

El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción

Raydel Valdés-Salgado, MSc,⁽¹⁾ Mauricio Hernández Avila, MD, ScD,⁽²⁾
Jaime Sepúlveda Amor, MD, ScD,⁽³⁾

Valdés-Salgado R, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J.
El consumo de tabaco en la Región Americana:
elementos para un programa de acción.
Salud Publica Mex 2002;44 suppl 1: S125-S135.

El texto completo en inglés de este artículo está
disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Valdés-Salgado R, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J.
Tobacco consumption in the Americas:
elements for an anti-smoking program.
Salud Publica Mex 2002;44 suppl 1: S125-S135.

The English version of this paper
is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

El consumo de tabaco es uno de los retos más importantes de la Región de las Américas. Lo anterior no sólo por el gran número de muertes que se atribuyen a su consumo, muchas de las cuales son prematuras, sino por el elevado costo económico y social que la atención médica de las enfermedades causadas por el tabaco y las discapacidades que ellas generan, le imponen a los sistemas de salud y a la sociedad en general. En el panorama epidemiológico de la Región se distinguen los países del Cono Sur, como los de más altos valores de consumo, seguidos por los de la Región Andina y México, siendo las naciones centroamericanas y caribeñas las de menores cifras de prevalencia de fumadores. Sólo Estados Unidos de América y Canadá han logrado disminuir la epidemia de tabaquismo, y en el resto de los países se observa una estabilización e, incluso, una tendencia al incremento. La reducción de la edad de inicio del consumo y el aumento en la proporción de mujeres fumadoras también son rasgos actuales del área. En este artículo se revisan las medidas de control del tabaquismo presentes en las legislaciones de los países de América Latina y se analizan las siguientes características: es una región con productores de tabaco de nivel mundial, con estructura de población joven, y débiles y escasos controles. Se impone como necesidad urgente el establecimiento de medidas económicas, poblacionales, legislativas y de apoyo a la investigación en este tema, que reviertan gradualmente el escenario actual del consumo de tabaco. Partiendo de lo analizado anteriormente, se proponen elementos para un programa de acción.

Abstract

Tobacco consumption is one of the most important public health challenges faced in the Americas. This is not only due to the great number of deaths attributable to smoking, many of which are premature, but also to the high economic and social costs of medical care and the burden of disease and disability imposed by tobacco consumption on health systems and on the population. In the regional epidemiologic situation, South American countries are characterized by the highest consumption rates, followed by the Andean region and Mexico; Central American and Caribbean countries have the lowest smoking prevalences. Only the United States and Canada have been able to hold back the smoking epidemic; the rest of the hemisphere shows stable or increasing smoking rates. In the region, age of smoking initiation has decreased and the number of women who smoke has increased. This article reviews the current tobacco control measures in Latin American legislations and analyzes selected regional characteristics such as the structure of young populations, control measures that are weak or scarce, and the world production of tobacco. There is a compelling need to establish economic, population-based, and legislative procedures leading to a gradual reduction of the current tobacco consumption rates. This paper advances a comprehensive action plan against tobacco consumption. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

(1) Departamento de Investigación sobre Tabaco, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

(2) Dirección del Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

(3) Dirección General del Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

Fecha de recibido: 5 de abril del 2002 • **Fecha de aceptado:** 30 de abril del 2002

Solicitud de sobretiros: Mtro. Raydel Valdés Salgado. Departamento de investigación sobre tabaco.

Instituto Nacional de Salud Pública, avenida Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán, 62508, Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: rayvs@correo.insp.mx

El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras Clave: consumo de tabaco; medidas de control; Américas

Key words: tobacco consumption; control measures; Americas

El consumo de tabaco es uno de los retos de salud pública más importante en la Región de las Américas, ya que provoca al menos 845 000 defunciones por año.¹ Además, se considera que el consumo de tabaco es causa o causa probable de más de 25 enfermedades mortales y discapacitantes.² Las enfermedades vinculadas estrechamente con el tabaquismo, como los cánceres de bronquios, de pulmón y de laringe, las enfermedades cardiovasculares y el enfisema, representan aproximadamente 54% de la carga total de enfermedad en la región.³ Las muertes prematuras también imponen un importante costo social y económico a las familias y a los sistemas médicos gubernamentales.⁴ Por ejemplo, se estima que la mitad de todos los fumadores crónicos de los países desarrollados que fallecieron en 1998 perdieron anticipadamente de 20 a 25 años de vida en promedio.

Las tasas de tabaquismo varían mucho en la Región, registrándose las prevalencias más bajas en los países centroamericanos y caribeños, y las más altas en el Cono Sur. Solamente los Estados Unidos de América y Canadá han registrado un descenso sostenido, ya que en los demás países americanos los valores se han mantenido más o menos estables en los últimos años. A pesar de lo anterior, y considerando las ventas lícitas de productos de tabaco, el consumo per cápita en la Región se ha reducido. Es difícil saber si esto representa una verdadera disminución, o si es una impresión provocada por efecto del contrabando.¹

Los productos del tabaco son adictivos para la mayoría de los usuarios y la mayor parte de la adicción empieza en la adolescencia. Las estadísticas muestran que 70% de los fumadores de los países del área se iniciaron en el consumo antes de los 18 años.⁵

El estancamiento antes mencionado de las tasas de tabaquismo indica que la respuesta a la epidemia ha sido insuficiente. Excepto en Canadá y los Estados Unidos de América, en el resto de los países hay carencias de un conjunto integral de normas legislativas y fiscales para reducir el consumo de tabaco. Asimismo, pocos países han dedicado los recursos necesarios a las actividades de lucha antitabáquica.

