	4,2	0	2	3,4	0
Hasta 2	80	4,4	0	12	20,3	0
3 a 5	252	14,1	0	10	16,9	0
6 a 10	433	24,2	0	15	25,4	0
11 a 20	677	37,9	1	18	30,5	1
21 a 30	144	8,1	2	2	3,4	2
31 y +	126	7,1	3	0	-	3
Total	1.791	100		59	100,0	
Prom: 9,8	IC (95): 7,9-11,7		Promedio hombres: 11,9; IC(95): 8,4-15,2		Promedio mujeres: 8,6; IC(95): 6,3-10,9	

Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Médicos (Ciet, 2011); Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Uruguay (Ciet, 2008).

### 3.4. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO

El 74,6% de los fumadores reconoció ser fumador diario, y 25,4% fumador intermitente u ocasional.

El 95% señaló ser consumidor de cigarrillos industriales, y solo 5% consumía tabaco de armar y cigarrillos industriales, aspectos que se relacionan claramente con el nivel de ingreso, la residencia urbana y la feminización del consumo.

Los entrevistados fueron requeridos sobre la cantidad de cigarrillos que consumían por día. Considerando solo a los fumadores diarios, el promedio se situó en 12 cigarrillos por día, que resulta inferior a los 15 cigarrillos diarios que estimaron ENPTA e ITC a nivel nacional entre 2006 y 2008. Si consideráramos el total de los fumadores, este promedio se reduce a 9,8 cigarrillos diarios. No se hallaron diferencias significativas en el promedio diario por sexo, ni por regiones, ni por especialidades.

### 3.5. LA DEPENDENCIA DEL TABACO

Con respecto a la dependencia del tabaco, la OMS recomienda estimarla por medio del índice Fagerstrom, que resume información sobre el tiempo al primer cigarrillo del día y promedio diario de cigarrillos.

Las tablas 3 y 4 aportan la información detallada de niveles de consumo diario y tiempo

al primer cigarrillo del día y lo refieren a los resultados de ENPTA 2008.

Casi 40% fuma menos de 5 cigarrillos por día, 25,9% fuma entre 6 y 10 cigarrillos, 30,5% entre 11 y 20 y solo 3,4% declara fumar más de 20 cigarrillos por día, con lo cual resulta evidente que el consumo de los médicos está por debajo de la media nacional de consumo que ENPTA 2008 y las sucesivas encuestas de ITC situó en los 15 cigarrillos diarios (figura 1).

### 3.6. INTENTO E INTENCIÓN DE ABANDONAR EL TABACO

El 61% de los fumadores entrevistados señaló haber hecho un intento por dejar de fumar en el año previo. Dentro de los médicos que intentaron dejar de fumar, solo 33,3% recurrieron a algún tipo de ayuda, los demás no lo hicieron.

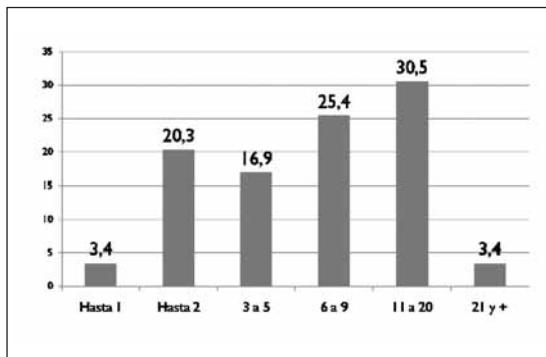
El 84% de los fumadores entrevistados piensa en dejar de fumar. De ellos, 16,5% piensa dejar de fumar en el próximo mes, y 30,5% en los próximos seis meses. Solo 15,3% no tiene ninguna intención de abandonar el consumo (figura 2).

Con respecto al grado de “confianza” para lograr el abandono, solo 28,8% de los fumadores que pensaban en dejar de fumar, se sentían muy seguros o totalmente seguros de poder lograrlo (figura 3).

