

Estudio de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Argentina. Años 2005, 2009 y 2013

Florencia Molinatti (CIECS, CONICET y UNC)

Laura Acosta (CIECS, CONICET y UNC)

Eduardo Torres (CIECS, CONICET y UNC; Facultad de Ciencias Económicas, UNC)

Enrique Peláez (CIECS, CONICET y UNC; Facultad de Ciencias Económicas, UNC)

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo analizar la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Argentina en el año 2013 y compararla con años anteriores (2005 y 2009). Esta se estimó para la población adulta de 35 años y más a partir de datos de prevalencia de tabaquismo y mortalidad por sexo y edad, y los riesgos relativos de muerte observados en el estudio *Cancer Prevention Study II*. El cálculo se basó en la aplicación de la metodología *Comparative Risk Assessment*, según la cual, la contribución de un factor de riesgo a la mortalidad puede ser estimada a través de la Fracción Atribuible Poblacional (FAP). Asimismo, se calcularon los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP), a través de la metodología propuesta por Arriaga. Los resultados indican que conforme a la menor prevalencia de tabaco, se ha observado una leve, aunque menor, mortalidad atribuible a este factor; sin embargo, la proporción de muertes y los AEVP por esta causa han sido mayor en mujeres, especialmente en aquellas mayores a 55 años. Los cambios en las legislaciones han conseguido iniciar un proceso de concientización y reducción de la prevalencia en el consumo del tabaco, la que sigue siendo muy elevada. El tabaquismo sigue haciéndole perder más de un año de esperanza de vida a los hombres argentinos, y casi medio año a las mujeres. Es necesario por lo tanto profundizar campañas de concientización y ayuda para que los fumadores dejen de serlo.

Palabras clave: Mortalidad, Tabaco, Años de Esperanza de Vida Perdidos, Argentina.

Introducción

En la República Argentina, la transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas generó un incremento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), principalmente la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, la enfermedad crónica respiratoria y las lesiones por causas externas (ARGENTINA, MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN [MSN], 2011).

El consumo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo para las ENT. Este hábito se relaciona con más de 25 enfermedades, siendo responsable del 85% de los casos de cáncer de pulmón, 75% de las bronquitis crónicas, y del 25% de las cardiopatías isquémicas (AMERICAN CANCER SOCIETY [ACS], 2006). Paradójicamente, de todos los factores de riesgo, el tabaquismo es el más fácil de prevenir; ya que hay medios de demostrada costo-eficacia para combatir esta epidemia. En 2008, la OMS identificó seis medidas de control del tabaco basadas en la evidencia que son muy efectivas para reducir el consumo de tabaco. Estas medidas se conocen como «MPOWER» y corresponden a una o más de las medidas de reducción de la demanda contenidas en el "Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco" : vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, proteger a la población del humo del tabaco, ofrecer ayuda para dejar el tabaco, advertir de los peligros del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, y aumentar los impuestos al tabaco (OMS, 2013).

En numerosos países desarrollados se ha observado que gracias a las políticas de salud pública, el consumo de tabaco ha comenzado a disminuir. Sin embargo, estudios recientes realizados en España, indican que si bien la prevalencia de consumo de tabaco ha retrocedido en la última década, como así también el número de muertes asociadas al mismo; la mortalidad atribuible a este factor de riesgo continúa siendo elevada (GUTIÉRREZ ABEJÓN et al., 2015; BANEGAS et al., 2005). En los Estados Unidos de América, el consumo de tabaco ha disminuido muy lentamente, por lo que la mortalidad atribuible al consumo de tabaco continúa siendo alta y se estima que continuará siendo así en los próximos años (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014)

Según datos del Ministerio de Salud de Argentina, el consumo de tabaco mata aproximadamente 40 mil personas al año, ocasiona 824.804 años de vida saludables perdidos y causa el 16% de todas las muertes cada año (ARGENTINA, MSN, 2015).

Siguiendo los lineamientos internacionales para el control de las ENT, uno de los principales ejes implementado en Argentina es la vigilancia de este grupo de enfermedades y de los factores de riesgo a ellas asociados; para lo cual, se llevaron a cabo, hasta el momento, tres ediciones (2005, 2009 y 2013) de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). Los datos arrojados por la ENFR realizada en el año 2013, indica que el consumo de tabaco ha disminuido levemente (25,1%, en 2013, mientras que en 2005 fue de 29,7% y de 27,1% en 2009), al tiempo que la exposición ambiental al humo de tabaco también ha experimentado un significativo retroceso, en comparación con los años 2005 y 2009 (ARGENTINA, MSN, 2015), debido a las múltiples iniciativas nacionales, provinciales y municipales en relación al consumo de tabaco.

Pero, ¿en qué medida la reducción en el consumo de tabaco significó una disminución en las muertes por enfermedades relacionadas al tabaquismo? Para responder al interrogante, este trabajo tiene como objetivo analizar la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Argentina en el año 2013 y compararla con años anteriores (2005 y 2009).

Materiales y métodos

Se trata de un estudio descriptivo y comparativo sobre la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la población adulta de 35 años y más en Argentina en los años 2005, 2009 y 2013.