Actualmente hay suficiente conocimiento del daño económico y para la salud que representa el tabaco, y también hay bastante evidencia de cuáles son las res-

puestas más eficaces en función de los costos. Sin embargo, hay una carencia generalizada de acciones vigorosas para erradicar su consumo. Esta paradoja se explica por varios factores. Primero, los efectos más graves del consumo de tabaco en la salud no se manifiestan hasta después de varios años, aunque su desarrollo puede empezar en una etapa relativamente temprana. Segundo, las enfermedades relacionadas con el tabaco no son transmisibles y, por consiguiente, no se percibe que sean de propagación rápida, aunque basándonos en la agresiva promoción de los productos de tabaco se puede afirmar que la adicción al tabaco es de transmisión social. Finalmente, el vector de la enfermedad es una industria sumamente lucrativa y políticamente influyente, que se opone activamente a las medidas eficaces para reducir su fuerza y desafía los enfoques tradicionales de salud pública.¹

Descripción del problema

La tendencia mundial es que en los países de ingresos altos el consumo de tabaco ha venido disminuyendo paulatinamente en las últimas décadas. Por el contrario, en países de ingreso medio y bajo –como todos los de la Región latinoamericana– el consumo de cigarrillos está en aumento.³

En el continente americano cerca de la tercera parte de la población reporta el consumo cotidiano de tabaco. En los países del Cono Sur se observan los consumos más elevados y cierta tendencia en los indicadores que sugiere una estabilización. Los países andinos ocupan el segundo lugar y también se observa estabilidad del consumo y los países de América Central y El Caribe reportan los índices más bajos de consumo de tabaco. La subregión mexicana presenta un índice de consumo similar al de la subregión andina, pero con una tendencia al incremento.⁵ En contraste con lo antes expuesto, en Estados Unidos y Canadá se observa una tendencia hacia la reducción considerable en el consumo de tabaco a nivel de población general. Estos dos países mostraban valores de prevalencia de adultos fumadores cercanos a 50% en 1970, y actualmente la cifra es inferior a 30%. (figura 1)

Los valores de consumo entre los hombres son superiores a 40% en el Cono Sur –Argentina (46,8),

Chile (47.2%), Uruguay (38%) y en la región andina-Ecuador (46.6%), Bolivia (42.7%) y Perú (41.5%); lo mismo ocurre en Cuba (48%). En general, las cifras más bajas están en Centroamérica – Costa Rica (28.6%) y el Caribe no latino. En México la prevalencia de consumo en hombres de 42.9%. El consumo en Estados Unidos y Canadá es de 27.6 y 27%, respectivamente.⁵

Para las mujeres, generalmente, el consumo es inferior al de los hombres, pero observaciones recientes muestran una tendencia al incremento del consumo de tabaco, particularmente de las adolescentes, lo cual se adjudica a la labor publicitaria de las tabacaleras⁴ al presentar al cigarrillo como un icono de independencia, glamour, que ayuda a cuidar el del peso corporal y en general, como un rasgo de modernidad y estilo de vida de sociedad desarrollada.

Argentina (34%), Brasil (29.3), Cuba (26.3%) y Colombia (21%) son los cuatro países latinoamericanos que registran valores por encima de 20% en el consumo de las mujeres. Otros como Chile (18.3%), Bolivia (18.1%) y México (16.3%), están cercanos a esa cifra y el resto de los países del área tienen valores inferiores a los descritos. En Canadá y Estados Unidos la prevalencia de fumadoras es de 23 y 22% respectivamente.⁶

Debido a las altas tasas de prevalencia masculina, las mujeres también están expuestas al humo de ta-

baco en el ambiente. En 1998 en México, 61% de las mujeres no fumadoras indicaron que estaban expuestas al humo de tabaco en el ambiente, mientras que sólo 39% de los hombres no fumadores indicaron lo mismo.⁷

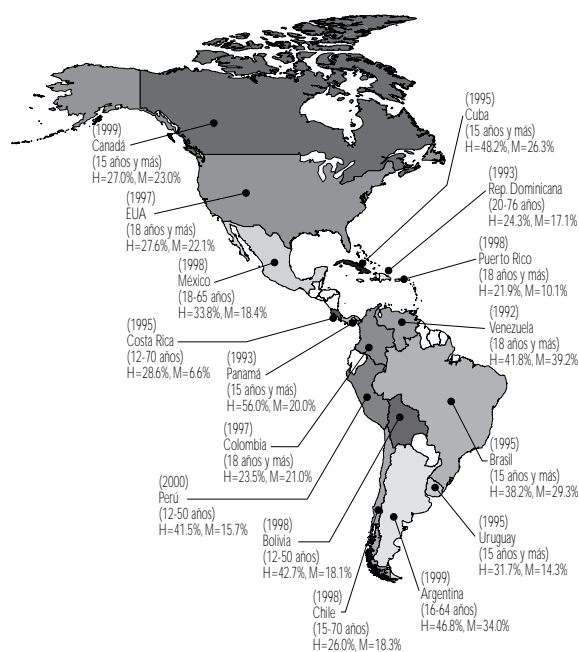
Otro de los problemas que plantea el consumo de tabaco entre los países de bajos o medianos ingresos, es que a causa de la adicción muchas personas destinan al tabaco una parte importante de sus escasos recursos. Encuestas realizadas en México⁸ muestran que al decil más pobre de la población, a pesar de consumir menos tabaco que el decil más rico, el gasto en tabaco le representa 10% de sus ingresos, en contraste con menos de 1% que representa el mayor gasto entre las personas de mejor posición económica.

• Consumo en adolescentes

Los resultados de la Encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco (GYTS),⁹ aplicada a estudiantes de 13 a 15 años, muestran que los países sudamericanos tienen los valores más elevados en el consumo actual de cigarrillos en adolescentes: Chile (38.3%), Argentina (30.2%), Bolivia (27.1%), Uruguay (24.1%) y Perú (20.2%). Particularmente, entre las mujeres del Cono Sur el consumo es mayor que entre los hombres: las chilenas (43.8% vs. 30.9), las argentinas (31.8% vs. 27.8) y las uruguayas (26.5% vs. 20.5). Los restantes países de la región muestran valores inferiores a 20%, aunque Costa Rica (19.6%) y México (18.7%) están muy cercanos a esa cifra. La diferencia entre estos dos países radica en que el consumo de las mujeres costarricenses es muy similar al de los hombres (20.0% vs. 19.1) y en México sí hay una gran brecha entre hombres (22.3%) y mujeres (14.6%) (figura 2).

La GYTS también preguntó por la posibilidad de que algunos de los actuales adolescentes no fumadores se inicie en el consumo en los 12 meses siguientes a la encuesta. En Chile, Bolivia, Argentina y México la probabilidad es mayor a 25%. Perú, Uruguay y Haití, aunque por debajo, también están muy cerca de esa cifra. También reveló que las probabilidades de fumar son mayores en aquellos países donde más se encuentran expuestos los adolescentes a otras personas fumadoras.

