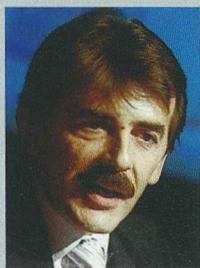


# Oportunidades vitales perdidas por el tabaquismo entre los beneficiarios de la seguridad social

Por Jorge Luis Leguiza



Médico. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social, por la Universidad ISALUD, donde es co-director de esa maestría y profesor adjunto de la

cátedra de Epidemiología. Cuenta con un posgraduado en Epidemiología y en Informática Médica. Es consultor senior en Epidemiología en la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación.

**Director: Dr. Rubén Torres**

**Jurado evaluador:**  
**Mag. Claudio Mate Rothgerber,**  
**Dr. Oscar Cochlar y**  
**Mag. Cristina Cassasa.**

La versión completa de este trabajo está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

## 1.- Introducción

El problema abordado en esta tesis surge en el contexto de un ambicioso proyecto de investigación desarrollado en la Universidad ISALUD durante 2004 y 2005. Dicho proyecto estuvo enmarcado en una solicitud del Programa Nacional VIGIA del entonces Ministerio de Salud y Ambiente, vinculada a la estimación del costo global en vidas y el daño a la salud que el hábito de fumar produce en la población argentina.

La experiencia sanitaria de los últimos treinta años ha proporcionado nuevas definiciones de la salud, ampliado los objetivos sociales y mejorado el entendimiento de lo que nos mantiene saludables.

En algunas sociedades incluso, la salud está formalmente asumida como un “producto social”, resultado directo de un desarrollo social armónico, constituyéndose en una política de estado *per se*.

Esto lleva implícito que dedicar recursos a la salud de la población ofrece beneficios adicionales: mayor prosperidad –ya que una población sana contribuye a una economía dinámica–, menores gastos en salud y problemas sociales, y un clima general de estabilidad social y bienestar para los ciudadanos.

Desafortunadamente, muy poca de esta formalización ha sido aplicada en la mayoría de los países de América Latina: la evidencia que se dispone indicaría que la distribución de la situación de la salud, de los estilos de vida y del acceso a los servi-

cios de atención entre los diferentes grupos socioeconómicos siguen patrones que colocan a los grupos más vulnerables en situaciones de mayor desventaja, en un claro panorama de inequidad.

Por otra parte, y dada la evidencia creciente de que los aportes de la medicina y la atención de la salud son muy limitados en la mejoría del estado de salud de las poblaciones, y que gastar más en atención no producirá grandes mejoras, el enfoque de trabajo actual se orienta hacia los determinantes de la salud, en particular a los relacionados con los hábitos y estilos de vida. Estos serían responsables, en las enfermedades de mayor mortalidad, de hasta el 75 % de la carga de mala salud de la gente.

Entre estos hábitos y estilos de vida destaca el tabaquismo, que es considerado como una de las mayores pandemias de causa evitable, y es uno de los pilares en la producción de muerte y discapacidad: de un total de 57 millones de muertes estimadas en el mundo en 2002, 26,2 millones fueron por enfermedades relacionadas al consumo de tabaco.

La investigación, en particular la orientada a establecer el peso relativo de cada determinante en las poblaciones individuales, ofrece un marco de referencia válido para priorizar y programar estrategias de acción bien focalizadas.

Esto es particularmente cierto cuando se trabaja desde los seguros de salud, ya que se dispone de recursos acotados aportados por los mismos beneficiarios que deberían destinarse prioritariamente a disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones beneficiarias, disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de daños a la salud, en vez de actuar solamente sobre la limitación de ellos o de sus secuelas.

## 2. Problema y objetivos

### 2.1. Una mirada a los seguros de salud

Los seguros de salud brindan una oportunidad única de trabajar sobre el estado sanitario de las poblaciones a cargo, ya que tienen como atributos básicos la existencia de una población identificada como asegurada, la probabilidad de ocurrencia de uno o más daños a la salud (riesgos sanitarios), y la disponibilidad de recursos destinados específicamente a limitar el riesgo, el daño o sus secuelas.

El Sistema Nacional del Seguro de Salud argentino (SNSS) es un esquema complejo destinado a cubrir económicamente la ocurrencia de daños a la misma, incorporando además la pre-

vencción de la enfermedad, la limitación de secuelas, la rehabilitación y el apoyo social como objetivos de su gestión.

