

## Tema Especial: “Tabaco, Salud y Sociedad”

*Los tres artículos sobre tabaquismo que a continuación se presentan, fueron expuestos en el simposio “Tabaco, salud y sociedad”, organizado por el Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile A.G. en conjunto con la Universidad de Chile, evento realizado el día 12 de mayo de 2005 en el Salón de Honor de la Casa Central de esta universidad.*

### Las estrategias para el control del tabaco y su racionalidad. Strategies for tobacco control and its rationale

Dr. Eduardo Bianco\*

#### Resumen:

El Tabaquismo es conocido por el hombre desde hace miles de años, pero recién en el Siglo XX adquirió los niveles con que se le conoce actualmente. Más de 1000 millones de personas son consumidoras de tabaco, a nivel mundial, y la mayoría de ellas se inició antes de los 18 años de edad (1). El tabaquismo genera una dependencia o adicción nada fácil de superar. El humo de tabaco produce una intoxicación crónica que ocasiona severos daños a la salud, tanto de los consumidores como de los que son expuestos pasivamente al mismo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el costo humano del tabaquismo es de 4.9 millones de muertes por año. El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte del mundo. Según 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 OMS 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). El CMCT no hará desaparecer el problema del tabaco, pero puede constituirse en una herramienta extremadamente efectiva para frenar la evolución actual de la epidemia de tabaquismo, si se logra que cada país aplique las estrategias más fuertes desde el punto de vista de la protección de la salud pública, y se implementa su aplicación adecuadamente, o bien puede quedar sólo como “otro tratado más”, carente de toda efectividad. El resultado final dependerá de los gobiernos y de la sociedad civil, en especial, del sector salud.

*Palabras clave:* Tabaquismo, efectos para la salud, costos para la salud, efectos económico para el país, OMS, Convenio Marco para el Control del Tabaco.

\* Médico Cardiólogo y Experto Universitario en Tabaquismo.

Miembro Responsable de la Comisión de Tabaquismo del Sindicato Médico del Uruguay.

Director del Programa de Control del Tabaco de Fundación InterAmericana del Corazón.

Director para Latinoamérica de Framework Convention Alliance.

## Abstract:

Tobacco has been used by human beings since thousands of years, but only in the XX Century it reached the consumption levels we know today. Over a billion people consume tobacco around the world; most of them started before 18 years old. (1). Tobacco consumption causes a strong addiction, very difficult to overcome. Tobacco smoke produces a chronic intoxication that seriously damages consumers and passive smoker's health.

According to World Health Organization (W.H.O), the human cost of tobacco use is 4.9 million death annually. Tobacco is the main avoidable death worldwide. The World Bank stated that tobacco use cause damages country economies for about 200 billion dollars a year (1, 12).

In spite of knowing the facts, tobacco use is very difficult to eliminate, because it is a deep-rooted social behaviour, a strong addiction and, mainly, it has as vector with a huge financial and political power: the tobacco industry, that promotes the epidemic and profits from it.

Tobacco is a global issue and required a global answer. The World Health Assembly (WHA) approved a global treaty against this menace: The WHO-Framework Convention on Tobacco Control (FCTC).

The FCTC will not make the tobacco problem disappear, but if it is used appropriately, it could be an extremely effective tool to curb current trends of the tobacco epidemic.

For protecting public health in the right way, countries must apply and enforce the strongest strategies. Otherwise; this treaty will be "one more treaty", lacking effectiveness. The final result will depend on government and civil society action, especially in the health sector.

---

*Key words: Tobacco smoking, health effects, human cost, country economy effects, WHO Framework Convention on Tobacco Control.*

---

## INTRODUCCION AL PROBLEMA DEL TABACO

El tabaquismo no es una enfermedad infecciosa transmisible, sin embargo, se ha difundido amplia y rápidamente en prácticamente todos los países o culturas en la cuales ha ingresado. No ha respetado sexo, ni raza, ni edad, ni condición económica o social y ha logrado llegar a los lugares más alejados de la tierra y abunda aún en 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, sirvieron de base al informe del Real Colegio Inglés (1962) y al del Cirujano General de los 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 a expensas de 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 causa de muerte prematura y prevenible de toda la historia de la humanidad (1)

Es por estas consideraciones que Organismos Internacionales dedicados a la salud, como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), han decidido utilizar la denominación "epidemia" para referirse a la situación sanitaria generada por el consumo de tabaco a nivel mundial.