En el ámbito mundial se describe un descenso en la edad de inicio de fumar,⁴ estimándose que diariamente empiezan a fumar entre 68 mil y 84 mil niños en los países de bajos y medianos ingresos.³ En México se observa un descenso muy marcado en la edad de inicio de consumo de cigarrillos entre las generaciones nacidas en los años 40, que empezaban a fumar pasados los 21 años, y las generaciones de los 80, que em-



Fuente: Referencia 6

FIGURA 1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LAS AMÉRICAS

pezaron a los 13 años.⁷ Otros estudios realizados en México, muestran que los años de educación media superior son un periodo crítico para el inicio de consumo de tabaco, sobre todo entre los estudiantes de mejor posición económica.¹⁰

- *Exposición al humo de tabaco ambiental (HTA)*

El humo de tabaco también causa problemas, aunque han sido poco caracterizados en la región. Se ha demostrado que el humo de tabaco contiene una gran cantidad de productos químicos entre los que destacan al menos 40 carcinógenos reconocidos y cantidades importantes de monóxido de carbono.¹¹

Los no fumadores de la región, particularmente los niños y adolescentes, están expuestos al HTA en sus hogares y en otros lugares. La GYTS muestra que en Argentina (70%), en Cuba, Uruguay y Chile, más de 60% de los adolescentes que fuman convive con otros fumadores. México (46.3%) y Costa Rica (33.5%) ocupan una posición intermedia, y en los países caribeños las cifras están alrededor de 20%.⁹

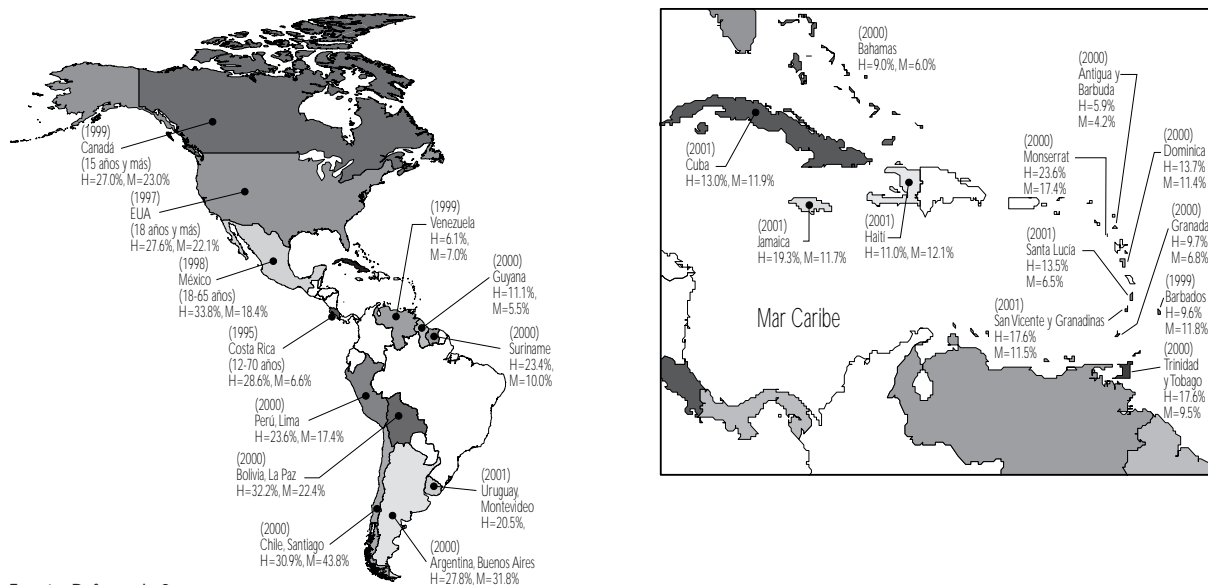
Al respecto es importante reconocer que la población infantil es particularmente vulnerable a la exposición al humo ambiental del tabaco, y que se requieren acciones precisas para protegerla. Los niños tienen un metabolismo y tasa de respiración de mayor intensidad, razón por la cual la dosis que reciben de humo de tabaco es considerablemente mayor, esto propicia un

aumento en la frecuencia de infecciones respiratorias y del oído.¹¹ Finalmente, los niños tienen menos opciones que los adultos para interrumpir voluntariamente la exposición, ya que les es más difícil salir de o evitar espacios contaminados con humo de tabaco.

Factores que agravan el problema

El tabaco es una planta originaria de la región y su cultivo comercial se practica desde el siglo XVI. Actualmente siete de los 25 mayores productores mundialmente son países americanos: Estados Unidos, Brasil, Argentina, Canadá, República Dominicana, Cuba y Colombia, en ese orden. Otro productor importante en la región es México, así como Honduras y Nicaragua, que también son productores, pero en menor medida.¹² En 1997, el tabaco cultivado en las Américas representó 21% de la producción mundial.¹³

Entre 1975 y 1998 la producción de tabaco de los países desarrollados cayó 31%, mientras que en las naciones en vías de desarrollo creció 128%. Particularmente, en ALC la producción de tabaco creció 29.5% entre 1995 y 2000. En el mismo periodo el área cultivable aumentó 10.3% y los rendimientos por hectárea mejoraron 17.3%.¹³ Todo lo cual crea una oferta interna de tabaco abundante y barata. Lo anterior es resultado de que el cultivo de tabaco se ha presentado como una alternativa para las economías de los países pobres, y por lo tanto se argumenta que las medidas contra el



Fuente: Referencia 9

FIGURA 2. PREVALENCIA DE CONSUMO ACTUAL DE TABACO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 13 A 15 AÑOS DE LAS AMÉRICAS.

tabaco serían un golpe demoledor contra las ya muy maltratadas economías de los países en desarrollo. Sin embargo, lo anterior es falso porque se conoce que para muy pocos países los ingresos por tabaco representan un peso importante dentro de su Producto Interno Bruto (PIB). Sólo Malawi (61%) y Zimbawe (23%) son economías dependientes de las exportaciones de tabaco. Para República Dominicana, como único país latinoamericano, los ingresos por tabaco representan entre 2 y 5%. Para todos los demás países productores los ingresos por tabaco significan menos de 1%.¹²

Relacionado con todo lo anterior, y derivado de la producción doméstica que históricamente ha existido en los países, el consumo de tabaco está culturalmente arraigado en la región. Ello explica la tolerancia social hacia el tabaco y en general hacia los fumadores, lo cual convierte a ALC en un mercado atractivo para las transnacionales, ya que las gestiones de mercadeo son muy efectivas entre los grupos que tienen menos resistencia al producto que se desea vender.¹⁴

Otro rasgo que distingue a la región es su cercanía con los países desarrollados de América del Norte–Canadá, pero sobre todo Estados Unidos– grandes productores que han visto disminuidos sus respectivos mercados nacionales en las últimas décadas y por lo tanto buscan nuevos consumidores para sus productos. El proceso de globalización y la formación de mercados regionales comunes da mayores libertades al comercio de tabaco.³ Un ejemplo de lo anterior es el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, que elimina los impuestos para importar a México tabaco estadounidense y canadiense.¹² Lo anterior pudiera extenderse a todo el continente si finalmente se concreta el Acuerdo de Libre Comercio para las Américas (ALCA).