La normativa que avala este sistema es bien conocida (las leyes nacionales 23.660 y 23.661 y sus modificatorias y complementarias), así como la existencia de una “canasta básica de prestaciones” que los beneficiarios de este sistema deben recibir (Programa Médico Obligatorio, resolución del Ministerio de Salud N° 1991/05).

Esta canasta básica de prestaciones, a diferencia de lo que ocurre en otros países, es más inclusiva que exclusiva con respecto a las patologías por cubrir. Esto implica que no se limitan los fines sino los medios a emplear. Exceptuando casos puntuales, la canasta propone la utilización de diversos medios, dispositivos y servicios específicos, que pueden ser utilizados para resolver distintos problemas sanitarios.

Este camino tiene la ventaja de responder adecuadamente a la variabilidad de problemas de salud que pueden presentarse en una población con amplia heterogeneidad en su distribución demográfica, geográfica y socio-económica (lo cual implica distintos escenarios sanitarios y desafíos epidemiológicos diversos), pero no focaliza ni en la utilización de los recursos, ni en los problemas de salud prevalentes en toda la población del seguro, ni en la elección y priorización de estrategias sanitarias más eficientes para resolverlos.

Para desarrollar una adecuada focalización en este caso, es necesario conocer, cuanto menos, qué enferma a la población beneficiaria, qué impacto tienen estas noxas en su estado de salud y en su propia vida, si existen medidas que puedan tomarse para limitar o evitar el daño, y si éstas pueden implementarse en el contexto del seguro.

Diversas situaciones de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo y la adicción a drogas se cuentan entre aquellas noxas que enferman a las poblaciones, limitando sus oportunidades vitales y su calidad de vida.

El tabaquismo es reconocido como una epidemia de alcance mundial, responsable de una inmensa pérdida de oportunidades vitales, ya sea por la muerte prematura o por la discapacidad remanente que su utilización produce. Saber cuál es la carga de enfermedad y muerte atribuible al consumo de tabaco se convierte entonces en condición necesaria para el desarrollo de estrategias sanitarias adecuadas.

En el caso de la Argentina, y a pesar de haberse estudiado *in extenso* la temática, no se disponía hasta 2004 de información precisa sobre el impacto efectivo en pérdida de años vitales que tiene el tabaquismo como problema sanitario en la población.

Si bien algunos trabajos se orientaron a estimar el impacto económico de este problema sobre el sistema de salud en su conjunto (Bruni, 2004), o la carga socioeconómica que implicaría (Conte Grand, 2004), no se disponía de información relativa a la carga efectiva de mala salud, muerte y discapacidad que conlleva, a pesar de disponer de instrumentos técnicos de estimación empleados internacionalmente con este objeto.

La inexistencia de información de orden nacional se observa también en los seguros de salud: más allá de informaciones aisladas, no se conocía la magnitud del impacto que tiene el tabaquismo en la población beneficiaria.

Por lo antedicho, valorar la pérdida de oportunidades vitales atribuibles al consumo de tabaco mediante aplicación de instrumentos estándares de medición, es un proceso necesario para la determinación y comparación de los costos económicos y sociales que este fenómeno produce, y para el impulso de los análisis de la situación de salud y las decisiones sobre políticas y programas sanitarios.

A partir de este problema, este trabajo propone como objetivo general cuantificar la pérdida de oportunidades vitales atribuibles al hábito de fumar entre los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, y como objetivos específicos se han formulado los siguientes: Estimar la mortalidad prematura que deviene del tabaquismo; estimar la carga de discapacidad atribuible; y cuantificar la pérdida global de oportunidades vitales en unidades de vida saludable potencialmente perdidas por el hábito de fumar.

## 2.2. Hipótesis de trabajo

De acuerdo con los objetivos propuestos en este trabajo, se apunta a realizar una estimación de la pérdida de oportunidades vitales debidas al tabaquismo en la población cubierta por el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS). Cabe considerar ciertas limitantes técnicas que impidieron desarrollar directamente una estimación con un mínimo grado de certeza, a saber:

- No hay estudios específicos de prevalencia del hábito entre la población del SNSS. Si bien existen muestreos parciales, estos fueron hechos para estimar el impacto de determinadas políticas de cesación en subpoblaciones muy puntuales con cobertura de este sistema, más que para predecir globalmente la frecuencia de ocurrencia del tabaquismo.
- No hay estudios de incidencia de patologías derivadas del hábito de fumar. Aún cuando hay referencia a grupos de patologías con alguna vinculación, la estratificación por va-

riables significantes (edad, sexo), la focalización en determinados grupos poblacionales (PAMI, etc.), y la falta de datos locales de fracción de atribuibilidad al hábito no aconsejan su utilización.

