ISSN 0250 - 3816
ISSN on-line: 1688-423X

Octubre 2013; 35 (Supl. 4): S01-S16

ARCHIVOS DE MEDICINA INTERNA

DESDE 1979

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DEL URUGUAY, SOCIEDAD URUGUAYA DE NEFROLOGÍA, SOCIEDAD DE DIABETOLOGÍA Y NUTRICIÓN DEL URUGUAY, SOCIEDAD URUGUAYA DE ENDOCRINOLOGÍA, SOCIEDAD URUGUAYA DE HEMATOLOGÍA, SOCIEDAD DE TISIOLOGÍA Y ENFERMEDADES DEL TÓRAX DEL URUGUAY, SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA DEL URUGUAY, SOCIEDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL URUGUAY, SOCIEDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA Y PEDIÁTRICA DEL URUGUAY, SOCIEDAD URUGUAYA DE ATEROSCLEROSIS.

OPS - BIREME - OMS
Indizada en la base de datos LILACS
Vía Internet o a través de CD Rom

Universidad Nacional Autónoma de México
Indizada en la base de datos
PERIÓDICA
Vía Internet

SciELO

www.archmedinterna.prensamedica.com.uy

2013 AÑO DE NUESTRO TRIGÉSIMOQUINTO ANIVERSARIO

CONTENIDO

Academia Nacional de Medicina
Gran Premio Nacional de Medicina 2011

Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay. 2006-2009.

Programa Nacional para Control del Tabaco
Dres. Winston Abascal, Elba Esteves, Beatriz Goja, Lic. Soc. Franco González, Ps. Soc. Amanda Sica

35 - S 4

ISSN 0250 - 3816

Prensa Médica Latinoamericana

ISSN 0250 - 3816
ISSN on-line: 1688-423X
CDD 610

Octubre 2013; 35 (Supl. 4): S01-S16

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DEL URUGUAY, SOCIEDAD URUGUAYA DE NEFROLOGIA, SOCIEDAD DE DIABETOLOGIA Y NUTRICION DEL URUGUAY, SOCIEDAD URUGUAYA DE ENDOCRINOLOGIA, SOCIEDAD URUGUAYA DE HEMATOLOGIA, SOCIEDAD URUGUAYA DE NEUMOLOGÍA, SOCIEDAD DE NEUROLOGIA DEL URUGUAY, SOCIEDAD DE GASTROENTEROLOGIA DEL URUGUAY, SOCIEDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y PEDIATRICA DEL URUGUAY Y SOCIEDAD URUGUAYA DE ATEROSCLEROSIS.

ARCHIVOS DE MEDICINA INTERNA

DESDE 1979

CONSEJO EDITORIAL

- **DIRECTOR**
  Dr. Carlos Dufrechou
  Profesor director de Clínica Médica "2"
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  e-mail: cardufrechou@yahoo.com.ar

- **SECRETARÍA CIENTÍFICA**
  Dra. María Laura Llambí
  Profesora Adjunta de Clínica Médica.
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  e-mail: llambil@hc.edu.uy

- **COSECRETARIAS CIENTÍFICAS**
  Dra. Mercedes Perendones
  Profesora Adjunta de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Natalia Miranda
  Asistente de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.

- **MEDICINA Y SOCIEDAD: REFLEXIONES**
  Dr. Álvaro Díaz Berenguer
  Profesor agregado de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo

- **ASISTENTES DE DIRECCIÓN**
  Dra. Mariana Cora
  Profesora Adjunta del Departamento de Educación Médica.
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo
  Dra. Isabel Fernández
  Profesora Adjunta de Clinica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo
  Dr. Álvaro Huarte
  Profesor Agregado de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Arturo Pazos
  Profesor Adjunto de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo
  Dra. Cristina Pérez Lago
  Profesora Agregada de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo

- **COMITÉ DE ARBITRAJE**
  Dr. Carlos Romero (Presidente)
  Profesor ex director de la Cátedra de Cardiología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo
  Dr. Eladio García
  Profesor Adjunto de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Pablo Muxí
  Profesor Agregado de la Cátedra de Hematología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Leonardo Sosa
  Profesor director de Clínica Médica "B"
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Emma Schwedt
  Profesora Agregada de la Cátedra de Nefrología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo

- **MIEMBROS FUNDADORES**
  Dr. Alfredo Álvarez Rocha
  Profesor ex director de Clínica Médica
  Ex director del Departamento Clínico de Medicina del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Pablo Ambrosoni
  Profesor Agregado de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo
  Dr. Juan Carlos Bagattini
  Profesor ex director de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Homero Bagnulo
  Director del Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Maciel
  Presidente de la Comisión de Infecciones. MSP. Montevideo
  Dra. Raquel Ponce De León
  Profesora ex directora de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo

- **CONSEJO AD HONOREM**
  Dr. Daniel Bulla
  Profesor Agregado de Clínica Médica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Adelina Braselli
  Profesora ex directora de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo
  Dr. Francisco González
  Profesor ex director de la Cátedra de Nefrología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Nelson Mazzuchi
  Profesor ex director de la Cátedra de Nefrología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Mario Medici
  Profesor Agregado del Instituto de Neurología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Martha Nese
  Profesora ex directora de la Cátedra de Hematología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Luis M. Piñeyro Gutiérrez
  Profesor ex director del Instituto del Tórax y Cátedra de Neumología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Jorge Torres Calvete
  Presidente del Colegio Médico del Uruguay.
  Profesor ex director de Clínica Médica
  Ex director de la Escuela de Graduados
  Profesor Emérito de la Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo

- **CONSEJO ASESOR**
  Dra. Giséle Acosta
  Profesora directora de la Cátedra de Anatomía Patológica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Juan A. Alonso
  Profesor director de Clínica Médica "C"
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Henry Cohen
  Profesor director de la Clínica de Gastroenterología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Lilián Díaz
  Profesora directora de la Cátedra de Hematología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Jorge Facal
  Profesor director de Clínica Médica "1"
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo
  Dra. Amalia Laborde
  Profesora directora del Departamento de Toxicología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Alba Larre Borges
  Profesora directora de Clínica Médica "3"
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Ricardo Lluberas
  Profesor director de la Cátedra de Cardiología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Miguel Martínez
  Profesor director de la Cátedra de Dermatología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Ethel Meerovich
  Profesora directora del Instituto del Tórax y Cátedra de Neumología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Mercedes Naviliat
  Profesora directora de la Cátedra de Reumatología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Oscar Noboa
  Profesor director de la Cátedra de Nefrología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dra. Gabriela Ormaechea
  Profesora directora de Clínica Médica A.
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Raúl Pisabarro
  Profesor director de la Cátedra de Endocrinología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Ronald Salamano
  Profesor director del Instituto de Neurología
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Italo Savio
  Profesor director de la Cátedra y Servicio de Geriatría.
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.
  Dr. Gustavo Tamosiunas
  Profesor director del Departamento Farmacología y Terapéutica
  Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.

- **SOCIEDADES CIENTÍFICAS**
  Sociedad de Medicina Interna del Uruguay:
  Dra. Mabel Goñi
  Sociedad Uruguaya de Nefrología:
  Dr. Oscar Noboa
  Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay:
  Dra. Andrea Peloche
  Sociedad Uruguaya de Endocrinología:
  Dr. Ernesto Irrázabal
  Sociedad Uruguaya de Hematología:
  Dra. Ada Caneiro
  Sociedad Uruguaya de Neumología:
  Dra. Ethel Meerovich
  Sociedad de Neurología del Uruguay:
  Dra. Ana Fojgiel
  Sociedad de Gastroenterología del Uruguay:
  Dr. Eduardo Gutiérrez Galenana
  Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay:
  Dr. Robinson Rodríguez
  Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis:
  Dra. Rosana Gambogi

El Director Redactor Responsable, Secretarios Científicos, Asistentes de Dirección y el Comité de Arbitraje actúan con carácter de Colaboradores Honorarios. Archivos de Medicina Interna está inscrita en el libro VI folio 289 del registro de Ley de imprenta. ISSN 0250-3816. Arch.Med.Interna es publicado por Prensa Médica Latinoamericana Derechos de autor reservados: Copyright© 2013 by Prensa Médica Latinoamericana, Heber Saldivia, editor 2013. La reproducción total o parcial en forma idéntica o modificada en cualquier sistema o medio electrónico no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada. Edición gráfica: Claudio Ortiz; Consultante de Bibliografía: Lic. María N Fontes; Traducción: Dra. Trinidad Ott; Editor: Heber Saldivia. Impreso en Mastergraf Ltda., Gral. Pagola 1727. Dep. Legal 351.177/11. Montevideo. Edición amparada Dec. 218/996. Comisión del Papel. Archivos de Medicina Interna aparece tres veces por año (marzo, julio y noviembre) y dos suplementos con artículos de revisión. El precio de la suscripción es de $ 1.050. (Estos precios pueden cambiar sin previo aviso). La suscripción se considera por volumen. The journal appears three times a year (march, july and november) and two suppl. with review articles; online suscription 2013: U$S 300. The subscription will be considered per volume.
ARCHIVOS DE MEDICINA INTERNA - El Viejo Pancho 2410 - 11300 Montevideo, Telefax: 27079109 - Cel. 094 433156 - E-mail: info@prensamedica.com.uy
Cómo suscribirse en Uruguay: diríjase a cualquier local Abitab solicite al cajero (editorial Prensa Médica) haga efectivo el pago y la recibirá en 48 hs.
Otras opciones, consultar: www.archmedinterna.prensamedica.com.uy

© Prensa Médica Latinoamericana. 2013 ISSN 0250-3816 - Printed in Uruguay - All rights reserved.

Academia Nacional de Medicina
Gran Premio Nacional de Medicina 2011

Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay. 2006-2009.
Programa Nacional para Control del Tabaco

Impact of the tobacco control policies. 2006-2009
National Program for Tobacco Control

Dr. Winston Abascal
Doctor en Medicina. Director del Programa Nacional para Control del Tabaco.Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Dra. Elba Esteves
Doctor en Medicina. Programa de Tratamiento de Tabaquismo del FNR. Fondo Nacional de Recursos. Uruguay.

Dra. Beatriz Goja
Doctor en Medicina. Profesora Agregada de Clínica Médica, Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Lic. Soc. Franco González
Licenciado en Sociología. Asistente. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Dra. Ana Lorenzo
Doctor en Medicina. Asesor Técnico del Programa Nacional para Control del Tabaco, Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Ps. Soc. Amanda Sica
Psicóloga Social. Asesor Técnico y Coodinador Docente del Área de Capacitación Técnico Profesional, Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Uruguay.