Puesto que la mayoría de los fumadores se inician en el consumo durante la adolescencia, el hecho de que la subregión de América Latina y el Caribe (ALC) tenga una estructura poblacional joven (en el año 2000 31.5% de la población era menor de 15 años)¹⁵ es otro elemento que la hace susceptible de padecer un incremento futuro en la proporción de fumadores. Actualmente se trata de un mercado potencial de más de 195 millones de personas de menos de 17 años, que expuestas a las condiciones antes descritas, una proporción significativa de ellas pudiera convertirse en fumadores en los próximos años. De hecho, se conoce que la industria tabacalera estudia muy seriamente los patrones de consumo y la preferencia de marcas de los adolescentes.⁴

El otro aspecto que agrava el problema es la falta de medidas enérgicas contra el tabaco en las legislaciones vigentes en los países latinoamericanos. Al revisar el

contenido^{6,16} de la legislación de los diferentes países respecto al tabaco, se pueden identificar previsiones orientadas fundamentalmente en cinco puntos: reducir las posibilidades de consumo; restringir el acceso a los productos del tabaco; regular la publicidad; influir en el diseño de las cajetillas; intervenciones del gobierno y otras medidas específicas.

Lo anterior puede dar una primera impresión de un panorama legislativo severo y bastante completo respecto del tabaco, sin embargo no todos esos puntos reciben igual atención en cada uno de los países. Asimismo, puede encontrarse que a veces lo que aparece en la legislación es más bien una sugerencia, puesto que su cumplimiento es voluntario. Unido a las debilidades antes mencionadas, lo más crítico de la región son las disparidades observadas entre los diferentes países en materia de regulaciones a la producción, comercio y publicidad de los productos del tabaco.

Un ejemplo de insuficiencia en las medidas de control del tabaquismo es lo referido a la publicidad. Mientras muchos países desarrollados han logrado la total eliminación de la publicidad de varios medios, en la mayoría de los países en desarrollo las medidas existentes se refieren a limitaciones al contenido de los anuncios, a los lugares donde éstos pueden ser expuestos, al tiempo durante el cual pueden aparecer, y a los horarios de presentación en radio y televisión. Sin embargo, se conoce que las limitaciones y las prohibiciones parciales tienen un efecto muy bajo, casi nulo, en la reducción del consumo.¹²

Otra limitación es que las medidas contra el tabaco son fácilmente violables en ALC. A pesar de que en la mayoría de los países existe un mínimo de edad legalmente establecido para adquirir tabaco, los resultados recientes de la GYTS muestran que en muchos países de la región la mayor parte de los fumadores de entre 13 y 15 años compra fácilmente sus cigarrillos. Lo anterior ocurre, por ejemplo, en más de 80% de los adolescentes fumadores en los países del Cono Sur.⁹

Unido a las condiciones antes descritas, y que favorecen el elevado consumo de tabaco en el mundo en desarrollo, está la falta de mediciones sistemáticas de la evolución del consumo y de otras medidas de vigilancia epidemiológica.

La carencia de datos actualizados y la falta de comparabilidad de los pocos existentes son algunas de las dificultades que se enfrentan cada vez que se intenta hacer un estudio comparativo de la situación epidemiológica de los países en desarrollo. La información relativa a la evolución de la epidemia de tabaquismo en ALC no es la excepción, y por eso en cada intento de hacer una descripción regional deben considerarse las diferencias metodológicas en cuanto a las defini-

ciones empleadas, los grupos de edad y los criterios de selección de las muestras. Todo lo cual limita considerablemente los resultados de tales intentos.

Lo anterior es particularmente difícil cuando el interés se centra en algún grupo en específico, siendo el estudio de los adolescentes uno de los más críticos debido a la falta de uniformidad en la definición del grupo de edad y en la formulación de las preguntas.

Principales medidas para combatir el tabaquismo

Se pueden distinguir dos grandes grupos, según si están relacionadas o no con el precio. Entre las primeras se destaca el aumento de los impuestos sobre los cigarrillos. Casi siempre el motivo principal ha sido la recaudación de fondos, pero en los últimos años la carga impositiva refleja también una preocupación creciente por la necesidad de reducir al mínimo el daño para la salud asociado con su consumo. En general, se reconoce que el mayor impacto en la reducción del consumo sería entre los jóvenes y sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos, donde la población es muy sensible a los cambios en los precios.^{3,4,12}

La magnitud con que la demanda de un producto por los consumidores varía en función de las modificaciones de su precio, recibe el nombre de elasticidad de la demanda en relación con el precio. Se estima que un aumento de 10% en el precio de los cigarrillos puede disminuir la demanda en 4% en los países desarrollados, y hasta 8% en países de ingresos medios y bajos.^{3,4,12}

De las medidas no relacionadas con el precio se pueden distinguir tres tipos: información al consumidor; prohibiciones de publicidad y limitaciones de las zonas donde se permite fumar.

Entre las primeras las más comunes son la divulgación de los hallazgos de la investigación sobre efectos del tabaquismo para la salud y el etiquetado de advertencia. En general el impacto es mayor y más sostenido cuando se produce en una fase relativamente precoz de la epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaco, momento en que la conciencia general sobre los riesgos del tabaco para la salud es baja. A medida que el conocimiento crece, las nuevas noticias de gran impacto se van haciendo menos efectivas.^{3,4,12}

Puesto que la información que ofrece la industria tabacalera sobre sus productos es escasa o nula, y en muchos casos confunde a la población al emplear términos como "suaves", "bajo en alquitrán", "bajo en nicotina", es necesario informar a los consumidores. Para que los mensajes impresos en las cajetillas sean efectivos deben ser grandes y notorios y contener información espe-

cífica sobre hechos de fuerte impacto. También se señala que deben ser diferentes mensajes rotatorios que ocupen no menos de 30% del área de las dos caras principales de la cajetilla.

