

Las estrategias para el control del tabaco y su racionalidad

DR. EDUARDO BIANCO ¹**RESUMEN**

El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte según la Organización Mundial de la Salud. El tabaco mata, anualmente, más personas que el HIV/SIDA, los accidentes de tránsito, el alcoholismo, las drogas ilegales, los homicidios y los suicidios, juntos. La mayoría de las muertes por tabaco se deben a enfermedades cardiovasculares. La gran mayoría de los fumadores se inicia en la adolescencia y queda atrapada en una adicción que se considera tan o más intensa que la provocada por la cocaína o la heroína. Hace poco tiempo el gobierno uruguayo anunció una serie de decretos que movilizaron a los medios de comunicación y pusieron el problema del tabaco en la opinión pública, generando un debate sobre lo apropiado o no de estas medidas.

Los profesionales de la salud, incluidos los cardiólogos, hemos estado al margen durante mucho tiempo de la responsabilidad profesional y social que nos compete en el control del tabaco. En gran parte, esto se ha debido a desinformación. Este artículo de revisión pretende aportar información sobre la naturaleza, magnitud y características del problema del tabaco, que esperamos ayude a muchos cardiólogos a entender tanto este complejo problema como la racionalidad de las medidas que se han propuesto, y las que se promoverán en un futuro cercano.

Dichas medidas forman parte del Convenio Marco para el Control del Tabaco, el primer tratado de salud pública mundial, que nuestro país ha ratificado y, por lo tanto, comprometido a cumplir y que ya está vigente.

PALABRAS CLAVE: TABAQUISMO
ESTRATEGIAS
REVISIÓN [TIPO DE PUBLICACIÓN]

SUMMARY

Tobacco consumption is the main worldwide avoidable death causing, regarding World Health Organization (WHO). Annually, tobacco kills more people than AIDS, traffic accidents, alcohol, illegal drugs, homicides and suicides, together. Most of the tobacco related deaths are caused by cardiovascular diseases. Usually, the smoker initiates their consumption and gets hooked by an addiction, as strong as cocaine or heroin, when he is a teen. Recently, Uruguayan's Government announced some decrees that got mass media attention and the tobacco problem fully reached public opinion, causing debate regarding measures appropriateness.

By disinformation, health care professionals, including cardiologists, have stood long time aside to our professional and ethic responsibility related to the tobacco control issue. This review article expects giving information about the nature, magnitude and features of the tobacco problem, in order to help many cardiologists to understand this complex matter as well as the rationality of the measures proposed and the ones that will be announced in a short time.

All these measures integrate the WHO- Framework Convention for Tobacco Control, the first health global treaty that Uruguay ratified. The treaty entered in force and our country is committed to enforce.

KEY WORDS: SMOKING
STRATEGIES
REVIEW [PUBLICATION TYPE]

1. Cardiólogo. Técnico en Análisis y Modificación de la Conducta de SUAMOC (Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta).

Director del Programa para el Control del Tabaco de la Fundación InterAmericana del Corazón (Dallas, Texas, EEUU).

Director para Latinoamérica de Framework Convention Alliance (Ginebra, Suiza).

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA DEL TABACO

El consumo de tabaco o tabaquismo es conocido por el hombre desde hace miles de años, pero recién en el siglo XX adquiere los niveles con los que se le conoce actualmente. Se estima que 1.150 millones de personas eran consumidoras de tabaco a nivel mundial en la década de 1990, y la mayoría de ellas se había iniciado antes de los 18 años de edad⁽¹⁾. Este consumo suele generar una dependencia o adicción que no es nada fácil de superar. La exposición al humo del tabaco produce una intoxicación crónica que ocasiona severos daños a la salud, tanto de los consumidores como de los que son expuestos involuntariamente al humo del tabaco.

El costo humano del tabaquismo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es de 4,9 millones de muertes por año, constituyendo la principal causa evitable de muerte del mundo. Mientras que para el Banco Mundial el tabaquismo causa una pérdida de divisas de 200.000 millones de dólares por año a los estados^(1,12).

A pesar del conocimiento del daño, este consumo no es fácil de erradicar porque está muy arraigado en las costumbres sociales de la mayoría de los países, por la severa adicción que causa en sus consumidores, y porque existe un "vector" con un gran poder económico y político que impulsa la epidemia y se beneficia de ella: la industria tabacalera.

El problema del tabaco es un problema "global" y requiere una respuesta "global". Por ello la ex directora general de la OMS, la Dra. Gro Harlem Brundtland, propuso a la Asamblea Mundial de la Salud el desarrollo de un tratado mundial para abordar este problema: el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Este convenio requirió casi cuatro años de duras negociaciones, pero concluyó en un texto de consenso adoptado por unanimidad el 21 de mayo de 2003, durante la 56^a Asamblea Mundial de la Salud, por las 192 naciones que la integran.

El CMCT no plantea una "ley seca" ni hará desaparecer el problema del tabaco, pero puede constituirse en una herramienta extremadamente efectiva para frenar la evolución actual de la epidemia de tabaquismo. Para ello cada país debe lograr aplicar las disposiciones más fuertes que el convenio plantea e implementar su aplicación adecuadamente, si no, este tratado puede quedar sólo como "otro tratado más", carente de toda efectividad.

Dependerá de los gobiernos, de la sociedad civil y en especial del sector salud que ocurra una otra de estas opciones.

Conocer este tratado (sus fundamentos, sus principales aspectos) y aprender a utilizar argumentos para defenderlo de los ataques de la industria tabacalera y sus aliados, es fundamental para todos aquellos que creemos que el derecho a la vida y a la salud está por encima del derecho comercial de una industria.

Es por ello que los profesionales de la salud deben conocer perfectamente los diferentes aspectos del complejo problema que representa la epidemia de tabaquismo, así como conocer a fondo la racionalidad de las medidas contenidas en el CMCT.

El CMCT es más que un tratado internacional, es un movimiento de salud pública mundial que está impulsando el control del tabaco en todos los rincones del mundo, y que se presenta como una herramienta invaluable para enfrentar uno de los principales desafíos de la historia de la salud pública de la humanidad.

LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA

En el pasado las enfermedades transmisibles, desarrollando grandes epidemias, eran las que dominaban la patología humana y monopolizaban la atención de los gobiernos y las autoridades sanitarias.

En el siglo XX los importantes descubrimientos científicos y la aplicación sistemática de medidas sanitarias adecuadas ha logrado reducir y hasta erradicar varias de aquéllas. Pero también en este siglo el desarrollo tecnológico y el estilo de vida que ha adoptado el hombre lo ha expuesto a muchos agentes que ponen en riesgo su vida. De todos estos agresores generados vinculados al estilo de vida, el más intenso y grave, por sus importantes repercusiones sanitarias, es el consumo de tabaco⁽²⁾.

El tabaquismo no es una enfermedad infecciosa transmisible, sin embargo el consumo de tabaco se ha difundido amplia y rápidamente en prácticamente todos los países o culturas en la cuales ha ingresado, salvo que aspectos religiosos o culturales lo hayan impedido. No ha respetado sexo, raza, edad, ni condición económica o social. Utilizando todos los medios de transporte ha logrado llegar a los lugares más alejados de la tierra y abunda aún en

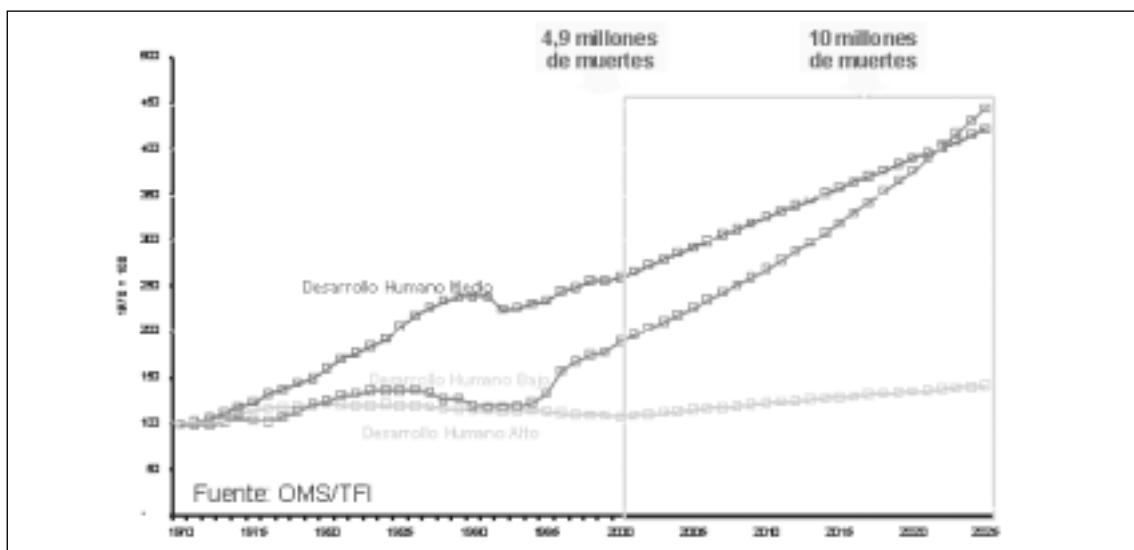


FIGURA 1. Proyección hasta el año 2025 del consumo mundial de cigarrillos según nivel de desarrollo si no cambia el consumo per cápita, suponiendo un incremento de 2% de ingresos y crecimiento medio de la población.

zonas donde faltan o escasean elementos imprescindibles para la vida humana (2,12).

Si bien desde hace siglos los médicos han venido advirtiendo sobre los daños vinculados al consumo de tabaco, es recién a mitad del siglo XX, con el estudio de Doll y Hill sobre la relación entre cáncer de pulmón y tabaquismo, que se confirma en forma inequívoca la relación entre este consumo y una enfermedad mortal (3). Este estudio y otros similares sirvieron de base al informe del Real Colegio Inglés (1962) y al del Cirujano General de Estados Unidos (1964), los cuales motivaron la implementación de medidas regulatorias que iniciaron un descenso progresivo de la prevalencia del consumo en estos países.

A pesar de ello, durante la segunda mitad del siglo XX el tabaquismo aumentó en forma constante y alarmante a nivel mundial, fundamentalmente en los países no desarrollados, y las repercusiones físicas generadas por el mismo se constituyeron en la principal causa de muerte, anticipada, evitable, en el mundo (4).

El tabaquismo se encuentra entre las más grandes causas de muerte prematuras y prevenibles de toda la historia de la humanidad (1).

Es por estas consideraciones que organismos internacionales dedicados a la salud, como la OMS, han decidido utilizar la denominación "epidemia" para referirse a la situación sanitaria generada por el consumo de tabaco a nivel mundial.

EL DESVÍO DE LA EPIDEMIA

Actualmente fuma 30% de la población mundial. Si continúa la tendencia actual, en el año 2020 alcanzaría 35% (12).

El consumo de tabaco se ha transnacionalizado rápidamente en las últimas décadas. Si bien se ha mantenido estable en los países más desarrollados, ha venido creciendo rápidamente en los países con economías de ingresos medios desde la década de 1980, mientras que los países menos desarrollados han sufrido un incremento significativo y rápido desde 1995.

Si no se toman medidas adecuadas, las 5 millones de muertes que hoy se atribuyen al tabaco en el mundo se duplicarán en 20 años, y la mayoría de esas defunciones ocurrirán en los países menos desarrollados (figura 1).

EL TABACO EN LAS AMÉRICAS

En las Américas, según datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el tabaco mata más de un millón de personas por año, de las cuales corresponderían a Latinoamérica 506.000 y al Caribe 5.601. Estos datos están basados en el informe de OPS sobre la Salud en las Américas, edición 2002, que recoge información sobre la mortalidad ocurrida entre 1990 y 1994.

Actualmente, el tabaco mata a uno de cada cinco latinoamericanos. La OMS pronostica que en América Latina el número de muertes

TABLA 1. PRINCIPALES SUSTANCIAS TÓXICAS Y CARCINOGÉNICAS CONTENIDAS EN EL HUMO DEL TABACO.

Irritantes y tóxicos:

- Benzopireno
- 2-Naftilamina
- 4-Aminobifenil
- Benceno
- Clorhidrato de vinilo
- Arsénico
- Cromo
- Polonio-210

Carcinógenos:

- Amoníaco
- Formaldehído
- Monóxido de carbono
- Nicotina
- Tolueno
- Dióxido de nitrógeno
- Cianuro de hidrógeno
- Acroleína
- Acetaldehído

causadas por el tabaco se triplicará en los próximos 20 años.

La publicación del Banco Mundial *Curbing the Epidemic* estimaba que el número de fumadores en Latinoamérica era de 95 millones, lo que correspondería a 8% del total de fumadores a nivel mundial. Estos datos reflejarían los niveles de consumo de mediados de la década de 1990⁽¹⁾.

UN PROBLEMA DE SALUD DIFERENTE

El tabaquismo es un problema de salud diferente a otros^(2,3).

El "agente productor de la enfermedad" (los productos del tabaco) es demandado por los consumidores, forma parte de las costumbres sociales en muchas partes del mundo y goza de aceptabilidad social.

Su consumo es *siempre* peligroso, no sólo cuando se consume en exceso o se abusa del mismo.