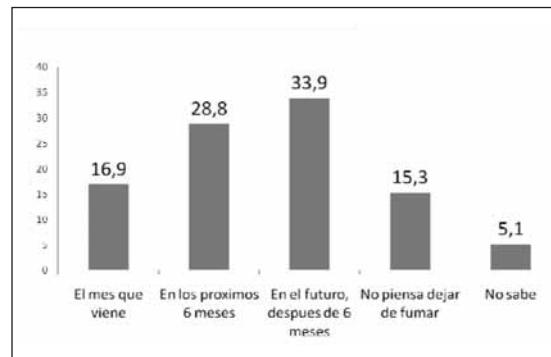
**TABLA 4. TIEMPO AL PRIMER CIGARRILLO DEL DÍA Y PUNTOS DEL ÍNDICE FAGERSTROM**

Tiempo	Población total (ENPTA, 2008)			Médicos 2011		
	Frecuencia	Porcentaje	Puntos	Frecuencia	Porcentaje	Puntos
Hasta 5'	312	17,4	3	5	8,5	3
Hasta 30'	385	21,4	2	3	5,1	2
Hasta 1 h	241	13,4	1	16	27,1	1
Más de 1 h	859	47,8	0	35	59,3	0
Total	1.794	100		59	100	

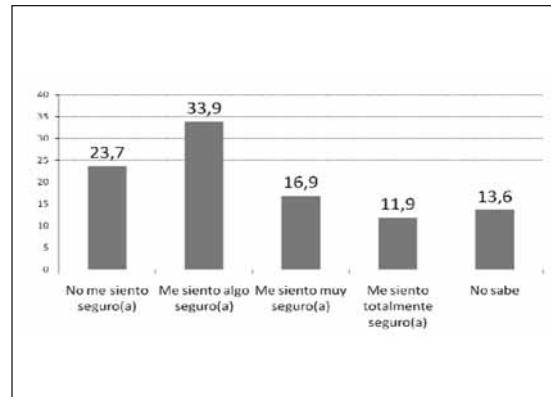
Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Médicos (Ciet, 2011); Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Uruguay (Ciet, 2008).



**FIGURA 1. Intensidad de consumo diario.**



**FIGURA 2. Intención de abandono.**



**FIGURA 3. Confianza en el abandono.**

### 3.7. ENTRENAMIENTO PARA CESACIÓN DE TABAQUISMO

El 46,6% del total de los entrevistados manifestó que tenía algún tipo de entrenamiento para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar; al respecto no se advirtieron diferencias estadísticamente significativas según sexo, especialidad o localidad.

El 29,5% de quienes tenían algún entrenamiento se declaró autodidacta en su formación. El 71,5% restante indicó que los lugares donde recibieron dicho entrenamiento fueron: 29,8% en cursos en sus lugares de trabajo (MSP o mutualistas), 14,2% en cursos de postgrado, 12,4% en cursos del FNR, 7,5% en entrenamiento en pregrado, y 3,9% en la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; y 3% en otros casos.

#### *Intervención en cesación*

El 82,5% manifestó que siempre aconsejaban a sus pacientes, y solo 10% que nunca lo hacía.

El 50% declaró que “deriva” a sus pacientes a Programas Especializados de Cesación en forma frecuente, mientras que

21,8% de los médicos dice no hacerlo nunca (figura 4).

#### *Inicio de tratamientos farmacológicos*

Solo 19,1% de los médicos declara iniciar frecuentemente el tratamiento del tabaquismo, pero 59% reconoce no iniciararlo nunca.

Finalmente, cuando se interrogó a los médicos sobre si estaban de acuerdo con las políticas

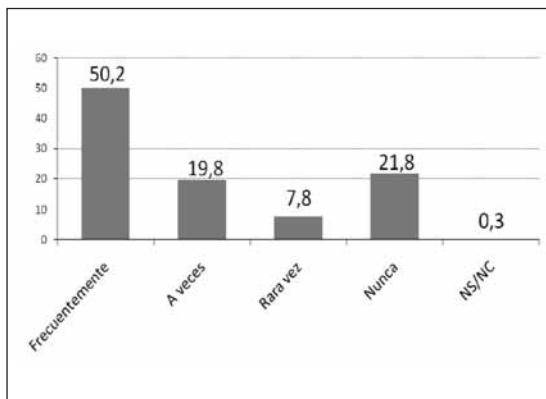


FIGURA 4. Derivación a programas especializados.

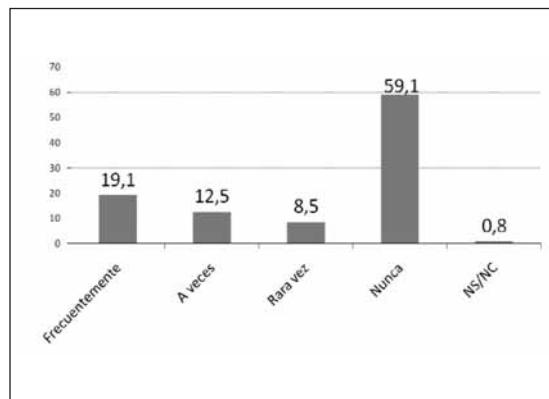


FIGURA 5. Inicia tratamientos.

de control del tabaco que está aplicando nuestro país, 96,5% de los médicos dijo estar totalmente de acuerdo o de acuerdo con las mismas. Solo 1,5% declaró estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las mismas.

#### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El SMU realizó dos encuestas nacionales previas (2001 y 2007) a este estudio donde midió la prevalencia de tabaquismo en los médicos, pero el presente es el primer estudio de investigación, de alcance nacional, exclusivamente diseñado para evaluar la prevalencia y características del tabaquismo en los médicos uruguayos.

La encuesta del SMU de 2001 estimó la prevalencia en 27%<sup>(11)</sup>, y la de 2007 la estimó en 17%<sup>(15)</sup>. Nuestro estudio actual, con una muestra de similar tamaño pero exclusivamente dedicada a tabaquismo, confirmó la tendencia decreciente advertida en la prevalencia, situándola en 9,8%.

Este resultado indica una disminución significativa de la prevalencia del tabaquismo en los médicos, acorde con la tendencia al descenso en la población general. A su vez, este resultado señala un importante descenso de la prevalencia de tabaquismo entre los médicos, medido tanto en el tiempo como en la historia personal de los entrevistados. Tomanando en cuenta que solo contabilizamos sobrevivientes, los ex fumadores presentes en la muestra son el saldo entre la prevalencia de vida y la prevalencia a 7 días, lo que alcanza 32%. En ENPTA, el saldo fue de 17% para la población total. Puede percibirse que el abandono en los médicos habría sido más acelerado que en el conjunto de la población.

Además, este descenso fue desigual por sexo. El saldo en los hombres fue de 38,5% (46,7-8,2), mientras que en las mujeres fue de solo 26,6% (38,7-11,1). Por su parte, en ENPTA el saldo observado fue de 22,3% para hombres y 12,3% para mujeres. Y a su vez, el estudio del SMU de 2001 también señaló un fenómeno similar, por lo cual, pese a las diferencias del muestreo, se fortalece la evidencia respecto a que el abandono en los hombres ocurre en mayor proporción que en las mujeres. Este abandono mantiene su tendencia desigual entre los médicos. Este hecho señala la mayor resiliencia de las mujeres al abandono en cualquier condición educativa y social, lo cual es un lo cual constituye un elemento de preocupación que exigiría definir una estrategia específica para el género femenino.

No queremos olvidar mencionar que en las encuestas consideradas no se utilizó la misma pregunta para medir la prevalencia. Mientras que en la presente investigación se preguntó: “¿fumó usted por lo menos un cigarrillo en los últimos 7 días?”, en la encuesta del 2001 se preguntó “¿en los últimos 6 meses fumó por lo menos algún cigarrillo?”, con lo cual se podría haber sobreestimado la prevalencia al no haber referido el consumo mínimo a 7 días. En la encuesta de 2007 se preguntó: “¿usted fuma?”, que en nuestra opinión se aproxima mejor a que refiere la prevalencia a 7 días previos.

Solo resultaron consumidores diarios de cigarrillos 75% de los médicos fumadores.

Estas proporciones en ENPTA, o las sucesivas ondas de ITC Montevideo, se situaron en 91% los diarios y en 9% los fumadores esporádicos, por lo cual el consumo diario de los médicos que aún continúa fumando presenta una tendencia más atenuada<sup>(12)</sup>.

**TABLA 5. ÍNDICE FAGERSTROM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA**

Índice Fagerstrom	Población total (ENPTA, 2008)		Médicos 2011	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0,00	619	34,5	30	50,8
1,00	309	17,2	10	16,9
2,00	225	12,6	11	18,6
3,00	276	15,4	5	8,5
4,00	203	11,3	2	3,4
5,00	96	5,3	1	1,7
6,00	67	3,7	0	0
Total	1.794	100,0	59	100,0
Promedio general : 1,02 IC (95):0,68-1,35				
Promedio en hombres : 1,41		Promedio: 0,78		
IC (95): 0,74-2,07		IC (95): 0,42-1,15		

Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Médicos (Ciet, 2011); Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Uruguay (Ciet, 2008).

Lo anterior se refleja en una mayor prevalencia de fumadores ocasionales entre los médicos que en la población general

Actualmente, dos de cada tres médicos fuman menos de 10 cigarrillos por día. Ha sido muy significativa la disminución de la cantidad de cigarrillos diarios por parte de los médicos con respecto al estudio de 2001 (tabla 6) <sup>(11)</sup>.