RESUMEN: Arch Med Interna 2013 - 35 (Supl. 4): S01-S16

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el consumo de tabaco como una de las principales causas prevenible de muerte prematura y enfermedad. Por lo tanto, el consumo de tabaco representa un grave problema de salud pública. Como consecuencia las políticas de control de tabaco adquieren una dimensión que la transforma en una política de estado dado el impacto sobre la salud de toda la población. En Uruguay a partir de 2005 se implementó un paquete de medidas para el control del tabaco. Se evaluó el cambio en la prevalencia del consumo de tabaco entre los años 2006 y 2009, a través de encuestas comparables. Se analizaron los resultados globales y por grupos. Se encontró una importante disminución del 29,9% en la prevalencia. El descenso analizado según sexo, edad y nivel educativo no fue uniforme. Los resultados sugieren que la aplicación simultánea del conjunto de medidas establecidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco constituye una estrategia efectiva para disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en un corto período de tiempo.

Palabras clave: Tabaco, tabaquismo/prevalencia, Cese del uso de tabaco, programa nacional de control de tabaco, Políticas públicas de salud, Campañas para el control del tabaquismo.

ABSTRACT: Arch Med Interna 2013 - 35 (Supl. 4): S01-S16

The World Health Organization (WHO) recognizes the use of tobacco as one of the leading causes of preventable premature death and disease, highlighting tobacco consumption as a serious public health problem. Consequently, and given the impact of the use of tobacco on the health of its entire population, the policies designed in Uruguay to address it have acquired state-policy dimensions. In 2005, Uruguay implemented a package of measures for the control of tobacco; using comparable surveys, the study herein was designed to evaluate the change in the prevalence of the use of tobacco between 2006 and 2009. The analysis addressed both the overall outcomes and in certain groups. Albeit finding a significant decrease in the prevalence (29.9%), such a decline showed disparate results when analyzed by sex, age and educational level. The results suggest that the simultaneous implementation of all the measures set out in the WHO Framework Convention for the Control of Tobacco is an effective strategy to decrease the prevalence of tobacco in a short period of time.

Este trabajo es distinguido con el Gran Premio Nacional de Medicina 2011 según consta en Acta de la Academia Nacional de Medicina del día 30 de agosto de 2012, hora 16. En la sede de la Academia Nacional de Medicina el Tribunal que entiende en la adjudicación del Gran Premio Nacional de Medicina es presidido por el Ac. Hernán Artucio e integrado por los Acs. Carmen Álvarez, Gloria Ruocco, Luis García Guido y José Gumberg. El Tribunal resuelve por unanimidad otorgar un primer Gran Premio al trabajo presentado “Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay. 2006-2009” Programa Nacional para el Control del Tabaco.
Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con el presente trabajo. También declaran que no tienen relación de ningún tipo con la industria tabacalera.
Correspondencia: Dra. Beatriz Goja, E-mail:mbgoja@adinet.com.uy

Keywords: Tobacco, smoking/prevalence of tobacco, Tobacco cessation, National Program for Tobacco Control, Public health policies, Campaigns for tobacco control.

Empleo de abreviaturas y siglas (por orden de aparición en el texto):

OMS	Organización Mundial de la Salud
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
LUVEC	Liga Uruguaya de Voluntarios para Educación, Prevención y Control del Cáncer
OPS	Organización Panamericana de la Salud
CLACCTA	Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer
CHSCV	Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular
DIGESA	Dirección General de la Salud
CIET	Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo
SUT	Sociedad Uruguaya de Tabacología
ENHSCD	Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas
JND	Junta Nacional de Drogas
GATS	Global Adults Tobacco Survey - Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
CDC	Centers of Diseases Control and Prevention - Centros de Control y Prevención de Enfermedades
ASSIST	American Stop Smoking Intervention Study - Estudio Americano de Intervención para Dejar de Fumar.
GYTS	Global Youth Tobacco Survey - Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes.

INTRODUCCIÓN

Las políticas de salud pública, en conjunto con medidas económicas y de desarrollo social, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de la población[1]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el consumo de tabaco como una de las principales causas prevenible de muerte prematura y enfermedad. La epidemia mundial de tabaquismo mata a cerca de 6 millones de personas cada año, de las cuales más de 600.000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno[2]. A menos que se implementen políticas efectivas para su control, el tabaco matará cerca de 8 millones de personas en 2030, de las cuales más del 80% vivirá en países de bajos y medianos ingresos[2]. Con el objetivo de disminuir la carga global de enfermedad y muerte y proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de segunda mano, la OMS promovió el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) [3], alentando a los países a adherir a sus principios y poner en práctica las medidas incluidas en él. El CMCT incluye las medidas que han demostrado ser probadamente efectivas en el control de esta epidemia.

En Uruguay se estima que mueren más de 5.000 personas cada año por esta causa, fundamentalmente debido a enfermedades cardiovasculares y cáncer, más de 600 muertes se producen en no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno[4].

Dado que el consumo de tabaco se encuentra asociado con las dos principales causas de muerte en Uruguay, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer[5], su control constituye una medida de salud pública de fundamental importancia. El consumo de tabaco representa un grave problema de salud pública que afecta los diferentes grupos etarios y los distintos sectores socioeconómicos y culturales de la población. Como consecuencia la política de control de tabaco adquiere una dimensión que la transforma en una política de estado dado su impacto sobre la salud de toda la población.

A partir del año 2000 en Uruguay las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, comenzaron a trabajar en forma coordinada por la ratificación y posterior implementación del CMCT. Uruguay ratificó el CMCT de la OMS en setiembre de 2004[6] y comenzó a implementar las medidas contenidas en él. En el año 2005 se creó el Programa Nacional para Control del Tabaco, como punto focal, en el ámbito del Ministerio de Salud Pública (MSP).

A partir de 2005, de acuerdo a las recomendaciones del CMCT, se implementaron casi simultáneamente diversas medidas, que se encuentran reunidas en la ley integral para el control del tabaco, aprobada en marzo de 2008 [7]. De esta forma, Uruguay se ha convertido en uno de los líderes mundiales en el proceso de control del tabaco. (Anexo 1.)

ANTECEDENTES

A pesar que ya desde la década de 1950 verdaderos pioneros como el Dr. José Saralegui, el Prof. Dr. Helmut Kasdorf y algunas otras organizaciones venían trabajando en el control del tabaco, el consumo de tabaco fue hasta muy recientemente una conducta socialmente aceptada en Uruguay.

Desde los años 50 el Dr. Saralegui sostenía que el tabaco era dañino para la salud y realizaba encuestas de prevalencia de tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria y en algunos grupos de funcionarios públicos.

En la década de 1970 el Prof. Kasdorf desde algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) como la Liga Uruguaya de Voluntarios para Educación, Prevención y Control del Cáncer (LUVEC) y luego la Comisión Antitabáquica del Uruguay (CATU) inició acciones de información a las autoridades para promover que se limitara por ley los lugares donde se permitiera fumar y controlar la publicidad del tabaco, con el objetivo de disminuir la prevalencia del tabaquismo en adultos que era muy elevada, prevenir enfermedades

tabacodependientes y lograr un descenso de la mortalidad por dichas patologías. En la década de los 90, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA), organizó actividades educativas dirigidas a maestros y profesores de secundaria con el objetivo de actualizar los conocimientos a trasmitir a los alumnos y disminuir la prevalencia del consumo de tabaco y su inicio en niños y jóvenes.

Desde 1988 en la Clínica Médica "A" de la Facultad de Medicina dirigida por el Prof. Dr. Milton Portos, en el Hospital de Clínicas, comenzó a funcionar la primera Policlínica de Tratamiento de Tabaquismo. En 1994 se realizó el primer Curso para Postgraduados sobre tabaquismo "Tabaco y Salud" de la Facultad de Medicina. En el mismo año se declaró a la Facultad de Medicina Edificio sin Humo de Tabaco.

En la misma década, desde la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC), el Área de Educación Poblacional comenzó a informar a la población y a trabajar con distintas instituciones en la implementación de ambientes libres de humo de tabaco y el Área de Capacitación Técnico Profesional comenzó a dictar cursos dirigidos a capacitar profesionales de la salud en prevención y tratamiento del tabaquismo. Simultáneamente la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV) trabajó en sensibilización de la población en el tema.

En el año 2000 a instancias de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP se creó una Organización no oficial, la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, integrada por organismos gubernamentales, paraestatales, académicos y ONGs, que llevó a un trabajo más eficiente de las instituciones involucradas aunando criterios y potenciando sus recursos para lograr un cambio en la concepción social del consumo de tabaco y colocar en la agenda política el problema en su real magnitud. Este trabajo conjunto, puso por primera vez el tema del tabaco, desde una perspectiva de salud pública en los medios y permitió dar visibilidad al movimiento organizado que se había generado en Uruguay.

El trabajo de la Alianza Nacional para el Control del Tabaco fue fundamental para lograr la ratificación del CMCT y el avance en la legislación, por lo que en el año 2005 recibió un reconocimiento por parte de la OPS/OMS en el Día Mundial Sin Tabaco.

En los últimos años se han creado otras organizaciones que se sumaron a las ya existentes y que abordan diferentes aspectos del control del tabaco, como el Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo (CIET) y la Sociedad Uruguaya de Tabacología (SUT).

OBJETIVOS

- Medir el impacto de la implementación de un paquete integral de medidas de control del tabaco, sobre la prevalencia del consumo de tabaco, para el total de la población urbana del país, entre 2006 y 2009.
- Medir el impacto de la implementación de un paquete integral de medidas de control del tabaco, sobre la prevalencia del consumo de tabaco, para subpoblaciones (hombres y mujeres) según grupos etarios y nivel educativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo de prevalencia de consumo de tabaco en población de 15 a 64 años entre 2006 y 2009, período en que se implementaron las principales medidas de control de tabaco en el Uruguay.

Las mediciones consideradas fueron:

- Microdatos de la Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas (ENHSCD 2006)(8) cuyo relevamiento de datos estuvo a cargo de la Junta Nacional de Drogas (JND).
- Micro-datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS 2009)[9] cuyo relevamiento de datos estuvo a cargo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el MSP.

Debido a que no se contó con un diseño experimental previo a la implementación de las medidas, se tomaron los datos de las encuestas de población existentes. La selección de las mismas se basó en la disponibilidad de datos y su comparabilidad. En el análisis realizado para este estudio se tuvieron en cuenta las diferencias en la cobertura geográfica y en la definición operativa de las variables a comparar. Los ajustes necesarios que permitieron la comparación se detallan en la Tabla I.

