

Avances y puntos pendientes en la agenda latinoamericana para el control del tabaco

Raydel Valdés-Salgado, PhD.⁽¹⁾

Valdés-Salgado R.
Avances y puntos pendientes en la agenda latinoamericana para el control del tabaco. *Salud Publica Mex* 2010;52 supl 2:S321-S329.

Resumen

El estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad proyecta que el incremento en la prevalencia de fumadores en países de ingresos medios y bajos contribuirá a incrementar las muertes cardiovasculares, por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y algunos cánceres. Para reducir estas consecuencias del tabaquismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un conjunto de acciones reunidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y los informes MPOWER. En este artículo se revisó el más reciente de estos informes y sintetizamos las principales intervenciones que estaban vigentes en los países latinoamericanos y también revisamos algunas medidas implementadas durante 2009 y 2010. En los últimos años se ha avanzado considerablemente en materia de control del tabaco. Sin embargo, todavía queda por avanzar para acercarnos a lo sugerido por la OMS. De mantenerse el nivel de consumo entre los adolescentes de la región actualmente, observaremos en las décadas futuras un incremento en el número de muertes prematuras y evitables causadas por el tabaco.

Palabras claves: control del tabaco; Latinoamérica; sistemas de vigilancia; CMCT

Valdés-Salgado R.
Progress and pending issues in the Latin American agenda for tobacco control. *Salud Publica Mex* 2010;52 suppl 2:S321-S329.

Abstract

Projections based on the most recent report on the Global Burden of Disease show that the observed increase in smoking prevalence in middle and low income countries will contribute to the increase of the number of deaths due to cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary diseases, and some cancers. The World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control recommends a group of actions to curb the tobacco epidemic. This is a review paper based on the most recent MPOWER report and also included in this review are some of the most recent tobacco control measures implemented during 2009 and 2010. We conclude that most Latin American countries have achieved significant progress in tobacco control in recent years. However, when comparing the current situation against the WHO recommendations we realized that for most countries there is still work to be done. If current smoking prevalence among teenagers remains unchanged, there will be a significant increase in the number of premature deaths attributable to tobacco consumption in future decades.

Key words: tobacco control; Latin America; surveillance systems; FCTC

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

Fecha de recibido: 7 de abril de 2010 • **Fecha de aceptado:** 14 de julio de 2010

Solicitud de sobretiros: Raydel Valdés-Salgado. Unidad de Inteligencia en Salud Pública. Departamento de Investigación sobre Tabaco del Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán. 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: raydel.valdes@insp.mx

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica el consumo de tabaco como la primera causa de muertes prevenibles en el mundo.¹ Hoy está suficientemente documentado que su consumo es causa o causa probable de más de 25 enfermedades mortales y discapacitantes.² Entre esas enfermedades destacan seis de las ocho principales causas de muerte en el ámbito mundial: enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, infecciones de las vías respiratorias inferiores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis y cánceres de tráquea, bronquios y pulmón.³

Para reducir las enfermedades y las muertes causadas por el tabaquismo, la OMS recomienda a los gobiernos un conjunto de acciones concretas, reunidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)⁴ y los informes MPOWER 2008⁵ y 2009.⁶ Además del monitoreo y el reporte sistemático de los indicadores de la epidemia, esas acciones son promover espacios 100% libres de humo de tabaco, prohibir la publicidad, advertir y educar sobre los daños que causa el tabaco, ayudar a los que quieren dejar de fumar y aplicar impuestos que eleven el precio de los cigarrillos. Estas medidas pueden impactar la epidemia de tabaquismo en al menos tres formas: entre los adultos, primero reduciendo el número de fumadores actuales y además previniendo que los ex fumadores recaigan. Entre los adolescentes, fundamentalmente –pero no exclusivamente–, al retrasar el inicio del consumo. Respecto a los más jóvenes, los esfuerzos deben orientarse tanto a evitar que los que ya han probado el cigarrillo se conviertan en fumadores regulares, así como a impedir que los no fumadores susceptibles de empezar a fumar se inicien en el consumo.

Los países en vías de desarrollo son particularmente atractivos para las tabacaleras, porque tienen una estructura poblacional donde predominan los niños y los jóvenes y el control del tabaco hasta hace pocos años había sido inexistente o muy débil. El segmento de los jóvenes es un blanco valioso porque ellos representan los fumadores potenciales de las décadas futuras, de ahí que la industria tabacalera estudia muy seriamente los patrones de consumo y las preferencias de los adolescentes.⁷ El más reciente reporte del proyecto de la Carga Mundial de la Enfermedad proyecta que el incremento en la prevalencia de fumadores en países de ingresos medios y bajos contribuirá a incrementar las muertes cardiovasculares, por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y algunos cánceres, a tal punto que el total de muertes atribuibles al consumo de tabaco ascenderá de 5.4 millones en 2004 hasta 8.3 millones en 2030, lo que representará 10% de las muertes globales.⁸ Ya en 2004, 70% de las muertes causadas por el tabaquismo ocurrió en los países de ingresos bajos y medios.⁹