95% de los médicos fumadores consume cigarrillos manufacturados y sólo 2% tabaco de armar, mientras que 75% de los fumadores de la población general consumía cigarrillos industrializados, 19% tabaco de armar y 6% ambos tipos de productos <sup>(12)</sup>. Estos aspectos se relacionan claramente con el nivel de ingreso, la residencia urbana y la feminización del consumo.

El nivel de dependencia de los médicos fumadores, evaluado por el tiempo al primer cigarrillo, es inferior al de los fumadores de la población general <sup>(12)</sup>. El tiempo al primer cigarrillo reunido con el promedio diario de cigarrillos, en la escala de puntaje propuesta por Fagerstrom, permite estimar la dependencia de la nicotina de modo confiable <sup>(17-20)</sup>. La tendencia a fumar el primer cigarrillo precozmente, al levantarse, es menos acentuada entre los médicos que en el promedio de la población examinada por ENPTA. El 17% de la población total demo-

**TABLA 6. CANTIDAD CIGARRILLOS DIARIA 2001 Y 2011**

Cantidad	2001	2011
0-9 cig/día	26%	65,9%
10-19 cig/día	24%	30,5%
20 o más cig/día	60%	3,4%

Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Médicos (Ciet, 2011); Encuesta Nacional de Médicos SMU 2001.

ra menos de 5 minutos desde que se despierta en encender un cigarrillo, entre los médicos esta proporción es muy inferior. En proporción mayoritaria los médicos acceden al primer cigarrillo una hora o más desde que despiertan, lo cual solo le sucede en 47% de los fumadores de la población general. La distribución observada en los médicos revela que sus niveles de dependencia de la nicotina son más leves que los observados en el conjunto de la población (tabla 5).

El 60% de los médicos fumadores intentaron dejar de fumar. En la población fumadora adulta a nivel nacional, tanto el estudio ENPTA en 2008, como la secuencia de encuestas ITC (2006-2010) <sup>(12, 21,22)</sup>, situaron el intento de abandono en el último año entre

**TABLA 7.** PLANES SOBRE DEJAR DE FUMAR SEGÚN INTENTO DE ABANDONO EN LOS PASADOS 12 MESES, POBLACIÓN GENERAL 2008 Y MÉDICOS 2011.

Poblaciones	Plan sobre dejar de fumar					
	Intentó abandonar en los pasados 12meses	Planea dejar de fumar en este mes	Planea dejar de fumar en los próximos 6 meses	Dejará de fumar algún día pero no en los próximos 6 meses	No está interesado en dejar de fumar	Total
Población general	Sí	24,5	20,7	39,9	14,9	100,0%
2008	No	5,2	9,7	39,6	45,5	100,0%
X <sup>2</sup> : 233;3grl; p: 0,05	Total	13,0	14,1	39,7	33,1	100,0%
	Sí	27,8	33,3	27,8	11,1	100,0%
Médicos 2011	No	,0	25,0	50,0	25,0	100,0%
X <sup>2</sup> : 9;3grl; p: 0,05	Total	17,9	30,4	35,7	16,1	100,0%

Fuente: Encuesta Nacional de prevalencia de tabaquismo en Médicos (Ciet, 2011); Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo en Uruguay (Ciet, 2008).

40% y 45%. Por lo tanto, los médicos lo intentan en mayor proporción que la población general<sup>(12)</sup>. Pero también se distinguen por ser más proclives a la ayuda técnica durante el intento de abandono que la población general. Nuevamente en este caso la proporción observada (33%) difiere de las observadas por ENPTA e ITC en la población general, donde los fumadores que recurrieron a cualquier tipo de ayuda rondaron 15%.

En relación con la intención de dejar de fumar de los médicos fumadores, claramente ha mejorado la situación con respecto a lo que opinaban en el 2001. En 2001<sup>(11)</sup>, 37% de los médicos manifestó que no tenía previsto dejar de fumar, mientras que en 2011 solo 15% mantiene esta posición. Con respecto a la población general, la intención de los médicos para dejar de fumar también es superior, tanto en “el próximo mes” (17% versus 13%) como “dentro de los 6 meses” (29% versus 14%). En 2008, todavía había 32% de fumadores de población general que manifestaba no tener intención de dejar de fumar<sup>(12)</sup>.