- Tampoco hay información publicada sobre la tasa de internación de cada patología relacionada en ámbitos privados, sobre el impacto en el consultorio, ni sobre la utilización de medicamentos, dispositivos o servicios en la resolución de estos problemas sobre la población del SNSS.
- La información disponible está más relacionada con la utilización de recursos (días/cama, estudios, consultas, etc.), con poco nivel focal en las patologías relacionadas. En el estudio de Bruni (2004) por ejemplo, se empleó un mix de información proveniente de fuentes diversas –resolución 650/97 de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSSalud), encuestas de la SAC– para estimar el número de consultas requeridas por cuatro de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Si bien este enfoque se demuestra adecuado para estimar la utilización de recursos, hacer la inversa (calcular la incidencia por el requerimiento de consultas), impresiona como inadecuado por los problemas antecitados.

Finalmente, la variabilidad demográfica y geográfica en cuanto a la distribución de los beneficiarios atendidos por los distintos agentes del sistema (las obras sociales nacionales, más de 300 a la fecha de este estudio) no permiten extrapolar resultados parciales de un agente particular a todo el SNSS. Existen notables diferencias de distribución tanto entre agentes, como dentro de los propios agentes, exceptuando casos muy puntuales (como el PAMI, por ejemplo).

Por esto, la metodología de estimación que se empleó en esta tesis involucró los métodos y resultados parciales obtenidos en un estudio previo sobre el impacto del tabaquismo en la población general argentina<sup>1</sup> (independientemente de su cobertura o no por el SNSS); la revisión de la medida en que la pertenencia a este subgrupo SNSS podía alterar los resultados de la estimación particular; y el ajuste subsecuente y cálculo de pérdida de oportunidades vitales por el tabaquismo empleando un método estándar de estimación. El citado estudio

1 Se trabajó sobre un estudio nacional de la carga de muerte y discapacidad por tabaquismo, un proyecto de investigación del Instituto Universitario ISALUD que se llevó a cabo desde la Cátedra de Epidemiología en 2004 y 2005 como respuesta a una solicitud del Programa Nacional VIGIA del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. La solicitud original de VIGIA estaba referida a la estimación del costo global en vidas y daño a la salud que el hábito de fumar producía en la población argentina. El resumen de los resultados está publicado en el sitio Web del Programa Nacional del Control de Tabaco ([www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)).

previo se titula Carga Global de Enfermedad por Tabaquismo en la Argentina (CGET).

En el desarrollo de la tesis, se partió de dos supuestos básicos que se buscan demostrar:

- Que los Años de Vida Saludable (AVISA) estimados como perdidos por el tabaquismo pueden ser una unidad válida de medición para determinar la pérdida de oportunidades vitales.
- Que al ser la población de SNSS un subgrupo de la población argentina estudiada en el CGET, los resultados de este estudio pueden ser extrapolados (con los debidos recaudos) a la población del SNSS.

### 3.- Principales resultados

#### 3.1.- Resultados del estudio CGET

Los resultados del estudio sobre Carga Global de Enfermedad por Tabaquismo (CGET) permitieron inferir que, de continuar la situación actual (sólo por las enfermedades analizadas), se

perderían en la Argentina casi 825.000 años de vida saludable anualmente, por las enfermedades producidas por el hábito tabáquico (Tabla 1).

De estos años perdidos, más de un tercio corresponderían a mortalidad prematura, y el resto a vivir con distintos grados de discapacidad (Tablas 2 y 3).

Más del 67% de la pérdida en el CGET la tuvieron los hombres, pero hay evidencia internacional que indicaría un cambio gradual en esta situación por el aumento en la prevalencia tabáquica entre las mujeres, en especial las jóvenes.

Por otra parte, sólo en 2002 hubieron más de 40.000 muertes de argentinos en la población de estudio por enfermedades vinculadas al consumo de tabaco, las que totalizaron el 16% de las defunciones totales en mayores de 34 años en el país (Tabla 3).

La Tabla 4 presenta la participación de cada una de las enfermedades estudiadas, en la pérdida de años de vida saludable.