Para el cálculo de la mortalidad atribuible (MA) al consumo de tabaco en Argentina, es decir, el número de muertes estimadas que se producen en la población debido a este hábito, se utilizó el método dependiente de la prevalencia con Riesgos Relativos¹ (RR) provenientes de estudios de cohortes (TACHFOUCHI et al., 2014).

¹ El Riesgo relativo (RR) es un indicador que permite determinar si una exposición (en este caso, el consumo de tabaco) constituye un factor de riesgo. El concepto de factor de riesgo se refiere a una característica o condición detectable en una persona, la cual produce que la misma tenga mayor probabilidad de padecer un daño a la salud (en este caso la muerte). Para determinar si una determinada exposición constituye un factor de riesgo, se obtiene el RR, el cual se calcula dividiendo la tasa de incidencia en la población expuesta, en relación a la población no expuesta (BONITA, 2008).

Para lo cual, en primer lugar, se determinó la Fracción Atribuible Poblacional² (FAP), para cada causa considerada relacionada al tabaquismo, según sexo y grupo de edad [1].

$$PAF = ((p_0 + p_1 * RR_1 + p_2 * RR_2) - 1) / (p_0 + p_1 * RR_1 + p_2 * RR_2) \quad [1]$$

Donde p_0 corresponde a la prevalencia de no fumadores, p_1 a la prevalencia en fumadores y p_2 prevalencia en ex fumadores. El RR_1 corresponde al RR para fumadores y el RR_2 el RR para ex fumadores.

En segundo lugar, para cada causa considerada, se estimó la MA, multiplicando las diferentes FAP por el número de muertes observadas (MO) [2].

$$MA = MO * FAP \quad [2]$$

Una vez estimada la MA al consumo de tabaco para cada causa relacionada, se calcularon los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP), a partir del método propuesto por Arriaga (1996), para tres grupos de causas de muerte asociados al consumo de tabaquismo (Neoplasias, Enfermedades Cerebrovasculares y Enfermedades Respiratorias).

El método de AEVP permite evaluar el efecto de cada causa de muerte sobre la esperanza de vida. Este índice determina cuántos años de vida en promedio pierde una población por la muerte de las personas por determinadas causas y edades. Con base en las tasas específicas de mortalidad por edades, se calcula los años de vida promedio que la población vive (esperanza de vida) entre dos edades (en este caso, entre los 35 y 80 años³) y se determina cuántos años de vida se pierden considerando la hipótesis de mortalidad nula entre esas edades (ARRIAGA, 1996).

El índice AEVP permite medir tanto el nivel de mortalidad de una población como el cambio cuando se comparan dos poblaciones o periodos, y el método de cálculo basado en las tablas de vida permite ajustar por la estructura de edades de la población. El método AEVP tiene la ventaja que no está influido por la estructura de edad de la población, en comparación con otros métodos como los

Cuando el riesgo relativo es mayor a 1 indica que existe un mayor riesgo de padecer el evento no deseado (muerte) para aquella persona que presenta un factor determinado (consumo de tabaco). Cuando es menor a 1 se considera que es un factor de protección y cuando es igual a 1 indica que no existe relación causal (BONITA, 2008).

² Mientras que el RR es una medida de riesgo individual, la Fracción Atribuible Poblacional (FAP) es un indicador de riesgo poblacional y se define como la proporción de casos de un determinado evento (muerte) que se podrían evitar en la población si se eliminara la exposición a un determinado factor de riesgo, en este caso el consumo de tabaco en este caso (BONITA, 2008).

³ El límite inferior utilizado en este trabajo es 35 años porque los RR utilizados para calcular la fracción de muerte atribuible al tabaquismo y la mortalidad atribuible fueron estimados para la población adulta de 35 años y más.

Años Potenciales de Vida Perdidos. Además, el índice proporciona un valor, en años de esperanza de vida, que es fácil de interpretar (ARRIAGA, 1996).

Fuentes de datos

Las prevalencias de consumo de tabaco fueron obtenidas de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, correspondientes a los años 2005, 2009 y 2013.

La población objetivo de la ENFR en sus diversas ediciones fueron las personas de 18 años y más que habitan en hogares de localidades de 5000 habitantes y más. La muestra se seleccionó del Marco de Muestreo Nacional Urbano para permitir estimaciones provinciales, siendo a este nivel autoponderada. El muestreo se realizó por áreas y la última etapa se hizo sobre listado de viviendas. Para responder el cuestionario individual, se seleccionó en cada hogar, de manera aleatoria, una persona entre las que tenían 18 años y más. La muestra total en adultos de 18 años y más fue de 41392 en el año 2005, 34.732 en el año 2009 y 32365 en el año 2013; siendo la población adulta de 35 años y más de 26.376, 22.394 y 20.996, respectivamente.

Los RR provienen del estudio *Cancer Prevention Study II* (CPS II), obtenidos de la razón de tasas de mortalidad entre categorías de exposición tras el seguimiento de la cohorte del CPS II a los 6 años. En la tabla 1 se resumen los RR para cada causa considerada, según sexo y grupo de edad (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2014).