En este grupo también se ubican los programas educativos contra el tabaco en las escuelas. Sin embargo, su efectividad parece ser menor que las otras formas de difusión. Tienen mayormente un efecto temporal retrasando la edad de inicio de consumo de tabaco, pero no evitándolo.^{3,4,12}

Se ha demostrado que la prohibición de la publicidad y la promoción sólo es efectiva cuando abarca la totalidad de los medios de comunicación, las marcas y los logotipos. Las prohibiciones parciales tienen un efecto escaso o nulo, puesto que si se limita la promoción en un medio, la industria incrementa su presencia en otro medio de comunicación. Aunque las tabacaleras plantean que su publicidad se orienta al segmento de consumidores para mantener la fidelidad a ciertas marcas, no se puede ignorar que la publicidad también atrae a nuevos consumidores, sobre todo cuando se orienta a segmentos específicos como los jóvenes, las mujeres y las minorías.^{3,4,12}

Varios estudios econométricos¹² han documentado que la contra publicidad —el uso de los medios de comunicación para promover salud pública— reduce el consumo. Los mensajes más efectivos son los que evidencian las manipulaciones de la industria tabacalera, presentándola como deshonestas y embusteras. Lo anterior afecta la percepción que los adultos fumadores tienen de sí mismos, pasando de sentirse "adictos culpables" a "víctimas inocentes".¹⁷ Por el contrario, los mensajes menos efectivos son aquellos que esencialmente sólo dicen que fumar es dañino para la salud.

Las limitaciones al consumo en lugares públicos y de trabajo benefician a los no fumadores, que evitan los riesgos para su salud y los síntomas molestos de los ambientes con humo de tabaco. Un segundo efecto deseado de este tipo de restricciones es que contribuyen a reducir el consumo de cigarrillos de algunos fumadores y se induce a otros a dejar de fumar. Fundamentalmente se aplican en los lugares de reunión, como restaurantes, y teatros y en el transporte público.^{3,4,12}

En general, todas las restricciones al acceso de los jóvenes al tabaco son difíciles de llevar a la práctica, sobre todo porque los adolescentes más jóvenes pueden conseguir los cigarrillos con sus compañeros de mayor edad, o a través de sus propios familiares. Velar por el cumplimiento de las disposiciones vigentes requiere de recursos e infraestructura que muchas veces falla en los países de pocos ingresos. Lo más común

es que se establece legalmente cierto mínimo de edad para comprar cigarrillos y el objeto de esas medidas es retrasar la edad de inicio del consumo.^{3,4,12}

Se conoce que una de las intervenciones más eficaces para reducir la oferta de tabaco es el *control del contrabando*. Al disponer de productos más baratos pasados de contrabando, se socava la repercusión que pueden tener los impuestos sobre el consumo de tabaco. A menudo el contrabando se usa como argumento para que los gobiernos no aumenten los impuestos. Sin embargo, el factor predictivo más sólido del contrabando no lo constituyen los diferenciales tributarios, sino el grado de corrupción en una sociedad dada. El contrabando de cigarrillos usa las redes ya existentes, por lo tanto su control ayudará a erradicar también el contrabando de otros productos.¹⁴

Convenio marco de lucha antitabáquica

Es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), instando a los gobiernos de los países miembros a unir esfuerzos y constituir un frente común en la lucha contra el tabaco. Este tratado internacional constituye una oportunidad singular de movilizar a nivel mundial nuevas herramientas de salud pública para combatir dicho problema y formular normas para la vigilancia y la política, e impartir adiestramiento y cooperación técnica y financiera para controlar la epidemia de tabaquismo. Actualmente cada país analiza los términos en que será aceptado dicho Convenio, así como las áreas prioritarias y las posibles fuentes de financiamiento.^{18,19}

Situación actual del control del tabaquismo en ALC

Para describir la situación actual de las medidas de control del tabaquismo se consultaron dos fuentes. Primero, el Anexo B de Tobacco Control Country Profile,⁶ que presenta el texto completo de todas las previsiones respecto al tabaco que existían en cada país hasta 1999. La otra fuente fue el Tobacco Legislation Compendium¹⁶, elaborado por la OMS y que describe sintéticamente lo más significativo de las medidas de control dentro de las legislaciones nacionales hasta principio de 1998. En general, estaremos hablando de medidas en las legislaciones nacionales, pudiendo quedar excluidas de nuestra revisión algunas medidas de aplicación local o regional dentro de algún país.

Al revisar lo referido a cada país del área en el Anexo B,⁶ se extrajeron las medidas de control existentes y vigentes tal y como cada país las redactó (87) y se comparó con lo reportado por OMS,¹⁶ hallándose coincidencia, excepto para las medidas más recientes (entre 1998 y 1999). Tras hacer un análisis de contenido

del texto de las previsiones identificadas, éstas se agruparon en siete categorías:

- 1) prohibiciones y restricciones a la publicidad; 2) prohibiciones al consumo; 3) reducción de la accesibilidad al tabaco; 4) requerimientos del diseño de las cajetillas; 5) medidas relacionadas con el patrocinio de la industria tabacalera; 6) intervenciones del gobierno, y 7) otras medidas más específicas.

Los países latinoamericanos se pueden clasificar empíricamente en tres grandes grupos según su situación legislativa^{6,16} respecto al tabaco. Primero, países con más de 20 previsiones: Costa Rica (24), México y Brasil (21). Países con más de 10 previsiones: Chile y Uruguay (18), Ecuador (16), Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y Venezuela (14), Perú (13) y Panamá (11). Finalmente, legislaciones muy poco elaboradas en materia de tabaco: Paraguay (8), El Salvador y Trinidad y Tobago (7), Guatemala y Santa Lucía (6), Honduras y Nicaragua (5), Barbados y Belice (3), Bahamas, Guyana y República Dominicana (2), y Dominica y Jamaica (1).

Las magnitud de las cifras anteriores se puede comprender mejor si las comparamos con el número de previsiones contra el tabaco en las legislaciones de los países que mayor descenso han logrado mundialmente en el consumo: Reino Unido (37), Bélgica (35), Suecia (29), Estados Unidos (28), Canadá (23), Australia y Alemania (20).^{6,16}

En los países de ALC las medidas legislativas que promueven los espacios libres de humo de tabaco típicamente son prohibiciones generales a que se fume en lugares públicos (18 países), en los aviones y en el transporte público (17). También, hay prohibiciones más específicas referidas a las instalaciones del sector salud (10), las escuelas (9) y los edificios de gobierno (7). Algunos países (8) tienen establecido por ley que los restaurantes deben tener delimitadas áreas de fumar y de no fumar.