Las medidas de control de tabaco implementadas en el período estudiado fueron:

- El 1° de marzo de 2006 se estableció que todo local cerrado de uso público y toda área laboral pública o privada debían ser 100% libres de humo de tabaco. (Anexo 2.)
- Se aplicó un aumento sistemático de los precios a través de un aumento de los impuestos. (Anexo 3.)
- Se aumentó el tamaño de las advertencias sanitarias al 50% de ambas caras principales, se incluyeron pictogramas o imágenes y se prohibieron los términos engañosos que tuvieran el efecto de crear la impresión de que un producto de tabaco es menos nocivo que otro. (Anexo 4.)
- Se prohibió todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio, salvo la publicidad en el interior de los puntos de venta bajo ciertas condiciones reglamentarias.
- Se estableció la inclusión del diagnóstico y tratamiento de la dependencia al tabaco en todos los servicios de salud del país en el Primer Nivel de Atención, con obligatoriedad de poner en práctica las recomendaciones establecidas en la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo. (Anexo 5.)

INFORMACIÓN TÉCNICA

Para el análisis de datos se utilizó el programa PASW Statistics versión 18.

PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

Se realizaron tablas de contingencia con estimaciones puntuales de la prevalencia para el total de la población y los subgrupos considerados.

Se calcularon los intervalos de confianza al 95% para un valor de significación estadística de p menor a 0,05.

Se realizaron comparaciones de proporciones de columna con $\alpha = 0,05$ (pruebas Z).

La variación porcentual de las estimaciones puntuales se calculó con la siguiente fórmula:

$$\left\{\left(\frac{\text{Prevalencia GATS}}{\text{Prevalencia ENHSCD}}\right) - 1\right\} * 100$$

Resultados

La prevalencia de fumadores diarios en la Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas (ENHSCD) de 2006 fue 33,5% y en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos de 2009 fue 23,5%. A nivel global, entre ambas mediciones se observó un descenso en la prevalencia que alcanzó el 29,9%, equivalente a 10 puntos porcentuales. Tabla II.

Prevalencia según grupos etarios

El mayor porcentaje de fumadores diarios se registró entre los adultos de 25 a 44 años, tanto en el año 2006 (36.3%) como en 2009 (25,5%). Tabla II.

El grupo con mayor descenso en el consumo diario de tabaco fue el de los jóvenes de 15 a 24 años y el grupo con menor descenso el de las personas de 45 a 64 años. Tabla II.

Se destaca que la diferencia de prevalencia observada en el 2006 entre las franjas de 25 a 44 con respecto a la de 45 a 64 años, no se observó en 2009 debido al mayor descenso de prevalencia en el primero de estos grupos. Tabla II.

Prevalencia según sexo y grupos etarios

En ambas encuestas es mayor la prevalencia en el total

Tabla I. Resumen de las características principales de ENHSCD 2006 y GATS 2009 y ajustes metodológicos realizados.

	ENHSCD 2006	GATS 2009	Ajuste para comparar
Población objetivo	Personas entre 12 y 65 años	Personas de 15 y más años	En ENHSCD 2006 fueron excluídas las personas de 12 a 14 años y en GATS 2009 las personas mayores de 65 años
Cobertura geográfica	Localidades urbanas de 10.000 y más habitantes de todo el país	Todo el país urbano y rural	En GATS 2009 se excluyeron los casos correspondientes al interior rural y urbano menor a 10,000 hab.
Marco muestral	Recuento de población. Censo Fase 1. 2004		
Tamaño Muestra	7.000 casos	6.558 casos sin sustituciones (5.581 efectivas realizadas)	Excluidos los casos citados anteriormente, se obtiene una muestra de 6.607 casos en ENHSCD y 2.640 casos en GATS 2009
Tipo de diseño	Aleatorio, estratificado por conglomerados según estratos geográfica, polietápica (ciudades, zonas censales, viviendas, persona). Sistemática en puntos muestrales del tercer nivel	Aleatorio, estratificado por conglomerados según estratos geográficos/socioeconómicos. Polietápica (segmentos censales, zonas censales, viviendas, personas). Muestreo aleatorio simple en el tercer nivel	
Tipo de entrevista	Personal, cara a cara con formulario papel	Personal, cara a cara mediante formulario electrónico	
Período de relevamiento	Noviembre 2006-Enero 2007	Octubre a Diciembre de 2009	
Variable principal	¿Cuántos cigarrillos ha fumado por día en el último mes?	¿Actualmente fuma alguno de éstos productos de tabaco diariamente, algunos días o no consume actualmente?	En la ENHSCD 2006, se consideró como fumador diario a todas las personas, que - a la pregunta mencionada - hayan contestado 1 o más. En GATS 2009 se consideró a las personas que declararon consumir tabaco diariamente
Otras variables de corte utilizadas	Edad (agrupada en 3 categorías) / Nivel educativo (4 categorías) / Sexo (dicotómica)	Edad (agrupada en 3 categorías) / Nivel educativo (4 categorías) / Sexo (dicotómica)	

Tabla II. Prevalencia de fumadores diarios y porcentaje de variación según grupos etarios.

Tramos etarios	ENHSCD 2006	GATS 2009	Variación porcentual**
15 a 24	32.4 (29.9 - 34.9)*	18.1 (13.5 - 22.7)*	-44.1
25 a 44	36.3 (34.4 - 38.2)*	25.5 (23.1 - 27.9)*	-29.8
45 a 64	31.1 (28.8 - 33.4)*	25.0 (21.8 - 28.2)*	-19.6
Total	33.5 (32.1 - 34.9)*	23.5 (21.3 - 25.7)*	-29.9
Nota 1: Los intervalos de las estimaciones puntuales fueron calculados con una confianza de 95%			

de hombres (27,3% - 2009) que en mujeres (20,0% - 2009).

Los hombres entre 45 y 64 años registraron la mayor prevalencia de fumadores diarios en 2009. La menor prevalencia se registró en el grupo de 15 a 24 años. Figura 1.

En hombres el mayor descenso porcentual se produjo en el grupo de 15 a 24 años (35,5%). Mientras en el 2006 32.1% era fumador diario, en el 2009 pasó a ser 20,7% . Figura 1.

En las mujeres, la mayor prevalencia en 2009 se registró en el grupo de 25 a 44 años (22.2%) y la menor en las mujeres de 15 a 24 años (15,4%). Figura 2.

Variación porcentual de la prevalencia según sexo y grupos etarios.

El descenso de prevalencia entre ambas mediciones en hombres fue de 10,8 y en mujeres 9,3 puntos porcentuales. Gráficas 1 y 2. En términos relativos, esto significó una disminución algo mayor entre las mujeres (mujeres 31,7% y hombres 28,3%). Figura 3.

Del análisis de la población en su conjunto se destaca que el mayor descenso de consumo se registró en las mujeres de 15 a 24 años, con una diferencia entre 2006 y 2009 de 17,2 puntos porcentuales, lo que representa un porcentaje de variación del 52,8%. Figura 3.

Los hombres y las mujeres de 45 a 65 años registraron el menor descenso en el consumo de tabaco de la población, con un porcentaje de 20,5% y 18,52% respectivamente. Figura 3.

Prevalencia según nivel educativo

Considerando el máximo nivel curricular alcanzado, la población con menor nivel educativo (primaria o menos) fue la que mostró la mayor prevalencia de fumadores diarios en ambas encuestas y a su vez fue el grupo que experimentó la menor disminución relativa en la comparación. Tabla III.

En cambio, las personas con nivel educativo terciario (completo o incompleto) fueron quienes registraron la menor prevalencia en las dos encuestas. La mayor disminución relativa se observó en los grupos con nivel educativo más alto. Tabla 3.

Prevalencia según sexo y nivel educativo

En ambas mediciones los hombres con educación primaria mostraron la prevalencia más alta de consumo de tabaco, de 47,7% en 2006 y 34,0% en 2009. A su vez, aquellos con nivel terciario, fueron quienes registraron los menores porcentajes de fumadores diarios, pasando de 31,5% en 2006 a 19,4% en 2009. Figura 4.

Se destaca una tendencia a menores prevalencias de fumadores diarios a medida que aumenta el nivel educativo de los hombres, tanto en 2006 como en 2009. Figura 4.

Las mujeres con secundaria incompleta registraron, en

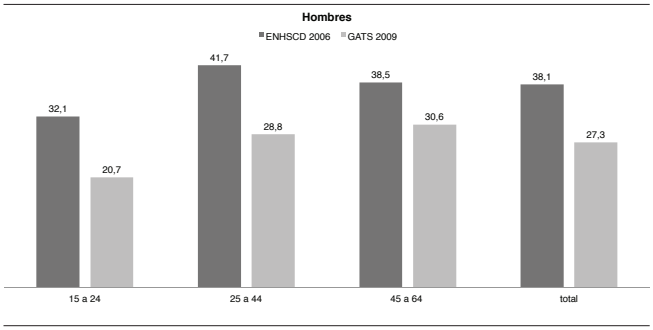


Fig. 1. Prevalencia de fumadores diarios según grupos etarios. Hombres.

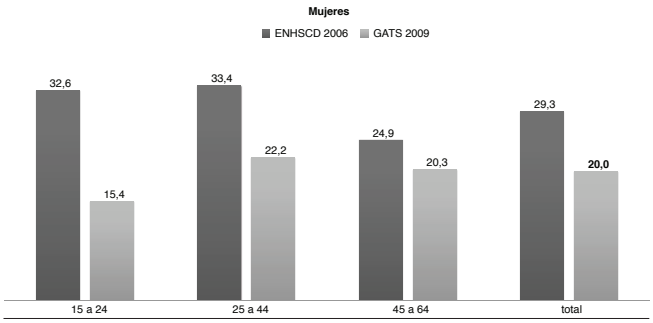


Fig. 2. Prevalencia de fumadores diarios según grupos etarios. Mujeres.

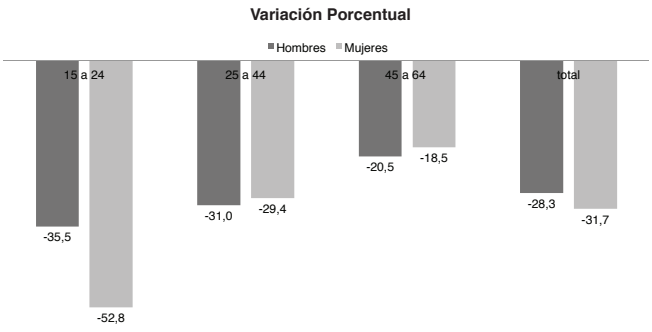


Fig. 3. Variación porcentual de la prevalencia de consumo de tabaco según sexo y edades agrupadas.

