

Ciudades libres de tabaco



Las leyes antitabaco mejoran la salud y salvan vidas

El humo de tabaco ajeno es una fuente principal de contaminación del aire en lugares de trabajo y lugares públicos cerrados, incluidos bares, restaurantes y otros lugares públicos. El humo de tabaco ajeno, que es una mezcla de 7000 sustancias químicas, causa cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, síndrome de muerte súbita infantil y otras afecciones graves.²

Las leyes antitabaco integrales mejoran la salud pública al reducir la exposición de los trabajadores y del público al humo de tabaco tóxico ajeno, al alentar y ayudar a los fumadores a dejar de fumar y al disuadir a los jóvenes de comenzar a fumar.

En 2004, Irlanda se convirtió en el primer país en aprobar una ley nacional antitabaco integral. Para diciembre de 2024, al menos 79 países y territorios habían aprobado una legislación antitabaco integral, incluidos 53 países de ingresos bajos y medios. Cientos de jurisdicciones subnacionales (ciudades, provincias/estados, etc.) también han aprobado estas leyes que salvan vidas.

Al reducir la exposición al humo de tabaco ajeno, las leyes antitabaco reducen las enfermedades y las muertes y ahorran dinero en atención médica. A la legislación antitabaco se le atribuye la prevención de 5,4 millones de muertes prematuras entre 2007 y 2014.¹

Muertes relacionadas con el tabaco cada año



millones de muertes de no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno

La carga mundial de la enfermedad de 2019 (2019 Global Burden of Disease) estima que 1,3 millones de las 8,7 muertes causadas por el tabaco cada año se producen entre no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno.¹

Las leyes antitabaco reducen la exposición al humo de tabaco ajeno

La calidad del aire en espacios cerrados mejora casi de inmediato cuando se aprueban e implementan leyes antitabaco. Esto reduce la exposición a la gama de sustancias químicas dañinas del humo de tabaco ajeno, incluidos los carcinógenos, los metales tóxicos y los gases venenosos, lo que reduce el riesgo de que los trabajadores y clientes sufran los diversos daños para la salud causados por el humo de tabaco ajeno.² Los marcadores ambientales y biológicos del humo de tabaco ajeno incluyen la nicotina y el monóxido de carbono (CO) en el aire, la cotinina en la sangre y la saliva humanas y el material particulado fino (PM_{2,5}).

Montevideo, Uruguay



Tras la implementación de ley nacional antitabaco integral en 2006, la concentración de partículas de nicotina suspendidas en el aire se redujo en un 91 % en los espacios públicos.³

São Paulo, Brasil



La concentración de monóxido de carbono en restaurantes, bares, clubes nocturnos y locales similares disminuyó significativamente tras la implementación de una ley antitabaco de 2009.⁶

Uruguay, Irlanda y Nueva Zelanda



Un estudio realizado entre 2003 y 2007 en 32 países sobre lugares públicos reveló que la concentración media de PM_{2,5} era más baja en los países con leyes nacionales antitabaco integrales: Uruguay, Irlanda y Nueva Zelanda.⁸

América, Europa del Este, Asia y África



Un estudio que examinó las concentraciones de nicotina en bares y discotecas de 24 ciudades de América, Europa del Este, Asia y África entre 2007 y 2009 descubrió que la concentración media de nicotina en el aire en los lugares donde se permitía fumar era 17,5 veces mayor en comparación con los lugares donde no se fumaba.⁷

Escocia



Las concentraciones de cotinina salival disminuyeron significativamente en los no fumadores después de la legislación antitabaco.⁹

Las leyes antitabaco mejoran la salud pública y salvan vidas

Al reducir la exposición al humo de tabaco ajeno, las leyes antitabaco reducen el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y respiratorias. La evidencia sugiere que estas leyes también pueden reducir el riesgo de accidente cerebrovascular y resultados adversos en el parto.¹⁰ Muchas de estas mejoras en la salud se producen relativamente poco después de la implementación de las leyes antitabaco.

Salud cardiovascular

- En São Paulo (Brasil), los ingresos hospitalarios por ataques cardíacos disminuyeron un 5,4 % dentro de los tres meses de la implementación de una ley antitabaco integral en 2009, y la tasa de mortalidad general disminuyó un 11,9 % en 17 meses.¹¹
- En Uruguay, los ingresos hospitalarios por ataques cardíacos disminuyeron un 22 % dos años después de la implementación de una ley nacional antitabaco integral en 2006.¹²
- Un estudio de la ley nacional antitabaco integral de Irlanda de 2004 determinó que la aplicación de la ley estaba asociada a una reducción del 12 % en los ingresos hospitalarios por síndromes coronarios agudos (incluidos los ataques cardíacos) en el plazo de un año después de la entrada en vigor de la ley.¹³
- Una revisión Cochrane de 2016 que incluyó el análisis de 77 estudios de 21 países encontró pruebas de una reducción significativa de los ingresos hospitalarios por ataques cardíacos tras la implementación de leyes antitabaco.¹⁴