La región de Latinoamérica y el Caribe no es ajena a este fenómeno. Reportes recientes de la OMS describen el impacto del tabaquismo en los siguientes términos: 48 mil muertes anuales (IC95%; 38 mil-58 mil) causadas por distintos tipos de cáncer en hombres mayores de 30 años; entre las mujeres las estimaciones son de 12 mil muertes anuales (IC95%; 7 mil-17 mil).¹⁰ Los estimados regionales de mortalidad cardiovascular –que incluye principalmente, pero no exclusivamente– a la enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular son igualmente elevados: 50 mil muertes anuales (IC95%; 37 mil-70 mil) en hombres mayores de 30 años, mientras que entre las mujeres las estimaciones son de 26 mil muertes anuales (IC95%; 16 mil-41 mil).¹¹ Sin embargo, estas cifras están todavía subestimadas, puesto que no incluyen las muertes por esas causas ocurridas en los seis países más pobres de la región.*

Actualmente se estima que la prevalencia de fumadores en Latinoamérica y el Caribe es de 26% y que la razón de impacto del tabaquismo[‡] es de 13%. Relacionado con lo anterior, anualmente suman más de 3 millones los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés) que se pierden por causa del tabaco en la región.⁸ Por otra parte, datos recientes de la Comisión Económica para Latinoamérica (CEPAL) indican que 28% de la población en el área es menor de 15 años, y por lo menos hasta 2020 este grupo va a representar cerca de 25% del total de la población.¹² Si se consideran los estimados de la CEPAL, cualquier preocupación por los problemas de salud a mediano y largo plazo de la región debe contemplar no solamente la prevalencia de tabaquismo entre los adultos actuales, sino el inicio y consumo de tabaco entre los adolescentes.

En la región, todos los países han participado en la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ), de ahí que los estimados para el grupo de edad 13-15 años sean particularmente actualizados, precisos y comparables. Estimados regionales del periodo 1999-2008 muestran una prevalencia de fumadores actuales de 14% entre los varones y 15% entre las mujeres. Sin embargo, entre los países del cono sur y México los estimados son superiores a 20%. No sólo es preocupante la

* El proyecto de Carga Global de la Enfermedad utiliza una clasificación en la cual cada país de la región es descrito como de altos, medios o bajos ingresos.¹¹

‡ La razón de impacto del tabaquismo es un indicador indirecto del riesgo acumulado por tabaquismo, basado en el exceso de muertes por cáncer de pulmón. Se calcula comparando las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en una población, con las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón observadas entre fumadores y no fumadores en el estudio de seguimiento conducido por la Sociedad Americana del Cáncer, conocido como ACS CPS-II.

proporción de adolescentes que ya fuma, sino aquellos no fumadores susceptibles de empezar a fumar en los próximos 12 meses. Entre los adolescentes varones no fumadores de la región, 23% es susceptible de empezar a hacerlo y entre las mujeres no fumadoras, 25%. En ambos casos, las tasas de susceptibilidad son superiores a las de prevalencia. Además, no sólo se consumen cigarrillos, pues 12% de los varones y 7% de las mujeres consumen otros productos de tabaco.¹³

En este artículo se revisan las principales medidas de control del tabaco vigentes en los países latinoamericanos a finales de 2008. Para ello nos basamos en el reporte MPOWER publicado en 2009⁶ por la OMS y que reunió información de 35 países (cuadro I). Esta información fue recopilada por la OMS a través de un cuestionario que se envió a cada estado miembro para ser respondido por expertos nacionales. Una vez recibidos los cuestionarios y contrastadas las respuestas con otras fuentes de información, se elaboró un perfil de cada país, validado por los ministerios de salud antes de la publicación del reporte. En este artículo también se mencionan algunas de las medidas implementadas más recientemente, durante 2009 y 2010.

Descripción de la situación

La región de las Américas y el CMCT

A finales del mes de mayo de 2010, la República Dominicana es el único país de la región que no ha firmado ni ratificado el CMCT. Los siguientes siete países han firmado el Convenio, pero no lo han ratificado: Argentina, Cuba, El Salvador, Haití, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Estados Unidos de América (EUA). Aunque Guyana y Colombia no firmaron el Convenio, aceptaron adherirse al mismo y legalmente eso equivale a la ratificación. La primera ratificación por un país del hemisferio occidental la hizo México el 28 de mayo de 2004, mientras que la más reciente fue hecha por Bahamas, el 3 de noviembre de 2009.¹⁴

Programas de control del tabaco y sistemas de vigilancia

Los países están obligados a tener un programa nacional del control del tabaco, como parte de sus responsabilidades dentro del CMCT. El reporte MPOWER⁶ destaca a los países que tienen el control del tabaco definido como uno de sus objetivos de gobierno y también, a los que disponen de una agencia nacional para el control del tabaco. Estas dos condiciones se cumplían en la mayoría de los países de la región a finales de 2008, aunque varios países caribeños no contaban con una agencia nacional para ello.