De los países analizados^{6,16} destaca un primer grupo de naciones como Costa Rica, cuya legislación contempla las ocho medidas antes mencionadas, y Chile, Cuba y Venezuela, con siete, respectivamente. Costa Rica y Venezuela tienen, además, sanciones previstas para los que incumplan las disposiciones vigentes. Otros países como México, Ecuador, Brasil y Uruguay, contemplan cinco de las medidas antes descritas, y Argentina, Bolivia y Colombia tienen cuatro. Estos últimos conforman un segundo grupo, en que casi todos contemplan las tres prohibiciones generales, pero con variaciones entre las medidas específicas que prohíben el consumo en centros de salud, escuelas y edificios de gobierno. Los restantes países tienen tres o menos medidas que prohíben el consumo (figura 3).

Las principales opciones políticas que se han propuesto en materia de reducir la publicidad de los productos del tabaco incluyen limitaciones al contenido de los anuncios, a los lugares donde éstos pueden ser expuestos, al tiempo durante el cual pueden aparecer y a los horarios de presentación en radio y televisión. También aparece, aunque en menor medida, la prohibición total en uno o más medios, los mensajes de contra publicidad y los impuestos a los mensajes publicitarios.^{6,16}

Sin embargo, de todos ellos se conoce que las limitaciones al contenido, a los lugares y tiempos de presentación, así como a las prohibiciones parciales, tienen un efecto muy bajo, casi nulo, en la reducción del consumo.^{3,12} En cambio, la combinación de varias formas de prohibición total sí puede reducir el consumo hasta en más de 6.0%.¹²

Cuba es el único país de la región que prohíbe totalmente la promoción directa o indirecta de los productos de tabaco.¹ Las previsiones relativas a la publicidad que aparecen en las legislaciones de los países latinoamericanos y caribeños son esencialmente las siguientes: 15 países tienen ciertas restricciones a la publicidad en TV, que se refieren a limitar los horarios en que pueden aparecer los mensajes (9 países); no asociar el tabaco con actividades deportivas o recreativas (9); la publicidad no puede alentar a fumar (8). Los anuncios no deben mostrar, ni hacer referencia a menores de edad (7); la publicidad debe incluir mensajes de salud firmados o aprobados por una autoridad sanitaria (6).^{6,16}

En Costa Rica, Paraguay, Colombia, Bolivia y Panamá se establece que en la publicidad del tabaco no pueden aparecer personas, mientras que sólo en tres -Argentina, Costa Rica y El Salvador- la publicidad sólo puede aparecer en publicaciones para adultos. Otras

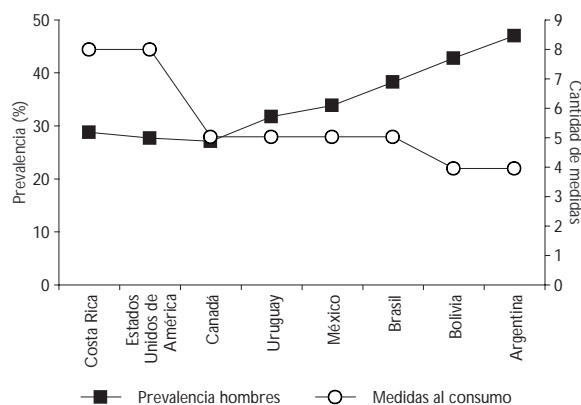


FIGURA 3. PREVALENCIA DE CONSUMO EN HOMBRES VS. MEDIDAS PARA RESTRINGIR EL CONSUMO DE TABACO EN PAÍSES SELECCIONADOS.

medidas más específicas son que en Brasil y Perú la publicidad exterior se debe ubicar a cierta distancia de las escuelas, mientras que en Argentina está prohibido presentar el bajo contenido de alquitrán y nicotina como no dañino, y en Costa Rica está prohibido los domingos y días festivos toda publicidad en los medios (figura 4).^{6,16}

En general, las medidas que existen en la región son de las que se han descrito como menos efectivas, no obstante lo más llamativo es la poca restricción que tiene la publicidad en estos países. De las once medidas antes mencionadas, Costa Rica contempla 9, Brasil 7 y Paraguay 6. Otros países como Ecuador, Colombia y Bolivia tienen cinco, mientras que México, Chile y Argentina con cuatro respectivamente, completan el grupo de países que hacen ciertos esfuerzos por restringir la publicidad. Como ejemplo de las intervenciones del gobierno, resulta significativo que en Costa Rica y Bolivia se haya designado una autoridad independiente que examina el contenido de los anuncios antes de su aparición.^{6,16}

Sólo Brasil y Bolivia tienen leyes que restringen el patrocinio de la industria tabacalera a eventos deportivos y culturales. Como previsiones que sirven para combatir el contrabando, sólo encontramos que las cajetillas producidas en Colombia deben tener impreso el nombre del país, para distinguirlas de las que entran ilegalmente. Por su parte, en Perú se exige un sello de control para toda cajetilla producida o importada.^{6,16}

En la región está bastante generalizada la aplicación de impuestos al tabaco como intervención del gobierno, aunque en general los impuestos son bajos y existen grandes diferencias entre países. En algunas naciones, entre ellas Brasil y Chile, la proporción del precio de los cigarrillos correspondiente al impuesto al tabaco es de 70% o más. Sin embargo, aun en estos países los productos del tabaco siguen siendo asequibles, en relación con otros artículos de consumo. En Chile, una cajetilla de Marlboro tiene un precio equivalente a 60% del precio de una hamburguesa; en Colombia, a menos de la mitad y en Venezuela, a un tercio del precio de la hamburguesa y a la mitad de lo que cuesta un kilogramo de pan. Es decir, en muchos países de ALC los cigarrillos son más baratos que la comida¹ (figura 5).

Propuesta de medidas de control del tabaquismo

A continuación se presentan unas medidas que consideramos pueden conducir al control del tabaquismo en la región. Se derivan del análisis de la situación existente en ALC, pero indudablemente no están desvinculadas de las propuestas generales contempladas dentro de la Iniciativa Liberarse del Tabaco (TFI) de la OMS,²⁰ que

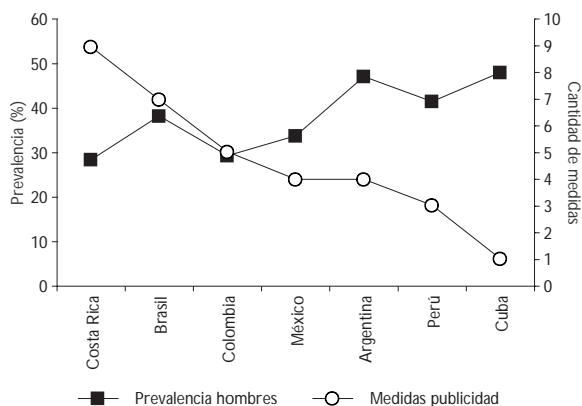


FIGURA 4. PREVALENCIA DE CONSUMO EN HOMBRES VS. MEDIDAS PARA RESTRINGIR LA PUBLICIDAD DEL TABACO EN PAÍSES SELECCIONADOS.