Su uso no sólo daña a los que lo consumen, sino también a quienes están expuestos involuntariamente a su humo.

Su utilización es activa y enérgicamente publicitada en base a una hábil, persuasiva, insinuante, continua y costosa propaganda por todos los medios de difusión, utilizada a menudos inescrupulosos.

Genera importantes movimientos de dinero que tienen importancia social y económica,

TABLA 2. OTRAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL TABACO^(6,9)

Pleuropulmonar: infecciones, EPOC (75-85%), agravan asma, neumonías (50%).

Digestivo: dispepsia, úlcera gastroduodenal, cáncer gástrico, cáncer de colon.

Genital: disfunciones sexuales y de fertilidad, cáncer de cervix.

Óseo: osteopenia y osteoporosis.

Piel: más arrugas y cambios de color.

Bucodental: leucoplaquia, deterioro dental, gingivitis.

Immunológico: disminución.

Ocular: cataratas.

Metabólico: perturban metabolismo de hidratos de carbono y grasa.

Psiquiatría: trastornos afectivos, sobre todo depresión.

tanto en países desarrollados como no desarrollados. Existe una enorme red de intereses creados (agricultores, industriales, comerciantes, distribuidores, publicistas, etcétera) de los que participan también los gobiernos y muchas empresas financieras.

Sus efectos sobre el cuerpo son generalmente lentos y a largo plazo, y no suelen determinar una perturbación ostensible del comportamiento humano, como lo hacen el alcohol y otras drogas.

No provoca ninguna "lesión característica", sino que acelera procesos patológicos comunes en el ser humano.

Provoca en la gran mayoría de los consumidores una dependencia muy intensa, que suele ser muy difícil de superar para muchos.

El estilo de vida actual ha facilitado su propagación al ser incorporado como una herramienta para el manejo de los estados emocionales.

Por ser un fenómeno complejo exige ser encarado en forma multidisciplinaria, lo que demanda mucho esfuerzo y recursos.

El tabaquismo suele tener una modalidad propia en cada país, por lo que las soluciones globales deben, necesariamente, ser adaptadas a nivel local.

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

Que el tabaquismo provoca daño a la salud es ampliamente conocido, pero en general no se tiene en cuenta el daño económico y medioambiental que provoca en cada uno de los países.

Es importante que los profesionales de la salud tengan una idea clara de la verdadera

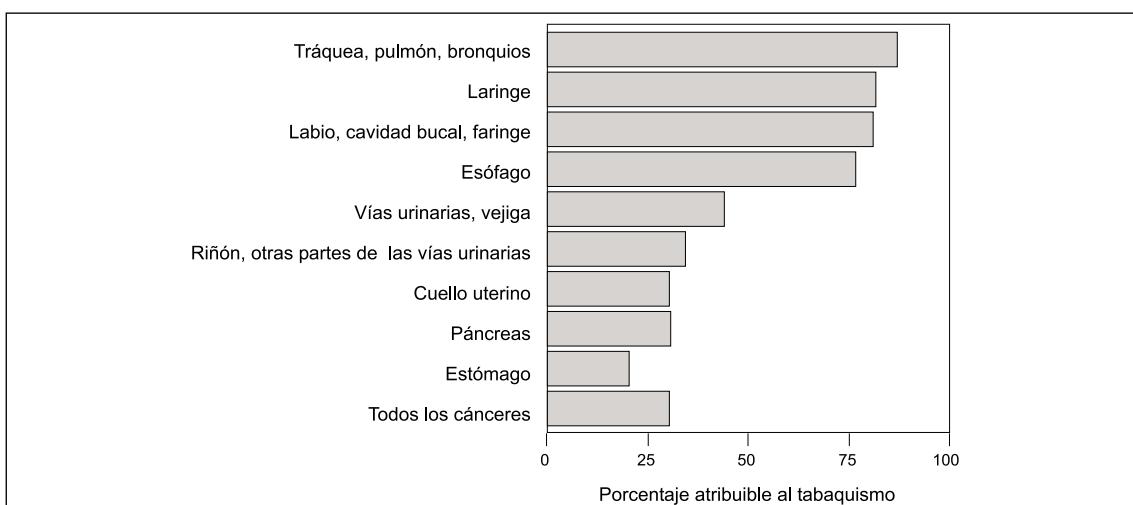


FIGURA 2. Cánceres provocados por el tabaco.

magnitud del daño que provoca el tabaco, para así poder comprender y apoyar las medidas que deberán ser tomadas para controlarlo.

EL COSTO HUMANO

Lo que el fumador introduce en su cuerpo

Cuando una persona fuma introduce en su cuerpo más de 4.000 sustancias, muchas de ellas tóxicas y otras cancerígenas (tabla 1). Este ingreso diario provoca un estado de intoxicación crónica que lenta, progresiva e inexorablemente, va afectando todos los sectores del cuerpo. Esta intoxicación demora 15 a 25 años en provocar alguna de las 50 enfermedades que se han relacionado con el tabaco, pero mucho antes deteriorará la calidad de vida de los fumadores, al afectar la capacidad de reserva funcional de muchos órganos.

Los fumadores inhalan al fumar una porción del humo del tabaco denominada corriente principal (CP) que es la que se aspira a través de la columna encendida de tabaco y el filtro del cigarrillo. Esta constituye 15% del total del humo del tabaco. Los no fumadores inhalan principalmente la corriente lateral (CL), que es el humo que se genera entre pitada y pitada, o cuando el cigarrillo está en el cenicero. La corriente lateral aporta 85% del humo de tabaco ambiental (HTA), que es la resultante de ambas corrientes⁽⁷⁾.

La CP resulta de un proceso de combustión que alcanza, en la punta del cigarrillo, temperaturas de 900 grados centígrados, mientras que la CL es generada a temperaturas más bajas, produciéndose una combustión incomple-

ta, por lo que las sustancias resultantes de las mismas son más tóxicas que las de la CP. Por tal motivo, la CL es más peligrosa que la CP para la salud de los seres humanos.

Los riesgos del consumo

Si bien no existe ninguna enfermedad específica vinculada al consumo de tabaco, y todas las enfermedades también pueden verse en los no fumadores, el problema está en la prevalencia que estas tienen en los fumadores^(5,6).

El tabaco es responsable de 85% a 90% de los cánceres de pulmón, de 30% de todas las muertes por cáncer (figura 2), de 75% a 85% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica, enfisema pulmonar), de 30% de las muertes por enfermedad coronaria^(1,5,6,12).

El riesgo de contraer enfermedades y de morir por fumar es directamente proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos por día y a la cantidad de años que se fume⁽⁸⁾. Es un riesgo acumulativo, dado que se trata de una intoxicación crónica.

Los riesgos de contraer cáncer y sufrir enfermedades cardiovasculares son los más ampliamente difundidos y de conocimiento público, pero existe otra serie de enfermedades que pueden ser provocadas por el consumo crónico de tabaco, que pueden causar la muerte o deteriorar seriamente la calidad de vida del fumador (tabla 2)^(6,9).

Enfermedades respiratorias

El tabaquismo está asociado a un incremento de enfermedades respiratorias, es responsa-

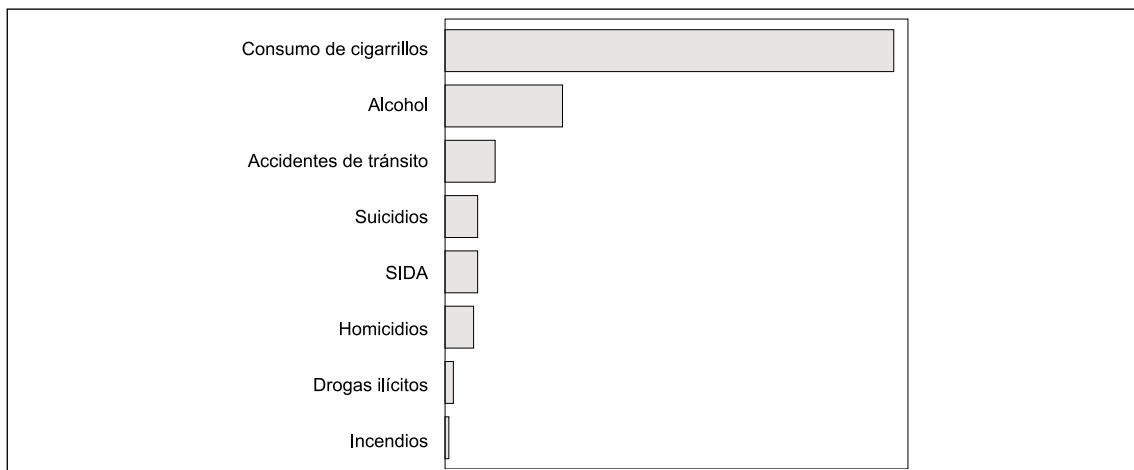


FIGURA 3. Comparación de causas de muerte anuales en Estados Unidos.

(McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270: 2207-12.)

ble de 75% a 85% de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, y de 50% de las neumonías que sufren el fumador.

Enfermedades digestivas

Provoca alteraciones del funcionamiento digestivo (dispepsias), úlcera gastroduodenal, cáncer gástrico, cáncer de colon, etcétera.

Enfermedades genitourinarias

Provoca disfunciones sexuales, que pueden observarse incluso en edades tempranas, llegando hasta la impotencia. También es causa de retraso en la concepción y de infertilidad (tanto en el hombre como en la mujer). Provoca cáncer de vejiga y es responsable de 30% de los cánceres de cuello uterino.

Sistema osteoarticular

El consumo de tabaco es causa de osteopenia y osteoporosis, sobre todo en la mujer postmenopáusica, incrementando los riesgos de fracturas óseas.

Enfermedades bucodentales

El tabaquismo es causa de leucoplaquia (lesiones mucosas blanquecinas, precancerosas), de gingivitis y piorrea, de cáncer de boca, de labio, de lengua y faringe y deterioro del estado de los dientes. Todo esto es causa de halitosis en el fumador.

Enfermedades de la piel

Luego de la exposición a la radiación solar, el segundo factor de riesgo de enfermedades cutáneas es la exposición al humo del tabaco. El tabaquismo expone la piel a múltiples tóxicos y vasoconstrictores que deterioran la circula-

ción cutánea y alteran la elastina, provocando un incremento en la formación de arrugas en la cara y la aparición precoz de las mismas, además de darle un color pálido amarillento a la piel del fumador.

Enfermedades oculares

El tabaquismo incrementa el riesgo de contraer cataratas oculares y sería responsable de 30% de las mismas en el fumador. A su vez, sería causante de degeneración macular, que es una de las causas más frecuentes de ceguera en el adulto.

Enfermedades metabólicas

El consumo crónico de tabaco perturba diversos metabolismos. Afecta el metabolismo de los hidratos de carbono y sería responsable de uno de cada cuatro casos de diabetes del adulto. También afecta el metabolismo de los lípidos dado que incrementa el colesterol total, el LDL colesterol, disminuye el HDL, aumenta los triglicéridos y favorece el depósito de grasa intraabdominal.

Enfermedades psiquiátricas

Existe una estrecha relación entre trastornos afectivos, sobre todo depresión mayor, y tabaquismo^(10,11).

En definitiva, hoy se sabe que todas estas enfermedades causarán la muerte a la mitad de los consumidores crónicos, y la mitad de ellos puede perder 20 a 25 años de expectativa de vida^(1,12).

Cuando comparamos la magnitud del daño que causa el tabaquismo con respecto a otras causas de muerte que reciben mucha atención

de los medios de comunicación, vemos que éste mata más que el alcohol, los accidentes de tránsito, los suicidios, el sida, los homicidios, las drogas ilegales y los incendios...juntos⁽¹²⁾.

El consumo de tabaco es actualmente la mayor causa prevenible de mortalidad en Estados Unidos y en muchos otros países desarrollados. Sin intervenciones efectivas, se predice que el mundo en desarrollo seguirá un patrón similar⁽¹⁾.

Los datos presentados en la figura 3 provienen de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC). Usando un programa de computación especialmente desarrollado (SAMMEC II), el CDC estimó que en Estados Unidos, durante 1990, el tabaco causó 418.690 muertes. Esto incluía el 30% de todas las muertes por cáncer y 21% de las muertes por enfermedad cardiovascular⁽¹³⁾.

EN RESUMEN

El costo humano de la epidemia de tabaco es de casi 5 millones de personas por año, y constituye la principal causa, evitable, de muerte y enfermedad a nivel mundial según la OMS. Las estimaciones para el año 2025 son que para ese entonces serán 10 millones las muertes causadas por el tabaco, y 70% de las mismas ocurrirán en los países no desarrollados.

Esta información coloca al tabaco como un producto especial dado que es el único producto de consumo masivo que mata a la mitad de sus consumidores, aun cuando se consuma "siguiendo las instrucciones de sus fabricantes".

El tabaco es un producto de consumo *único*, particularmente nocivo y, por lo tanto, debe ser tratado de forma diferente con respecto a cómo son tratados el resto de los productos. La industria que los produce debería estar sujeta a regulaciones especiales.