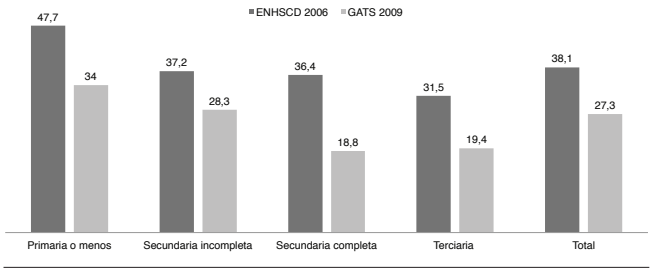


Fig. 4. Prevalencia de fumadores diarios según nivel educativo. Hombres.

Tabla III. Prevalencia de fumadores diarios y porcentaje de variación según nivel educativo.

Nivel educativo	ENHSCD 2006	GATS 2009	Variación porcentual**
Primaria o menos	37.8 (34.9 - 40.7)*	28.3 (24.7 - 31.9)*	-25.1
Secundaria incompleta	34.3 (32.1 - 36.5)*	25.9 (22.8 - 29.0)*	-24.5
Secundaria completa	33.1 (29.8 - 36.4)*	18.2 (14.9 - 21.5)*	-45.0
Terciaria	28.5 (26.1 - 30.9)*	16.0 (11.7 - 20.3)*	-43.9
Total	33.5 (32.1 - 34.9)*	23.5 (21.3 - 25.7)*	-29.9
Nota 1: Los intervalos de las estimaciones puntuales fueron calculados con una confianza de 95%.			

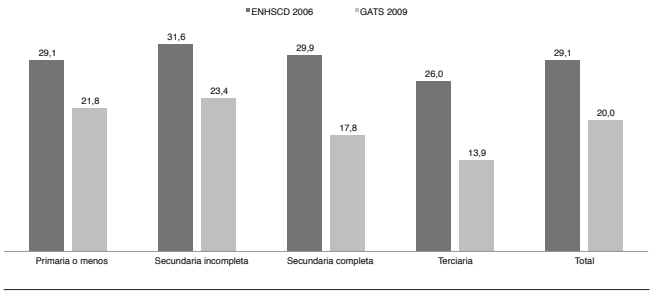


Fig. 5. Prevalencia de fumadores diarios según nivel educativo. Mujeres.

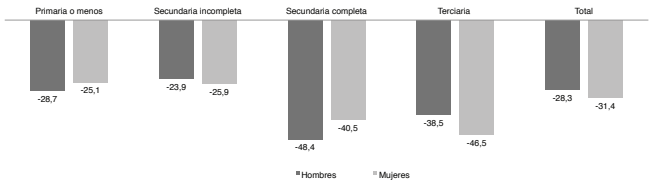


Fig. 6. Variación porcentual de la prevalencia de fumadores diarios según sexo y nivel educativo.

ambas mediciones, la mayor proporción de fumadoras diarias. Si bien en el año 2006 no se observaron diferencias muy notorias en la prevalencia según nivel educativo, en ambas encuestas fueron las mujeres con nivel terciario las que presentaron el menor porcentaje de fumadoras diarias. Figura 5.

Variación porcentual de la prevalencia según sexo y nivel educativo

En los hombres, la mayor disminución en términos relativos entre ambas encuestas, se registró entre lo que tenían secundaria completa, mientras que la menor disminución relativa se comprobó entre quienes tenían secundaria incompleta. Figura 6.

En el caso de las mujeres, la mayor disminución se registró entre las que alcanzaron nivel terciario. A medida que disminuye el nivel educativo es menor la disminución relativa de la prevalencia. Figura 6.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El consumo de tabaco es un fenómeno multicausal y tiene consecuencias en el plano sanitario, económico y social. Por lo tanto, la respuesta desde las políticas públicas, tal como lo establece el CMCT[3] debe abarcar un conjunto de medidas que involucren las distintas áreas.

Durante más de una década en Uruguay, la prevalencia del consumo de tabaco se mantuvo casi constante, de acuerdo a las cuatro ENHSCD realizadas entre 1994 y 2006 por la Junta Nacional de Drogas[8,10-12] y a la 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles de 2006 (STEPS)[13].

A partir de 2005 Uruguay puso en práctica una fuerte política de control del tabaco que se tradujo en un paquete integral de medidas. El eje central fue la implementación de los ambientes libres de humo de tabaco, medida que determina un cambio en la visión que la sociedad tiene del tabaquismo, ya que desnormaliza la conducta de fumar. Además desestimula el inicio del consumo, disminuye su magnitud y estimula los intentos de cesación. Fue clave en este proceso, el trabajo conjunto de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, coordinando sus actividades en permanente diálogo con los distintos actores de la comunidad Este proceso estuvo apoyado por campañas informativas antes, durante y después de la entrada en vigencia de la norma.

A esta normativa se sumó la implementación de otras medidas como las advertencias sanitarias, la prohibición amplia de la publicidad, promoción y patrocinio, el aumento de precios a través del aumento de impuestos y la incorporación del tratamiento gratuito de la dependencia al tabaco, que además de tener su propio impacto aportaron al contexto que condujo al cambio en la percepción social del consumo de tabaco y del riesgo de esta conducta.

Diversos autores[14-19] analizaron el impacto sobre los índices de consumo, que cada medida de control de tabaco tiene cuando se aplica aisladamente.

La medida aislada más eficaz para disminuir la prevalencia, desestimular el inicio en los jóvenes y reducir el consumo de tabaco particularmente en la población carenciada es el aumento de precios. Un 10% de incremento en el precio del tabaco disminuye un 4% la prevalencia de consumo en los países de altos ingresos y más del 8% en los de medios y bajos ingresos[14,15].

La prohibición de fumar en todos los lugares públicos cerrados, además de proteger de la exposición al humo de segunda mano, promueve la cesación del consumo en los fumadores y estimula a la población a transformar sus hogares en ambientes libres de humo[15]. Se ha estimado que esta medida logró una disminución de 4 a 10% en el consumo de tabaco en Estados Unidos[14]. Además del impacto en la población adulta, se ha comprobado que reduce entre un 33 y un 86% la transición del consumo experimental a consumo diario en jóvenes[18].

Hay evidencia que un aumento significativo en los precios de los productos del tabaco y la prohibición de fumar en los ambientes públicos cerrados, son los pilares en la reducción de las tasas de consumo de tabaco[18].

La prohibición amplia de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco puede disminuir el consumo alrededor del 7% independientemente de otras intervenciones; en algunos países llegó a más del 16%[15]. Estudios realizados en diversos países mostraron que los mayores descensos del consumo se dieron en los que tenían prohibiciones amplias de la publicidad con respecto a aquellos con prohibiciones parciales [14].

Diversas investigaciones realizadas en Canadá, Australia, Brasil y otros países, demuestran que las advertencias sanitarias que ocupan al menos 50% de la superficie de la cajilla, y con información específica sobre hechos de fuerte impacto, llevan a que 25 a 38% de los fumadores realicen un intento de abandono o reduzcan el consumo y previene el inicio en los jóvenes[14,15]. En Uruguay el 44,6% de los fumadores pensaron en dejar de fumar debido a las advertencias sanitarias en las cajillas de cigarrillos[9].

Los programas de tratamiento de tabaquismo son más efectivos como parte de un programa integral de control del tabaco y pueden aumentar los intentos de cesación entre un 5 y un 25% dependiendo de la amplitud de la financiación[15]. En Uruguay, el acceso a los servicios de cesación y a la medicación fue universal y gratuito en el período estudiado.

Las campañas de medios masivos de comunicación son más efectivas si se acompañan simultáneamente de un aumento de precios y ambientes libres de humo de tabaco. Por otro lado, su efectividad es mayor cuando el conocimiento de la población sobre los daños que provoca el tabaco es escaso[14,15], son mantenidas en el tiempo y están dirigidas a diferentes grupos sociodemográficos y étnicos[15].

Existen publicaciones que avalan que el conjunto de las

Tabla 4. Resumen de los principales aspectos de las mediciones. 2001-2011.

Año	Institución	Rango edad	Prevalencia	Muestra		Ajuste 1	Ajuste 2
2001	INE	12 a 64	Fumador Diario	2382 casos	País urbano y 5 mil más	15 a 64	No
2006	JND	12 a 65	Fumador Diario	7000 casos	País urbano y 10 mil más	15 a 64	No
2009	INE	15 y más	Fumador Diario	5581 casos	Total País urbano y rural	15 a 64	País urbano y 5 mil más
2011	INE	12 y más	Fumador Diario	65870 casos	Total País urbano y rural	15 a 64	País urbano y 5 mil más

medidas aplicadas simultáneamente actúan en forma sinérgica, entre ellas el Informe del Cirujano General de Estados Unidos (2000)[20], el trabajo de Guindon y Boisclair[21] y del Instituto de Medicina de Estados Unidos[22].

Múltiples estudios, entre los que se encuentra un informe de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) del año 2010, han demostrado que la implementación de programas integrales de control del tabaco, tienen mayor impacto en la reducción de la prevalencia del tabaquismo en adultos y jóvenes, en comparación con programas parciales[23-27]. La sinergia creada por intervenciones múltiples es capaz de producir mayores reducciones en la prevalencia del consumo de tabaco que cada una de las medidas en forma aislada[15].

En Massachusetts, la combinación de campañas de medios masivos, aumento de impuestos y otras medidas asociadas, lograron una disminución de la prevalencia en adultos de 1,8% anual entre 1989 y 1999[28]. El Estudio Americano de Intervención para Dejar de Fuma (ASSIST) de Estados Unidos realizado entre 1993 y 1999, en 17 estados, mostró una disminución en la prevalencia de tabaquismo en adultos

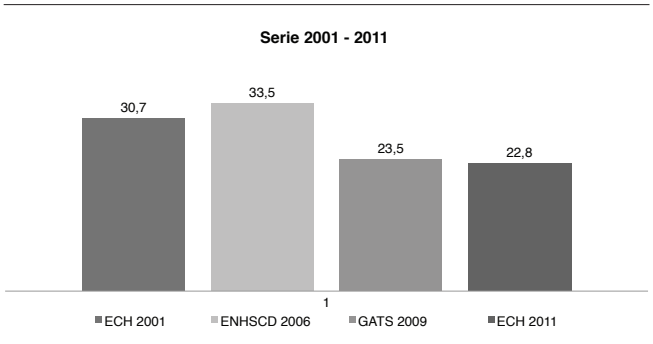


Fig. 7. Prevalencia de fumadores diarios 2001-2011.