TABLA 1.
Exceso de riesgo de mortalidad asociado al consumo de tabaco por distintas patologías en función del sexo, grupo de edad (si procede) y hábito.

Causas de muerte (código CIE-10)	Varones		Mujeres	
	Fumador	Ex Fumador	Fumador	Ex Fumador
Cáncer labio, cavidad oral, faringe (C00-C14)	10,89	3,40	5,08	2,29
Cáncer esófago (C15)	6,76	4,46	7,75	2,79
Cáncer de estómago (C16)	1,96	1,47	1,36	1,32
Cáncer páncreas (C25)	2,31	1,15	2,25	1,55
Cáncer laringe (C32)	14,60	6,34	13,02	5,16
Cáncer tráquea, pulmón, bronquios (C33-C34)	23,26	8,70	12,69	4,53
Cáncer de cuello de útero (C53)	n/a	n/a	1,59	1,14
Cáncer de riñón y pelvis renal (C64-C65)	2,72	1,73	1,29	1,05
Cáncer de vejiga urinaria (C67)	3,27	2,09	2,22	1,89
Leucemia mieloide aguda (C92.0)	1,86	1,33	1,13	1,38
Cardiopatía isquémica (I20-I25)				
35-64	2,80	1,64	3,08	1,32

Causas de muerte (código CIE-10)	Varones		Mujeres	
	Fumador	Ex Fumador	Fumador	Ex Fumador
65 y más	1,51	1,21	1,60	1,20
Otras enfermedades cardíacas (I10-I09, I26-I28, I29-I51)	1,78	1,22	1,49	1,14
Enfermedad cerebrovascular (I60-I69)				
35-64	3,27	1,04	4,00	1,30
65 y más	1,63	1,04	1,49	1,03
Aterosclerosis (I70)	2,44	1,33	1,83	1,00
Aneurisma aórtico (I71)	6,21	3,07	7,07	2,07
Otra enfermedad arterial (I72-I78)	2,07	1,01	2,17	1,12
Neumonía, gripe (J10-J11, J12-J18)	1,75	1,36	2,17	1,10
Bronquitis, enfisema (J40-J42, J43)	17,10	15,64	12,04	11,77
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (J44)	10,58	6,8	13,08	6,78

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services (2014).

Notas: CIE-10= Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión. n/a= No aplica.

Los datos de mortalidad, por sexo y grupos de edad de Argentina, fueron obtenidos de las bases de datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación calculando promedios trianuales⁴ (2004-2006; 2008-2010; 2012-2013) y los datos de población de los años 2005, 2009 y 2013; obtenidos de las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (ARGENTINA, MSN, 2006; 2010; 2014).

Para el cálculo de la MA al consumo de tabaco y para determinar los AEVP en cada año se utilizó el programa EPIDAT 4.1 de la Organización Panamericana de la Salud (CONSELLERÍA DE SANIDAD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD Y UNIVERSIDAD CES, 2016).

Resultados

De acuerdo a los registros de Estadísticas Vitales, en los tres períodos bajo análisis se produjeron -en promedio- la siguiente cantidad de defunciones totales por enfermedades asociadas al consumo de tabaco en la población adulta de 35 años y más: 124.320 (2004-2006), 282.293 (2008-2010) y 297.539 (2012-2013).

De forma resumida, puede señalarse que en esos períodos ha habido un comportamiento similar en las causas de muerte correspondientes tanto a hombres como a mujeres: ocupan el mayor porcentaje de los decesos aquellas vinculadas a las enfermedades cerebrovasculares (especialmente debido a

⁴ Para el período 2012-2014 no se dispuso de la base de datos del año 2014. Se optó por hacer promedio bianual de los años 2012 y 2013.

Cardiopatía Isquémica), que superó el 60% del total en varones y en mujeres estos porcentajes fueron aún superiores⁵ (Ver Anexos 1 y 2).

En segundo lugar, se encuentran las Enfermedades Respiratorias, con porcentajes similares tanto en 2005 como 2009 (alrededor del 15% para ambos sexos), pero que creció en 2013 hasta el 18.6% en hombres y 19.7% para el caso de las mujeres. Dentro de este grupo, la causa más preponderante es la vinculada a Neumonía, gripe (J10-J11, J12-J18 en la CIE 10).

Tercero, se ubican las Neoplasias, que representaron el alrededor del 12% en el caso de hombres y el 9% en mujeres. Al interior de esta categoría el panorama es disímil según el sexo, aunque no ha variado a lo largo del tiempo: en el caso de los varones, el cáncer de estómago ocupa gran posición relativa como así también el de páncreas. Luego el de esófago, vejiga urinaria y pelvis. Por su parte, en mujeres se destaca el cáncer de páncreas muy sobre el resto, y luego aparecen el de estómago, cuello de útero y esófago.

A los fines de este trabajo, el cáncer de Tráquea, pulmón y bronquios (a pesar de ser una causa más de Neoplasia) se estudia de manera separada debido a su elevada relación con el consumo de tabaco. Al considerarla de manera aislada ha representado entre el 9.6% y el 8.9% del total de muertes en hombres y entre el 3.7% y el 4.3% en mujeres.