Como señalan los trabajos en la materia, la intención de abandono y el éxito futuro se fortalece sobre la experiencia de intentos de abandono que en general, como se observó, suelen ser sin asistencia técnica. Estos trabajos sobre abandono del tabaco señalan que los intentos de abandono previos, que registra la encuesta, están asociados al fortalecimiento de la intención de abandonar<sup>(16)</sup>. Y lo opuesto

es igualmente válido, los que no lo han intentado, o no lo han hecho en los últimos 12 meses, son los que menor propensión muestran. Por lo tanto, al momento de la encuesta, los que tienen más decidida la intención de abandono son aquellos que tuvieron episodios de abandono recientes. Estas tendencias se aprecian entre los médicos con claridad similar a lo que ocurre que en la población general.

La tabla 7 aporta una nueva comparación entre ENPTA y la presente encuesta. En ambos estudios el intento de abandono previo fortalece la intención de dejar en el futuro cercano mientras que lo contrario favorece la reluctancia al abandono. Pese a las diferencias de tamaño de las submuestras, los test de ji cuadrado resultaron significativos en ambos casos al 5% y más, consolidando así esta hipótesis.

Donde también ha habido un cambio significativo ha sido en el entrenamiento en abordaje del tabaquismo. En 2001<sup>(11)</sup>, 87% de los médicos reconocía no tener formación en el tema. Actualmente, casi la mitad de los médicos (46%) dice tener entrenamiento en ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Las formas más frecuentes de instrucción son la autodidacta (29,5%) y el entrenamiento en el lugar de trabajo (29,8%), tal cual lo pauta la ley 18.256 de 2008, y que ha sido incluido en el Sistema Nacional Integrado de Salud a través de los cursos de las metas prestacionales.

Si 82,5% manifestó aconsejar a sus pacientes dejar de fumar, 50% manifiesta derivar sus pacientes a programas de tratamiento del tabaquismo y solo uno de cada cinco médicos inicia tratamientos farmacológicos específicos para la dependencia al tabaco. Esto revela un área donde debe trabajarse más.

Con respecto a las políticas de control del tabaco, actualmente 96,5% de los médicos manifestó estar totalmente de acuerdo o de acuerdo con las mismas, cuando en 2001 solo 82% de los médicos reconocía que los médicos tenían “una responsabilidad social en el problema del tabaco”.

### CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio, y su comparación sistemática con estudios similares o más abarcativos desde el punto de vista socio-demográfico, aportan evidencia para sostener el efecto sensible de las políticas de control del tabaco sobre la reducción de la prevalencia en general y en la población médica en particular.

Las características de la dependencia del tabaquismo en los médicos es más atenuada que en la población general y exhibe evidencias del efecto de las políticas. Pese a contar con una prevalencia de vida similar a la población general, la brecha con respecto a la prevalencia a 7 días exhibe un descenso más pronunciado. Como se señaló en un inicio, la evolución de la prevalencia en los profesionales responde de modo visible a las políticas generales de salud. Y en este caso la experiencia uruguaya, además de ser buena en sí confirma la tendencia general. Aun así se advierte el mismo contraste que en la población general, las mujeres resisten el abandono del tabaco de manera más significativa que los hombres. En otros aspectos la medición de la prevalencia no refleja distinciones significativas por sexo, especialidad o localización geográfica.

El consumo promedio diario de los médicos es inferior al promedio de la población y es casi exclusivo de cigarrillos industriales. El tiempo al primer cigarrillo es en promedio más tardío que el de la población general. Por ambas razones la tendencia que exhiben los médicos en la dependencia de la nicotina, según el índice Fagerstrom, es más leve que en la población general.

Los efectos de los intentos de abandono indican la importancia de la recurrencia de intentos en la mejora de la disposición al abandono, lo cual reafirma a nivel micro lo buscado de manera de manera secuencial y sistemática por las políticas sanitarias. Sin embargo, la evidencia de las prácticas de asistencia es débil tanto en la población específica como en la general. Es un camino a fortalecer por la vía de las metas de salud, tanto para la población general como para el personal especializado.

En diez años, el consumo de tabaco entre los médicos se ha reducido a la tercera parte y el perfil de los actuales médicos fumadores es propicio para que con intervenciones adecuadas se pueda reducir esta prevalencia a menos de 5% en muy corto plazo.

La evidencia expuesta permite atribuir este significativo cambio observado a la influencia de las políticas de control del tabaco aplicadas en Uruguay en los últimos años, y al hecho de que nuestro país haya comenzado, desde 2009, una educación obligatoria, a través de las metas prestacionales, en el abordaje del tabaquismo.