Según puede observarse y en coincidencia con otros estudios internacionales, si bien el cáncer en sus diferentes manifestaciones tiene una fuerte participación en la mortalidad y en

**Tabla 1**  
**Años de vida saludables perdidos por el consumo de tabaco según sus componentes, base nacional. CGET - 2002**

Componentes	Nº	%
AVPM (Años de Vida Perdidos por Mortalidad)	292.908	35.5
AVD (Años de Vida vividos con Discapacidad)	531.896	64.5
AVISA	824.804	100.0

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2**  
**Años de vida saludables perdidos por el consumo de tabaco según sexo y componentes, base nacional. CGET - 2002**

Sexo	AVPM	AVD	AVISA	%
Masculino	209.648	343.903	553.551	67.1
Femenino	83.260	187.993	271.253	32.9
Total	292.908	531.896	824.804	100,0

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3**  
**Mortalidad y Tabaquismo. Argentina. CGET - 2002**

Defunciones de 35 y más años	261.855
Muertes atribuibles	41.966
Porcentaje de muertes atribuibles sobre el total de muertes	16 %

Fuente: Elaboración propia.

la carga total (22,6%), son las enfermedades cardiovasculares las que ocupan el primer lugar (42,6%), tanto a instancias de la mortalidad como por la discapacidad remanente. Estos hallazgos están explicados, en parte, por el daño vascular crónico en todos los órganos, combinado con la superior incidencia de aterosclerosis, el vasoespasmo y otras manifestaciones, corroborados ampliamente por la bibliografía.

Puede apreciarse que las enfermedades respiratorias asociadas tienen aún mayor participación, fundamentalmente por la inmensa carga de discapacidad remanente, hecho notorio en especial por la participación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el Enfisema Pulmonar, patologías estas irreversibles, y que pueden producir muchos años

de sobrevida con importantes limitaciones por la insuficiencia respiratoria, infecciones, daño cardíaco y otros fenómenos acompañantes.

También estos hallazgos tienen correlato directo con lo referido en la literatura internacional.

### 3.2.- Resultados de la aplicación del CGET a la población SNSS

Con este mismo correlato, y luego de recalculer la muerte prematura y la discapacidad, ajustadas a la población SNSS, puede referirse que:

- Por el tabaquismo, se estima una pérdida de oportunidades vitales medidas en años de vida saludable en la población

**Tabla 4**  
**Años de vida saludables perdidos por el consumo de tabaco según enfermedad y componentes, base nacional. CGET - 2002**

Enfermedades	AVPM	AVD	AVISA	%
<b>Tumores Malignos</b>	<b>110.537</b>	<b>2.844</b>	<b>113.381</b>	<b>13.7</b>
Labio, boca, faringe	5.755	28	5.783	0.7
Esófago	10.123	190	10.313	1.3
Estómago	6.472	70	6.542	0.8
Páncreas	8.254	70	8.324	1.0
Laringe	7.103	535	7.638	0.9
Tráquea, bronquios, pulmón	62.787	1.794	64.581	7.8
Cuello uterino	2.309	17	2.326	0.3
Vejiga	3.479	72	3.551	0.4
Riñón	4.256	68	4.324	0.5
<b>Cardiovasculares</b>	<b>149.381</b>	<b>89.991</b>	<b>239.372</b>	<b>29.0</b>
HTA	7.352	-	7.352	0.9
Cardiopatía isquémica	38.169	9.199	47.368	5.7
Otras enf. del corazón	49.645	35.792	85.437	10.4
<b>Enf. cerebrovascular</b>	<b>43.873</b>	<b>45.000</b>	<b>88.873</b>	<b>10.8</b>
Aterosclerosis	961	-	961	0.1
Aneurisma de aorta	7.023	-	7.023	0.9
Otras enf. arteriales	2.357	-	2.357	0.3
<b>Respiratorias</b>	<b>32.991</b>	<b>439.061</b>	<b>472.052</b>	<b>57.2</b>
Neumonía e influenza	14.966	7.801	22.767	2.8
Bronquitis crónica	1.550	61.263	62.813	7.6
EPOC, enfisema	16.474	369.998	386.472	46.9
<b>TOTAL</b>	<b>292.908</b>	<b>531.896</b>	<b>824.804</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia.

del SNSS, de aproximadamente 380.000 años por año (Tabla 5).