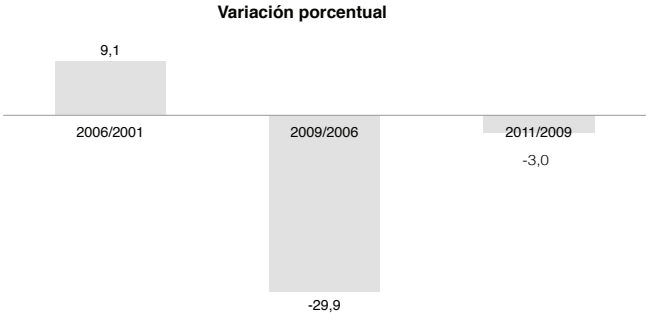


Fig. 8. Variación porcentual de la prevalencia de fumadores diarios 2001-2011.

de 2,1% anual[29]. Australia, con una fuerte política de control de tabaco logró una disminución de prevalencia de consumo en adultos de 1,3% anual entre 2001 y 2007[30].

Si bien otros países en el mundo con fuertes políticas de control del tabaco han logrado un descenso sustancial de la prevalencia, esto se dio en un lapso sensiblemente mayor al transcurrido en Uruguay. La comparación entre la encuesta ENHSCD-2006 y la encuesta GATS-2009 permitió demostrar el importante impacto en Uruguay de la implementación casi simultánea del conjunto de las medidas adoptadas, sobre la prevalencia de fumadores en el período estudiado.

Encuestas previas de cobertura nacional realizadas con anterioridad al periodo de estudio mostraban una prevalencia de fumadores diarios que se mantuvo estable entre los años 2001 y 2006[8,12]. La medición en el año 2009 mostró que la prevalencia de fumadores diarios en la población de 15 a 64 años descendió del 33.5% en 2006 al 23,5% en 2009, lo que significó un descenso de 29,9% o 10 puntos porcentuales, en 3 años. Esta disminución evidenció un impacto rápido y de gran magnitud de las políticas de control de tabaco, en la prevalencia del consumo, sin antecedentes en la revisión de la literatura y que se mantuvo en los años siguientes según fue corroborado por la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del INE de 2011[31]. Tabla IV y Figuras 7 y 8.

El descenso de la prevalencia de fumadores diarios no ha sido de la misma magnitud en todos los grupos etarios. El mayor descenso se observó en el grupo de 15 a 24 años (44,1%), y dentro de este grupo la mayor disminución se registró en las mujeres (52,8% o 17,2 puntos porcentuales). Figuras 2 y 3.

Este resultado es muy importante ya que este grupo etario es la población en la que se reproduce la epidemia y por lo tanto uno de los principales objetivos de la industria tabacalera. De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta GATS, los patrones actuales de consumo muestran que el 88,8% de los fumadores diarios comenzaron a fumar antes de los 20 años[9], como ya se conocía desde décadas anteriores. Cuanto más precoz es el inicio del consumo, mayor es la probabilidad de adquirir la adicción, aumenta el tiempo de consumo y el riesgo de enfermedades tabacodependientes. Por estos motivos, al decidir las políticas nacionales de control de tabaco, una de las líneas de acción estuvo dirigida hacia la población más joven, lo cual se reflejó en los resultados mencionados.

La distribución de la prevalencia por grupos de edad ha variado y el cambio observado sugiere que la epidemia se ha desplazado a las franjas etarias mayores. Una posible interpretación es que la población más añosa tiene un período más extenso de consumo, que asociado a otros factores como el nivel de adicción, hacen difícil lograr la motivación

necesaria para dejar de fumar.

En Uruguay globalmente continúan fumando más los hombres que las mujeres. El descenso de consumo en el sexo masculino fue ligeramente superior que en las mujeres 10,8 puntos porcentuales frente a 9,3, aunque en términos relativos, esto significó una disminución algo mayor entre las mujeres.

Especialmente importante fue el descenso en la prevalencia observada entre las mujeres de 15 a 24 años (52,8%). En las últimas décadas el consumo femenino ha venido aumentando a nivel mundial. De acuerdo a la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) en la población de 13 a 15 años, en 2006 el consumo femenino en Uruguay había superado al masculino (24% contra 19%)[31]. Será necesario evaluar los resultados de la encuesta GYTS 2011, para verificar si el impacto de las medidas en la población menor a 15 años fue similar al de la población de 15 a 24 años mostrados por la encuesta GATS-2009.

Al analizar la prevalencia por nivel educativo, se observó que el mayor descenso se produjo en quienes tenían un nivel educativo más alto (secundaria completa o terciaria: 45,0% y 43,9% respectivamente). Este comportamiento se observó tanto en hombres como en mujeres.

Las personas con educación secundaria incompleta o menos, tuvieron los mayores porcentajes de prevalencia y registraron la menor disminución de fumadores diarios. Tabla III. Una interpretación de estos resultados podría ser que las personas con menor nivel educativo integran mayoritariamente los sectores socioeconómicos más deprimidos, a la vez que presentan mayores dificultades de acceso e interpretación de la información, entre otras variables.

Será un desafío la planificación de intervenciones efectivas para lograr cambios hacia estilos de vida más saludables en este sector de la población.

CONCLUSIONES

La aplicación simultánea del conjunto de medidas establecidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco constituye una estrategia efectiva para disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en un corto período de tiempo.

Es necesario contar con la voluntad política, el trabajo interinstitucional con representantes de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil y el consenso de los diferentes actores en la planificación e implementación de las medidas de control de tabaco, para lograr un mayor impacto como el obtenido en nuestro país.

La experiencia del control del tabaco en Uruguay aporta importantes elementos para la toma de decisiones a nivel de políticas de salud pública, para elaborar estrategias en la implementación de un Plan Nacional de Control del Tabaco, o de otros planes dirigidos a cambios de estilo de vida, que podrán ser considerados como modelo por el nuestro u otros países.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Políticas públicas para la salud pública. Informe sobre la salud del mundo. 2008, (4):66-75. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf
2. World Lung Foundation. American Cancer Society. Tobacco Atlas 2011. Disponible en: http://www.tobaccoatlas.org/
3. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaquismo. 2003. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc.es.pdf
4. Shultz J.M.; Novotny T.E.; Rice D.P. Quantifying the disease impact of cigarette smoking with Sammec II software. Public Health Reports. 1991; 104 (3): 326-333.
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Unidad de Información Nacional en Salud. 2008. Ministerio de Salud Pública. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/uc_3791_1.html
6. Ley 17.794. Aprobación del convenio marco de la OMS para el control del tabaco. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/ley/2004071901.htm
7. Ley18.256. Ley integral para el control del tabaco. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/leyes/2008/03/S405_19%2010%202007_00001.PDF
8. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas, 4ta. Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. Uruguay. 2006.
9. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Centers of Diseases Control and Prevention. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística. Global Adults Tobacco Survey (GATS) - Uruguay. 2009. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/documentos/gats2009.pdf
10. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. 1ª Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas. 1994.
11. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. 2ª Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas. 1998.
12. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. PNUD. 3ª Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas. 2001.
13. 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (STEPS). ECNT. Uruguay 2006. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html
14. Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de Tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación Científica Nº 577. 1999.
15, WHO. Report on the global tobacco epidemic, 2011. The MPOWER package. Geneva. World Health Organization, 2011. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html
16. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2007.
17. Levy T., Chaloupka F. and Gitchell J. The effects of Tobacco Control Policies on Smoking Rates: A Tobacco Control Scorecard. J. Public Health Manag. Pract. 2004; 10(4): 338-353.
18. Levy D.T., Hyland A., Higbee B.A., Remer L., Compton C. The role of Public Policies in Reducing Smoking Prevalence in California Tobacco Policy Simulation Model. Health policy. 2007; 82 (2): 167 – 185.
19. Hopkins D.P., Briss P.A., Ricard C.J., Husten C.G., Garande-Kulis V., Fielding J.F., Alao M.O., McKenna J.W., Sharp D.J., Harris J.R., Woollery T.A., Harris K.W., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. Am. J. Prev. Med. 2001; 20(2S): 16-66.
20. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
21. Organización Panamericana de la Salud. Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. Washington DC: OPS, 2004. Serie Aspectos Económicos del Control del Tabaco nº 6.
22. Bonnie R.J.; Stratton K.; Wallace R.B. Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation. Committee on Reducing Tobacco Use: Strategies, Barriers, and Consequences. Institute of Medicine. Disponible en: http://www.nap.edu/catalog/11795.html
23. Tynan M.; Pechacek T.; McKenna M.; Ashley D.; Deyton L.;

Briss P.; Popovic T. CDC grand rounds: Current opportunities in Tobacco Control. MMWR. Morbidity and mortality weekly Report. 2010; 59 (16): 487-492. Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5916.pdf

24. Messer K.; Pierce J.P.; Zhu S-H;Hartman A.M.; Al-Delaimy W.K.; Trinidad D.R.; Gilpin E.A. The California Tobacco Control Program's effect on adult smokers: Smoking cessation. Tob. Control 2007; 16: 85-90.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Decline in smoking prevalence—New York City, 2002–2006. MMWR 2007; 56: 604–608.
26. Monteiro CA; Cavalcante T.M.; Moura E.C.; Claro R.M.; Szwarcwald C.L. Population-based evidence of a strong decline in prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bulletin of the World Health Organization 2007; 85 (7): 527-534. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v85n7/a10v85n7.pdf
27. Laugesen M; Swinburn B. New Zealand's tobacco control programme 1985-1998.Tob Control 2000;9:155-162.
28. Biener L, Harris JE, Hamilton W. Impact of the Massachusetts tobacco control programme: population based trend analysis. BMJ 2000;321(7257):351-4.
29. Stillman FA, Hartman AM, Graubard BI, Gilpin EA, Murray DM, Gibson JT. Evaluation of the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST): a report of outcomes. J Nat Cancer Inst 2003;95(22):1681-91.
30. Gartner CE, Barendregt JJ, Hall WD. Predicting the future prevalence of cigarette smoking in Australia: how low can we go and by when? Tob Control 2009;18(3):183-9.
31. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares. 2011. Uruguay. 20012.
32. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. Centers for Disease Control and Prevention. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS). Informe de investigación. Uruguay. 2006. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf

Anexos

ANEXO 1

Descripción de la normativa sobre control del tabaco en Uruguay

Desde el año 1982 se estableció una normativa sobre publicidad y comercialización de los productos de tabaco (Ley 15.361), acompañada en las décadas siguientes por otras normas que resultaron poco efectivas y de escaso cumplimiento.