Cuadro I
LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS Y EL CONVENIO MARCO
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
PARA EL CONTROL DEL TABACO

Participante	Fecha de firma	Fecha de ratificación o equivalente legal*
Antigua y Barbuda	28 junio 2004	5 junio 2006
Argentina	25 septiembre 2003	
Bahamas	29 junio 2004	3 noviembre 2009
Barbados	28 junio 2004	3 noviembre 2005
Belice	26 septiembre 2003	15 diciembre 2005
Bolivia (Estado Plurinacional de)	27 febrero 2004	15 septiembre 2005
Brasil	16 junio 2003	3 noviembre 2005
Canadá	15 julio 2003	26 noviembre 2004
Chile	25 septiembre 2003	13 junio 2005
Colombia		10 abril 2008*
Costa Rica	3 julio 2003	21 agosto 2008
Cuba	29 junio 2004	
Dominica	29 junio 2004	24 julio 2006
Ecuador	22 marzo 2004	25 julio 2006
El Salvador	18 marzo 2004	
Estados Unidos de América	10 mayo 2004	
Granada	29 junio 2004	14 agosto 2007
Guatemala	25 septiembre 2003	16 noviembre 2005
Guyana		15 septiembre 2005*
Haití	23 julio 2003	
Honduras	18 junio 2004	16 febrero 2005
Jamaica	24 septiembre 2003	7 julio 2005
México	12 agosto 2003	28 mayo 2004
Nicaragua	7 junio 2004	9 abril 2008
Panamá	26 septiembre 2003	16 agosto 2004
Paraguay	16 junio 2003	26 septiembre 2006
Perú	21 abril 2004	30 noviembre 2004
República Dominicana		
Saint Kitts y Nevis	29 junio 2004	
Saint Lucía	29 junio 2004	7 noviembre 2005
Saint Vincent y las Granadinas	14 junio 2004	
Suriname	24 junio 2004	16 diciembre 2008
Trinidad y Tobago	27 agosto 2003	19 agosto 2004
Uruguay	19 junio 2003	9 septiembre 2004
Venezuela (República Bolivariana de)	22 septiembre 2003	27 junio 2006

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int (consultado: 2010 abril 4)

También se reconoce que, en general, los programas de control tienen un financiamiento muy limitado, lo cual impide cumplir cabalmente los objetivos de informar a líderes políticos y a la sociedad civil de cómo el tabaco daña a la sociedad. Realmente son muy pocos los programas que a finales de 2008 funcionaban con una plantilla de al menos cinco profesionales de tiempo completo,⁶ lo cual restringe una de las principales labores de cualquier programa de vigilancia: el monitoreo sistemático, necesario para medir con precisión la magnitud del problema, así como el impacto de las intervenciones que se implementen.⁵ Disponer de un sistema de encuestas permite seguir la evolución de la epidemia de tabaquismo, así como detectar los cambios observados no sólo en la prevalencia de fumadores, sino en otros indicadores.

El reporte MPOWER distingue cuatro grupos de países en el área, según las características de sus fuentes de información. Primero, los que realizan encuestas periódicamente y por lo tanto tienen datos históricos y recientes de representatividad nacional. Sin embargo, la mayoría de los países latinoamericanos se encuentran distribuidos en otros dos grupos que sólo disponen de información reciente: unos que disponen de datos representativos tanto de población adulta como de adolescentes y otro grupo que sólo tiene información actualizada de los adolescentes. Cabe destacar que la participación de todos los países del área en la EMTJ ha contribuido enormemente a tener datos confiables y comparables. Finalmente, el cuarto grupo está conformado por naciones que no disponen de encuestas nacionales o sólo poseen datos anteriores a 2003.

México es el único país latinoamericano que dispone de un sistema de encuestas nacionales propio que permite describir la evolución del tabaquismo en los últimos 25 años. Además, ciudades de todas las entidades federativas han participado en la EMTJ¹⁵ y algunas lo han hecho dos veces. México también forma parte activamente del Sistema Global de Vigilancia del Tabaco (SGVT).¹⁶

A continuación se resume el estado de las principales medidas de control vigentes en los países del área a finales de 2008 y en la medida de lo posible, se incluyen otras medidas más recientes. Antes de describir la situación regional se presenta una breve revisión del estado del arte en cada tema.