- De ellos, el 27% correspondería a muerte anticipada, y el 73% a vivir con diferentes grados de discapacidad.
- La distribución de la carga de AVISA es relativamente diferente en los distintos grupos etáreos, respecto de la observada en la población general, como se aprecia en la tabla 6, con una mayor participación de los adultos mayores (16,4% más).

#### 4.- Principales conclusiones

El tabaquismo es considerado mundialmente como una de las mayores pandemias de causa evitable, y es uno de los pilares en la producción de muerte y discapacidad: de un total de 57 millones de muertes estimadas en el mundo en 2002, 26,2 millones fueron causadas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, tales como accidente cerebrovascular, IAM, EPOC y cáncer.

Los resultados de este trabajo demuestran la severidad del problema del tabaquismo sobre la población del SNSS, y de la carga que el conjunto del sistema del seguro debe soportar: 380.000 años de vida saludable se pierden anualmente por el tabaco.

También se observa que, si bien la pérdida de oportunidades

vitales no es patrimonio de una edad o género determinado ya que está presente en todos los estratos etéreos estudiados, se va magnificando a medida que avanza la vida de las personas. Esto es muy relevante por las propias características solidarias del SNSS dado que:

- Cada año, más y más población general pasa a ser beneficiaria del SNSS por distintos métodos (jubilación, relación de dependencia, monotributo, etc.). No obstante y según vimos antes, mientras que en el grupo etéreo de mayores de 65 años, el 82% de la población general es beneficiaria del SNSS, por debajo de esta edad (rango 35-64 años), menos del 38 % lo es.
- Dado que, según constatamos, la carga de AVISA por grupos etéreos no es homogénea, el resultado es que proporcionalmente los beneficiarios del SNSS soportan una carga mayor.
- Además, y debido a que estamos en plena transición demográfica-epidemiológica, este fenómeno probablemente siga desarrollándose en los años subsiguientes por la mayor sobrevivencia de la población.

En otro orden, sorprende la inmensa carga de discapacidad remanente, muy superior a la de la propia muerte por enfermedades relacionadas (Gráfico 1).

Es en este aspecto donde más difieren la carga del SNSS de la de la población general, en especial las relacionadas a las

**Tabla 5**  
**Años de vida saludables perdidos por el consumo de tabaco según sus componentes. Población SNSS. 2003**

Componentes	Nº	%
AVPM (Años de Vida Perdidos por Mortalidad)	102.661,6	27,1
AVD (Años de Vida Vividos con Discapacidad)	275.853,1	72,9
<b>AVISA</b>	<b>378.514,7</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 6**  
**AVISA en SNSS versus AVISA en población general según grupos etéreos. 2003**

Grupos etéreos	AVISA SNSS	%	AVISA General	%
35 a 44	34.143,6	9,0	96.309,2	11,7
45 a 59	113.040,5	29,9	344.348,5	41,7
Mas de 60	238.376,5	63,0	384.146,5	46,6
<b>Total</b>	<b>378.514,7</b>	<b>100,0</b>	<b>824.804,2</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia.

patologías respiratorias (como el EPOC), con una altísima carga social y económica.

Finalmente, y en correlato con el estudio CGET, si bien este trabajo ha buscado estimar la carga de daño que sufren los beneficiarios del SNSS por esta causa, los resultados obtenidos deben verse a la luz de la población bajo estudio (adultos fumadores y exfumadores mayores de 34 años).

Para poder estimar con mayor certeza el impacto, es necesario adicionar a los casi 400.000 años de vida saludables perdidos, los relacionados a otras patologías que tienen vinculación (como la úlcera gastroduodenal, la gastritis, el envejecimiento prematuro y la impotencia, entre otros), el impacto perinatal y posnatal en la salud, desarrollo y madurez de los niños, el impacto sobre los fumadores pasivos, y la heterogeneidad regional del hábito. Estos tópicos están siendo objeto de investigación, y podrían ser abordados en nuevos trabajos empleando metodologías semejantes a la utilizada en el CGET (con las previsiones correspondientes según constatamos).

A pesar de ser este un estudio descriptivo, que tiene como objeto estimar la pérdida de oportunidades de un sector importante de la sociedad argentina por un problema sanitario evitable, no puede obviarse el verter una opinión sobre los resultados obtenidos y su impacto en el contexto de la gestión sanitaria sobre esta población.