EL DAÑO POR EL HUMO DEL TABACO DE LOS DEMÁS

Pero el tabaco no solo afecta a los consumidores, sino que también enferma y mata a quienes conviven, trabajan o estudian con los fumadores. Ha sido demostrado científicamente, sin ninguna duda, que la exposición al humo del tabaco también daña a los no fumadores expuestos a él.

El fumador está expuesto a las dos corrientes de humo anteriormente mencionadas, pero muchos no fumadores se exponen a diario a la corriente secundaria, que es más tóxica, y sufren sus efectos.

Aun a varios metros de la fuente de emisión (fumador), se detectan concentraciones peligrosas de las sustancias tóxicas del humo del tabaco, y las mismas persisten mucho más tiempo que lo que se demora en fumar (hasta horas), y pueden ser concentradas por los aparatos de aire acondicionado.

La evidencia científica dice que exponerse al humo del tabaco de los demás incrementa hasta 30% el riesgo de enfermar y morir por cáncer, y en 25% a 30% por causa cardiovascular, debido al tabaco, sin haber fumado nunca^(12,13). Estudios publicados recientemente señalan que individuos altamente expuestos al humo del tabaco de los demás, podrían tener un exceso de riesgo de enfermedad coronaria cercano a 50%-60%⁽¹⁴⁾.

El daño provocado por la exposición pasiva al humo del tabaco puede verse en el hogar, como ya lo demostró el clásico trabajo de Hirayama, en el cual las esposas no fumadoras de fumadores presentaban más cáncer de pulmón cuantomásfumaban sus esposos⁽¹⁵⁾.

Pero este daño también puede observarse en el trabajo, como lo demuestran múltiples estudios científicos, que evidencian que la exposición al humo del tabaco de los demás incrementa el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y cáncer, tanto con exposiciones regulares como ocasionales^(16,17).

EL COSTO SOCIOECONÓMICO

Existe un mito que ha sido promovido por la industria tabacalera: "Los estados se benefician económicamente del comercio del tabaco".

El Banco Mundial ha desmentido este mito con un estudio sobre la economía del tabaco a nivel mundial que publicó en 1999, en el cual concluyó que: "Eliminando el tabaco, no sólo no habrá pérdidas económicas sino que muchos tendrán ganancias... El tabaco dificulta el desarrollo justo y sostenido de los pueblos... El control del tabaco forma parte de las medidas para impulsar el desarrollo de los países"⁽¹⁾.

La información disponible muestra que en la mayoría de los países estudiados se gasta más en enfrentar las repercusiones sanitarias y sociales, que lo que realmente aportan los impuestos del tabaco^(1,12,18,19).

EL COSTO AMBIENTAL DEL TABACO

El tabaco es un producto nocivo también para el ambiente en diversas formas. El cultivo del tabaco es uno de los que más agota los suelos, extrayéndoles más nutrientes que cualquier

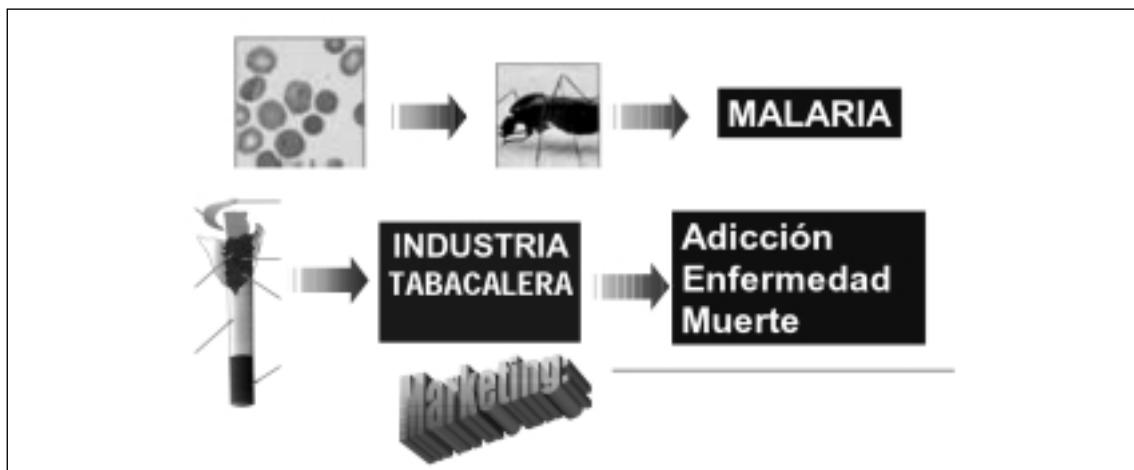


FIGURA 4. El vector de la epidemia.

otro, a lo cual se suma la utilización de poderosos pesticidas, que no sólo afectan los suelos sino a las personas que trabajan en las plantaciones de tabaco⁽²⁰⁾.

La tala de árboles para obtener el papel de los cigarrillos y para la cura de la hoja del tabaco, son causa importante de deforestación en muchos países⁽¹²⁾. A su vez, los productos del tabaco son causa de numerosos incendios, que en Estados Unidos llegan a 25% del total.

Pero sin ninguna duda el daño mayor es producido al medioambiente "interior", los lugares cerrados, que es donde las personas pasan la mayor parte de su tiempo. El humo del tabaco es, sin ninguna duda, el principal contaminante de los ambientes interiores.

LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Si bien la magnitud del problema del tabaco es importante, la naturaleza del mismo no es menor. La mayoría de los consumidores de tabaco se inicia en la adolescencia, y ya en esa época quedan enganchados en un consumo que no será fácil de superar.

El consumo crónico de tabaco se convierte para la mayoría de los consumidores en una dependencia o adicción al consumo de droga⁽²¹⁾. El tabaquismo es una drogadicción legal y, por lo tanto, una "enfermedad crónica con tendencia a la recaída" según el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10). Una adicción es una enfermedad cerebral adquirida, vinculada al consumo de drogas^(22,23), y favorecida por un contexto sociocultural donde la acción de las drogas modifica estructural y funcionalmente el cerebro, determinando una

adaptación del funcionamiento del mismo a la presencia de la droga. El fumador "necesita" biológicamente y psicológicamente de una determinada cantidad de droga en su cerebro para mantener su equilibrio.

El elemento que une todas las adicciones es un pensamiento irracional, obsesivo y recurrente por consumir su droga, que el individuo dependiente se torna incapaz de controlar (*craving*, en inglés). La mayoría de los fumadores, en cuanto dependientes, se tornan incapaces de controlar este impulso obsesivo por fumar^(24,25).

EL VECTOR DE LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO

El tema del tabaco es un problema complejo, pero predominantemente sanitario dada la pesada carga de enfermedad y muerte que provoca, y la naturaleza altamente adictiva del mismo. Por lo tanto debe ser encarado de la misma manera que se encaran otros problemas sanitarios epidémicos.

Cuando se debió enfrentar la epidemia de malaria, se identificó el agente productor y se desarrolló un tratamiento de la enfermedad, pero no fue sino hasta que se pudo controlar el vector o transmisor de la misma (el mosquito), que se logró realmente controlarla.

En el caso de la epidemia de tabaquismo conocemos perfectamente el agente productor (los productos del tabaco) y también el daño causado por los mismos (adicción, enfermedad y muerte), y si no se actúa sobre el vector que disemina la epidemia no se podrá controlar efectivamente la evolución de la misma.

El vector de la epidemia de tabaquismo es la industria tabacalera. No es un vector biológico, es un vector empresarial, pero comparte

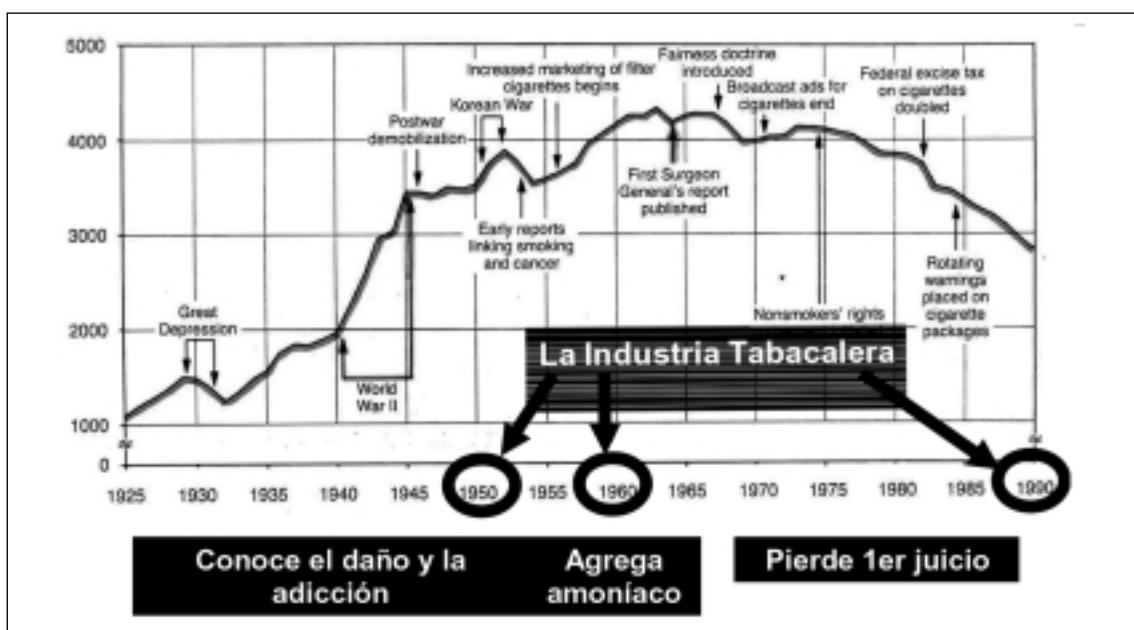


FIGURA 5. La industria tabacalera y la evolución de la epidemia de tabaquismo.

con los primeros muchas características (tendencia a expandirse y a utilizar todos los medios posibles para desarrollarse) (figura 4)⁽²⁹⁾.

Esta industria hasta el momento ha logrado mantenerse al margen de todo control efectivo. Ha logrado evitar que se le apliquen las regulaciones que afectan cualquier otro producto de consumo masivo. Si los productos del tabaco no existieran y hoy día alguien los "inventara" y quisiera introducirlos en el mercado, no podrían superar los controles que se exigen a los demás productos de consumo.

La industria tabacalera está desarrollando actualmente costosos esfuerzos a nivel mundial para presentarse como una industria "socialmente responsable", preocupada por el bienestar de la comunidad, que participa y apoya toda actividad que ayude a este fin.

Pero esta postura es simplemente una estrategia comercial para conseguir su objetivo principal: mantener sus elevadas ganancias para bienestar de... sus accionistas⁽²⁶⁾.

A principios de la década de 1990, se registra un hecho histórico que cambia la historia del control del tabaco: la industria pierde su primer juicio en Minnesota (Estados Unidos). En este juicio salen a luz documentos confidenciales de la industria, que son decisivos para el veredicto final. Luego de este hecho, y dada la posibilidad de que otros estados de Estados Unidos también sometieran a juicio a las tabacaleras, las mismas decidieron

realizar un Acuerdo Maestro (Master Settlement), en el cual se comprometieron a indemnizar a los estados con casi 300 mil millones de dólares y a exponer sus documentos públicamente hasta el año 2010, incluidos los confidenciales.

El análisis de la información contenida en millones de páginas nos ha permitido conocer que la industria ha estado en pleno conocimiento del daño que provocan sus productos y de la naturaleza altamente adictiva de los mismos desde la década de 1950, pero decidió ocultar esta información, negarla, y generar información discordante para mantener la duda y proteger su negocio^(27,28). Pero no sólo eso hemos conocido gracias a estos documentos, sino que los mismos nos revelan que la industria utilizó la información científica proveniente de sus laboratorios para incrementar la capacidad adictiva de sus productos, mediante el agregado de aditivos, como el amoníaco, con el objetivo de incrementar sus ganancias (figura 5).

EL SECRETO DEL ÉXITO DE LA INDUSTRIA TABACALERA

Varios son los elementos que le han permitido a la industria tabacalera alcanzar las dimensiones que tiene actualmente⁽²⁹⁾:

Bajo costo de producción. El paquete de cigarrillos es una fracción muy pequeña del costo del paquete en el mercado. En Estados Unidos el costo de producción del

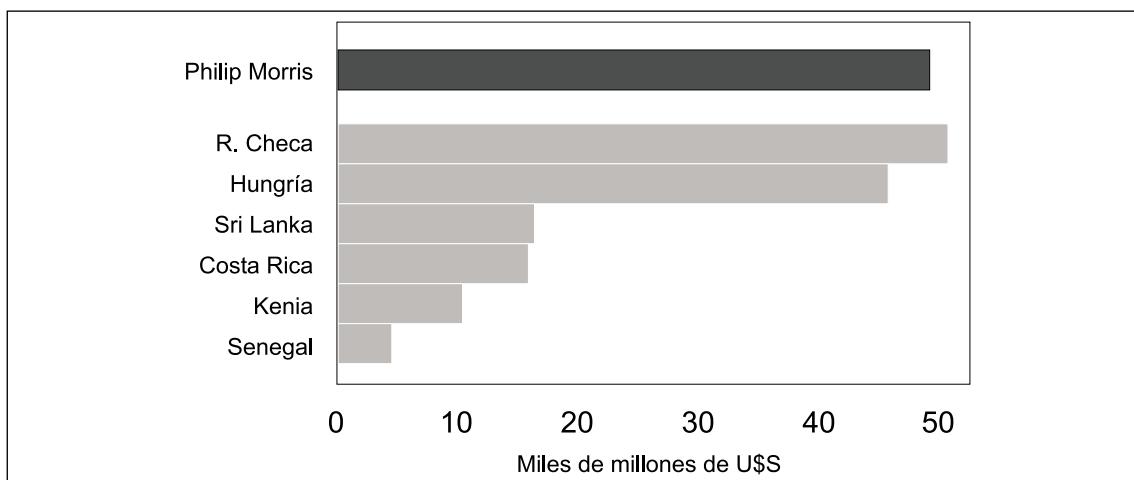


FIGURA 6. Ingresos en dólares de EE.UU. de Philip Morris (ALTRIA) por ventas de cigarrillos y el producto bruto interno anual de algunos países (2000).