Protección de la exposición al humo de tabaco

No existe nivel de exposición al humo de tabaco que pueda considerarse seguro.¹⁷ Por ello, la medida propuesta por la OMS para proteger a los no fumadores (Artículo 8 del CMCT) es la creación de espacios 100%

libres de humo.⁴ Esta medida, clara y radical desde su enunciado, es la única eficaz para garantizar un ambiente sin la contaminación que resulta de la combustión de productos de tabaco.¹⁸ Desde hace años la industria tabacalera advirtió en uno de sus documentos internos de principios de los noventa que habría una reducción de 10% del consumo y un incremento de 74% en las tasas de cesación asociados con la prohibición total de fumar en lugares de trabajo.¹⁹ Por lo tanto, la industria ha propuesto varias alternativas para debilitar esta medida. Unas han sido de tipo tecnológico²⁰ y otras más emocionales, que apelan a la tolerancia y a la promoción de espacios de convivencia.²¹ El modo en que la industria ha tratado de socavar los intentos por establecer espacios libres de humo y en general el control del tabaco en Latinoamérica está suficientemente documentado.²²

Según el más reciente reporte MPOWER (2009),⁶ todavía hay bastante por hacer en esta materia en casi todo el planeta. El reporte presenta la situación con base en el alcance de la medida y la adhesión o cumplimiento con las políticas de espacios sin humo. Se revisó cuántos de los siguientes espacios: edificios del sector salud, instalaciones educativas de hasta nivel medio superior, universidades, edificios de gobierno, oficinas, restaurantes, bares y transporte público estaban considerados ya como 100% libres de humo por la legislación, ya sea nacional o de una región significativamente grande dentro del país. A finales de 2008, en sólo cuatro países (Canadá, Colombia, Panamá y Uruguay) todos los espacios anteriores estaban considerados por ley como libres de humo de tabaco.* En otros 23 países sólo dos de los espacios antes descritos estaban protegidos por la ley como espacios libres de humo.⁶

En cuanto al cumplimiento, sólo cinco países de la región (Brasil, Chile, Guyana, Panamá y Uruguay) tenían un cumplimiento completo de la medida. Otros nueve (Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago y Venezuela) cumplían moderadamente. De 16 países no hay datos reportados o disponibles y otros cinco (Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Guatemala y Honduras) cumplían mínimamente con la media.⁶

En resumen, a finales de 2008 sólo dos países de la región (Panamá y Uruguay) tenían una legislación nacional que protegía de la exposición al humo de tabaco en todos los espacios públicos descritos anteriormente y, muy importante, evidenciaron un completo cumpli-

* Aunque no está incluida en el reporte MPOWER 2009, la isla de Bermuda tiene una fuerte legislación que establece espacios públicos y de trabajo sin humo de tabaco desde el año 2006.

miento de la medida. Recientemente, México aprobó e implementó una ley federal²³ que promueve los espacios públicos libres de humo de tabaco y cuyo cumplimiento está siendo medido en el momento en que se escribe este artículo. Asimismo, en México la aplicación en la Ciudad de México de una ley²⁴ que protege de la exposición al humo de tabaco en una de las metrópolis más grandes del mundo, ha sido reconocida como una ley local de gran impacto.

Sin embargo, hay progresos muy significativos en esta materia en la región desde la publicación del reporte MPOWER y es que en 2009 en dos países (Guatemala en febrero y Colombia en julio) entraron en vigor fuertes leyes que los convierten en países libres de humo.²⁵ El 30 de marzo de 2010 Perú aprobó una ley con la cual todos los espacios públicos cerrados y los lugares de trabajo pronto serán libres de humo.^{26a} En el ámbito subnacional, también se han visto avances importantes, como la declaración del estado brasileño de São Paulo y las ciudades de Recife, Campina Grande, Patos, Cabedelo y Sumé como libres de humo. En Argentina, las provincias de Santa Fe, Córdoba, Tucumán, Mendoza, Neuquén y Entre Ríos, así como 16 municipios, tienen leyes totalmente libres de humo. En Venezuela, desde 2003 el estado de Monagas es totalmente libre de humo.²⁵

Ofrecer ayuda a quienes quieren dejar de fumar

Al menos desde 1988 hay consenso de que el uso de tabaco es adictivo y que la nicotina es el agente farmacológico activo del tabaco que causa la adicción.²⁷ Lo anterior explica por qué durante el proceso de dejar de fumar se experimentan síntomas desagradables originados por la falta de absorción de nicotina a la que el cuerpo del fumador ya estaba habituado.²⁸ Para enfrentar y finalmente superar la dependencia, además de la voluntad del fumador, se requiere apoyo psicológico, ya sea en forma de consejos brindados en la consulta de un profesional o a través de líneas de ayuda. También existen medicamentos para las personas interesadas en dejar de fumar.