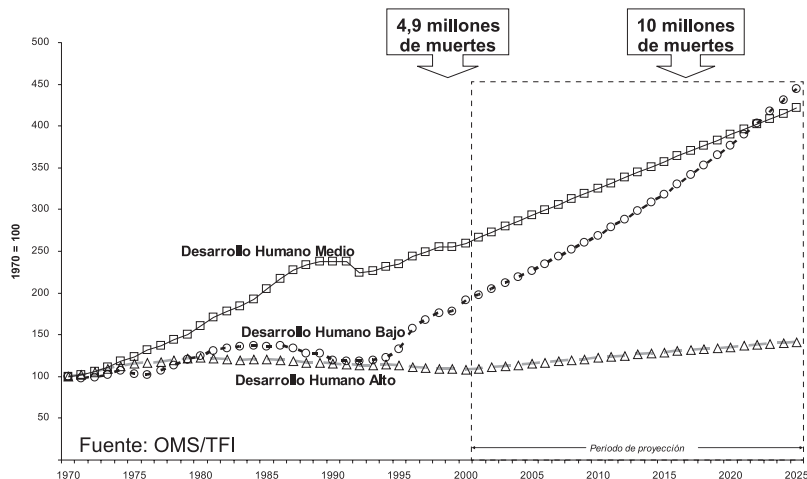
## EL DESVÍO DE LA EPIDEMIA

Actualmente fuma el 30% de la población mundial. Si continúa la tendencia actual, en el 2020 alcanzaría el 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 los 80, 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 (Fig. 1).

**Figura 1.**  
**PROYECCIÓN HASTA 2025 DEL CONSUMO MUNDIAL DE CIGARRILLOS SEGÚN NIVEL DE DESARROLLO SI NO CAMBIA EL CONSUMO PER CÁPITA**



A nivel de las Américas, según datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) recogidos en Salud en las Américas, edición 2002 el tabaco, mata más de 1 millón de personas por año. De las cuales corresponderían: a Latinoamérica 506.000 y al Caribe 5.601. La OMS pronostica que en América Latina el número de muertes causada por el tabaco se va a triplicar 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 al 8% del total de fumadores a nivel mundial. Estos datos reflejarían los niveles de consumo de mediados de la década de los 90 (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 y 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 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 menudo sin escrúpulos.

Genera importantes ingresos económicos que tienen importancia social y económica tanto en países desarrollados como no desarrollados. Existe una enorme red de intereses creados (agricultores, industriales, comerciantes, distribuidores, publicistas, etc.) 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 suele 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 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.

## EL COSTO HUMANO

Cuando una persona fuma, introduce en su cuerpo casi 5000 sustancias, muchas de ellas tóxicas y otras cancerígenas (Fig. 2). Este ingreso diario provoca un estado de intoxicación crónica que va afectando progresivamente casi todos los sectores del cuerpo y es responsable de las casi 50 enfermedades que se han relacionado con el tabaquismo.

### **Figura 2. Principales sustancias tóxicas y carcinogénicas contenidas en el humo del tabaco.**

#### *Carcinógenos:*

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

#### *Irritantes y tóxicos:*

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

Los fumadores, al fumar, inhalan una porción del humo del tabaco denominada corriente principal (CP). Esta constituye el 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 el 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 mucho menores, produciéndose una combustión incompleta, 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.

Organismos prestigiosos de 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)

#### • **Los riesgos del Consumo**

No existe ninguna enfermedad específica vinculada al consumo de tabaco, pero numerosas enfermedades tienen una mayor prevalencia en la persona que consume tabaco. (5, 6)

El tabaco es responsable de 85 a 90% de los cánceres de pulmón, del 30% de todas las muertes por cáncer (Fig. 3), del 75 al 85 % de los casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Bronquitis crónica, enfisema pulmonar), del 30% de las muertes por enfermedad coronaria.(1, 5, 6, 12)

#### **Figura 3.**

##### **Otras enfermedades causadas por el tabaco (6)(9)**

PP: infecciones, EPOC (75-85%), agravan Asma, neumonías (50%)

Digestivo: dispepsia, UGD, 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  
Inmunológico: Disminución.

Ocular: cataratas

Metabólico: Perturban metabolismo de glúcidos y grasas

Psiquiatría: Trastornos afectivos, sobre todo depresión.