Pero es necesario complementar el análisis anterior con el porcentaje de muertes atribuibles al consumo de tabaco en cada causa de muerte. Al considerar este aspecto, puede observarse que este factor de riesgo ocupa un porcentaje muy alto en las muertes ocurridas por el cáncer de tráquea, pulmón y bronquios en los varones (87.7%, 88.2% y 86.9% en cada período) y representa casi la mitad del total de las defunciones. Y si bien es inferior en el caso de las mujeres también el consumo de tabaco está fuertemente relacionado a la misma causa de muerte (en este caso representa el 59.1%, 61.3% y 63.9% respectivamente). Esto último significa que aunque en las distintas ediciones de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se presentan evidencias que el consumo de tabaco ha disminuido en los mayores de 35 años (varones: 31% en 2005, 29.5% en 2009 y 26.7% en 2013, mujeres: 22.4%, 20.5% y 19.3% respectivamente), la mortalidad atribuible al tabaco continúa siendo elevada (ver Anexo 3).

⁵Lamentablemente, la categoría 'Otras enfermedades cardíacas' es la más importante de este conjunto en el caso de los hombres y la segunda en el caso de mujeres, lo cual impide realizar análisis más profundos.

Además, si se analizan los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP⁶) atribuibles al consumo de tabaco en mayores de 35 años, los resultados presentan evidencias importantes. Al considerar el caso de hombres, en 2005 se perdían 8.14 años de esperanza de vida de los cuales 1.44 se debieron a causas atribuibles al consumo de tabaco, mientras que en 2009 la relación fue 7.78 los AEVP y 1.36 por esas causas, y en 2013 7.65 y 1.21. Es decir, en estos años disminuyeron los AEVP y también la importancia de las causas atribuibles al tabaco, pero aún representa un factor importante (Tabla 2).

En el caso de mujeres, los resultados muestran que la manera en que afecta las causas atribuibles al tabaco es menor: en 2005 representaban 0.42 de los 4.60 AEVP, en 2009 0.41 de 4.58 mientras que 2013 0.45 de los 4.52 (Tabla 2).

TABLA 2.
Comparación de los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) atribuibles al consumo de tabaco en adultos de 35 años y más, por sexo, según grupos de causas de muerte. Argentina, 2005, 2009 y 2013.

Grupos de causas de muerte	Hombres			Mujeres		
	2005	2009	2013	2005	2009	2013
Neoplasias	0.69	0.64	0.56	0.17	0.17	0.20
Enfermedades Cerebrovasculares	0.58	0.56	0.47	0.20	0.19	0.17
Enfermedades Respiratorias	0.17	0.16	0.17	0.06	0.05	0.08
Total Causas atribuibles al consumo de tabaco	1.44	1.36	1.21	0.42	0.41	0.45
Otras causas no atribuibles al consumo de tabaco	6.71	6.42	6.44	4.17	4.17	4.07
Total AEVP	8.14	7.78	7.65	4.60	4.58	4.52

Fuente: ENFR 2005, 2009 y 2013. Estadísticas Vitales 2004-2006, 2008-2010 y 2012-2013 (MSN). Elaboración propia con Epidat 4.1

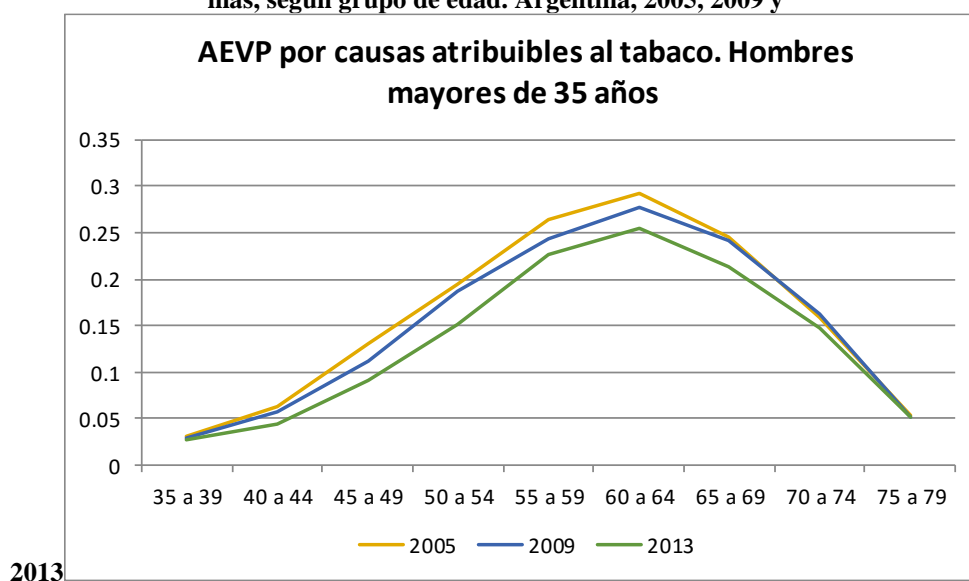
Si en lugar de observar los AEVP atribuibles al tabaco en forma absoluta se analizan de manera relativa al total de AEVP en cada uno de los años, en el caso de los hombres fue similar en 2005 y en 2009 (representaron el 17.6% y el 17.5%, respectivamente); mientras que en 2013 su peso disminuyó a un 15.8%. Por su parte, al realizar lo mismo para mujeres se percibe un leve retroceso de 2005 a 2009 (9.2% a 8.9%) y luego se incrementó a 9.9% para 2013.