Cuando se aplica una mirada sobre el tremendo impacto que tiene el tabaquismo revisando los trabajos del CGET, de Bruni (2004), de Conte Grand (2004) y todos los antecedentes nacionales e internacionales y, por otra parte, se analiza la performance del SNSS, es imposible no advertir la casi nula respuesta del propio sistema para enfrentar esta problemática.

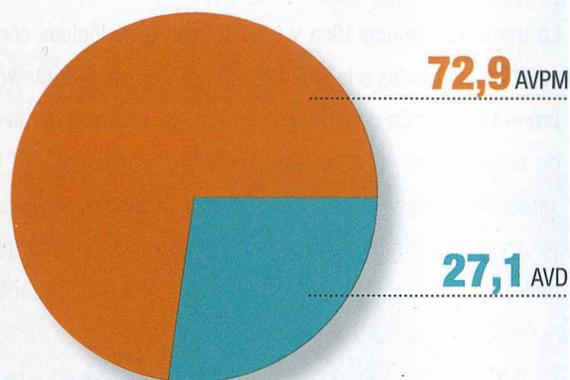
De hecho, de la citada canasta de prestaciones del SNSS (el PMO) no se desprende ninguna estrategia en este sentido:

- No hay financiamiento del SNSS para desarrollar políticas de prevención del tabaquismo, a pesar de ser éste el responsable de más del 16% de las muertes de los beneficiarios, y de buena parte de la carga de discapacidad remanente (en particular de la respiratoria).
- No hay financiamiento del SNSS para desarrollar políticas de deshabituación: no están incluidos en su conjunto ni la terapia de apoyo ni la medicación o los dispositivos de reemplazo.

En los últimos años ha habido algunas propuestas en este sentido. La propuesta de un nuevo PMO presentado en diciembre de 2005 al Consejo Nacional Consultivo de Salud del Ministerio de Salud (MSAL) –ver resolución MSAL N° 1991/2005<sup>2</sup>–, incluía

2 Las normativas referidas pueden consultarse en <http://infoleg.mecon.gov.ar>

**Gráfico 1**  
**Carga por Discapacidad (AVD)**  
**y por Mortalidad (AVPM) por el**  
**Tabaco en el SNSS. 2003**



Fuente: Elaboración propia.

estos aspectos, y la obligación para las obras sociales de desarrollar programas preventivos específicos para este problema. Este PMO nunca fue aprobado, continuando vigente con ligeras modificaciones, el PMO aprobado entre 2002 y 2004.

En 2007, la SSSalud aprueba la resolución N° 806/07 en la que define una serie de planes y programas de prevención para un grupo de problemas sanitarios prevalentes y de aplicación obligatoria para los beneficiarios del SNSS.

Estos problemas incluían dislipidemias, cáncer de cuello, de mama y de recto, diabetes, obesidad, hipertensión arterial y tabaquismo. Luego destinaba una superior a los 47 millones de pesos para financiar estos programas en 52 de las más de 300 obras sociales, justificándose en que éstas incluían a más del 58% del padrón de beneficiarios.

Si bien las propuestas orientadas a la cesación tabáquica tenían cierta consistencia técnica, la bajísima aplicación de recursos (menos de \$1 por beneficiario) para tantos programas y por un horizonte de cinco o más años, sumado a inconsistencias técnicas de la misma propuesta, al desconocimiento normativo y operativo de las obras sociales, y a la arbitrariedad de la distribución de fondos (algunas obras sociales recibieron más de \$30 por beneficiario y otras menos de \$1), hicieron que la norma sea poco operativa.

En la práctica, algunos de estos problemas llevaron a la reciente derogación de la parte económica de la norma (mediante resolución SSSalud N° 963/08).

Estos precedentes demuestran una incoherencia en la propia gestión del SNSS: si se hubiera aprobado la propuesta del PMO

de 2005, se hubieran obviado los problemas emergentes de la experiencia de la citada resolución N° 806, y por sobre todo, se hubieran perdido muchas menos oportunidades vitales.

Desde otra perspectiva, también se observan dos fenómenos muy inquietantes en el SNSS:

- La transición demográfica y los cambios tecnológicos convertirán los aportes a la salud en una carga insoportable sobre el trabajo: “En una era globalizada, los cambios de nivel de dependencia en el sistema jubilatorio impuestos por la variación demográfica, tienden a reducir la base de los aportes, y necesariamente obligarán en el futuro a aumentar los pagos de empleados y empleadores, aún en los países más ricos del mundo.” (Rubén Torres, 2004).
- El SNSS recibirá cada vez más carga de mortalidad y particularmente de discapacidad desde la población general, como se constató previamente, a expensas de la transición demográfica y epidemiológica.