En el año 2004 se aprobó la ley 17793 que ratificó el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Sobre esa base, a partir del año 2005 se desencadena un proceso normativo que exponemos a continuación.

Fecha	Leyes y Decretos	Aspectos de control del tabaco regulados
Julio 2004	Ley 17793	Ratifica el CMCT-OMS.
Enero 2005	Dec. 36/05	Aumenta el tamaño de la advertencia sanitaria en los paquetes de productos de tabaco, que pasan a ocupar el 50% de ambas caras principales.
Mayo 2005	Dec. 164/05	Aumenta IMESI llevando la tasa al 68.5% para cigarrillos manufacturados y al 28% para el tabaco de armar.
Mayo 2005	Dec. 168/05	Establece áreas separadas y ventiladas para fumadores en ambientes cerrados. No llegó a implementarse, ya que antes de su entrada en vigencia fue aprobada la norma de ambientes 100% libres de humo de tabaco.
Mayo 2005	Dec. 169/05	Prohíbe la publicidad en TV en horario de protección al menor.
Mayo 2005	Dec. 170/05	Prohíbe la publicidad en lugares donde se practican deportes.
Mayo 2005	Dec. 171/05	Se incluyen imágenes en las advertencias sanitarias de los paquetes de productos de tabaco, que serán rotativas. Se prohíbe el uso de términos “light”, “ultralight”, “suave”, etc.
Julio 2005	Dec. 214/05	Todas las oficinas públicas y establecimientos públicos en general, deberán ser 100% libres de humo de tabaco.
Setiembre 2005	Dec. 268/05	Todo espacio cerrado de uso público y todo ambiente laboral deberán ser 100% libres de humo de tabaco.
Febrero 2006	Dec. 40/06	Establece sanciones por incumplimiento del decreto de ambientes libres de humo de tabaco.
Diciembre 2006	Ley 18083	Los productos de tabaco están gravados con 22% de IVA al derogarse la exoneración.
Junio 2007	Dec. 232/07	Incrementa el IMESI llevando la tasa al 70% para cigarrillos manufacturados.
Marzo 2008	Ley 18256	Incluye toda la normativa previamente aprobada por decreto en cuanto a ambientes 100% libres de humo de tabaco y advertencias sanitarias, y agrega otras entre las que se incluye la prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, excepto en el interior de los puntos de venta.
Junio 2008	Dec. 284/08	Reglamenta la Ley 18256
Octubre 2008	Ley 18362	Amplía la definición de espacio cerrado, amplía la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, y autoriza al MSP a sustituir el monto de las multas por programas de prevención del consumo de tabaco.
Junio 2009	Dec. 268/09	Aumenta IMESI llevando la tasa al 50% para el tabaco de armar.
Junio 2009	Dec. 287/09	Incrementa el tamaño de las advertencias sanitarias al 80% de ambas caras principales.

ANEXO 2

Campañas de información a la población

El eje central de la política de control de tabaco lo constituyó el establecimiento de los ambientes 100% libres de humo de tabaco. Para alcanzar ese objetivo se definieron 3 fases: información, sensibilización e implementación.´

El decreto que estableció los ambientes libres de humo de tabaco se aprobó el 5 de setiembre de 2005 y se definió que entraría en vigencia 6 meses después, es decir, el 1º de marzo de 2006. La razón por la cual se difería su entrada en vigencia fue el permitir usar ese período para las 2 primeras fases.

A continuación se describen algunas de las campañas realizadas.

Campaña "NO ME HAGAS HUMO…TU AIRE ES TAMBIÉN EL MÍO" del Fondo Nacional de Recursos

Compuesta por afiches, folletos y adhesivos informativos sobre los daños de la exposición al humo de tabaco.





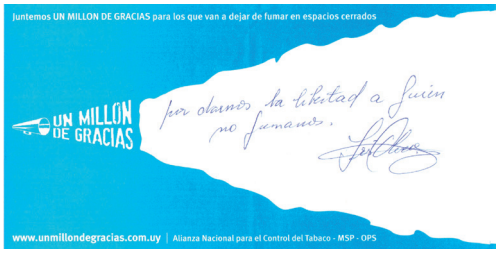




Folleto tríptico informativo distribuido por el Ministerio de Salud Pública, utilizando una imagen de la campaña del Fondo Nacional de Recursos.

Campaña "UN MILLÓN DE GRACIAS", organizada por el Ministerio de Salud Pública y la Alianza Nacional para el Control del Tabaco

Esta campaña buscó incluir a los fumadores en forma participativa, en el desarrollo de la medida de ambientes libres de humo, a través del reconocimiento de toda la sociedad hacia los fumadores, que harían el esfuerzo de no fumar en lugares cerrados de uso público a partir del 1º de marzo de 2006. Esto se concretó a través de la recolección de 1.112.643 "gracias" firmando papeletas, en la página web o por una línea telefónica 0800.



Ejemplo de papeleta recibida en la que se lee: Un Millón de Gracias "por darnos la libertad a quien no fumamos".









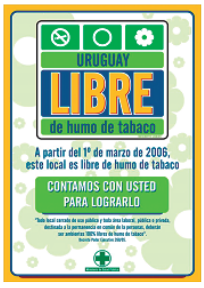
Campaña "URUGUAY LIBRE DE HUMO DE TABACO" del Ministerio de Salud Pública

Esta campaña buscó dar sostenibilidad y apoyo a la medida de los ambientes libres de humo, y dar continuidad al mensaje positivo e inclusivo de la campaña anterior, a través de las "gracias".

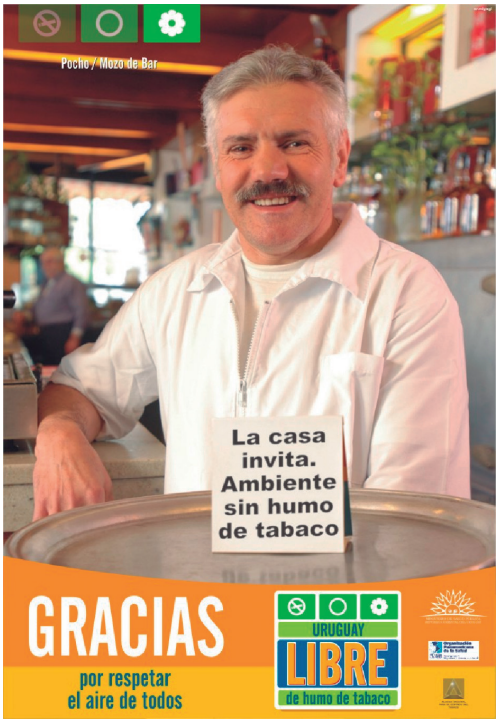
La creación de un logo permitió dar uniformidad al proceso a nivel nacional. El 1º de marzo de 2006 Uruguay se convirtió en el primer país libre de humo de tabaco en la región de las Américas.















Información y sensibilización al sector comercial

Una etapa muy importante en este proceso fue la planificación del relacionamiento con las asociaciones de comerciantes, para transmitir información y acordar cómo implementar la normativa. Fue crucial el llegar a un acuerdo con las asociaciones de bares y restaurantes y el comercio en general, ya que debían pasar de un vínculo estrecho con la industria tabacalera a transformarse en aliados decisivos de este proceso de cambio. Los primeros contactos fueron difíciles, ya que manejaban la información que les había aportado la industria, por la cual sufrirían importantes pérdidas económicas como consecuencia de la normativa de ambientes libres de humo de tabaco. Desde el Programa Nacional para el Control del Tabaco del MSP se aportó información de estudios realizados en California, Estados Unidos, que demostraban que luego de aplicadas estas medidas no sufrían pérdidas económicas.

Finalmente, se logró definir con CAMBADU un acuerdo por el cual se establecían garantías en el proceso de fiscalización, de manera de asegurar una total transparencia en los casos en que hubiera necesidad de sanciones. A partir de entonces, las asociaciones de comerciantes se transformaron en aliados y prestaron gran apoyo a la implementación de la medida.

A continuación se señalan las evaluaciones del impacto de esta medida, en tres ámbitos: económico, medioambiental y sanitario.

Económico

Se realizaron 2 estudios económicos para medir el impacto de la normativa:

Año 2006: “La normativa que prohibe fumar en espacios cerrados no ha afectado las ventas del conjunto de negocios analizados” (Evaluación económica del impacto de la medida de 100% libre de humo de tabaco sobre el sector de la hostelería en Uruguay. Ec. Ramos, A. Marzo 2006).

Año 2009: “En ninguno de los casos analizados, la normativa de prohibición del humo de tabaco afectó negativamente la actividad” (Análisis de los impactos económicos de la legislación sobre el humo de tabaco en bares, restaurantes y casinos de Montevideo. Arbulo, V y col. Enero 2009).

Medioambiental

Se realizaron 2 diferentes estudios para medir la calidad del aire en los espacios cerrados de uso público, antes y después de la implementación de la medida. En un caso se midió la contaminación con partículas menores a 2.5 micras (el 90% producidas por el humo de tabaco).

En el otro estudio se midió la concentración de nicotina en el aire. En ambos casos se observó una reducción de más del 90% en la contaminación del aire.

VALOR PROMEDIO DE PM 2,5	mg/m^3
Año 2005	210
Año 2007	18

Rosswell Park Cancer Institute, Centro Investigación Epidemia de Tabaquismo, Comisión H. Salud Cardiovascular, Cátedra de Cardiología-Facultad de Medicina UdelaR.

“La reducción promedio del nivel de concentración de nicotina en espacios públicos cerrados es del 91%”.

Reduction of secondhand tobacco smoke in public places following national smoke-free legislation in Uruguay. Blanco-Marquizo A et al. Tobacco Control 2010 19:231-234.

Sanitario

La prohibición de fumar en espacios cerrados se ha asociado a una reducción de los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio en todo el país de un 22%.

Sebrie,E et al. Hospital Admisions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. Tobacco Control. doi:10.11.36/tobacco control-2011-050134.