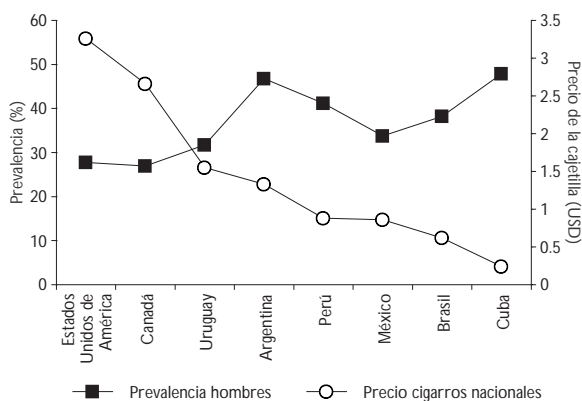


FIGURA 5. PREVALENCIA DE CONSUMO EN HOMBRES VS. PRECIO DE LA CAJETILLA DE CIGARRILLOS DE PRODUCCIÓN NACIONAL (USD) EN PAÍSES SELECCIONADOS.

busca llamar la atención, buscar recursos y promover acciones contra el tabaco en el ámbito mundial.

Para fortalecer las actividades de control del tabaquismo en las Américas, los organismos sanitarios regionales deben intensificar su colaboración con los gobiernos para:

- Desarrollar sistemas de información que faciliten el análisis sectorial y la elaboración de programas integrales para el control del tabaquismo
- Desarrollar e identificar intervenciones fiscales para desincentivar el consumo de tabaco y aumentar los recursos económicos destinados a las actividades de control.

- Fortalecer las actividades de planeación y evaluación para lograr la operación efectiva de los programas nacionales de control del tabaquismo
- Evaluar e implementar las mejores estrategias para ayudar a los fumadores a dejar de fumar
- Evaluar e implementar las mejores estrategias para prevenir el consumo de tabaco en los jóvenes
- Facilitar el análisis de las industrias locales de tabaco
- Buscar oportunidades de financiamiento que permitan diversificar el cultivo de tabaco hacia otras cosechas
- Facilitar la negociación entre países para lograr acuerdos sobre la producción, venta, exportación y control de la venta ilegal y contrabando de cigarrillos

Medidas económicas

La política económica respecto al tabaco debe basarse en la evidencia que demuestra que la elevación del precio a través de impuestos reduce el consumo y no afecta la recaudación fiscal. Para ello los países deben

- Igualar las tasas impositivas a los cigarrillos con y sin filtro, y nacionales e importados.
- Aumentar en forma gradual, pero continua, las tasas impositivas a toda la producción y venta de productos de tabaco.
- Dedicar una parte proporcional de la recaudación fiscal asociada con el tabaco para apoyar la prevención y control de la adicción.
- Auxiliar a los agricultores a introducir otras cosechas para desplazar al tabaco.
- Llevar un control estricto de las cantidades de cigarrillos producidos, importados y exportados, y las cantidades que llegan a venderse en los mercados como forma de detectar indicios de contrabando.

Para definir lo más cercano a un impuesto óptimo al tabaco para cada país, se podría fijar una cifra que signifique en términos de la salud pública un avance significativo en la reducción de la epidemia. A través de estudios de elasticidad precio-demanda se podría determinar cuál es la tasa impositiva que mejor conduce a la reducción antes expresada.

Medidas poblacionales

Entre las medidas no económicas que mayor impacto han tenido en el descenso del consumo de tabaco en los países desarrollados ha sido la amplia difusión de los

efectos negativos del tabaco para la salud. Lo anterior sería muy efectivo en América Latina, donde la epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaco es aún relativamente incipiente. Para ello los países deben

- Proporcionar información clara y comprensible a los consumidores adultos acerca de la naturaleza adictiva del tabaco, y sobre la carga de enfermedad mortal y discapacitante asociada con él.
- Contar con estadísticas actualizadas que permitan informar sistemática y actualizadamente a la población sobre las muertes por tabaco. Lo anterior es fácil y barato si se incluye en los certificados de defunción la información sobre el consumo de tabaco del fallecido.
- Hacer accesibles los tratamientos disponibles para tratar la adicción a la nicotina. Se pudiera destinar a este fin parte del dinero recaudado por impuestos al tabaco y ayudar a los sectores menos favorecidos económicamente.
- Se debe incluir información sobre los daños del tabaco en los programas escolares, como parte de la educación general que reciban las nuevas generaciones.
- Con los fondos obtenidos del impuesto al tabaco, crear clínicas de cesación y centros de tratamiento para la adicción.
- Difundir los beneficios de dejar de fumar a cualquier edad.
- Educar a la población sobre los riesgos del humo de tabaco ambiental y el daño para la salud de los niños expuestos.
- Contrapublicidad para mostrar los daños ocasionados por todo tipo de cigarrillos.

Medidas de tipo legislativo

- Prohibición total de la publicidad y patrocinio de marcas de cigarrillos y productos del tabaco. Si se prohíbe parcialmente, los efectos son nulos porque la industria se traslada y refuerza la publicidad en otros medios.
- Restricciones al consumo de tabaco en los lugares públicos. Protege a los no fumadores y reduce el consumo entre los que sí fuman y a algunos los induce a dejar de hacerlo.
- Establecer la obligatoriedad de que las cajetillas de cigarrillo deben exhibir, en un área no menor al 30% de sus caras, sus principales advertencias de salud.
- Acciones enérgicas para combatir el contrabando como forma de lograr efectivamente reducir el consumo al elevar los precios.
- Exigir un sello de tasación bien visible y difícil de falsificar en las cajetillas para distinguir a las que

pagaron impuestos de las que son de contrabando.

- Que las penas que sancionan el contrabando de cigarrillos sean suficientemente severas para disuadir a los que lo practican.
- Implantación de reglamentos para proteger a la población no fumadora promoviendo los espacios libres de humo de tabaco.
- Vigilar por el cumplimiento de las medidas para disminuir el acceso al tabaco de la población menor de edad.