Pero, al estudiar esto para cada grupo quinquenal de edad, puede mencionarse que en 2013 el porcentaje de AEVP atribuibles al tabaco respecto del total de AEVP fue inferior en todos los grupos quinquenales comprendidos entre los 40 y los 69 años de edad. En cambio, para las mujeres fue inferior entre 40 y 50 años, no hubo cambios entre 50 y 54 años y fue mayor de 55 años en adelante. Es decir, si bien los AEVP debido al tabaco han ido decreciendo, también han disminuido los AEVP. Pero de esa conjunción de efectos se desprende que la participación relativa de los AEVP

⁶Los AEVP se estimaron utilizando una esperanza de vida al nacimiento de 80 años.

causados por el tabaco creció en importancia. Esto puede apreciarse en los gráficos 1 y 2. Adicionalmente, y considerando los AEVP por causas atribuibles al tabaco en los diferentes grupos quinquenales de edad, se observa que en el caso de varones ha habido un decremento en los AEVP en todos los grupos de edad, especialmente en el año 2013. En relación a las mujeres, en los primeros grupos quinquenales también disminuyeron los AEVP, pero en el 2013 entre los 55 y 70 años de edad los AEVP se incrementaron. Es decir, que ya hay evidencias sobre el rol que está jugando el consumo de tabaco en mujeres en la actualidad (Gráfico 1 y 2).

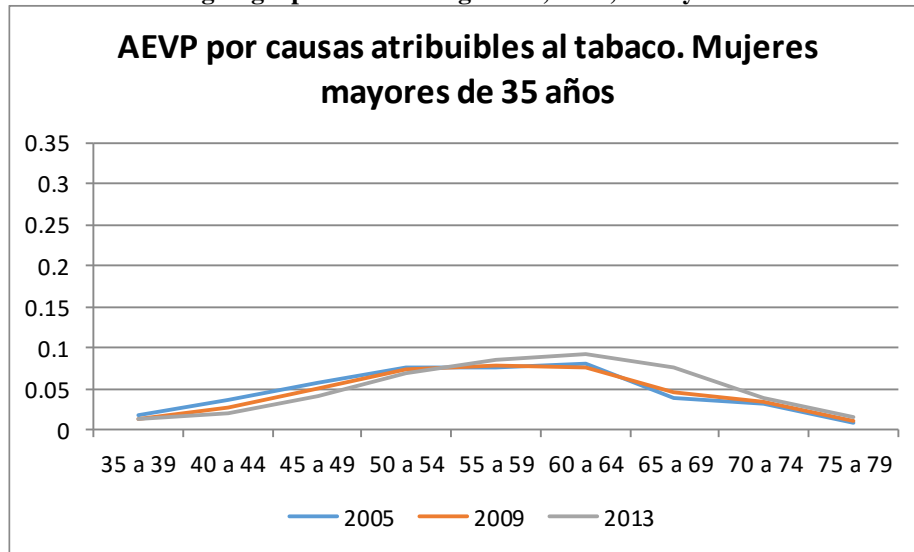
GRÁFICO 1.
Años de esperanza de vida perdidos (AEVP) atribuibles al consumo de tabaco en hombres de 35 años y más, según grupo de edad. Argentina, 2005, 2009 y 2013



Fuentes: ENFR 2005, 2009 y 2013. Estadísticas Vitales 2004-2006, 2008-2010 y 2012-2013 (MSN).

GRÁFICO 2.

Años de esperanza de vida perdidos (AEVP) atribuibles al consumo de tabaco en mujeres de 35 años y más, según grupo de edad. Argentina, 2005, 2009 y 2013



Fuentes: ENFR 2005, 2009 y 2013. Estadísticas Vitales 2004-2006, 2008-2010 y 2012-2013 (MSN).

Discusión

En Argentina fue sancionada el 1 de junio de 2011 la Ley Nacional Antitabaco "Regulación de la publicidad, producción y consumo de los productos elaborados con tabaco". Se trata de la Ley N° 26.687, promulgada el 13 de junio de 2011. Esta establece la prohibición de fumar en todos los espacios cerrados de uso público o privado; prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de cigarrillos o productos elaborados con tabaco en forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación; inclusión de advertencias sanitarias con imágenes.

Esta ley tiene antecedentes en el país, en mayo de 2003, Argentina suscribió en Ginebra el Convenio Marco para el Control del Tabaco con el principal argumento de proteger la salud pública, bajo el reconocimiento por parte de los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud. En 2007 se estableció el Programa Nacional de Control de Tabaco, prohibiéndose de venta a menores de edad. En algunas provincias, como es el caso de Córdoba desde el 1 de junio de 2006 comenzó a regir en todo el territorio provincial la ley antitabaco 9.113 que prohíbe fumar en lugares cerrados ya sean públicos o privados. También se establece la prohibición de vender tabaco en kioscos que estén ubicados a menos de 200 metros de cualquier edificio de instituciones de enseñanza y esparcimiento para menores de 18 años.