ANEXO 3

Advertencias sanitarias

El empaquetado de los productos de tabaco es usado por la industria tabacalera como una forma de publicidad que le permite transmitir una imagen de la marca, así como características del producto que pueden engañar al consumidor respecto a las consecuencias de su consumo. Esto se ha vuelto más importante en los últimos años debido a que cada vez más países avanzan en la prohibición de la publicidad del tabaco, por tratarse de un producto nocivo, principal causa evitable de enfermedad y muerte como señala la OMS.

Por ese motivo, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco establece la colocación de advertencias sanitarias en el empaquetado de productos de tabaco a los efectos de informar a la población acerca de los daños que produce su consumo. Al mismo tiempo, estas advertencias disminuyen el impacto publicitario que las empresas transmiten a través del paquete, y evita que se engañe al consumidor a través de técnicas de marketing que puedan inducir a las personas a creer que un producto de tabaco es menos nocivo que otro, por medio de colores o el uso de términos como “light” o “suave”.

Antes de la ratificación del CMCT-OMS, la normativa sobre advertencias sanitarias en Uruguay era muy débil y poco efectiva. Simplemente se exigía la colocación del texto “Fumar es perjudicial para la salud. MSP”. Esta frase fue modificada en el año 2003 por la siguiente: “Fumar puede generar cáncer, enfermedades pulmonares y cardíacas. Fumar durante el embarazo perjudica a su hijo. MSP” que, aunque mejor, continuaba siendo poco efectiva.

En el año 2005 se aumenta el tamaño de la advertencia sanitaria que pasó a ocupar el 50% de ambas caras principales de los envases. Asimismo, se prohíbe la utilización de términos engañosos como “light” o “suave” en el empaquetado y se establece que deben incluir imágenes o pictogramas. En el año 2009 se incrementó el tamaño de la advertencia al 80%, siendo Uruguay el país en el mundo en llegar a esa extensión.

Para la primera serie de imágenes se usaron las de la campaña “No me hagas humo” del Fondo Nacional de Recursos. En las siguientes rotaciones de pictogramas, las imágenes fueron seleccionadas a través de la realización de estudios cualitativos con grupos focales. Esto permitió optar por las imágenes más efectivas de acuerdo a los objetivos que para cada año se había fijado el Ministerio de Salud Pública.

Las advertencias sanitarias han mostrado ser efectivas para promover la cesación del consumo en nuestra población. Según datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos realizada en 2009, el 96.1% de los fumadores mayores de 15 años percibieron las advertencias sanitarias en las cajillas de cigarrillos y el 44.6% manifestó haber pensado en dejar de fumar debido a ellas.

Entre 2006 y 2009 se utilizaron en el empaquetado cuatro series de pictogramas que se presentan a continuación:

Serie 2006

















Serie 2007







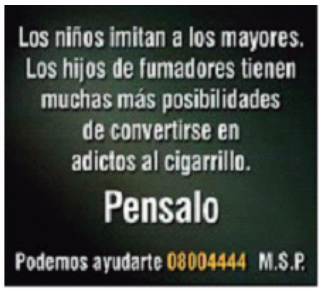






Serie 2008

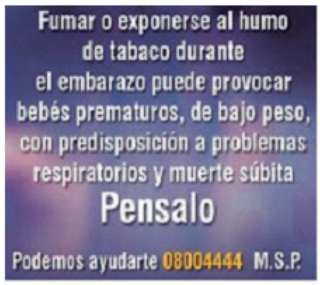








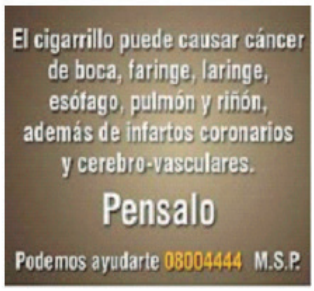












Serie 2009



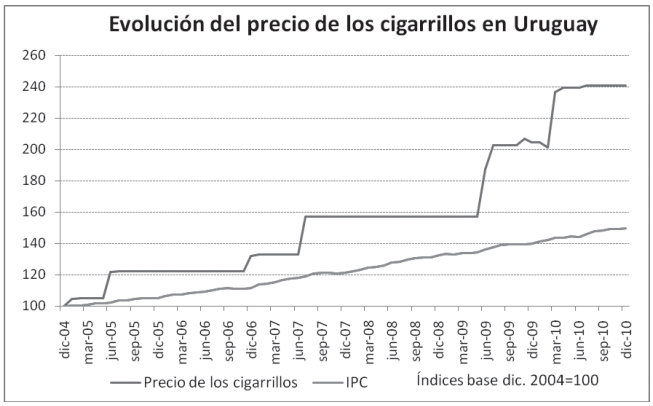




ANEXO 4

Política tributaria

De acuerdo a lo establecido en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, a partir de su ratificación se ha implementado un aumento sostenido de los impuestos al tabaco que produjeron un aumento en los precios, sabiendo que es una medida muy efectiva para disminuir el consumo de tabaco, especialmente porque constituye un obstáculo al acceso al consumo en los jóvenes y en las personas de menores recursos.



Fuente: Dardo Curti
Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo (CIET)

ANEXO 5

GUÍA NACIONAL PARA EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO

En concordancia con lo dispuesto en el art. 14 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la legislación uruguaya estableció la obligatoriedad de brindar tratamiento de la dependencia al tabaco en el primer nivel de atención, tanto a nivel público como privado, con entrega gratuita de medicación. Asimismo, deberán aplicarse en dicho tratamiento, las recomendaciones establecidas en la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, elaborada en base a un amplio consenso de los profesionales trabajando en el tema, a nivel nacional.

La Guía consta de 3 partes, disponibles en www.fnr.gub.uy/guias:

Guía Nacional

Manual para el Primer Nivel de Atención, que cuenta con el aporte de distintas disciplinas como Psicología, Nutrición, Odontología y Fisioterapia.

Algoritmo para una fácil aplicación de estrategias efectivas en la consulta diaria.

De acuerdo a la Guía Nacional, deberá preguntarse la condición de fumador o no de toda persona que consulta en un centro sanitario y registrarlo en su historia clínica, dar un breve consejo de cesación del consumo a todos los fumadores y tratar o derivar a aquellos que deseen dejar de fumar.

El conjunto de medidas de control del tabaco estimulan la cesación del consumo. Al inicio del período estudiado el país contaba con sólo 3 servicios de cesación. Al final del mismo período se contaba con 84 servicios de cesación distribuidos en todo el país, con entrega gratuita de medicación.

El acceso universal y gratuito al tratamiento de la dependencia, aplicado de acuerdo a una Guía Nacional elaborada en base a la evidencia científica internacional, constituye un aspecto fundamental, dado que en el año 2009, al momento de realizar la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS), el 75.7% de los fumadores estaba planificando dejar de fumar y el 48.6% había hecho un intento por dejar de fumar en ese año.

La accesibilidad a los servicios de cesación de tabaquismo en todo el país, junto a las restantes medidas para el control del tabaco implementadas, explican el hecho de que el 32.7% de los ex-fumadores, dejaron de fumar entre 2005 y 2009.

Archivos de Medicina Interna - Normas actualizadas para el envío y aceptación de trabajos

(a marzo de 2013)

Los trabajos se reciben por correo electrónico a: cardufrechou@yahoo.com.ar o a amidirector@prensamedica.com.uy al telefax: 2707 9109 o por correo certificado o personalmente a: Prof. Dr. Carlos Dufrechou, Clínica Médica "2", Hospital Pasteur (Larravide s/n esquina Cabrera) Montevideo.

Las presentes normas están de acuerdo con los Requisitos Uniformes para preparar los manuscritos enviados a Revistas Biomédicas CIDRM, Arch Med Interna 1991; XIII: 115-22. (JAMA 1993 may5; 269:2282-6). Estilo de Vancouver 2000.

1. Los trabajos deben ir acompañados de una carta de presentación firmada por todos los autores que figuren en el trabajo, expresando su deseo de publicarlo y haciendo constar su nombre, apellidos y dirección completa. Asimismo, se acompañara de una autorización del jefe del centro donde se ha realizado el trabajo.

2. Los trabajos recibidos serán evaluados por el Consejo Editorial y el Comité de Arbitraje. Si los mismos cumplen los requisitos de publicación, se efectuará el arbitraje por profesionales idóneos designados por los antedichos. El arbitraje del trabajo será con la metodología de "doble ciego". Los trabajos aprobados por los árbitros serán revisados el Comité Editorial para la corrección de estilo. A los autores le será devuelto el manuscrito con las correcciones efectuadas, teniendo un plazo de hasta 15 días para su devolución con las correcciones planteadas o en su defecto una nota justificando la no realización de éstas o solicitando ampliación del plazo establecido.

3. Todos los originales aceptados para su publicación quedan como propiedad de la revista ARCHIVOS de MEDICINA INTERNA y no podrán ser reproducidos parcial o totalmente sin autorización. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo a otra revista. Esto no impide considerar un artículo rechazado por otra revista o una comunicación realizada bajo la forma de un resumen o de un informe preliminar o considerar un artículo presentado en una reunión científica si ésta no aparece íntegramente en actas de la reunión.

4. La revista ARCHIVOS de MEDICINA INTERNA consta de las siguientes secciones: **Artículo originales.** Trabajos de investigación clínica. La extensión máxima será de 15 folios a doble espacio. Se admitirá hasta 7 figuras y 7 tablas. Los ensayos clínicos debe estar registrados previamente, debiéndose entregar el número de identificación de éstos ver Normativas y reglamentación sobre Investigación Clínica en Seres Humanos (www.archmedinterna/prensamedica.com.uy/ensayosclínicos). **Revisiones.** Su extensión máxima debe ser de 20 folios a doble espacio, con un máximo de 7 figuras y 7 tablas. **Cartas al director.** En esta sección la Revista aceptará breves comunicaciones (extensión máxima 2 folios), provistas de un máximo de 5 citas bibliográficas, donde pueden comentarse artículos publicados recientemente en la Revista o exponerse observaciones o experiencias que puedan ser resumidas en un texto breve. **Casos clínicos de interés.** Descripción de casos clínicos de especial interés. La extensión máxima del texto será de 6 folios a doble espacio, con un máximo de 2 figuras y 7 tablas. **Medicina y sociedad. Reflexiones**. Su extensión máxima será de 4 folios a doble espacio.

5. Los manuscritos deben escribirse en letra Arial o Times New Roman tamaño 11, doble espacio y hojas de tamaño DIN A-4, con texto en una sola de las caras y con las páginas numeradas consecutivamente y en las que no figure el nombre del autor ni del Centro donde se haya realizado el trabajo. Podrá enviarse por correo electrónico o personalmente en cuyo caso debe adjuntarse algún medio de respaldo electrónico correctamente rotulado.