Fuente: Philip Morris, Banco Mundial.

paquete de cigarrillos es de aproximadamente 0,02 dólares.

Oligopolio. Tres grandes multinacionales tabacaleras (Philip Morris, British American Tobacco y Japan Tobacco International), dominan 40% del mercado mundial y coordinan acciones entre sí, funcionando a la manera de un cartel. Progresivamente estas multinacionales acrecentaron su poder al ir adquiriendo las tabacaleras nacionales en muchas partes del mundo.

Extenso mercado mundial. La globalización les permite llegar a todas partes del mundo, sobre todo a los países no desarrollados, donde existen grandes poblaciones que pueden ser potenciales consumidores. Sus principales objetivos comerciales en estos países son las mujeres y los jóvenes.

No asumir la responsabilidad del daño causado por sus productos. A diferencia del resto de las industrias, que deben afrontar los daños causados por sus productos, a la industria tabacalera no se le ha exigido esta responsabilidad en la mayoría de los países, hasta el momento.

Comercializar productos altamente adictivos. La presencia de nicotina en el tabaco, una droga de capacidad adictiva igual o mayor que la de la cocaína o de la heroína, hace que los productos del tabaco se difundan rápidamente en todas las sociedades en las que penetran. Como dicen los propios documentos de la industria: "Con nicotina somos capaces de vender arena en el desierto".

Excelente sostén publicitario. Esta in-

dustria invierte en publicidad un 50% más que el promedio del resto de las industrias, y la misma suele ser excelentemente diseñada para cumplir sus objetivos y alcanzar sus poblaciones blanco. A través de la inversión en publicidad, la industria tabacalera tiene maniatados a los medios de comunicación y a los publicistas.

Estar exentos de normas reguladoras. Esta industria es la única que escapa a las regulaciones que se aplican a todos los otros productos que son comercializados en el mercado.

Enorme poder económico y político. Esta industria moviliza anualmente 400 mil millones de dólares. Tiene enormes ganancias y genera impuestos que son importantes para muchos gobiernos. Esto le permite ejercer una gran influencia política en muchas naciones. Los ingresos anuales de estas multinacionales tabacaleras superan los productos brutos internos anuales de muchos países (figura 6).

La trama social creada por la industria. Uno de los elementos críticos para el éxito de esta industria es el haber sabido crear y mantener una trama social que podríamos definir como una "conspiración del silencio", para su beneficio propio. El objetivo final de esta trama es la desinformación y lograr que nadie tome conciencia de la magnitud y naturaleza del problema. En esta trama están incluidos:

- Los consumidores, que en cuanto adictos no conscientes de la verdadera razón del consumo, demandan por el

mismo y se sienten perseguidos o discriminados por medidas que pretenden ayudarles a liberarse de esta dependencia. La industria ha trabajado incansablemente para que sus consumidores no tomaran conciencia de su adicción, mientras públicamente sostienen la teoría de la "libre elección del adulto", a pesar de ser plenamente conscientes de que la verdadera razón del consumo es la capacidad adictiva de la nicotina.

- Los gobiernos, que tienen la creencia de que los ingresos fiscales provenientes de la industria son una "ganancia" cuando en realidad, la mayoría de los países debe gastar mucho más en el costo generado por el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tabaco, y en el subsidio de las discapacidades generadas por las mismas. Sin hablar del "costo humano" que significan las muertes anuales causadas por el tabaco en cada uno de los países.
- Los políticos. En muchos países la industria tabacalera financia las campañas

electorales de los diversos partidos políticos además de hacer *lobbying* directo.

- Los medios de comunicación. En muchos países los medios masivos de comunicación se sienten dependientes económicamente de la industria tabacalera. Cuanta más publicidad de la industria tienen, menos propensos a informar sobre el problema del tabaco.
- Organizaciones sociales. Muchas instituciones y organizaciones sociales importantes (deportivas, culturales, educativas, etcétera) de muchas naciones reciben "donaciones" de la industria para el desarrollo de sus actividades. Este hecho suele inhibirlas de apoyar acciones contra las mismas.
- La comunidad. La mayoría de las personas que no fuman no tienen conciencia de la adicción que genera el tabaco, de la magnitud del daño que este causa a los consumidores, ni de la importancia del riesgo de la exposición pasiva al humo del tabaco. Por lo tanto, no toman una actitud pro activa para resolver el mismo. La industria se ocupa especialmente en mantener desinformada a la comunidad.

Una respuesta global para un problema global: el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud

HISTORIA

Dada la naturaleza global del problema del tabaco, la interdependencia de los mercados, el poder de la industria tabacalera y la ausencia de normas efectivas para el control del tabaco en la mayoría de los países, los delegados de la 9^a Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud adoptaron una resolución en octubre de 1994, en la cual urgían a la OMS a adoptar una estrategia internacional para el control del tabaco. La Asamblea Mundial de la Salud encargó al director general de OMS, Dr. H. Nakajima, hacer un informe sobre las distintas posibilidades para abordar una respuesta de este tipo. La OMS contrató como consultores, para definir este punto, a los profesores Allyn Taylor y Ruth Roemmer, quienes en julio de 1995 recomendaron el desarrollo e implementación de un Convenio Marco para el

Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. Esta propuesta inicialmente encontró cierta resistencia y se sugirieron otras opciones, que los citados profesores rechazaron manteniendo su recomendación inicial. En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) aprobó la resolución de convocar al desarrollo de este Convenio Marco. Tres años después, estando la Dra. Gro Harlem Brundtland como directora general de la Salud, la AMS adoptó por unanimidad la resolución de iniciar el proceso del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Esta resolución estableció un grupo de trabajo que preparó un borrador y la convocatoria a un Cuerpo Inter-gubernamental de Negociación para analizar y negociar el texto del tratado, que sería presentado posteriormente a la AMS. En mayo de 2000 el grupo de trabajo envió su informe final a la

AMS, que promulgó el inicio de las negociaciones políticas formales. La primera reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental (Ginebra, 16 a 21 de octubre de 2000) estuvo precedida de una audiencia pública sobre cuestiones relacionadas al Convenio Marco para el Control del Tabaco. El 21 de mayo de 2003 los 192 estados miembros de la AMS adoptaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco por consenso^(30,31).

En el momento actual, más de 90% de los estados miembros de la AMS han firmado el CMCT, y 74 ya lo han ratificado, incluido Uruguay. Este tratado entró en vigor el 27 de febrero de 2005 para los países que han ratificado. La primera reunión del órgano de gobierno, la Conferencia de las Partes, tendrá lugar en febrero de 2006.

EL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO

El CMCT, el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS, se constituirá en el primer tratado sobre salud pública de la historia de la humanidad. Es un tratado basado en pruebas científicas, producto de tres años de intensas negociaciones, donde primero se logró un consenso cognitivo, para posteriormente llegar a un consenso normativo.

Este convenio no elimina el problema del tabaco, pero si se aplica adecuadamente será una herramienta efectiva para frenar la actual evolución de la epidemia.

Hay que comprender, también, que este convenio fue producto de una dura negociación política, que se manejó sobre la base del consenso hasta la última ronda de negociaciones. La necesidad de alcanzar este consenso entre 192 países condujo a que no fueran colocadas explícitamente en el texto del mismo una serie de importantes medidas que fueron consideradas en el transcurso de la negociación. Pero el texto del CMCT posibilita que a nivel nacional cada uno de los países pueda alcanzar la implementación de las mismas.

OBJETIVO DEL CONVENIO

El objetivo principal de este convenio⁽³⁰⁾ es: "proteger a las generaciones presentes y futuras contra las desvastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco", como lo reconoce la resolución de la 56^a Asamblea Mundial de la Salud,

donde se adoptó por unanimidad dicho convenio, y el propio convenio en su artículo 3.

El CMCT recomienda a los estados partes sobre una serie de medidas orientadas a reducir la demanda y a reducir la oferta de los productos del tabaco. Otra característica del mismo es la inclusión de la cuestión relativa a la responsabilidad, como una disposición esencial.

LOS PUNTOS CLAVE DEL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO

Si bien todos los artículos del CMCT tienen su importancia, algunos de ellos tienen una relevancia particular, que hace que de la interpretación de los mismos pueda surgir, o no, una herramienta fuerte y sólida para frenar la actual epidemia de adicción al consumo de tabaco⁽³³⁾.

Es necesario que todos los profesionales de la salud estén familiarizados con los mismos y conozcan sus fundamentos. Muchas de las respuestas descritas en este artículo fueron obtenidas de la guía *Model Legislation for Tobacco Control: A Policy Development and Legislative Drafting Manual*, de la IUHPE⁽³⁷⁾.

1. EL DERECHO A LA VIDA Y A LA SALUD POR ENCIMA DEL DERECHO AL COMERCIO DE UNA INDUSTRIA

El principal tema subyacente, durante todos los años de discusión, fue el antagonismo entre el derecho a la vida y a la salud de las poblaciones y el derecho que tiene una industria a ejercer su actividad comercial.

Poderosos intereses económicos se movieron detrás de la negociación e impidieron que la mayoría de los países colocaran, en el artículo 2 del CMCT, una frase donde se explicitaba que este convenio quedaba por encima de los tratados comerciales con los que pudiese colindar.

De todas maneras, el espíritu de este deseo de la gran mayoría de los países partes queda contenido en la primera frase del Preámbulo: "Determinadas a dar prioridad a su derecho de proteger la salud pública", contra el severo daño causado por los productos del tabaco y la industria que los produce y promociona⁽³⁰⁾.

En el Preámbulo del convenio se describen sucintamente las razones por las cuales es necesario el tratado y constituye la base racional de las medidas que están descritas en el articulado del mismo.

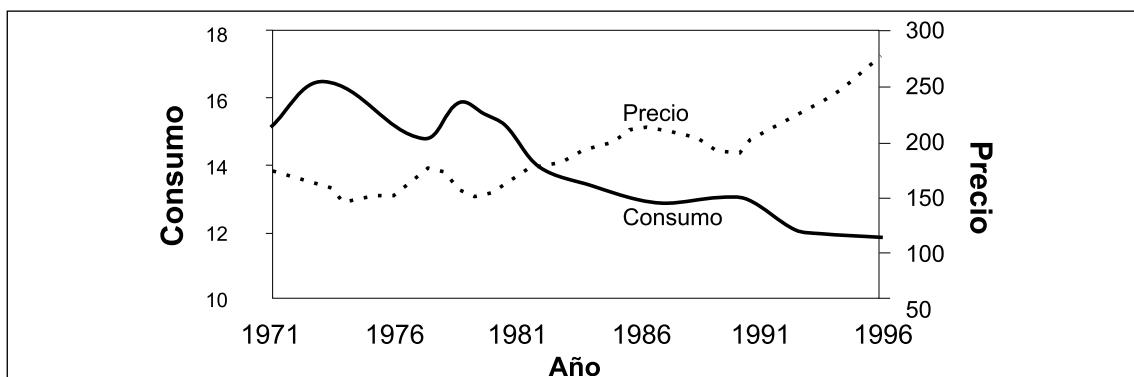


FIGURA 7. Impuestos y consumo de cigarrillos. Consumo versus precio en Reino Unido (1971-1996).

2. EL CONVENIO MARCO ES UN "PISO" Y NO UN "TECHO" Si bien el CMCT proporciona a los estados partes una considerable flexibilidad en la implementación de las medidas contenidas en el mismo, también en su artículo 2.1 les exhorta a ir más allá de lo descrito en el mismo: "Para proteger mejor la salud humana, se alienta a las Partes a que se apliquen medidas que vayan más allá de las estipuladas por el presente Convenio y sus protocolos".

Por lo tanto, es muy importante entender que las medidas contenidas en el CMCT no son "lo máximo a alcanzar". Son el producto de una negociación realizada sobre la base del consenso, por lo que no pudieron ser incluidas explícitamente en el mismo muchas medidas que han demostrado ser efectivas. Por este hecho, los países partes acordaron exhortar a ir más allá del texto del convenio, reconociendo, entonces, que el texto adoptado no es el "techo" sino un "piso" o conjunto mínimo de medidas efectivas⁽³³⁾.

3. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL CONVENIO

En el artículo 4 se describen los principios básicos que guiarán el CMCT, para que este alcance su máxima efectividad.