Todo este avance legislativo ha logrado disminuir la prevalencia de fumadores. Si sumamos fumadores y ex fumadores, según SEDRONAR (1999) el 71,4 % de los varones y el 54,3 de las mujeres de entre 16 y 64 años en Argentina eran fumadores o ex fumadores. Para el año 2005 ese porcentaje para los mayores de 35 años era de 62,5 % para los hombres y 37,2 % para las mujeres; en 2009, 60,3 %, y 36,2%; y en 2013 54,5% y 36,1%. Si se analiza sólo a los fumadores, en 1999 la prevalencia para la población de entre 16 y 64 años era entre varones 45,6 % y mujeres 34,4%. En los relevamientos recientes para los mayores de 35 años (2005, 2009 y 2013) la prevalencia descendió entre los varones a 31,1 %, 29,5 % y 26,7% respectivamente, y para las mujeres 22,4%; 20,5% y 19,3%.

Comparando la prevalencia de tabaquismo en Argentina con la observada en otros países del mundo, este país, con una prevalencia para ambos sexos de 22,1 %, se encuentra en el puesto 50 entre 120 países con datos recientes, encabezado por Kiribati de Oceanía con 58 %⁷. En América Latina y el Caribe, Chile y Ecuador tienen una prevalencia superior al 30 %, Uruguay del 25 %, Cuba del 23,7 %, México del 19,9 %, Bolivia del 14,8 %, Brasil del 14,7 % y Paraguay del 14,5 %. Entre los países desarrollados se destacan Grecia y Austria con una prevalencia superior al 38 %, Francia del 34 % y España del 27 %. Entre los hombres se destacan los rusos, los chinos y los griegos con una prevalencia superior al 50 %.

En el presente trabajo se analiza qué efecto tiene sobre la mortalidad atribuible al tabaco el descenso en la prevalencia del tabaquismo; así podemos observar que mientras el porcentaje de defunciones por causa del tabaco pasó del 16 % en los hombres en 2005 al 15,1 % en 2013; el porcentaje de defunciones asociadas a tabaquismo en mujeres pasó del 4,9% en 2005 al 5,7 % en 2013; ambos sexos pasó del 10,8 % de las muertes en 2005 al 10,5 en 2013 %.

En relación a los AEVP por esta causa, se observó una disminución en los hombres, mientras que en mujeres se destaca un leve ascenso en el año 2013, con respecto a los años 2005 y 2009. Además, en las mujeres se observa un aumento de los AEVP por esta causa en las edades más avanzadas, coincidentes con la mayor prevalencia de consumo de tabaco en mujeres mayores. Se deberían analizar las causas relacionadas con la mayor prevalencia de tabaquismo en mujeres mayores, lo cual tiene efectos en la mortalidad atribuible a este factor de riesgo.

Estos cambios reflejan que el efecto sobre el descenso en la mortalidad por tabaquismo asociados a la reducción del consumo puede demorar en ocurrir. La toma de conciencia en la salud pública de

⁷ Según datos de la Base de datos on line de la OMS www.who.org .

finales del siglo XX, y la correspondiente legislación de inicios de este siglo han logrado iniciar un proceso de descenso del consumo de tabaco, pero los cambios en la mortalidad están afectados por una inercia provocada por altísimas prevalencias de tabaquismo en el pasado. Si se compara con cifras de otros países, Gutierrez-Abejón et al. (2015) señalan que en 2012 en España el 15,2 % de las defunciones se debían al tabaco; Sánchez C y San Martín V (2010) señalan que en 2007 ese porcentaje era de 12 % en Paraguay; mientras que Sandoya y Bianco (2011) indican que en Uruguay entre 2000 y 2002 el 14,8 % de las defunciones totales se debieron al tabaco.

Los cambios en las legislaciones han conseguido iniciar un proceso de concientización y reducción de la prevalencia en el consumo del tabaco, la que sigue siendo muy elevada. El tabaquismo sigue haciéndole perder más de un año de esperanza de vida a los hombres argentinos, y casi medio año a las mujeres. Es necesario por lo tanto profundizar campañas de concientización y ayuda para que los fumadores dejen de serlo. La mayoría de los fumadores que conocen los peligros del tabaco desean dejarlo. Las advertencias textuales y gráficas permiten reducir el número de niños que empiezan a fumar y disminuir el número de fumadores. Otras medidas efectivas para desalentar el consumo son la prohibición de la publicidad y el incremento de los impuestos al tabaco.

Según datos de la OMS (2015), el tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores, cerca de 6 millones de personas, de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios. Es la principal causa de muerte evitable mundial. Los esfuerzos en post de su reducción han sido importantes, pero están lejos de ser suficientes. Trabajos como el presente pretenden ser un aporte en la toma de conciencia pública del daño a la salud producido por el tabaquismo.

Bibliografía

AMERICAN CANCER SOCIETY; UICC. **The Tobacco Atlas**. 2nd ed. Atlanta, GA: ACS, 2006.

ARGENTINA. Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. (SEDRONAR). **Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Adictivas en la República Argentina**. Buenos Aires: SEDRONAR, 1999.