Finalmente es preciso reconocer que dadas las características de este estudio, una de sus limitaciones es la falta de convalidación biológica de algunas dimensiones. Estas dimensiones podrían ser estimadas y analizadas en estudios de mayor alcance y complejidad que el presente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. **World Health Organization.** Why is tobacco a public health priority? [página en Internet]. Ginebra: WHO. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html) (consultado 10/07/2006)
2. **Centers for Disease Control and Prevention.** Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit – United States, 1991. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1993; 42: 854-7 (PubMed).
3. **Fowler G.** Educating doctors in smoking cessation. Tob Control 1993; 2: 5-6.
4. **Nett LM.** The physician's role in smoking cessation: A present and future agenda. Chest 1990; 97: 28S-32S (PubMed).
5. **Garfinkel L.** Cigarette smoking among physicians and other health professionals, 1959-1972. CA Cancer J Clin 1976; 26: 373-5 (PubMed).
6. **Mackay J.** Atlas del Tabaco [página en Internet]. Disponible en: <http://www.tobaccoatlas.org/> (consultado 10/07/2006)

7. **John U, Hanke M.** Tobacco-smoking prevalence among physicians and nurses in countries with different tobacco-control activities. *Eur J Cancer Prev* 2003; 12(3): 235-7.
8. **Percival J, Bialous SA, Chan S, Sarna L.** International Efforts in Tobacco Control. *Semin Oncol Nurs* 2003; 19(4): 301-7.
9. **Smith DR, Leggat PA.** An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health* 2007; 7: 115.
10. **Navas-Acien A, Peruga A, Breysse P, Zavaleta A, Blanco-Marquizo A, Pitarque R, et al.** Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. *JAMA* 2004; 291: 2741-5.
11. **Bianco E, Menéndez A, Blanco A, Tucuna G, Roballo L.** Estudio sobre consumo de tabaco en los médicos uruguayos. Sindicato Médico del Uruguay. Trabajo aceptado por el Congreso de Cardiología Virtual 2001, organizado por la Federación Argentina de Cardiología.
12. **Boado M, Bianco E.** Primera encuesta nacional de tabaquismo. Uruguay 2008. *Tendencias en Medicina* 2010; 17: 26-9.
13. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS). Fact Sheet Uruguay 2009 [monografía en Internet]. Montevideo: MSP; 2009. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasocial.aspx?3885,18398> (Consultado 17/11/2011)
14. Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, 2010. United Nations Office on Drugs. Observatorio Uruguayo de Drogas. [http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/ documentos/IV\\_encuesta\\_estudiantes\\_media\\_2010.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/ documentos/IV_encuesta_estudiantes_media_2010.pdf)
15. Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU. Encuesta Médica Nacional: Vamos los médicos por nuestra salud. En: Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU. Resultados de una encuesta sobre morbimortalidad de los médicos [monografía en Internet]. Montevideo: SMU; 2007.p.195-2013. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art15.pdf> (consultado 17/11/2011)
16. **Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et.al.** The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. *Tob Control* [serie en Internet].2006;15(suppl 3):[aprox. 8p.]. Disponible en: [http://tobaccocontrol.bmjjournals.org/content/15/suppl\\_3/iii3.abstract](http://tobaccocontrol.bmjjournals.org/content/15/suppl_3/iii3.abstract) (consultado 17/11/2011)
17. **Borland R, Yong HH, O'Connor RJ, Hyland A, Thompson ME.** The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine Tob Res* 2010; 12 Suppl: S45-50.
18. **Etter JF, Duc TV, Perneger TV.** Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction* Volume 1999; 94: 269-81.
19. **Hammond D, Fong GT, Borland R, Cummings KM, McNeil A, Driezen P.** Text and Graphic Warnings on Cigarette Packages: Findings from the International Tobacco Control Four Country Study. *Am J Prevent Med* 2007; 32: 202-9.
20. **Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Alonso B, Malvar M, Hervada X, de León J.** Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. *BMC Public Health* 2009, 9:493doi:10.1186/1471-2458-9-493.
21. **Trasher J, Boado M, Sebrié E, Bianco E.** Smoke-free policies and the social acceptability of smoking in Uruguay and Mexico: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; 6: 591-9.
22. **Trasher J, Villalobos V, Szklo A, Fong G, Pérez C, Sebrié E, et al.** Assessing the impact of cigarette package health warning labels that include different styles of pictorial imagery and text: A cross-country comparison of adult smokers in Mexico, Brazil, and Uruguay. *Salud Pública de México*, 2010.