Ellos son:

1. El derecho a la información plena de la comunidad y de los gobiernos de la verdadera magnitud y naturaleza de la epidemia de tabaquismo.
2. La necesidad de implementar medidas adecuadas a la magnitud y naturaleza de la amenaza.
3. La necesidad de un compromiso político para establecer y respaldar las medidas.
4. La necesidad de la cooperación internacional, particularmente para la transferencia

de tecnología, conocimientos y asistencia financiera.

5. La necesidad de que las medidas a implementar sean adoptadas a niveles nacionales, regionales e internacionales.
6. La inclusión de la responsabilidad corporativa de la industria tabacalera como aspecto importante del control del tabaco. El CMCT reconoce que la industria tabacalera debería responsabilizarse de los daños que ocasiona a los países.
7. La necesidad de asistencia técnica y financiera para realizar la transición económica a los cultivadores y trabajadores cuyos medios de vida queden gravemente afectados como consecuencia de los programas de control del tabaco.
8. Por último, y no menos importante, el CMCT reconoce explícitamente que "la participación de la sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo del convenio y sus protocolos". De esta manera, los estados partes reconocen la importancia que tuvo la participación de la sociedad civil, representada por la Framework Convention Alliance (www.fctc.org) durante todo el proceso de negociación en Ginebra.

4. LA REGULACIÓN DE LOS IMPUESTOS Y EL PRECIO DEL TABACO (ARTÍCULO 6)

En el Artículo 6 se describen las medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda.

En el mismo:

Se fomenta el incremento de los impuestos al tabaco.

Se reconoce que el incremento de los impuestos al tabaco es "una medida efectiva y un medio importante para reducir el consumo de tabaco".

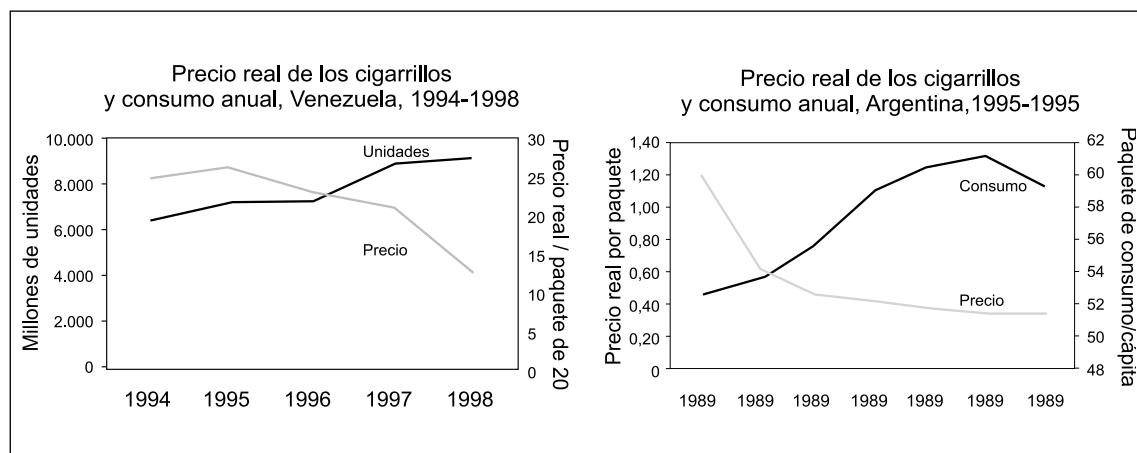


FIGURA 8.

Desestimular las ventas de productos de tabaco libres de impuesto, pudiendo los países prohibir o restringir las mismas.

¿Por qué incrementar los impuestos al tabaco?

El incremento de los precios de los productos del tabaco a través de los impuestos es una de las intervenciones más efectivas para reducir la demanda, especialmente entre los jóvenes y las personas de bajos ingresos^(1,18).

Según el Banco Mundial, manteniendo altas tasas impositivas en los productos del tabaco que incrementen el precio de los mismos, se reduce a largo plazo el consumo de tabaco, principalmente entre los jóvenes, con un impacto duradero en dicho consumo. Al mismo tiempo, el aumento de estos impuestos es muy eficiente para incrementar los ingresos de los gobiernos⁽³⁴⁾.

El Banco Mundial aconseja que para lograr una política adecuada de control del tabaco, el componente impositivo del precio de los paquetes de cigarrillos se debe situar entre 2/3 y 3/4 del total del precio minorista⁽¹⁾. En nuestro país, el presidente Tabaré Vázquez decretó llevar el IMESI al tabaco a 70%. Pero a pesar de ello, como este impuesto es sobre un ficto, no llega ni a 60% del valor real del paquete de cigarrillos.

Además, la OMS aconseja a los gobiernos incrementar regularmente el precio real de los productos del tabaco por encima del incremento de la inflación⁽³⁵⁾. Francia ha aumentado la tasa de impuesto al tabaco por lo menos en 5% por año, para incrementar el precio real del tabaco durante la última década⁽³⁶⁾.

Utilizar políticas fiscales para incremen-

tar el precio del tabaco es, por lo tanto, una de las políticas públicas más poderosas para hacer al tabaco menos accesible.

El incremento de 10% en el precio real del paquete disminuyó el consumo de tabaco en 4% en los países de altos ingresos económicos y en 8% en los de medio y bajos ingresos. Pero este impacto puede ser aun mayor en las poblaciones de bajo nivel socioeconómico y entre los jóvenes⁽¹⁾. En nuestro país, el economista Alejandro Ramos estudió el tema para la OMS y estimó en 5% dicha reducción en el corto y mediano plazo, por lo que el gobierno no disminuiría sus ingresos sino que los incrementaría (estudio todavía no publicado).

En las figuras 7 y 8 se pueden ver ejemplos de la relación precio/impuesto y consumo de tabaco en algunos países desarrollados y en vías de desarrollo.

Si los países sólo aplicaran la política de mantener altos los precios de los productos del tabaco tendrían enorme éxito en su programa de control del tabaco, en términos de reducción del consumo⁽¹⁸⁾. Se estima que en Canadá 50% de la reducción del consumo de tabaco que ha experimentado este país en las últimas décadas se debe a la política de precios e impuestos.

También esta política fiscal se verá reforzada con medidas anticontrabando de cigarrillos, no porque el incremento de impuestos necesariamente aumente el contrabando, sino porque los cigarrillos de contrabando favorecen la disponibilidad de productos del tabaco a bajo precio, y ello minaría el impacto de las políticas de precio para reducir el consumo.

Argumentos comunes utilizados para oponerse a esta medida y respuestas útiles que pueden ser esgrimidas:

“El incremento de los impuestos al tabaco es una discriminación social, dado que castiga a los fumadores y afecta a los pobres”

Lo que no tiene en cuenta este argumento es que la mayoría de los consumidores de tabaco quiere, pero no puede, abandonar el consumo, en cuanto son dependientes a dicho consumo. Nadie elige hacerse adicto al consumo de ninguna droga, sino que es seducido a experimentar y queda atrapado, en general durante la adolescencia. En esta “seducción” la sociedad ha tenido mucha responsabilidad. Es tiempo ahora que la sociedad trate de reparar el daño hecho a sus integrantes y promueva medidas que protejan a las nuevas generaciones y ayuden a los dependientes a superar esta adicción. Muchas veces, los adictos a una droga no han tomado conciencia de su adicción y están tan atrapados que no buscan ayuda para abandonar el consumo. Esta supuesta “discriminación social” que sienten los fumadores es una de las formas más efectivas que tiene la sociedad para reducir el consumo y las negativas consecuencias del mismo sobre su salud.

Se ha dicho, también, que los impuestos al tabaco son “regresivos”, en el sentido que afectan más a los pobres que a los ricos. La realidad es que los pobres son los más desprotegidos en esta epidemia de adicción al consumo de tabaco: suelen tener menor acceso a la información, menor acceso a los tratamientos de cesación, suelen tener mayor repercusión del tabaquismo sobre su salud en cuanto asocian otras carencias y no poseen los recursos suficientes para enfrentar las enfermedades causadas por el tabaco. Muchas veces la adicción es tan severa que en el momento de administrar sus escasos recursos, priorizan este consumo ante otras necesidades básicas como la alimentación, la ropa, la educación de sus hijos, o el cuidado de la salud. Por lo tanto, la población de bajo nivel socioeconómico merece una especial consideración cuando se enfrenta la epidemia de tabaquismo. El incremento del precio del tabaco es una medida muy efectiva para ayudar a este grupo social en reducir la carga que les impone el tabaquismo^(1,18).

A su vez, parte del dinero obtenido por el incremento en la recaudación debería ser volcada a programas que ayuden a dejar de fumar y

a la promoción de salud, entre las personas de bajos recursos.

“Los gobiernos perderán ingresos si aumentan los impuestos al tabaco”

El estudio del Banco Mundial, y otros similares, demuestran que no ha habido ninguna situación en la cual un incremento de los impuestos al tabaco haya resultado en disminución de los ingresos de los gobiernos^(1,34).

Por el contrario, los datos de docenas de países muestran que cuando se incrementaron los impuestos al tabaco, los ingresos gubernamentales aumentaron debido a ello.

Aunque el consumo de tabaco caiga en respuesta al incremento de los precios, dado que el tabaquismo es una adicción, la disminución del consumo es menor en proporción que el incremento de las tasas, garantizando una estabilidad en los ingresos gubernamentales, por lo menos a mediano plazo.

“Incrementar los impuestos al tabaco aumentará el contrabando de cigarrillos”

Este es uno de los argumentos preferidos de la industria tabacalera y sus aliados.

Si bien la diferencia de precios de los productos del tabaco es uno de los elementos que puede favorecer el contrabando entre los países, la evidencia muestra que el nivel de corrupción en un país, medido por el “índice de transparencia”, es por lejos mejor predictor de contrabando de cigarrillos que el nivel de impuestos^(1,34).

En la mayoría de los países donde se han aplicado, los beneficios de incrementar los impuestos al tabaco, en términos de beneficios a la salud e ingresos gubernamentales, han sido significativos aun en aquellos donde el nivel de consumo de cigarrillos de contrabando es elevado.

Además, los gobiernos pueden utilizar parte del incremento en los ingresos para reforzar las medidas contra el contrabando.

Evitar el incremento de impuestos al tabaco, medida efectiva para disminuir el consumo, no es una respuesta apropiada para encarar el problema del contrabando⁽³⁷⁾.

5. LA PROTECCIÓN CONTRA LA EXPOSICIÓN PASIVA AL HUMO DEL TABACO (ARTÍCULO 8)

El CMCT, en el Preámbulo y en su artículo 8, reconoce que “la ciencia ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad⁶”.

Lamentablemente, por la necesidad de obtener el consenso político, el texto no pudo contener en forma explícita la única medida capaz de proteger a los no fumadores del riesgo que trae implícito la exposición al humo del tabaco: la prohibición de fumar en espacios públicos compartidos.

De todas maneras, el CMCT en su artículo 8 obliga a los países partes a adoptar leyes "efectivas" para proteger a los ciudadanos del humo del tabaco y en los principios básicos pide a los gobiernos que contemplen medidas para proteger a *todas* las personas de la exposición al humo del tabaco.

Dependerá entonces de las autoridades sanitarias y la sociedad civil hacer reconocer a los gobernantes cuáles son las "medidas realmente efectivas" para proteger a los no fumadores de la exposición al humo del tabaco.

La única medida, científicamente comprobada, que protege ante el riesgo que implica la exposición al humo del tabaco, es la prohibición de fumar en espacios públicos compartidos (38,39).

Razones científicas:

La evidencia científica establece inequívocamente que el humo del tabaco causa enfermedad, discapacidad y muerte a los que se expone a él, tanto fumadores como no fumadores.

El humo del tabaco contiene más de 60 compuestos cancerígenos, así como muchas sustancias tóxicas que afectan la salud y ponen en riesgo la vida de los no fumadores.

Organismos prestigiosos de la salud han concluido que el humo del tabaco es carcinógeno de tipo A: es decir, no existe un nivel mínimo seguro de exposición (44,45).

En Estados Unidos, 53.000 no fumadores mueren cada año de enfermedades cardiovasculares y 3.000 de cáncer de pulmón, padecimientos causados por la exposición al humo del tabaco de los demás. Si trasladamos estas cifras a un país con 10 millones de habitantes, podríamos estimar que cerca de 2.000 personas morirán por año debido a enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón causados por el tabaquismo pasivo (37).

Además, la exposición pasiva al humo del tabaco causa enfermedades en los niños: neumonías, bronquitis, asma e infecciones en los oídos.

Los únicos que todavía siguen negando es-

tos hechos son la industria tabacalera, sus aliados y sus grupos defachada.

Muchas sustancias contaminan el aire, pero el humo del tabaco debe ser reconocido como uno de los más peligrosos. Junto con la combustión intradomiciliaria de combustibles sólidos, el humo del tabaco es una de las causas más importantes de polución ambiental intradomiciliaria, y es una forma de polución que tiene una fácil solución: la prohibición de fumar en espacios interiores (46).