El Artículo 14 del CMCT plantea que se debe apoyar a todo el que quiera dejar de fumar.⁴ Para ello los gobiernos pueden poner gratuitamente a disposición del público servicios telefónicos de ayuda, que a pesar de su bajo costo todavía están ausentes en la mayoría de los países. A finales de 2008 en la región sólo estaban disponibles en Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Cuba, Haití, Honduras, México, EUA. y Uruguay.⁶ Otra forma de apoyo gubernamental era cubriendo los gastos de atención en clínicas de cesación y de los medicamentos necesarios. La ayuda farmacológica, particularmente la terapia de reemplazo de nicotina

(TRN), puede doblar las tasas de cesación.²⁹ Aunque la TRN estaba mayormente disponible (excepto en Cuba, Ecuador, Granada, Paraguay y Santa Lucía) y era de fácil acceso (sólo se requería de prescripción médica en Chile, República Dominicana, Guatemala, Haití, Nicaragua y San Vicente y la Granadinas), su elevado costo hace que su uso esté aún poco extendido en los países de ingresos medios y bajos. Otros medicamentos como el bupropión y varenicline estaban disponibles en un menor número de países y mayormente requerían de prescripción médica.⁶

La ayuda para quienes quieren dejar de fumar en nuestros países todavía es insuficiente. Si bien a finales del 2008 en todos los países de la región existía algún tipo de tratamiento disponible, sólo en Uruguay y Brasil se apoyaba al fumador cubriéndole los costos de la TRN y de la atención en clínicas de cesación. En otros once países: Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Paraguay y Venezuela, aunque algunos disponían de TRN y los otros medicamentos, sólo apoyaban cubriendo algunos costos de atención en clínicas de cesación.⁶

Advertir y educar sobre los daños que causa el tabaco

Sorprendentemente, todavía hay muchos fumadores alrededor del mundo que desconocen, o no tienen una información precisa de los daños que causa el tabaco.³⁰ Entonces, para contrarrestar a la industria tabacalera, el Artículo 11 del CMCT establece que se debe prohibir el uso de términos engañosos e incluir advertencias sanitarias en el empaquetado de los productos de tabaco.⁴ Estos mensajes deben ocupar un área de al menos 30% de la superficie principal o frontal del paquete de cualquier producto de tabaco.

Para evaluar el cumplimiento de esta medida el reporte MPOWER⁶ consideró si el tamaño y la colocación de la advertencia es el adecuado; si hay advertencias específicas de uso obligatorio; si los mensajes aparecen tanto en paquetes individuales, como en cualquier otra forma de presentación del producto en los puntos de venta; si se describen específicamente los daños que causa el tabaco a la salud; si son mensajes claros, visibles y legibles (esto también incluye el color, la forma y tamaño de las letras); si son mensajes rotativos; y si aparecen en todas las lenguas consideradas principales en el país.

De la revisión anterior resultó que a finales de 2008 en 23 países de la región los productos de tabaco no incluían ninguna advertencia sanitaria, o ésta cubría un área de menos de 30% de la superficie de la cara principal del paquete. En otros siete países (Canadá, Chile, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica y México), si

bien el área cubierta era de más de 30%, faltaban otras de las características deseadas en la advertencia sanitaria. Sólo Uruguay, Venezuela, Panamá y Brasil incluían advertencias sanitarias que cubrían más de 50% de la superficie de la cara principal de las cajetillas de cigarros e incluían pictogramas y otras características apropiadas. Aun cuando Bolivia ya había adoptado medidas que la incluirían en este último grupo, todavía no estaban implementadas al momento de enviar la información para el reporte.

Sin embargo, ahora hay muy buenos ejemplos de avances en la región desde la publicación del reporte MPOWER. Recientemente (con leyes aprobadas entre marzo y abril de 2010, por ejemplo) en Paraguay^{26b} y en Perú^{26a} los pictogramas van a cubrir 50% de la cara frontal de las cajetillas de cigarros. Más impresionante resulta que en marzo de este año Uruguay se convirtió en el país con las advertencias sanitarias gráficas más grandes del mundo, ya que cubrirán 80% de las caras frontal y posterior de la cajetilla. Se espere que la medida entre en vigor en septiembre.^{26c}

Prohibición total de mercadeo, publicidad y patrocinio

Otra de las medidas propuestas por la OMS es la de prohibir la publicidad de los productos de tabaco (artículo 13 del CMCT).⁴ Cuando se enfrenta una industria que puede gastar –y de hecho gasta– millones de dólares en mercadeo, promoción y patrocinio, las prohibiciones parciales son insuficientes ya que la industria puede redirigir sus recursos hacia otros canales menos regulados. Según la OMS, solamente la prohibición total puede reducir el consumo de tabaco y proteger a la gente, especialmente a los jóvenes, de las prácticas promocionales de la industria.⁵

En el reporte MPOWER⁶ se distingue la prohibición a la publicidad directa, es decir, en radio y televisión, en periódicos y revistas, en vallas u otro desplegado exterior y en los puntos de venta, de la publicidad indirecta. Ésta última se refiere a la distribución gratuita del producto por cualquier medio, descuentos promocionales, distribución de otro tipo de productos con nombres de marcas de tabaco (extensión de marca), aplicación de otros nombres o marcas a los productos de tabaco, aparición de productos de tabaco en películas o programas de televisión y patrocinio de eventos.