_____. Ministerio de Salud de la Nación. **Estadísticas Vitales**. Información básica. Año 2005. Buenos Aires: MSN, 2006.

_____. Ministerio de Salud de la Nación. **Estadísticas Vitales**. Información básica. Año 2009. Buenos Aires: MSN, 2010.

_____. Ministerio de Salud de la Nación. **Estadísticas Vitales**. Información básica. Año 2013 Buenos Aires: MSN, 2014.

_____. Ministerio de Salud de la Nación. **Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no transmisibles**. Primera edición. Buenos Aires: MSN, 2011.

_____. Ministerio de Salud de la Nación. **Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no transmisibles**. Primera edición. Buenos Aires: MSN, INDEC, 2015.

ARRIAGA, E. Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. **Notas de población**, v. 24, n. 63, p. 7-38, 1996.

BANEGAS, JR., DÍEZ GAÑÁN, L., GONZÁLEZ ENRÍQUEZ, J., VILLAR ÁLVAREZ, F., RODRÍGUEZ-ARTAREJO, F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España, **Medicina Clínica**, v. 124, n. 20, p. 769-771, 2005.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÔM, T. **Epidemiología Básica**. 2da Edición. Washington DC: OPS, 2008.

CONSELLERÍA DE SANIDAD, XUNTA DE GALICIA, ESPAÑA; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD; UNIVERSIDAD CES, COLOMBIA (OPS-OMS) (2016). Epidat: Programa epidemiológico de datos. Versión 4.1, octubre, 2014.

GUTIÉRREZ-ABEJÓN, E., REJAS-GUTIERREZ, J., CRIADO-ESPEJEL, P., CAMPO-ORTEGA, E.V., BREÑAS-VILLALON, M.T., MARTÍN-SOBRINO, N. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. **Medicina Clínica**, v. 145, n.12, p. 532-533, 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio de tabaco. Resumen**. Washington: OMS, 2013.

_____. Tabaco. Nota descriptiva n.º 339, 2015. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>> Acceso el: 28 abr. 2016.

PITARQUE, R., PEREL, P., SÁNCHEZ, G. **Mortalidad anual atribuible al tabaco en Argentina, año 2000**". Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.

SÁNCHEZ C, SAN MARTÍN V. Mortalidad atribuible al tabaquismo durante los años 2001-2007 en Paraguay. **Revista Paraguaya de Epidemiología**, v. 1, n. 1, p. 27-32, 2010.

SANDOYA, E., BIANCO, E. Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay. **Revista Uruguaya de Cardiología**, v. 26, p. 201-206, 2011.

TACHFOUTI, N., RAHERISON, C., OBTEL, M., NEJJARI, C. Mortality attributable to tobacco: review of different methods. **Archives of Public Health**, v. 72:22, 2014.

THUN, M. J., APICELLA, L. F., HENLEY, S. J. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. **JAMA**; n. 284, p. 706-12, 2000.

U.S. Department of Health and Human Services. **The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: 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, 2014.

ANEXO 1. Mortalidad observada y mortalidad atribuible al consumo de tabaco por causa de muerte en Argentina. 2005, 2009 y 2013. HOMBRES

Causas de muerte (código CIE-10)	2005			2009			2013		
	MO	MA		MO	MA		MO	MA	
		N	%		N	%		N	%
NEOPLASIAS	8522	3802	44.6	8336	3759	45.1	8625	3622	42.0
Cáncer labio, cavidad oral, faringe (C00-C14)	598	446	74.6	601	451	75.1	624	452	72.4
Cáncer esófago (C15)	1312	927	70.6	1269	906	71.4	1217	844	69.3
Cáncer páncreas (C25)	1663	372	22.3	1703	391	23.0	1862	393	21.1
Cáncer laringe (C32)	806	665	82.5	781	648	83.0	691	561	81.3
Cáncer tráquea, pulmón, bronquios (C33-C34)	6426	5635	87.7	6520	5751	88.2	6386	5549	86.9
Cáncer de cuello de útero (C53)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Cáncer de vejiga urinaria (C67)	1032	445	43.1	964	428	44.4	968	406	41.9
Cáncer de riñón y pelvis renal (C64-C65)	995	385	38.7	993	388	39.1	1232	454	36.9
Cáncer de estómago (C16)	1933	520	26.9	1855	507	27.3	1833	469	25.6
Leucemia mieloide aguda (C92.0)	183	42	22.9	172	39	23.0	199	43	21.7
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	42003	8102	19.3	43070	8563	19.9	43366	7787	18.0
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	11322	2585	22.8	11478	2680	23.4	11821	2558	21.6
Otras enfermedades cardíacas (I10-I09, I26-I28, I29-I51)	18899	3026	16.0	20068	3402	17.0	21295	3234	15.2
Enfermedad cerebrovascular (I60-I69)	9978	1708	17.1	9803	1710	17.4	8885	1370	15.4
Aterosclerosis (I70)	429	76	17.7	415	85	20.4	175	30	17.3
Aneurisma aórtico (I71)	1093	674	61.6	1047	655	62.6	933	566	60.6
Otra enfermedad arterial (I72-I78)	282	33	11.8	259	32	12.3	256	29	11.5
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	9990	3758	37.6	10126	3902	38.5	13380	4511	33.7
Neumonía, gripe (J10-J11, J12-J18)	6847	1271	18.6	7005	1401	20.0	9947	1821	18.3
Bronquitis, enfisema (J40-J42, J43)	265	233	88.2	246	217	88.2	197	173	87.7
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (J44)	2879	2254	78.3	2875	2284	79.4	3237	2517	77.8
Total muertes por causas atribuibles al consumo de tabaco	66941	33158	49.5	68052	34441	50.6	71758	33767	47.1
Total muerte por otras causas no atribuibles al consumo de tabaco	139744			144953			151814		
TOTAL	206685			213005			223572		