Las prohibiciones de fumar en espacios públicos, incluyendo los lugares de trabajo, además de proteger a los individuos no fumadores de los riesgos de la exposición involuntaria al humo del tabaco, han demostrado asociarse a una disminución de las cantidades de cigarrillos consumidas por los fumadores así como a un incremento de los intentos de abandono (40). De acuerdo a un documento interno de Philip Morris, "las prohibiciones totales de fumar en los lugares de trabajo afectarán seriamente a la industria. Los fumadores enfrentados a estas restricciones consumen entre un 11% y 15% menos que el promedio, y sus tasas de abandono son 84% más altas que el promedio" (41).

Esta prohibición también desafía la aceptabilidad social del fumar y puede contribuir a cambiar la norma que todavía prevalece en muchos lados, al dar el mensaje de que fumar no es saludable y es socialmente inaceptable (42).

Por último, esta estrategia es para "reducción del daño" en el fumador, no sólo porque consume menos cigarrillos por día, sino que al tener que salir a fumar en espacios abiertos, el daño causado a su salud por su exposición al humo de la corriente lateral es mucho menor.

Argumentos comunes utilizados para oponerse a esta medida y respuestas útiles que puede ser esgrimidas:

"No hay pruebas sobre la vinculación del humo ajeno y la enfermedad"

Toda organización médica y científica creíble –incluyendo la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud de Estados Unidos, las Agencias Nacionales de Protección Ambiental, Colegios de Médicos y Cirujanos– están de acuerdo en que la exposición al humo de los demás causa serias enfermedades y muerte en los no fumadores (37).

El humo de tabaco ajeno es la fuente más

importante de contaminación del aire ambiental en lugares cerrados.

“La separación en áreas de fumadores y no fumadores solucionará el problema”

Afirmar esto es como permitir que una piscina tenga una sección donde se permite orientar y en la otra no. ¿Se sumergiría usted en esa piscina?

Si se comparte el aire se comparte la contaminación por simples leyes de difusión de los gases.

“Un fumador puede no fumar, pero un no fumador no puede dejar de respirar”.

Un estudio de la Universidad de John Hopkins, realizado en Latinoamérica y recientemente publicado en JAMA, donde se monitorizó la presencia de cotinina (metabolito de la nicotina) en el aire ambiental, demostró que la separación de ambientes no evita la contaminación con las sustancias tóxicas contenidas en el humo del tabaco⁽⁴³⁾. El mismo demuestra que Uruguay es uno de los países de América con mayor grado de contaminación ambiental con humo de tabaco.

“El humo de tabaco de los demás es sólo un tema de mala ventilación”

Una mejor ventilación puede reducir el olor del humo del tabaco pero no eliminar las sustancias químicas nocivas. Para eliminarlas en una oficina de tamaño promedio se requeriría un desplazamiento de aire similar al de un pequeño huracán⁽³⁹⁾.

“¿Por qué forzar a los comerciantes a invertir en costosos equipos de ventilación cuando se puede resolver el problema simplemente con eliminar la fuente de contaminación?”

La forma más barata, efectiva y sensata de solucionar el problema son los ambientes 100% libres de humo de tabaco.

“Permanecer una hora por día en una habitación con un fumador es casi 100 veces más probable que cause cáncer de pulmón en un no fumador, que pasar 20 años en un edificio que contiene asbestos”. Sir Richard Doll, 1985⁽³⁷⁾.

“Los ambientes libres de tabaco dañarán los comercios, especialmente los bares, restaurantes, y las industrias turísticas”

Los lugares de trabajo que son libres de humo de tabaco tienen menores costos de mantenimiento y seguro, y sus trabajadores son más productivos. Los fumadores y no fumadores expuestos al humo de tabaco se enferman más frecuentemente que los no fumadores no ex-

puestos. Los ambientes laborales libres de humo de tabaco estimulan a los no fumadores a dejar de fumar.

El efecto de la prohibición de fumar en bares y restaurantes ha sido estudiado en cientos de comunidades. Los registros de los ingresos muestran que en los bares y restaurantes libres de humo de tabaco las ventas se incrementaron o permanecieron en el mismo nivel, que aquellos donde todavía se permite fumar⁽⁴⁰⁾. Los estudios que señalan otros resultados han sido financiados por la industria tabacalera y usualmente recogen los pronósticos de los propietarios más que el estado real de las ventas.

“El gobierno no tiene derecho a decirme qué tengo que hacer en mi negocio”

Los comerciantes no tienen el derecho a poner en peligro la salud y la vida de sus empleados y clientes.

El gobierno está obligado a proteger la salud pública y la seguridad, como lo hace cuando regula el consumo de alcohol en los conductores, los cinturones de seguridad, o fija los niveles de contaminación ambiental.

“Las restricciones de fumar violan los derechos de los fumadores”

Los fumadores tienen derecho a fumar en cuanto los cigarrillos son productos legales. Pero no tienen derecho a colocar en riesgo la salud y la vida de los no fumadores.

La evidencia científica ha demostrado que la exposición pasiva al humo de tabaco incrementa en 30% el riesgo de cáncer y hasta en 50% el riesgo de enfermedades cardiovasculares en los no fumadores, y que la única forma de proteger a estas personas es la prohibición de fumar en espacios públicos compartidos⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Como dice un viejo refrán: “El derecho de uno termina cuando comienza el derecho de los demás”.

Los ambientes libres de tabaco no “violan el derecho a fumar”, ellos protegen el derecho de los no fumadores a respirar un aire no contaminado.

“Qué dicen los documentos de la industria sobre la exposición pasiva al humo de tabaco”

Un estudio confidencial para el Instituto de Tabaco de EE.UU.⁽²⁸⁾, vinculado a la industria tabacalera, sobre las actitudes del público concernientes al consumo de cigarrillos, escrito a fines de la década de 1970, manifestaba



FIGURA 9

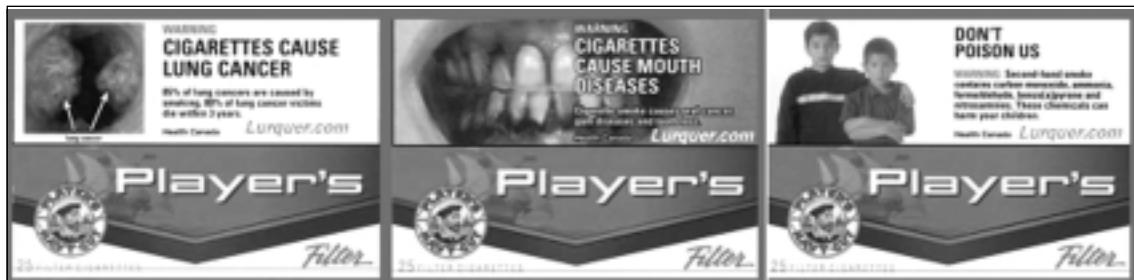


FIGURA 10

que "lo que el fumador se hace a sí mismo es su problema, pero lo que hace al no fumador es algo muy diferente... Consideramos esto como el dato más peligroso hasta ahora establecido sobre la viabilidad de la industria del tabaco".

Esta es la verdadera razón por la cual la industria se opone enfáticamente a los ambientes libres de tabaco.

6. EMPAQUETADO Y ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS DEL TABACO (ARTÍCULO 11). EL DERECHO A ESTAR INFORMADO ADECUADAMENTE

Las personas tienen el derecho de ser informadas adecuadamente sobre los productos que consumen, y las empresas tienen la obligación de informar. De esta manera los consumidores pueden ejercer su derecho a una "elección informada" sobre la decisión de utilizar o no un producto.

En el caso de los consumidores de tabaco y de la industria tabacalera, estas premisas no se cumplen.

Estudios de investigación informan que los consumidores de tabaco no tienen real conocimiento de los riesgos a los que se exponen ni de la naturaleza altamente adictiva de los productos del tabaco⁽¹⁾, y la industria tabacalera no sólo ha omitido dar la información que disponía, sino que ha generado desinformación deliberadamente para retener a sus consumidores.

que "lo que el fumador se hace a sí mismo es su problema, pero lo que hace al no fumador es algo muy diferente... Consideramos esto como el dato más peligroso hasta ahora establecido sobre la viabilidad de la industria del tabaco".

Esta es la verdadera razón por la cual la industria se opone enfáticamente a los ambientes libres de tabaco.

Las advertencias sanitarias en los paquetes

Las advertencias sanitarias y mensajes en los empaquetados de los productos del tabaco han demostrado incrementar la toma de conciencia sobre el riesgo de estos productos y el deseo de abandonarlos⁽¹⁾.

La rotación de las advertencias sanitarias y los mensajes ayuda a mantener esta información actualizada y evitar el acostumbramiento. Los estudios en algunos países muestran la persistencia de la efectividad de los mensajes sanitarios, incluso en países donde las poblaciones están bien informadas acerca de los peligros del uso del tabaco, si los mensajes son suficientemente grandes y contienen información fuerte basada en la evidencia⁽¹⁾.

En Brasil, luego que los productos del tabaco comenzaron a circular conteniendo advertencias sanitarias grandes, basadas en imágenes (figura 9), una "Quit line" telefónica para apoyo a la cesación del tabaquismo incrementó las llamadas en un 300% (37,48).

Las leyes en Canadá requieren que los mensajes sanitarios comprendan por lo menos un 50% de las partes frontales y posteriores del paquete, y contengan imágenes o figuras mostrando los efectos del consumo de tabaco (figura 10) (49). En Brasil, 100% de una de las superficies principales de la cajilla debe estar ocupada por una advertencia sanitaria basada en imágenes (37,50).

Las advertencias sanitarias más grandes, hasta el momento, se encuentran en Bélgica, donde cubren por lo menos 55% del frente y dorso del paquete (37).

Una guía general para los requerimientos que debe tener un etiquetado es ofrecida por la Unión Internacional Contra el Cáncer (37,51).

Por lo tanto, la colocación de dichas advertencias en los paquetes es una medida necesaria y pertinente para el control del tabaco.

El CMCT prevé en su artículo 11 que la utilización de dichas advertencias sanitarias, las que idealmente deberían cubrir 50% o más de las superficies visibles principales de cada paquete (entendiendo por ello el frente y el dorso del paquete), como mínimo deberán cubrir 30% de dicha superficie, y comenzar a aplicarse dentro de los tres años de ratificado el tratado. Estas advertencias deberán ser rotativas, en los principales idiomas del país, y pueden incluir imágenes o pictogramas (30).

Prohibición de mensajes engañosos o falsos

La investigación científica ha demostrado que los cigarrillos etiquetados como "light", "ultralight", "mild" o de bajo contenido de nicotina y alquitrán son tan dañinos como los cigarrillos regulares y la utilización de estos términos confunde y engaña a los consumidores acerca de los riesgos implícitos con el consumo de estos productos (52,53).

En el CMCT, si bien no se pudo incluir en forma expresa la prohibición, los países acordaron tomar las medidas necesarias para que no se promocionen los productos con mensajes engañosos o falsos en los paquetes de los productos de los tabacos dentro de los tres años de entrada en vigor del convenio.

Art. 11a: "Que en los paquetes de los productos de tabaco no se promocione un producto de taba-

co de manera falsa, equívoca o engañosa, o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y no se empleen términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros, por ejemplo expresiones tales como 'bajo contenido de alquitrán', 'ligeros (o lights)', 'ultraligeros (o ultralight)' o 'suaves (o mild)'".

Argumentos comunes utilizados para oponerse a estas medidas y respuestas útiles que pueden ser esgrimidas:

"Los mensajes en los paquetes son inefectivos"

En muchos países, los mensajes en los paquetes son inefectivos porque son muy pequeños y proporcionan información poco clara. Pero en Brasil y Canadá, donde los mensajes sanitarios son grandes y utilizan imágenes, han motivado a muchos fumadores a tratar de dejar el hábito. Los fumadores dicen que la información es pertinente y que les informa sobre los efectos de fumar sobre su salud y la de otros que respiran involuntariamente el humo (1,37).

Estos mensajes pueden reforzar otros elementos de un programa de control del tabaco, tales como los ambientes libres de humo de tabaco, etcétera.

"La gente aquí compra cigarrillos sueltos, ni siquiera ven los paquetes".

Si los mensajes sanitarios fueran lo suficientemente grandes y claros, la gente los vería cuando están expuestos para la venta, cuando son sacados por los fumadores desde sus bolsillos y carteras, y cuando son descartados.

Los mensajes en los paquetes son una de las estrategias disponibles más baratas y de más amplio alcance para educar al público.

"Mucha gente no sabe leer, por lo tanto los mensajes no funcionarán"

Esta es una buena razón para tener imágenes acompañando los mensajes de texto. Las figuras pueden ilustrar gráficamente los daños a la salud causados por el fumar y por el humo de segunda mano, y pueden ser entendidos, aun sin ningún texto.

7. REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO

Los estudios de investigación muestran que la publicidad incrementa el consumo de tabaco⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ y que los jóvenes pueden ser especialmente vulnerables a la misma^(57,58). La proliferación de la publicidad del tabaco hace difícil que los consumidores absorban plenamente los mensajes acerca de los riesgos del consumo y la exposición al humo del tabaco, y beneficiarse plenamente de las campañas de información. La eliminación de la publicidad del tabaco y de toda otra forma de promoción, por lo tanto, reforzará las campañas de educación de los gobiernos y las intervenciones para el control del tabaco⁽⁵⁹⁾.