Salud respiratoria

- Dentro de los tres meses de la entrada en vigor de la legislación antitabaco integral de Escocia, los trabajadores de los bares experimentaron una disminución del 26 % de los síntomas respiratorios, y los trabajadores asmáticos de los bares redujeron la inflamación de las vías respiratorias.¹⁵
- Según un informe de 2014 del Director General de Salud Pública de los Estados Unidos, las leyes antitabaco integrales mejoran la salud respiratoria de los trabajadores de bares y restaurantes.¹⁶
- Las leyes antitabaco integrales se asocian con una disminución de los ingresos hospitalarios por asma e infecciones pulmonares.¹⁸
- Un metaanálisis de 2017 estimó que las leyes antitabaco integrales se asocian con una reducción del 12,5 % de las visitas al hospital por asma en los niños.¹⁸



Los estudios muestran una reducción significativa en los ingresos hospitalarios por ataques cardíacos después de la implementación de leyes antitabaco



Las leyes antitabaco se asocian con una disminución de los ingresos hospitalarios por asma e infecciones pulmonares

- En Hong Kong, los ingresos hospitalarios por infecciones de las vías respiratorias inferiores en niños disminuyeron un 33,5 % inmediatamente después de la aplicación de una ley antitabaco integral en 2007 y disminuyeron un 13,9 % más en el primer año.¹⁹
- En Uruguay, las visitas de emergencia no hospitalarias por broncoespasmos disminuyeron un 15 % tras la implementación de una ley nacional antitabaco integral en 2006.²⁰

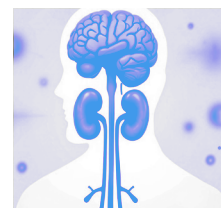
Salud cerebrovascular

- Un metaanálisis realizado en 2024 determinó que las leyes antitabaco se asociaban significativamente con la reducción de las tasas de ingresos hospitalarios por accidente cerebrovascular.²¹

Salud perinatal

Algunos estudios han demostrado reducciones en los resultados neonatales adversos.

- Un metaanálisis realizado en 2023 de 144 estudios a nivel poblacional encontró que la legislación antitabaco se asociaba con resultados beneficiosos en el parto.²²
- Un estudio realizado en 2015 en Inglaterra descubrió que las leyes antitabaco se asociaban con reducciones clínicamente importantes en los resultados perinatales adversos graves, como la muerte fetal, el bajo peso al nacer y las muertes neonatales.²³



Las leyes antitabaco se asocian con la reducción de los ingresos hospitalarios por accidente cerebrovascular.



La legislación antitabaco se asoció con resultados beneficiosos en el parto

Las leyes antitabaco fomentan la cesación tabáquica y desalientan la iniciación de los jóvenes

Además de reducir los efectos directos del humo de tabaco ajeno en la salud, las leyes antitabaco mejoran aún más la salud pública al motivar y ayudar a los fumadores a dejar de fumar y al crear normas sociales que impiden que los jóvenes comiencen a fumar.

- Las leyes antitabaco alientan y ayudan a los fumadores a dejar de fumar dificultando las posibilidades de fumar y reducen las oportunidades de recaída para quienes intentan dejar de hacerlo.²
- Las leyes antitabaco también cambian las normas sociales y hacen que el consumo de tabaco sea menos aceptable desde el punto de vista social, lo que lleva a que los fumadores intenten dejar de fumar con más éxito y a que la juventud se inicie menos en el tabaquismo.²⁴

Las leyes que prohíben fumar en lugares públicos suelen tener efectos indirectos y conducen a que se fume menos o a que se establezca una política de no fumar en el hogar^{25,26}, uno de los principales lugares de exposición al humo de tabaco ajeno para los miembros del hogar, especialmente los niños.²

Conclusiones clave

- Las leyes antitabaco protegen el derecho de todos a respirar aire limpio, lo que reduce las enfermedades y las muertes y ahorra dinero en atención médica.
- Las leyes antitabaco mejoran rápidamente la calidad del aire en espacios cerrados, lo que reduce la exposición de los trabajadores y de los clientes al humo de tabaco ajeno.
- La salud de los trabajadores mejora poco después de la entrada en vigor de las leyes antitabaco.
- Se han documentado mejoras en la salud cardiovascular y respiratoria de la población a raíz de las leyes antitabaco.
- Las leyes antitabaco fomentan y mejoran la cesación tabáquica de los fumadores y reducen la iniciación por parte de los jóvenes.
- Las leyes antitabaco fomentan los hogares libres de tabaco y esto reduce la exposición de los miembros del hogar, incluidos los niños.