Fuente: ENFR 2005, 2009 y 2013. Estadísticas Vitales 2004-2006, 2008-2010 y 2012-2013 (Ministerio de Salud de la Nación). Elaboración propia con Epidat 4.1

ANEXO 2. Mortalidad observada y mortalidad atribuible al consumo de tabaco por causa de muerte en Argentina. 2005, 2009 y 2013. MUJERES

Causas de muerte (código CIE-10)	2005			2009			2013		
	MO	MA		MO	MA		MO	MA	
		N	%		N	%		N	%
NEOPLASIAS	5525	829	15.0	5527	909	16.4	6117	1075	17.6
Cáncer labio, cavidad oral, faringe (C00-C14)	205	63	30.5	224	75	33.7	239	87	36.4
Cáncer esófago (C15)	577	216	37.5	567	227	40.2	601	257	42.9
Cáncer páncreas (C25)	1801	249	13.8	1813	279	15.4	2053	358	17.4
Cáncer laringe (C32)	94	54	57.4	111	68	61.1	108	68	62.8
Cáncer tráquea, pulmón, bronquios (C33-C34)	2121	1253	59.1	2199	1348	61.3	2823	1803	63.9
Cáncer de cuello de útero (C53)	904	111	12.3	871	107	12.3	951	112	11.8
Cáncer de vejiga urinaria (C67)	308	42	13.5	302	48	15.7	360	65	18.2
Cáncer de riñón y pelvis renal (C64-C65)	475	17	3.6	480	18	3.7	562	23	4.2
Cáncer de estómago (C16)	1006	68	6.7	1014	77	7.6	1070	91	8.5
Leucemia mieloide aguda (C92.0)	155	10	6.3	145	10	7.0	173	13	7.5
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	40812	2372	5.8	42449	2558	6.0	43618	2706	6.2
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	7619	560	7.4	7963	655	8.2	8344	750	9.0
Otras enfermedades cardíacas (I10-I09, I26-I28, I29-I51)	21164	711	3.4	22996	864	3.8	24960	1039	4.2
Enfermedad cerebrovascular (I60-I69)	10559	954	9.0	10131	896	8.8	9372	780	8.3
Aterosclerosis (I70)	847	18	2.2	762	13	1.8	371	6	1.5
Aneurisma aórtico (I71)	368	112	30.5	348	113	32.5	327	112	34.4
Otra enfermedad arterial (I72-I78)	255	16	6.4	250	16	6.2	244	18	7.3
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	8922	1120	12.6	8854	1189	13.4	12907	1832	14.2
Neumonía, gripe (J10-J11, J12-J18)	7577	419	5.5	7475	413	5.5	11025	677	6.1
Bronquitis, enfisema (J40-J42, J43)	128	71	55.4	124	73	59.2	124	83	67.5
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (J44)	1217	630	51.8	1256	703	56.0	1758	1071	60.9
Total muertes por causas atribuibles al consumo de tabaco	57380	9065	15.8	59030	9751	16.5	65464	11952	18.3
Total muerte por otras causas no atribuibles al consumo de tabaco	128612			137339			145725		
TOTAL	185992			196369			211189		

Fuente: ENFR 2005, 2009 y 2013. Estadísticas Vitales 2004-2006, 2008-2010 y 2012-2013 (Ministerio de Salud de la Nación). Elaboración propia con Epidat 4.1

ANEXO 3. Prevalencia del consumo de tabaco según grupos de edad. Hombres y Mujeres. 2005, 2009 y 2013.

Grupo de edad	Consumo de tabaco	Hombres			Mujeres		
		2005	2009	2013	2005	2009	2013
35 años y más	Fumadores	31.1	29.5	26.7	22.4	20.5	19.3
	Ex fumadores	31.4	30.8	27.8	14.8	15.7	16.8
	Nunca fumadores	37.5	39.8	45.5	62.9	63.8	63.8
35 a 64 años	Fumadores	36.1	34.0	30.6	28.1	25.3	22.7
	Ex fumadores	26.8	25.9	23.3	16.3	15.9	16.7
	Nunca fumadores	37.1	40.1	46.1	55.6	58.8	60.7
65 años y más	Fumadores	13.0	14.6	12.4	6.0	6.9	10.4
	Ex fumadores	47.9	46.6	44.3	10.4	15.0	17.3
	Nunca fumadores	39.1	38.8	43.3	83.5	78.1	72.3