También hay evidencia de que los medios de comunicación que colocan publicidad de tabaco son menos propensos a informar sobre los riesgos relacionados con el consumo⁽⁶⁰⁾.

Un estudio sobre 22 países donde se compararon aquellos que tenían restricciones débiles con otros que tenían restricciones completas, demostró que estos últimos habían logrado una significativa reducción en el consumo, mientras que los primeros no habían logrado ninguna reducción o la misma había sido muy pequeña. Los países con prohibiciones completas de la publicidad son los que mostraron tener los menores niveles de consumo y las mayores tasas de declinación en el consumo durante el período comprendido entre 1970 y 1992^(56,61).

Este estudio predice que si todos los países hubieran prohibido la publicidad en dicho período, se hubiera producido una reducción del consumo de tabaco en 5,4% y una reducción del consumo de cigarrillos de aproximadamente 7,4%.

El CMCT en su artículo 13 establece:

Requiere una prohibición completa de la publicidad dentro de los cinco años de entrada en vigor, incluyendo la publicidad transfronteriza originada dentro de un territorio parte.

Incluye tanto las formas directas como indirectas de publicidad.

Admite limitaciones constitucionales.

Las partes también acuerdan considerar la elaboración de un protocolo sobre la publicidad transfronteriza.

Argumentos comunes utilizados para oponerse a estas medidas y respuestas útiles que pueden ser esgrimidas:

"La publicidad del tabaco no afecta el consumo"

Docenas de estudios muestran que incrementando la promoción del tabaco se incrementa su uso por la población general. La promoción está vinculada también a la iniciación del tabaquismo en grupos específicos (como mujeres y niños) como resultado de campañas dirigidas a los mismos. Los estudios han demostrado también que la eliminación o casi eliminación de la promoción del tabaco disminuye su consumo. Las restricciones parciales de la promoción tienen poco o ningún impacto sobre el consumo, usualmente porque las compañías tabacaleras simplemente invierten más dinero en otras vías de promoción todavía disponibles para ello.

"Nosotros prohibiríamos la publicidad dirigida hacia los niños"

Es imposible marcar una clara línea de separación que defina qué publicidad es dirigida a niños y cuál no.

La publicidad del tabaco ha sido exitosa entre los jóvenes, en gran parte porque presenta el fumar como un "comportamiento de adulto": algo que todo adolescente aspira a ser.

Sólo las restricciones totales o casi totales reducen el consumo de tabaco, mientras que las restricciones parciales no.

"Los eventos artísticos y deportivos desaparecerían sin el apoyo de la industria tabacalera"

En muchos lugares se ha prohibido el patrocinio del tabaco en los deportes, y a pesar de horribles predicciones, en la mayoría ha encontrado patrocinantes alternativos para los mismos.

En otros lugares se han utilizado recursos provenientes de los impuestos al tabaco para comprar los espacios de patrocinio correspondientes a la industria tabacalera y financiar eventos deportivos.

De esta manera, la gente está expuesta a mensajes acerca de la salud y no sobre productos nocivos, mientras miran o participan en eventos deportivos o conciertos musicales.

"No necesitamos regular la publicidad del tabaco. Las compañías tabacaleras tienen un código voluntario y se están comportando responsablemente"

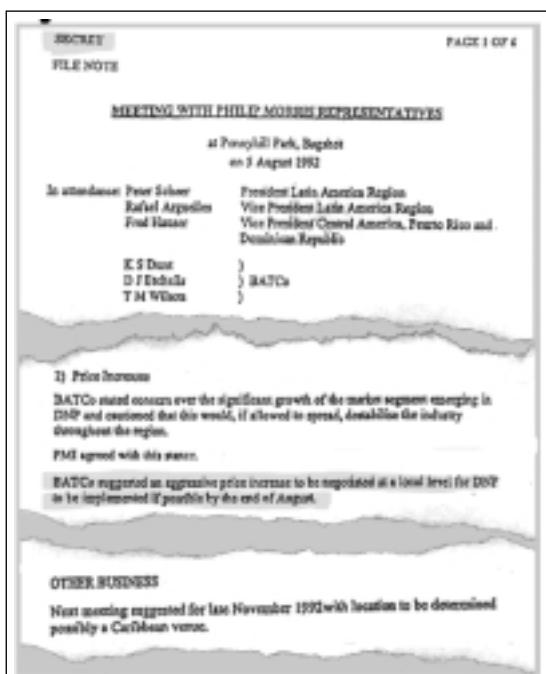


FIGURA 11

Los códigos de las compañías tabacaleras, según reconocen ellas mismas en sus documentos internos, están diseñados exclusivamente como una estrategia de relaciones públicas para anticiparse a regulaciones de la promoción más estrictas.

Estos códigos son extremadamente débiles y en la mayoría de los países las compañías violan sus propios códigos rutinariamente.

Mejor que dejar que "el zorro cuide el gallinero" es legislar una prohibición de la publicidad y promoción.

Libertad de expresión y libertad de expresión comercial

La industria tabacalera y sus aliados suelen tratar de confundir el derecho de libertad de expresión (política, religiosa, etcétera), que es uno de los valores preciados de los seres humanos, con el derecho a la expresión comercial, el cual está sujeto a limitaciones que impone la sociedad.

Que un producto sea legal no implica que tenga derecho a ser publicitado, solo indica que la producción y venta del mismo no es ilegal, pero de ninguna manera implica que tiene la libertad de ser publicitado por el simple hecho de su legalidad. Existen productos legales que tienen prohibida su publicidad en muchos países por ser considerados peligrosos por la

sociedad: las armas, los medicamentos, etcétera (1).

Países con prohibiciones completas o amplias de la publicidad del tabaco

Italia (1962), Singapur (1970), Islandia (1972), Noruega (1975), Finlandia (1978), Polinesia Francesa (1982), Portugal (1983), Papúa Guinea (1987), Tailandia (1989), Nueva Zelanda (1990), Australia (1993), Botswana (1993), Francia (1993), Suecia (1994), Malasia (1994), Maldivas (1994), Mongolia (1994), Bélgica (1997), Eslovenia (1997), Taiwan (1997), Sudáfrica (1999), Brasil (2000).

Otros países con regulaciones amplias son: República de Corea, Cuba, Afganistán, Irak, Jordania, Sudán, Bulgaria, Hungría, Lituania, Polonia, India, Australia, China.

8. MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA EL COMERCIO ILÍCITO DE LOS PRODUCTOS DEL TABACO

El contrabando de cigarrillos coloca productos de tabaco baratos en los mercados, haciendo los más accesibles, lo que a su vez incrementa su consumo y la carga de muerte y enfermedad que el tabaquismo produce. Por lo tanto, el contrabando de cigarrillos es un problema para la salud pública (1,62).

El contrabando de cigarrillos ocurre en todo el mundo, aun en aquellos países en que los impuestos al tabaco son bajos.

Este contrabando genera pérdidas anuales a los gobiernos que rondan entre 25.000 a 30.000 millones de dólares por año, al disminuir los ingresos por impuestos (62).

El contrabando organizado en gran escala se produce por la compra de cigarrillos libres de impuestos mientras se encuentran bajo un régimen de "entránsito" (12,28).

Otra modalidad utilizada en el contrabando de cigarrillos es la del "viaje circular" (*round tripping*). Los productos a contrabandear son exportados a países donde no existe mercado para ellos y luego, secretamente, son retornados al país exportador, donde son vendidos ilegalmente a la mitad o al tercio del precio legal (62). En nuestro país el principal exportador es la empresa Montepaz, que exporta 96% a Paraguay, a pesar que no existe mercado para estos productos en dicho país. No es claro el destino de estos productos exportados.

Las compañías tabacaleras se benefician y promueven el contrabando de cigarrillos en gran escala (28).

Se benefician porque:

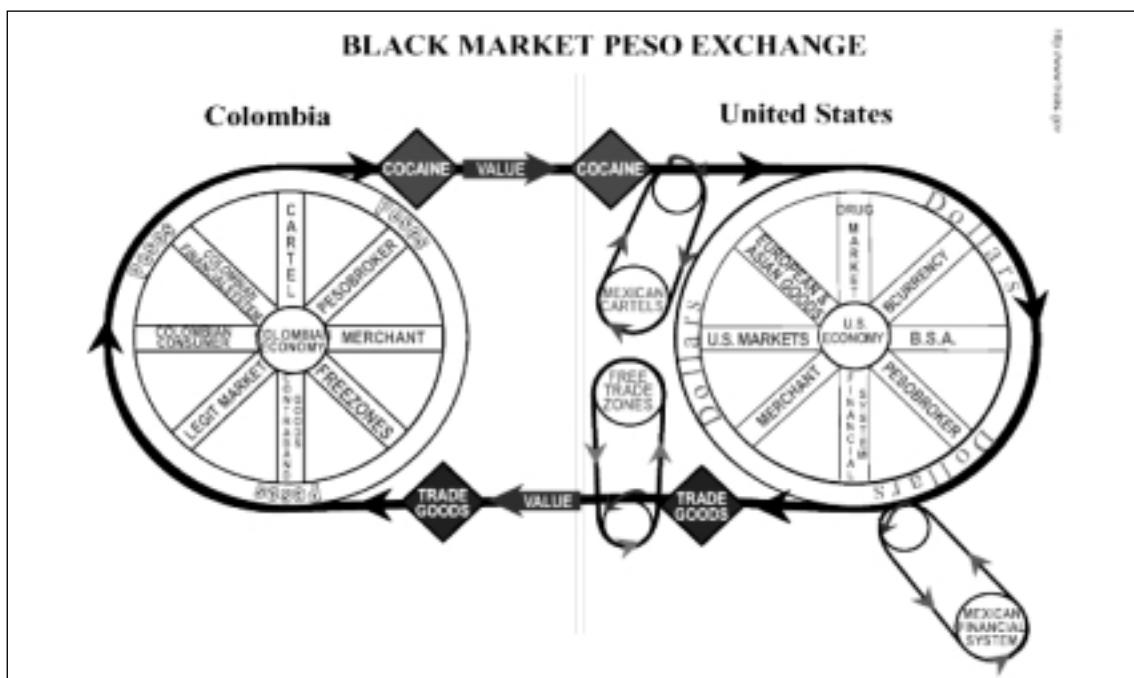


FIGURA 12

1. Venden cigarrillos exentos de impuestos, con lo que recaudan más.
2. Venden cigarrillos más baratos, con lo cual aumentan el consumo y pueden llegar a las poblaciones de bajos ingresos.
3. Promueven en los gobiernos el temor al aumento del contrabando si se incrementan los impuestos y precios de los cigarrillos.

En el documento interno de British American Tobacco (figura 11), se puede observar que representantes de esta empresa se reunieron con directivos de Philip Morris, y en el memo resultante se definen estrategias a utilizar en Latinoamérica con respecto al sector de ventas denominado "*duty non paid* (DPN)", que es el eufemismo utilizado por estas empresas para referirse a los cigarrillos de contrabando. En el mismo se puede ver que manejan este sector de la misma manera que su sector de ventas legal.

También han sido identificadas relaciones entre el contrabando de cigarrillos, las multinacionales tabacaleras y el lavado de dinero de los carteles de la droga (figura 12). Tal es el caso de la compañía Philip Morris y los varones de la cocaína colombianos. Información adicional al respecto puede obtenerse en la publicación *Illegal pathways to illegal profits. The Big Cigarettes Companies and International Smuggling*⁽⁶³⁾.

Por lo tanto, es necesario que se incluyan fuertes medidas para fiscalizar el contrabando como parte del control del tabaco, dado que el contrabando:

Defrauda a los gobiernos y a quienes pagan impuestos.

Incrementa los niveles de crimen y corrupción.

Coloca cigarrillos baratos en el mercado. Socava una poderosa política de control del tabaco como lo es la utilización de los impuestos al tabaco para reducir el consumo.

El CMCT, en su artículo 15, reconoce que la eliminación de todas las formas de comercio ilícito del tabaco, incluido el contrabando, "son componentes esenciales del control del tabaco" y obliga a los países que son partes del mismo:

Controlar y recoger datos sobre el comercio transfronterizo de productos del tabaco, incluido el comercio ilícito.

Intercambiar información entre autoridades aduaneras, tributarias y otras autoridades competentes.

Vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de los productos de tabaco que se encuentren o se des-

placen en su jurisdicción, en régimen de suspensión de impuestos o derechos.

Durante las diferentes reuniones del Órgano de Negociación Intergubernamental (ONI) en Ginebra se manejó la necesidad de realizar un protocolo específico sobre Comercio Ilícito del Tabaco, dado que las medidas precisas para abordar este complejo tema requieren de técnicos con experiencia en control aduanero, etcétera. A este respecto se desarrolló –en el marco de las negociaciones del CMCT en Nueva York entre el 30 de julio y el 1 de agosto de 2002– una Conferencia Internacional sobre Comercio Ilícito de los Productos del Tabaco organizada por el Bureau of Alcohol, Tobacco and Firearms del Departamento del Tesoro del gobierno de EE.UU., donde convergieron representantes de la salud, de organismos económicos y del sistema de control aduanero, concluyéndose con un informe que servirá de base para las actividades de la Conferencia de las Partes.