Bibliografía

1. Global Burden of Disease (GBD) 2019. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington; 2023. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention. 2014.
3. Levy DT, Yuan Z, Luo Y, Mays D. Seven years of progress in tobacco control: an evaluation of the effect of nations meeting the highest level MPOWER measures between 2007 and 2014. *Tob Control*. 2018;27(1):50-57. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053381.
4. International Agency for Research on Cancer. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. World Health Organization. 2009.
5. Blanco-Marquizo A, Goja B, Peruga A, et al. Reduction of secondhand tobacco smoke in public places following national smoke-free legislation in Uruguay. *Tob Control*. 2010;19(3):231-234. doi:10.1136/tc.2009.034769.
6. Issa JS, Abe TMO, Pereira AC, et al. The effect of Sao Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers. *Tob Control*. 2011;20(2):156-162. doi:10.1136/tc.2010.037614.
7. Jones MR, Wipfli H, Shahrir S, et al. Secondhand tobacco smoke: an occupational hazard for smoking and non-smoking bar and nightclub employees. *Tob Control*. 2013;22(5):308-314. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050203.
8. Hyland A, Travers MJ, Dresler C, Higbee C, Cummings KM. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tob Control*. 2008;17(3):159-165. doi:10.1136/tc.2007.020479.
9. Haw SJ, Gruer L. Changes in Exposure of Adult Non-Smokers to Secondhand Smoke After Implementation of Smoke-Free Legislation in Scotland: National Cross Sectional Survey. *British Medical Journal* 2007;335(7619):549-53.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Smokefree Policies Improve Health Factsheet. 2016.
11. Abe TMO, Scholz J, de Masi E, Nobre MRC, Filho RK. Decrease in mortality rate and hospital admissions for acute myocardial infarction after the enactment of the smoking ban law in São Paulo city, Brazil. *Tob Control*. 2017;26(6):656-662. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053261.
12. Sebríe EM, Sandoya E, Hyland A, Bianco E, Glantz SA, Cummings KM. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tob Control*. 2013;22(e1):e16-20. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050134.
13. Cronin EM, Kearney PM, Kearney PP, Sullivan P, Perry IJ, Coronary Heart Attack Ireland Registry (CHAIR) Working Group. Impact of a national smoking ban on hospital admission for acute coronary syndromes: a longitudinal study. *Clin Cardiol*. 2012;35(4):205-209. doi:10.1002/clc.21014.
14. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, et al. Legislative smoking bans for reducing harms from second-hand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2(2):CD005992. doi:10.1002/14651858.CD005992.pub3.
15. Menzies D, Nair A, Williamson PA, et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA*. 2006;296(14):1742-1748. doi:10.1001/jama.296.14.1742
16. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention 2014.
17. Tan CE, Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation*. 2012;126(18):2177-2183. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.121301.
18. Faber T, Kumar A, Mackenbach JP, et al. Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(9):e420-e437. doi:10.1016/S2468-2667(17)30144-5.
19. Lee SL, Wong WHS, Lau YL. Smoke-free legislation reduces hospital admissions for childhood lower respiratory tract infection. *Tob Control*. 2016;25(e2):e90-e94. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052541.
20. Kalkhoran S, Sebríe EM, Sandoya E, Glantz SA. Effect of Uruguay's National 100% Smokefree Law on Emergency Visits for Bronchospasm. *Am J Prev Med*. 2015;49(1):85-88. doi:10.1016/j.amepre.2014.12.009.
21. Chua ZX, Yeh Lai Amanda C, Lam TJR, et al. Impact of smoke-free legislation on stroke risk: A systematic review and meta-analysis. *European Stroke Journal*. 2025;10(2):350-361. doi:10.1177/23969873241293566.
22. Akter S, Islam MR, Rahman MM, et al. Evaluation of Population-Level Tobacco Control Interventions and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2023;6(7):e2322341. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.22341.
23. Been JV, Mackay DF, Millett C, Pell JP, van Schayck OCP, Sheikh A. Impact of smoke-free legislation on perinatal and infant mortality: a national quasi-experimental study. *Sci Rep*. 2015;5:13020. doi:10.1038/srep13020.
24. US Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US 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; 2020.
25. International Agency for Research on Cancer. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. World Health Organization 2009.
26. Monson E, Arsenault N. Effects of Enactment of Legislative (Public) Smoking Bans on Voluntary Home Smoking Restrictions: A Review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(2):141-148. doi:10.1093/ntr/ntw171.