En general, queda bastante por hacer en la región. A finales de 2008 el único país del área con una prohibición total de la publicidad, directa e indirecta, era Panamá. Otros países como Brasil, Chile, Uruguay y Bahamas tenían prohibiciones en la televisión, radio y medios impresos nacionales, así como ciertas prohibiciones en otras formas de publicidad directa e indirecta. Mientras

que el reporte⁶ de Bahamas no ofrece datos sobre el cumplimiento de las medidas, los otros cuatro países mostraron un cumplimiento completo de las prohibiciones vigentes. Según el reporte, en las demás naciones del área o había ausencia total de prohibiciones, o sólo se prohibía la publicidad en radio y televisión, pero no en otros medios impresos, ni en ninguna de las formas de publicidad indirecta.⁶

Aplicación de impuestos a los productos de tabaco

Actualmente se conoce que subir los precios de los productos de tabaco a través de la aplicación de impuestos altos es la manera más efectiva de disminuir el consumo y estimular a los fumadores a dejar de fumar.³¹ Con esta medida, los gobiernos también se benefician directamente al incrementar sus recaudaciones fiscales, lo cual a su vez provee los recursos económicos necesarios que podrían aplicarse en el control del tabaco y otros programas sociales.³²

No hay acuerdo sobre lo que constituye un impuesto óptimo a los productos de tabaco, debido a que es difícil calcular los costos externos que los fumadores imponen a los que no lo son.³³ Sin embargo, sí se puede observar el porcentaje de impuestos adoptados por los países que disponen de políticas completas y efectivas de control del tabaco. En dichos países, el componente impositivo del precio total del paquete de cigarrillos supone entre dos terceras (66%) y cuatro quintas partes (80%) del precio total final.

Según el informe MPOWER⁶, a finales de 2008, Cuba (87%), Venezuela (78%), Chile (76%), Argentina (68%), Uruguay (66%), México y Canadá (65%), Ecuador (64%) y República Dominicana (62%) eran los países con un componente impositivo dentro o cerca del rango antes descrito como más deseable. Otros 18 países aplicaban impuestos que representan entre 26 y 50% del precio, mientras que los cuatro países con los impuestos más bajos eran: Bahamas (25%), Nicaragua (23%), Paraguay (19%) y Santa Lucía (14%). Es interesante ver a países productores y con altas prevalencias de fumadores, como Cuba y Argentina, en los primeros puestos de esta lista. Sin embargo, debemos considerar que ambos países tienen bajos precios (en dólares) para los cigarros.

A finales de 2008 el precio promedio de un paquete de 20 cigarros⁶ oscilaba en la región de las Américas entre 20 centavos de dólar en Paraguay hasta 6.48 dólares norteamericanos en Canadá. Otros países con precios bajos eran Cuba (0.30 dólar), Bolivia (0.78), Colombia (0.80) y Honduras (0.95). Mientras que en la mayoría de los países latinoamericanos una cajetilla se vendía por menos de 1.50 dólares: Brasil (1.03), Argentina (1.11),

Perú (1.27), Costa Rica (1.35); en las naciones caribeñas de habla inglesa predominaban los precios de más de dos dólares, por ejemplo: Saint Kitts y Nevis (1.85), San Vicente y Granadinas (2.00), Trinidad y Tobago (2.22), Antigua y Bermuda (2.56), Granada (2.96), Belice (3.50), Santa Lucía (3.70), Bahamas (4.29), Jamaica (5.05) y Barbados (5.50). También había países latinoamericanos con precios cercanos y superiores a los dos dólares, como Uruguay (1.85), Panamá (1.96), Chile y México (2.07), Ecuador (2.22), República Dominicana (2.82) y Venezuela (3.96).

La lista anterior de precios promedios muestra variabilidad entre los países, a la vez que no refleja la aún mayor variabilidad de precios al interior de cada país. Por ejemplo, en México durante 2008 se podían encontrar marcas nacionales como Faros con filtro a 12.00 pesos, lo cual es aproximadamente dos dólares más barato que el precio de una cajetilla de Marlboro regular, que se vendía a 30.00 pesos. El otro hecho no considerado hasta ahora es la amplia disponibilidad de cigarros sueltos y que por lo tanto, cada unidad en venta tiene un precio accesible a casi cualquier presupuesto individual, incluido el de los menores de edad. Por supuesto que ello debilita los intentos de reducir el consumo de tabaco a través de la aplicación de medidas económicas. Sobre el problema del contrabando no se dispone de estimados precisos, pero se le reconoce como un problema bastante difundido en la región.^{26,34}

Conclusiones

En los últimos años los avances en materia de control del tabaco en los países latinoamericanos son significativos. Si se compara lo descrito aquí con una revisión similar preparada en 2002,³⁵ los cambios son evidentemente positivos y muy probablemente están influidos por la aprobación del CMCT. Igualmente importantes son las mejoras en los sistemas de vigilancia que en la mayoría de los países hoy cuentan con datos recientes de representatividad nacional, particularmente de su población adolescente.