Todo esto implica menos aportantes y más enfermos.

En este punto, y a la vista de los buenos resultados que se van obteniendo con el accionar de las estrategias nacionales, provinciales y municipales en la prevención del tabaquismo (muy probablemente responsables de la baja del 10% en la

prevalencia de los últimos años), uno se pregunta si el SNSS no debería estar trabajando en sintonía con estas estrategias, sumándose con definiciones claras en sus programas y coberturas, de modo tal que acompañen y refuercen el accionar de las mismas.

Asimismo, y como surge del viejo esquema de Lalonde, el SNSS debería apoyar formalmente la investigación en este sentido, porque permitiría tener un panorama más claro de lo que está ocurriéndole a su propia población. Es vergonzoso que deban extrapolarse datos de la población nacional por la carencia de un sistema de información adecuado en el SNSS.

Los resultados de estos estudios también pueden contribuir a la cesación del hábito porque aportarán datos locales para crear conciencia en los actuales y futuros fumadores (especialmente en los adolescentes). Del estudio CGET, por ejemplo, se desprende que un fumador perderá en promedio cuatro meses de vida saludable por cada año que fume.

Finalmente, todas estas cifras no reflejan el costo en sufrimiento, enfermedad y duelo, ni la pérdida de oportunidades para la sociedad argentina que deriva de esta carga, y que resulta una pesada deuda social que ningún Fondo Especial del Tabaco podrá equilibrar.

## Bibliografía

- Alvarez Perez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea. *Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba*. M. Rev Cubana de Salud Pública. Vol 33 N° 2. Abril-Junio de 2007.
- Ezzati M, Lopez AD. *Estimates of Global Mortality attributable to smoking in 2000*. The Lancet 362:847-52. 2003.
- González García G. *Remedios Políticos para los Medicamentos*. Ediciones Isalud. 1994.
- ISEE 2000. *Estimating mortality due to cigarette smoking: two methods, same result*. Bronnum-Hansen H, Juel K. 2002. Conference of the International Society for Environmental Epidemiology n° 12. Epidemiology. Vol 11 n° 4. 2000.
- Lalonde M. *A New perspective on the health of Canadians*. Health Canadá. 1974. Disponible en: [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php).
- Lopez AD, Mathers C, Murray C, et al. *Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data*. The Lancet Vol 367, May 27. 2006.
- Lozano R, Franco-Marina F, Solís P. *El peso de la enfermedad crónica en México*. Salud Pública Méx Vol 49 (sup 1):283-287. 2007.
- Malarcher AM, Schulman J, Epstein L, Thun M, Mowery P, Pierce B, Escobedo L, Giovino GA. *Methodological issues in estimating smoking-attributable mortality in the United States*. Am Journal of Epidemiology 152(6):573-84. 2000.
- Ministerio de la Salud de la Nación Estadísticas Vitales, *Egresos de establecimientos oficiales de la República Argentina, Encuestas de utilización y cobertura*. 2002. Dirección de Estadística e Información de Salud. Disponible en [www.deis.gov.ar](http://www.deis.gov.ar)
- OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa. Canadá - 17-21 de noviembre de 1986, 1986.
- OMS *Atlas on Global Heart Disease and Stroke Epidemia*. 2004. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr68](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr68).
- OMS. *Disability adjusted life years (DALY)*. *Health Statistics and Health Information Systems*. OMS. 2008. Disponible en [www.who.int/healthinfo/boddaly](http://www.who.int/healthinfo/boddaly).
- OPS. *Salud en las Américas 2007*. Capítulo 2: Condiciones de Salud y sus Tendencias. 2008.
- Revista Salud Pública de México. *Epidemiología del Tabaquismo en Europa*. Vol. 44, suplemento 1 de 2002. 2002.
- Torres, Rubén. *Mitos y realidades de las obras sociales*. Ediciones ISALUD. 2004.
- Van Bommel J. Erasmus University. *Methods for Decision Support. Handbook of Medical Informatics*. Netherland. 2008. Disponible en [www.mieur.nl/mihandbook/r\\_3\\_3/handbook/home.htm](http://www.mieur.nl/mihandbook/r_3_3/handbook/home.htm)