6. En un archivo de texto separado del contenido del trabajo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos: título del artículo (breve pero representativo del artículo), nombre y apellido de los autores, nombre completo del centro de trabajo. Debe incluirse nombre, dirección, número de teléfono, fax y correo electrónico del autor al que deba dirigirse la correspondencia o solicitud de separatas del trabajo. Las referencias a los cargos que desempeñen los autores figurarán como nota al pie de página, señalándose con uno o más asteriscos el lugar de llamada correspondiente. En otro archivo de texto se enviará el trabajo titulado pero sin identificar los autores o el centro (ver art. 5).

7. Conviene dividir el texto del trabajo en los siguientes apartados: **a) Resumen.** Debe estar en una hoja aparte, de hasta 150 palabras aproximadamente, en español e inglés. Debe establecer el propósito, los procedimientos básicos, los hallazgos fundamentales y las principales conclusiones del estudio; todo ello en términos concretos.

b) Palabras clave. Los autores remitirán una lista de 3 a 10 palabras o frases cortas (descriptores) con el fin de facilitar la introducción del artículo en el repertorio nacional o internacional de bibliografía médica. Use de preferencia los términos mencionados en el Medical Subject Headings, del Index Medicus (consultar BINAME). Debe ir en español y en inglés. **c) Introducción.** Debe ser clara y concisa, estableciendo el propósito del trabajo. Resuma el fundamento lógico del estudio u observación, basándose en la bibliografía pertinente y necesaria. La introducción debe facilitar que el lector comprenda el texto que sigue a continuación. No deberá incluir datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer**. d) Objetivos del trabajo**. **e) Material y métodos.** Debe proporcionar los detalles suficientes para que una determinada experiencia pueda ser reproducida sobre la base de esta información, describiendo claramente la selección de los sujetos observados y su participación en los experimentos, identificación de métodos, aparatos y procedimientos, deberá proporcionar referencias nueva, identificar medicamentos o productos químicos, dosis, vías de administración, etc. **f) Resultados.** Se deberá relatar, pero no interpretar las observaciones realizadas con el material y método empleados, éstos pueden publicarse detalladamente en el texto en forma de tablas o de figuras, procurando no repetir en el mismo los datos presentados en forma de tablas; o de figuras, procurando no repetir en el mismo los datos presentados en forma de tablas; destaque o resuma tan sólo las observaciones más importantes.

g) Discusión y comentarios. El autor o los autores procurarán ofrecer sus propias opiniones sobre el tema. Harán hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio, y en las conclusiones que deriven de ellos. Destacan aquí: el significado y la aplicación práctica de los resultados; las consideraciones sobre una posible inconsistencia en la metodología y las razones por las cuales deben ser válidos los resultados; la relación con publicaciones similares y comparaciones entre las áreas de acuerdo y desacuerdo con le evidencia disponible o con la bibliografía revisada, y las indicaciones y directivas para futuras investigaciones. No debe detallar datos repetidos en el apar-

Laboratorio Montevideo
Av. Gral. Rivera 2079 esq. Miguel del Corro
Telefax: 2400 5124 - 2409 6869
E-mail: labmontevideo@adinet.com.uy
DIR. TEC. DRA. MA. DEL HUERTO LÓPEZ LEMES
Vanguardia en el Diagnóstico Infectológico
Microbiología Clínica \ Inmunología \ Parasitología \ Micología Clínica \ Bioquímica especializada

tado de Resultados. No se citarán trabajos que no estén terminados. Es importante la propuesta de nuevas hipótesis pero identificándolas claramente como tales. **h) Agradecimientos.** Cuando se considere oportuno, se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo. Incluya la relación de todas aquellas personas que han colaborado, pero que no cumplan los criterios de autoría, tales como ayuda técnica recibida, ayuda en la confección del manuscrito, o apoyo general prestado por el jefe del departamento. También se incluirá en los agradecimientos el apoyo financiero y los medios materiales recibidos. **i) Conflicto de intereses.** Debe expresarse si así existen.

Abreviaturas: Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.

8. Bibliografía. Numere la bibliografía citada consecuentemente siguiendo el orden en que se menciona por primera vez en el texto. Las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis en SUPERÍNDICE. Si son discontinuas separarlas con comas: (1,3,6,9) y las continuas con un guión (1-4) Esta numeración será la que constará siempre en el artículo, vaya o no acompañada del nombre de los autores. Cuando se mencionan éstos si se trata de un trabajo realizado por hasta dos autores se mencionan ambos, si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al. La publicación de bibliografía deben seguir las normas de Vancouver (ver www.archmedinterna/prensamedica.com.uy/normasdepublicacion) a continuación presentamos algún ejemplos de éstas. **Normas generales**: Autores: Cuando se mencionan éstos si se trata de un trabajo realizado por dos autores, se mencionan ambos, si se trata de varios, se citarán los primeros 6 con las iniciales del nombre seguidos de la expresión "et al.". En caso de autores corporativos (Ej: The Cardiac Society of Australia) se nombra esta en el idioma original. Nombre articulo y/o libro: debe ser completo y en la lengua original del mismo. **Libros:** 1) Autores del capítulo 2) Nombre del capítulo 3) La palabra En: 4) Nombre del autor (es) del libro que incluye dicho capítulo 5) Título del libro que incluye el capítulo mencionado 6) Edición: La primera edición no es necesario consignarla. Las restantes siempre se ponen en números arábigos y abreviatura (ed.). 7) Lugar de publicación se escribe la ciudad donde fue publicado el documento (:) 8) Editorial: solo se escribe el nombre. Cuando no se dispone datos del editor, editorial o imprenta se debe emplear la abreviatura [s.n]. 9) Año de publicación es la fecha en que se edita el documento en números arábigos. 10) Volumen (si lo tiene) se indica con la abreviatura vol. seguido del número del volumen 11) Páginas del libro donde aparece publicado el capítulo citado, se identifica con la letra p. Ej: Curran JS, Barness LA. Nutrición. En : Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson tratado de pediatría. 16a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000; vol.1 p.149-204 **Revistas:** 1) Autores (.) 2) Título del artículo (.) 3) Nombre de la revista. Debe usarse las normas de abreviatura de las mismas (consultar Index Medicus). Cuando ésta no es muy conocida a nivel mundial, se anota después del título entre paréntesis el nombre del país donde se edita (.) 4) Año de publicación (;) 5) Volumen (sólo el número sin la abreviatura) (.) 6) Número del fascículo entre paréntesis (:) 7) Página inicial y final en que está incluido el artículo. En aquellas revistas que utilizan paginación continua a lo largo de un volumen, se puede omitir el mes y el número. Ej: Ponce L, Ramírez A. Causas de evento cerebro vascular en adultos que asisten al hospital Roosevelt años 2001-2002. Rev Med Interna (Guatemala). 2004; 15(1): 4-6 **Artículos de revista en formato electrónico:** 1) Autores 2) Título del artículo 3) Nombre abreviado de la revista (según normas internacionales) 4) Fecha de publicación 5) [Fecha de consulta] (;) 6) Volumen (número) (:) 7) [pantallas/páginas] 8) dirección electrónica. Nota- los meses de la fecha de la revista y de consulta se abrevian con las tres primeras letras del mes escribiendo la primera letra en mayúscula Ej: Morse SS. Factors in the emergente of infectious diseases. Emerg Infect Dis [en linea] 1995 Jan-Mar [acceso 5 Jun 1996]; 1(1): [24 p]. Disponible en: http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm **Parte de una página de un sitio o sede Web:** 1) Título de la página [en línea] 2) Lugar de publicación: Editor, Fecha de publicación [fecha de actualización/revisión; fecha de acceso] 3) Autores 4) Título de la sección [número de páginas o pantallas]. 5) Dirección electrónica Ej: Medicina Interna de Galicia [en línea]. Lugo: Sociedad Gallega de Medicina Interna, 2005 [accesado 19 Dic 2005]. De Pablo M, Pena Río JL. Guía para la prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con catéteres intravenosos. Disponible en: http://www.neiga.info/guias/cateteres.asp **Informe científico-técnico:** Publicaciones por organizaciones nacionales o internacionales se consideran como autores corporativos. En el caso de organismos gubernamentales se indicará en primer lugar el nombre del país y a continuación el nombre de la institución tomando en cuenta la dependencia de manera subordinada, separadas por punto. Ej: Organización Panamericana de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades aplicadas a odontología y estomatología. 3ª ed. Washington, D.C. OPS; 1996. (Publicación Científica); 562. Ej: Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social. Departamento de Epidemiología. **Bibliografía nacional**, se recomienda su contemplación. Se puede solicitar una búsqueda específica y pertinente de acuerdo al trabajo a Bibliografía Nacional de Facultad de Medicina (e-mail: biname@fmed.edu.uy (tel. 2924 3414, int. 3452).

9. Ilustraciones (figuras). La Revista imprimirá ilustraciones en blanco y negro o en color, si el ejemplo lo requiere. Las fotografías deberán ser en archivo informático en el programa en que fueron creadas (Ej: Photoshop, Corel Draw. Power Point, Excel, Illustrator, Free Hand). El diseño de las gráficas debe ser simple y su sola observación debe permitir comprender qué se desea mostrar, utilice patrones y NO COLORES en ella (impresión blanco y negro). Las tablas se presentarán numeradas (número arábigo) con su título correspondiente. Los tamaños mínimos de fotografías y tablas serán de 9 x 12 cm. En el texto no coloque ilustraciones, gráficos o tablas –éstas deben presentarse en hojas aparte con el correspondiente título y numeración–. En el texto solo debe figurar su mención. Debe seguirse el mismo instructivo en caso de presentar el trabajo en formato papel con la correspondiente identificación del autor y del trabajo.

10. El autor, o el primer autor en caso de varios, recibirá 10 separatas de su trabajo gratuitamente. Cuando se desee un mayor número de separatas, debe solicitarse al enviar los originales corriendo su costo a cargo del autor.

11. El Consejo Editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la Revista en el mínimo plazo posible, se informará acerca de su aceptación y fecha aproximada de publicación. Dicho Comité se reserva el derecho de proponer las modificaciones de los originales que crea oportunas.

12. La Dirección y el Consejo Editorial de la revista ARCHIVOS de MEDICINA INTERNA no acepta ninguna responsabilidad respecto a los puntos de vista y afirmaciones mantenidas por los autores de sus trabajos.