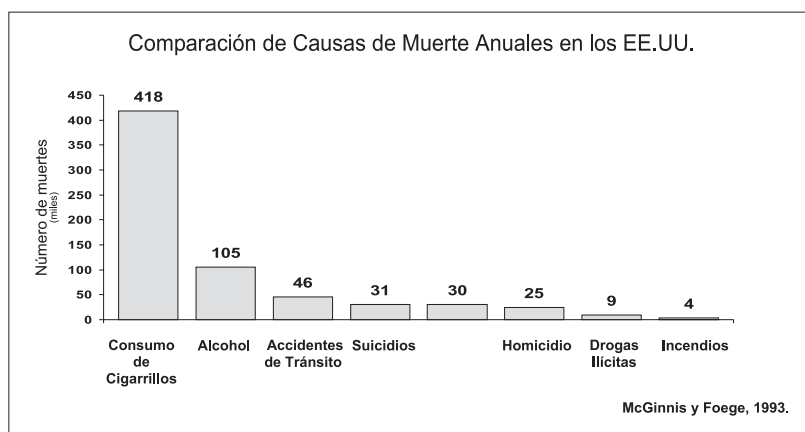
El riesgo de contraer enfermedades y de morir por fumar es directamente proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos por día y a la cantidad de años que se fume (8). Es un riesgo acumulativo, dado que se trata de una intoxicación crónica.

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 (6, 9). Ver Fig 3.

Como resultado de estas enfermedades el tabaco causará la muerte a la mitad de los consumidores crónicos, y la mitad de ellos perderá 20 a 25 años de expectativa de vida (1, 12).

Si se compara el daño que causa el tabaquismo, con respecto a otras causas de muerte vemos que este mata más que el alcohol, los accidentes de tránsito, los suicidios, el SIDA, los homicidios, las drogas ilegales y los incendios... juntos (12, 13). Ver Fig. 4.

El consumo de tabaco es actualmente la mayor



causa prevenible de mortalidad en muchos otros países desarrollados. Sin intervenciones efectivas, se predice que el mundo en desarrollo seguirá un patrón similar (1).

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.

Aún a varios metros del fumador, se detectan concentraciones peligrosas de las sustancias tóxicas del humo del tabaco, y las mismas persisten horas

en el ambiente. Exponerse al humo del tabaco de los demás incrementa hasta un 30% el riesgo de enfermar y morir por cáncer y en un 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 al 50-60% (14). Este 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 cuanto más fumaban sus esposos (15), pero también en el trabajo, como lo demuestran múltiples trabajos científicos (16, 17).

## EL COSTO SOCIOECONÓMICO

Existe un mito, promovido por la industria tabacalera: "los estados se benefician económicamente del comercio del tabaco".

El Banco Mundial ha desmentido este mito con un estudio económico 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 medioambiente, en diversas formas. El cultivo del tabaco es uno de los que más agota los suelos, extrayéndoles más nutrientes que cualquier otro, a lo cual se suma la utilización de poderosos pesticidas, que no solo afectan los suelos sino también 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 al 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.

Toda esta información coloca al tabaco como un producto de consumo único, particularmente nocivo, que debe ser tratado en forma diferente de lo que son tratados el resto de los productos y la industria que los produce debería estar sujeta a regulaciones especiales.

## 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 del 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 (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. La acción de las drogas modifica estructural y funcionalmente el cerebro, determinando una neuroadaptación cerebral: el fumador "necesita" biológica y psicológicamente una determinada cantidad de droga en su cerebro, para mantener su equilibrio neurosicológico. El elemento básico de la adicción es un pensamiento irracional, obsesivo y recurrente por consumir la droga (craving, en inglés), que el individuo dependiente se torna incapaz de controlar (24, 25).

## EL VECTOR DE LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO.

La epidemia de tabaquismo tiene un "vector" que deliberadamente expande la misma y se beneficia de ello: la industria tabacalera. (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 en día alguien los "inventara" y quisiera introducirlos en el mercado, no podrían superar los controles que se les exigen a todos los demás productos de consumo.

A principios de la década de los 90, se registra un hecho histórico que cambia la historia del control del tabaco: la industria pierde su primer juicio en Minnesota (EEUU). En este juicio salen a luz documentos confidenciales de la industria, que son decisivos para el veredicto final. En años posteriores la industria tabacalera norteamericana es obligada a exponer todos sus documentos públicamente hasta el 2010. 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 los 50s, 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.