Sin embargo, los progresos logrados no deben disminuir nuestra capacidad de crítica ante la situación actual. Ciertamente se trata de un avance cuando, por ejemplo, existía un impuesto muy bajo y se hace algún incremento. Pero, ¿con ello se está logrando un precio suficientemente alto y que contiene el impuesto como porcentaje del precio de venta dentro del rango que se considera más efectivo? Preguntas como ésta son las que se deben hacer constantemente. Igualmente, es válido cuestionarse si la legislación vigente es suficientemente clara en cuanto a que lo único que garantiza no exposición al humo de tabaco es la creación de espacios 100%

libres de humo. A veces los tecnicismos y las sutilezas del lenguaje abren las puertas a interpretaciones ajenas a nuestros intereses de salud pública. Respecto de la publicidad, debemos recordar siempre que limitar a la industria con medidas parciales impacta poco en el consumo, pues cualquier prohibición que no sea total brindará resultados por debajo de lo esperado.

En el tema del control del tabaco, como en muchos otros, nuestros logros no se pueden medir solamente en tanto avances respecto de una situación anterior más precaria, sino respecto de un estándar alto reconocido. En este caso, ese estándar es el conjunto de medidas propuestas en el CMCT, y su forma sintética, el paquete MPOWER. Desde esta perspectiva, no es desatinado concluir que en la región todavía hay que reforzar las capacidades nacionales para el monitoreo y vigilancia de la epidemia; trabajar para superar el todavía bajo número de leyes nacionales y locales que promueven espacios 100% libres de humo de tabaco; ofrecer más opciones de ayuda y hacer más accesibles los medicamentos que requieren todos los que desean dejar de fumar; apearse a los lineamientos que definen lo que es una advertencia sanitaria adecuada; prohibir toda forma de publicidad, mercadeo y patrocinio por parte de las tabacaleras; y elevar los precios de todos los productos de tabaco a través de la aplicación de impuestos.

Claro que los arriba mencionados sólo son retos generales que se corresponden con cada una de las acciones cuyas letras iniciales forman el acrónimo MPOWER. Otros asuntos pendientes han sido poco discutidos en esta revisión, aunque son particularmente relevantes para una región donde existe tradición de cultivo del tabaco. Por ejemplo, la búsqueda de alternativas que representen una opción económicamente atractiva para los productores individuales y la eliminación de subsidios a la producción y venta de tabaco. También falta trabajar por reducir el consumo de tabaco entre los profesionales de la salud, desarrollar campañas educativas más creativas, iniciar juicios contra las tabacaleras, castigar la venta de cigarros sueltos, combatir el contrabando y rechazar los intentos filantrópicos de la industria en su interés por mejorar su imagen social a la vez que vende un producto que enferma y mata. Éstos son algunos ejemplos de lo que se ha denominado "los 21 retos del siglo XXI para el control del tabaco"³⁶ y que no sólo son aplicables para Latinoamérica, si no a todos los países de ingresos bajos y medios en los cuales se concentra la industria tabacalera.

La EMTJ, en tanto herramienta de vigilancia, es valiosa para señalar las oportunidades para intervenir inmediatamente, como son la necesidad de educar más a la población joven sobre el tema de la adicción; de limitar el acceso de los adolescentes al tabaco aun en

contextos donde ya existe una edad límite, generalmente de 18 años; así como para evitar que representantes de la industria contacten directamente a los jóvenes para entregarles muestras gratis u objetos promocionales.

Los datos de la EMTJ también advierten acerca del panorama futuro de las enfermedades y muertes atribuibles al consumo de tabaco. En ningún momento anterior se había observado que la prevalencia de fumadores fuera similar para hombres y mujeres y que el inicio de consumo se diera en edades inferiores a 15 años. Las implicaciones epidemiológicas de esta realidad son alarmantes, porque significa que a edades más tempranas en la adultez van a aparecer las enfermedades y muertes atribuibles al tabaco. Por otro lado, de mantenerse la similitud en el consumo de hombres y mujeres que hoy observamos en los adolescentes, habría que reconsiderar las proyecciones de mortalidad por tabaco disponibles actualmente y que probablemente estén subestimadas.

El tabaco es una planta originaria del continente americano, pero ello no nos obliga a aceptar las prácticas de su consumo impuestas por una industria que desprecia la salud pública. La última década ha sido un tiempo de grandes transformaciones en materia del control del tabaco en la región de las Américas y seguramente lo seguirá siendo en la medida en que no prevalezca el conformismo con lo ya hecho, o que se busquen sólo los requisitos mínimos que establece el CMCT. Una revisión como la aquí presentada es útil no sólo para reconocer los avances, sino también para hacer los ajustes necesarios y reducir los puntos pendientes en la agenda latinoamericana para el control del tabaco.