Argumentos comunes utilizados para oponerse a estas medidas y respuestas útiles que pueden ser esgrimidas:

"Para luchar contra el contrabando hay que evitar aumentar los impuestos y los precios de los cigarrillos"

El contrabando es un problema mundial y afecta incluso a los países que tienen bajos impuestos y precios del tabaco.

Este factor es uno de los que incide en el problema del contrabando, pero el principal es el grado de corrupción de los países, manifestado por el índice de transparencia (1,18).

Reducir el impuesto al tabaco o evitar su aumento, no sólo no soluciona el problema del contrabando sino que impide la utilización de una excelente herramienta para el control del tabaco.

Países como Noruega y Finlandia han demostrado que el aumento de los impuestos y del precio del tabaco no sólo disminuye el consumo sino que también puede incrementar los ingresos del gobierno (1).

Existe, incluso, la experiencia de Canadá, que tuvo una política de incremento de impuestos hasta el año 1993, con lo cual había reducido el consumo e incrementado ingresos, y en dicho año (por presión de la industria tabacalera) suspendió esta política como medida para luchar contra el contrabando, con lo cual se incrementó el consumo, disminuyeron los ingresos, y no se solucionó el problema del con-

trabando (fuente: Sweanor and Marshall, Canadian Cancer Society, 1999).

CONCLUSIONES

El tema del tabaco es un problema global muy complejo y no existe una única medida capaz de resolverlo. La mayoría de las naciones no tienen la capacidad necesaria como para enfrentarlo. El CMCT fue concebido por la OMS como un intento para controlar la actual epidemia de tabaquismo.

El convenio servirá como una guía para el desarrollo de políticas públicas, pero también impulsará la expansión del movimiento para el control del tabaco a nivel mundial.

Es un tratado multilateral basado en la evidencia científica y producto de cuatro años de intensas negociaciones que contiene las medidas básicas necesarias para enfrentar el problema del tabaco.

El CMCT ya entró en vigor para los primeros 40 países ratificantes. Estos países han comenzado una nueva etapa: la reglamentación y la aplicación de las medidas contenidas en el mismo.

De lo que pueda obtenerse en los niveles nacionales dependerá el éxito o el fracaso del tratado para frenar la actual epidemia de tabaquismo.

Muchos son los actores de quienes depende el éxito de este tratado, pero sin ninguna duda la sociedad civil tiene una responsabilidad enorme en este tema, en especial las organizaciones vinculadas a la salud. Sin la participación y el compromiso de la sociedad civil impulsando y apoyando a los gobiernos afines al control del tabaco, o bien reclamando o enfrentando a aquellos que no demuestren esta actitud, no será posible este logro, dado que la industria tabacalera carecería de contrapeso social como ha ocurrido hasta hace poco.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Jha P, Chaloupka F.** Curbing the epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. The International Bank for Reconstruction and Development. Washington: OPS, 1999: 15-21
2. **Saralegui Padrón J.** Tabaquismo en Uruguay: Su creciente repercusión en la Salud Pública. El fumar y sus efectos sobre la salud. Ginebra, 1974.
3. **Tobacco Control Resource Centre.** Los Médicos y el Tabaquismo. El gran reto de la medicina. Hampshire: British Medical Association, 2000: 3.
4. **Organización Panamericana de la Salud.** Taba-

quismo: una amenaza constante para la salud. Washington, 1997: 14-7.

5. **Crofton J, Simpson D.** Tobacco: a global threat. IATH, Swedish Heart Lung Foundation, 2002: 6-25.
6. **United States Department of Health and Human Services.** The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. (PW). 2004. Obtenido de: URL: <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences>. (Consultado 8/2005)
7. **Harris J.** Cigarette smoke components and disease: cigarette smoke is more than a triad of tar, nicotine and carbon monoxide. In: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, and National Cancer Institute. The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine, and carbon monoxide yields of US cigarettes, 1996: Cap. 5.
8. **Doll R, Peto R.** Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors. *BMJ* 1976; 2: 1525-36.
9. **Mackenzie T, Bartechi C.** The human costs of the tobacco use *N Engl J Med* 1994; 330: 975.
10. **Glassman AH, Helzer JE, Bovery LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al.** Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 1990; 264: 1546-9.
11. **Breslau N, Andreski P, Kilbey MM.** Nicotine dependence in an urban population of young adults: Prevalence and co-morbidity with depression, anxiety and other substance dependencies. *NIDA Res Monogr* 1991; 105: 458-9.
12. **Mackay J, Eriksen M.** The tobacco atlas. (pw). 2002. Obtenido de: URL: <http://www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf>. (consultado 8/2002)
13. **Shultz JM, Novotny TE, Rice DP.** Quantifying the disease impact of cigarette smoking with SAMMEC II software. *Public Health Rep.* 1991; 106: 326-33.
14. **Whincup PH, Gilg JD, Emberson JR, Jarvis MJ, Feyerabend C, Bryant A, et al.** Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ* 2004; 329: 200-5.
15. **Hirayama T.** Passive smoking. *N Z Med J* 1990; 103: 54.
16. **Well AJ.** Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health* 1998; 88: 1025-9.
17. **Eisner M, Alexander K.** Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA* 1998; 280: 1909-14.
18. **Abedian I, Van Der Merwe R.** The Economics of Tobacco Control. Towards an optimal policy mix. University of Cape Town In collaboration with support by the Human Development Network of the World Bank. 1998: 57-73.
19. Report of the international meeting on social, economic and health issues in tobacco control. (PW), 2001. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/research/economics/en/kobe_report.pdf.
20. **Campaign for Tobacco Free Kids (EE.UU.).** Golden leaf barren harvest. The costs of tobacco far-
- ming, 2001: Obtenido de: URL: <http://tobaccofreekids.org/campaign/global>. (Consultado 9/2001)
21. **Benowitz N.** Tabaquismo de cigarrillos y adicción a la nicotina: Guía clínica para valoración y tratamiento. *Clín Med Nort* 1992; 2: 409-31.
22. **Leshner AI.** Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278: 45-7.
23. **Lewis D.** A disease model of addiction. En: Chev Chase MD. *Principles of Addiction Medicine*. Chicago: American Society of Addiction Medicine, 1994: 1-7.
24. **Nakken C.** The addictive personality. Understanding the addictive process and compulsive behavior. 2nd. ed. Minnesota: Hazelden Organization, 1996: 19-39.
25. **Beck A.** Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Barcelona: Paidós 1993: 71-85.
26. **Salojee Y, Hammond R.** Engaño mortal. Las nuevas normas mundiales de la industria tabacalera para la comercialización del tabaco. Washington: OPS, 2001: 5-20.
27. **WHO.** The tobacco industry documents. What they are, what they tell us, and how to search. A practical manual. El Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2002: 5-11.
28. Confíe en nosotros somos la industria tabacalera. Campaign For Tobacco-Free Kids (EE.UU.), and Health (UK). Action On Smoking. Washinton, 2001: 5-6.
29. **Coalición Internacional de Organizaciones No Gubernamentales contra el Tabaco.** Encuentro de la INGCAT para la movilización de las ONG Internacionales. 1999. 19-23.
30. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2003, 1-48.
31. **Crow M.** Smokescreens and State Responsibility: Using Human Rights Strategies To Promote Global Tobacco Control. Winter: The Yale Journal of International Law, 2004; 29: 213-20.
32. **WHO.** Framework Convention on Tobacco Control. Technical Briefing Series. Ginebra: OMS, 1999: 15-31
33. Framework Convention on Tobacco Control. Lo más destacado del Convenio Marco. (PW) 2003. Obtenido de: URL: <http://www.fctc.org>. (Consultado 1/2003).
34. **Yurelki A, De Beyer J.** Economics of tobacco tool kit. Tool 4: Design and Administer Tobacco. (PW). 2001. Obtenido de: URL: <http://www1.worldbank.org/tobacco/toolkit.asp>. (Consultado 6/2003).
35. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998: 57-60.
36. **Guindon G, Tobin S, Yach D.** Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control*, March 2002; 11: 35-42.
37. Nathan R. Model Legislation for Tobacco Control: A Policy Development and Legislative Drafting Manual. (PW) 2004. Disponible en: URL: <http://www.fctc.org/modelguide>. (Consultado 11/2003)
38. **Gerlach K, Shopland D.** Workplace smoking poli-

cies in the United States: results from a national survey of more than 100.000 workers. *Tobacco Control* 1997; 6: 199-206.

39. **Repace J.** Can ventilation control secondhand smoke in the hospitality industry? (PW) 2000. Disponible en: URL: <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/DesOHSAAets.pdf>. (Consultado 9/2000)
40. **Emont SL, Choi WS, Novotny TE.** Clean indoor air legislation, taxation, and smoking behavior in the United States: an ecological analysis. *Tob Contr* 1993; 2: 13-7.
41. **Heironimus J.** Philip Morris. Impact of Workplace Restrictions on Consumption and Incidence. (PW) 1992. Disponible en: URL: <http://tobaccodocuments.org/pm/2025833451-3455.html>. (Consultado 9/2003).
42. **Roemer R.** Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic. 2nd.ed. Geneva: World Health Organization; 1993.45-60.
43. **Navas A, Peruga A.** Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. *JAMA* 2004; 291: 2741-5.
44. **International Agency for the Research on Cancer.** Monograph on Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. (PW) 2003. Disponible en: URL: <http://mognrahs.iarc.fr/htdocs/indexes/vol83index.html>. (Consultado 3/2003)
45. Respiratory health effects of passive smoking :lung cancer and others disorders. Washignton: US Environmental Protection Agency, Office of Research and Development. Office of Health and Environmental Assessment, 1992: 247-60.
46. **Oyarzún M.** Contaminación atmosférica e intradomiciliaria. *Rev Chil Enf Respir* 1996; 12: 32-41.
47. **Scollo M, Lal A.** Summary of studies assessing the economic impact of smoke-free policies in the hospitality industry, 2003. Disponible en: <http://www.wctc.org.au/tc-res/Hospitalitysummary.pdf> (Consultado 10/2003).
48. **Envirronics Research Group.** Evaluation of new warnings on cigarette packages. (PW) 2001. Disponible en: http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0_3182_3172_334419_436437_langId-en_00.html. (Consultado 7/2001).
49. Tobacco Products Information Regulations JUS-601413 (SOR/DORS). (PW) 2000. Disponible en URL: http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/rc/index_e.html. (Consultado 21/10/2005).
50. **Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria.** Derivados del tabaco: resolución RDC nº.104 (PW) 2001. Disponible en URL: http://www.anvisa.gov.br/tabaco/rdc_104_2001.htm. (Consultado 21/10/2005).
51. **International Union Against Cancer.** International Union Against Cancer Tobacco Control Tobacco Control Fact Sheet 2: Health Warnings/Messages on Tobacco Products. (PW) Disponible en: URL: http://www.uicc.org/programmes/tobacco/fact_sheets/02fact.shtml. (10/2002).
52. **Us National Cancer Institute.** Risk Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine. (PW) 2001. Disponible en: URL: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/13/> (Consultado 10/2001).
53. **Action on Smoking and Health London.** Why Low Tar Cigarettes Don't work and How the Tobacco Industry Has Fooled the Smoking Public. (PW) 1999 Disponible en: URL: <http://www.ash.org.uk/html/regulation/html/big-one.html>. (Consultado 2/2001).
54. **Tye J, Warner K.** Tobacco Advertising and consumption: evidence of a causal relationship. *J Pub Heal Pol* 1987; 492-508.
55. **Smee C.** Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence. London: Department of Health, 1992: 20-4.
56. **Saffer H, Chaloupka F.** The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics* 2000; 19: 1117-37.
57. **Evans N, Farkas A, Farkas A, Gilpin E, Berry G, Pierce JP.** Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. *J Natl Cancer Inst* 1995; 7: 1538-45.
58. **Lam TH, Chung SF, Betson CL, Wong CM, Hedley AJ.** Tobacco advertisements one of the strongest risk factors for smoking in Hong Kong students. *Am J Prev Med* 1998; 14(3): 217-23.
59. **Roemer R.** Legislative action to combat the World Tobacco Epidemic, Second Edition. Geneva: World Health Organization, 1993: 159-64.
60. **Warner K, Goldenhar LM, Mc Laughlin CG.** Cigarette advertising and magazine coverage of the hazards of smoking. A statistical analysis. *N Engl J Med* 1992; 326: 305-9.
61. **Canadian Cancer Society.** Controlling the tobacco epidemic: selected evidence in support of banning all tobacco advertising and promotion, and requiring large, picture-based health warnings on tobacco packages. (PW) 2001. Disponible en: URL: <http://www.globalink.org/tobacco/docs/advertising/>.
62. **Joossens L.** How to combat tobacco smuggling through the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Presentation at the Second World Conference on Modern Criminal Investigation, Organized Crime and Human Rights. (PW) 2001. Disponible en URL: <http://www.crimeinstitute.ac.Za/2ndconf/papers/joossens.pdf>.
63. **Campaign for Tobacco-Free Kids.** Illegal Pathways to illegal profits. The big cigarette companies and International Smuggling.2001. Disponible en: URL: <http://tobaccofreekids.org/campagn/global/framework/docs/Smuggling.pdf>. (consultado 20/10/2005).