Medidas internacionales

- Apoyar la firma del Convenio Marco de Lucha Antitabáquica de la Organización Mundial de la Salud.
- Lograr el compromiso de cada país del área para cumplir estrictamente lo establecido en el Convenio Marco de Lucha Antitabáquica.
- Reducir las diferencias impositivas en la región, particularmente entre estados vecinos. Lo anterior contribuirá a combatir el contrabando de cigarrillos.
- Homogenizar regionalmente los criterios metodológicos y los indicadores para seguir la evolución de la epidemia y medir el impacto de las medidas tomadas.
- Desarrollar sistemas de información compartidos que faciliten el análisis regional y la elaboración de programas integrales para el control del tabaquismo.
- Facilitar la negociación entre países para lograr acuerdos sobre la producción, venta, exportación y control de la venta ilegal y contrabando de cigarrillos.
- Promover la creación de programas nacionales de control del tabaquismo y favorecer la planeación y evaluación regional como forma de lograr una operación efectiva de dichos programas.
- Facilitar el análisis de las industrias locales de tabaco.
- Desalentar que se incrementen las tierras dedicadas al cultivo del tabaco en detrimento de la producción de alimentos y la destrucción del medio ambiente.

Apoyo a la investigación sobre el tabaco

- Vigilancia epidemiológica sobre el curso de la epidemia.
- Investigación aplicada para disminuir el consumo de tabaco.
- Evaluación de los programas antitabaco.

- Difundir el conocimiento relacionado con el curso de la epidemia y el impacto de las acciones realizadas.
- Establecer indicadores de impacto a corto y mediano plazo que permitan monitorear las acciones preventivas y el curso de la epidemia.
- Apoyar las acciones de investigación encaminadas al diseño y evaluación de programas educativos y de prevención.

Consideraciones finales

El consumo de tabaco es un problema con importantes repercusiones económicas, ambientales, sociales, políticas y de salud para la región. La solución a este problema se logrará únicamente con la participación comprometida de todos los gobiernos del continente, y con el concurso de la comunidad internacional para poner en marcha intervenciones multisectoriales que armonicen las actividades de control. Lograr lo anterior requiere ampliar las fuentes financieras disponibles para apoyar el desarrollo de programas basados en evidencia, que apoyen las políticas de control y los programas de intervención para minimizar el impacto de la comercialización y consumo del tabaco en la región.

Para el control efectivo del tabaquismo es imperativo promover un ambiente favorable tanto en lo político como en lo social. Para ello, es necesario abordar el problema con una visión en la que se reconozca a la nicotina en el tabaco como una droga y al cigarrillo como un instrumento de dosificación, que pueden ser controlados con políticas públicas en los diferentes sectores. También será importante incorporar a esta visión que los ámbitos de acción nacional e internacional son igualmente imprescindibles, de lo cual se desprende que la aprobación y el apoyo al Convenio Marco de Lucha Antitabáquica es una prioridad en la región.

El control efectivo de la adicción a la nicotina en las Américas exige trabajar con la población en general, aumentando el grado y calidad de la información sobre los daños que ocasiona el tabaco. En la medida en que las personas estén mejor informadas podrán realizar las decisiones más apropiadas para conservar su salud. Por otro lado, se deberá trabajar aumentando la capacidad de los gobiernos para desarrollar intervenciones económicas, legales y de salud pública para proteger mejor a la población.

Un aspecto importante que limita el control de la epidemia es la falta de información que prevalece en relación a los daños que ocasiona el consumo de tabaco en las economías de los países. Estimaciones realizadas en los países de ingreso alto indican que la atención de salud relacionada con el tabaco representa

entre 6% y 15% del total de los gastos anuales en salud.³ Muy probablemente estas estimaciones no son aplicables a las de los países de ingreso medio y bajo de la región, cuyas epidemias de enfermedades relacionadas con el tabaco se encuentran en etapas más tempranas, pero si son indicativas de los grandes costos que se podrían enfrentar en la región de no intervenir decididamente implementando mecanismos de control para disminuir el uso de tabaco en la población general y para desalentar a los jóvenes a iniciar su consumo.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. 43^{er} Consejo Directivo. 53^a Sesión del Comité Regional. El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica: una oportunidad para mejorar la salud pública de las Américas. CD43/13 (Esp) Washington DC, EUA, 24 al 28 de septiembre de 2001.
2. Baron JA Rohan TE. Tobacco. En *Cancer epidemiology and prevention*. 2nd edn. Edited by D Schottenfeld & JF Fraumeni Jr ed. New York: Oxford University Press. 1996:269-289
3. Organización Panamericana de la Salud, World Bank. La epidemia del tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, DC:OPS: 2000 (Publicación Científica 577)
4. World Health Organization: International Consultation on Tobacco and Youth: What in the world works? Final Conference Report. Singapore. September, 1999
5. Organización Panamericana de la Salud: El Tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (periodo 1990-1999). Junio, 2000.
6. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF. Tobacco control country profiles, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2000
7. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998. México, D.F. Dirección General de Epidemiología/SSA, 1998.
8. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 1996. México, D.F.:1996
9. <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/GYTS>
10. Valdés-Salgado R, Michel JM, Hernández L, Hernández M. Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la UNAM, 1989-1998. *Salud Publica Mex* 2002;44 supl 1:S44-S53.
11. Samet JM, Wang SS. Environmental tobacco smoke. En: M. Lippmann. *Environmental toxicants: Human exposures and their health effects*. 2nd Ed. New York: Wiley and Sons.
12. Jha P, Chaloupka F. Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 2000.
13. Becker GS, Murphy K. A Simple theory of advertising as a good or a bad. *Quarterly Journal of Economics* (November 4): 941-964.
14. United Nations. *World Population Prospects. The 2000 Revision*. New York, 2001. (en <http://www.un.org>)
15. World Health Organization: Tobacco Legislation Compendium. (en http://tobacco.who.int/en/natcapacity/leg_.html)
16. Goldman LK, Glantz S. Evolution of antismoking advertising campaigns. *JAMA* 1998; 279 (2):772-777.
17. World Health Organization 1998. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. WHO, 1999. Making a difference. World Health Report, Geneva, Switzerland.
18. World Health Organization: Framework Convention on Tobacco Control. (en <http://tobacco.who.int/page.cfm?pid=40>)
19. World Health Organization: Tobacco Free Initiative (1999) (en: <http://tobacco.who.int/index.cfm>)