Declaración de conflicto de intereses

Declaro no tener conflicto de intereses.

Referencias

- World Health Organization. The World Health Report 2003: shaping the future. Geneva, World Health Organization, 2003 [consultado: 2010 abril 5]. Disponible en: www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. US: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- Mather CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006;3(11):e442.
- Organización Mundial de la Salud: Convenio Marco para el Control del Tabaco. Geneva: World Health Organization [consultado: 2010 abril 3]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>.
- World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization 2008. Disponible en: www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf sitio visitado el 17 de abril de 2008.
- World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic. Implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf sitio visitado el 3 de abril de 2010.
- World Health Organization: International Consultation on Tobacco and Youth: What in the world works? Final Conference Report. Singapore: World Health Organization, 1999.
- World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- Ezzati M, Henley SJ, Lopez AD, Thun MJ. Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs. *Int J Cancer* 2005;116:963-971.
- Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation* 2005;112:489-497.
- Comisión Económica para América Latina. División de Población y Desarrollo. Información demográfica. CEPAL [consultado: 2010 marzo 11]. Disponible en www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.
- Warren Ch, Asma S, Lee J, Lea V, Mackay J. Global tobacco Surveillance System. The GTSS Atlas. Atlanta, USA: CDC Foundation, 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Lista de partes del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Geneva: World Health Organization [consultado: 2010 abril 2] Disponible en: www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html.
- Reynales-Shigematsu LM, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
- Global Tobacco Surveillance System Collaborating Group: Global Tobacco Surveillance System (GTSS): Purpose, Production, and Potential. *J School Health* 2005;75:15-24.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, US: 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, 2006.
- American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers. Position Document on Environmental Tobacco Smoke. Approved by ASHRAE Board of Directors June 30, 2005 [consultado: 2008 abril 17]. Disponible en: www.ashrae.org/docLib/20058211239_347.pdf.
- Heironimus J. Impact of workplace restrictions on consumption and incidence. *Tobacco Documents Online*, 1992 [consultado: 2010 abril 2]. Disponible en: <http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>.
- Rock, BA. Ventilación for environmental tobacco smoke. Butterworth-Heinemann, January 2006.
- Sebrie EM, Glantz SA. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tob Control* 2007;16(5):e6.
- Aguinaga Bialous S, Shatenstein S: Profits Over People. Tobacco Industry Activities to Market Cigarettes and Undermine Public Health in Latin America and the Caribbean. Washington DC: Pan American Health Organization, 2002.
- Ley General para el Control del Tabaco. Publicada en el Diario Oficial de la Federación. 30 de mayo de 2008, México.

24. Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal. Aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal el 26 de febrero. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. 4 de marzo de 2008, México.
25. Global Smokefree Partnership. Global Voices Report: Rebutting the Tobacco Industry, winning smokefree air, 2009 Status Report, 2009 [consultado: 2010 mayo 21]. Disponible en: http://www.globalsmokfreepartnership.org/ficheiro/GV_report_Es_web.pdf.
26. Framework Convention Alliance. News: a) "Peru passes smoke-free law"; b) "Paraguay increases pictorial warnings"; c) "Uruguay tops health warning list"; d) "The illicit tobacco trade in the MERCOSUR countries" [consultado: 2010 mayo 21]. Disponible en: www.fctc.org/.
27. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: Nicotine Addiction. 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, 1988.
28. Hughes RJ, Hatsukami D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Arch. Gen Psychiatry* 1986;43:289-94.
29. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database System Review* 2004;(3):CD000146.
30. Hammond D, et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 2006;15(suppl 3):iii19-iii25.
31. WHO Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2004.
32. Jha P, et al. Tobacco Addiction. In: Jamison DT, et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. New York: Oxford University Press and Washington DC, World Bank, 2006:869-885.
33. Organización Panamericana de la Salud-Banco Mundial. La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, DC: OPS, 2000 [Publicación Científica # 577].
34. Armendares PE, Reynales LM. Expansión de la industria tabacalera y contrabando: retos para la salud pública en los países en desarrollo. *Salud Publica Mex* 2006;48(supl 1):S183-S189.
35. Valdés Salgado R, Hernández Ávila M, Sepúlveda Amor J. El consumo de tabaco en la Región Americana. Elementos para un programa de acción. *Salud Publica Mex* 2002;44(supl 1):S125-S135.
36. Glynn T, Seffrin JR, Otis WB, Grey N, Ross H. The Globalization of Tobacco Use: 21 Challenges for the 21st Century. *Ca Cancer J Clin* 2010;60:50-61.