## UNA RESPUESTA GLOBAL, PARA UN PROBLEMA GLOBAL: EL CMCT

Dado 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, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) encargó al Director General de OMS, estudiar las distintas posibilidades para abordar el problema del tabaco. El resultado fue la propuesta de un Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT). En el año 2000 tuvo lugar la primera reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental y el 21 de Mayo del 2003 los 192 Estados Miembros de la AMS adoptaron por consenso el CMCT (30, 31).

Al momento actual, más del 90% de los Estados Miembros de la OMS han firmado el CMCT, y 78 ya lo han ratificado, incluido Chile. Este tratado entró en vigor, internacionalmente, el 27 de febrero del 2005.

El CMCT, el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS, se ha constituido en el primer tratado sobre Salud Pública de la historia. 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. (30).

El objetivo principal de este Convenio es: "proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco".

## LOS PUNTOS CLAVE DEL CMCT

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).

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).

El CMCT debe ser visto como un conjunto mínimo de medidas efectivas y el propio texto, en su artículo 2.1 exhorta a los países 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". (33).

## REGULACION DE LOS IMPUESTOS Y EL PRECIO DEL TABACO

En el Artículo 6 se fomenta el incremento del precio y de los impuestos al tabaco y se destimula las ventas libres de impuesto. Esta es una de las intervenciones más efectivas para reducir la demanda, especialmente entre los jóvenes y las personas de bajos ingresos (1)(18) al mismo tiempo que un muy eficiente medio para incrementar los ingresos de los gobiernos (34). El incremento de un 10% en el precio real del paquete, disminuye el consumo de tabaco en 4% en los países de altos ingresos económicos y en 8% en los de medio y bajos ingresos. 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  $\frac{2}{3}$  y  $\frac{3}{4}$  del total del precio minorista (1). 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). En Canadá, se estima que el 50% de la reducción del consumo del tabaco que ha experimentado este país en las últimas décadas se deben a la política de precios e impuestos.

## LA PROTECCION CONTRA LA EXPOSICIÓN PASIVA AL HUMO DEL TABACO

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 discapacidad,".

La evidencia científica ha demostrado que la exposición pasiva al humo del tabaco incrementa en un 30% el riesgo de cáncer y de enfermedades cardiovasculares en los no fumadores (hasta en un 50%).

Además, es causa enfermedades en los niños: neumonías, bronquitis, asma e infecciones en los oídos.

El humo del tabaco es uno de las causas más importantes de contaminación ambiental intradomiciliaria, y

es una forma de polución que tiene una fácil solución: la prohibición de fumar en espacios interiores.(46)

“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)

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 (12-14, 37-39).

Esta medida además de proteger a los no fumadores, ha demostrado ser efectiva para ayudar a los fumadores a dejar de fumar y disminuir el daño causado por el tabaco. (40, 41).

Esta regulación afecta 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 es socialmente inaceptable. (42)

La separación en zonas de fumadores y no fumadores, así como la solución de ventilación, promovidas por la industria tabacalera y sus aliados, no eliminan el daño. (43)

El efecto de la prohibición de fumar en bares y restaurantes ha sido bien estudiado ya. Los ingresos de bares y restaurantes libres de humo de tabaco muestran que las ventas se incrementan o permanecen en el mismo nivel, con respecto a aquellos donde todavía se permite fumar (40).

Los ambientes libres de tabaco no “violán el derecho a fumar”, sino que protegen el derecho de los no fumadores a respirar un aire no contaminado. Como dice un viejo refrán: “el derecho de uno termina, cuando comienza el derecho de los demás”.

## EMPAQUETADO Y ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS DEL TABACO

Los consumidores tienen el derecho de ser informados, adecuadamente, sobre los productos que consumen, y las empresas tienen la obligación de informarles. De esta 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.

Las investigaciones evidencian que los fumadores 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.

El CMCT preve, en su artículo 11, la utilización de advertencias sanitarias, rotativas, que idealmente deberán cubrir 50% o más de las superficies principales visibles de cada paquete (como mínimo deberán cubrir el 30 %), y comenzarán a aplicarse dentro de los tres años de entrada en vigor el tratado. Estas advertencias pueden incluir imágenes o pictogramas.(30)

Las advertencias sanitarias han demostrado incrementar la toma de conciencia sobre el riesgo de estos productos y el deseo de abandonarlos.(1, 48) En Brasil, luego de los productos del tabaco comenzaron a circular conteniendo advertencias sanitarias grandes, basadas en imágenes, una “Quit Line” telefónica para apoyo a la cesación del tabaquismo incrementó las llamadas en un 300%. (37, 49)

En Canadá los mensajes sanitarios ocupan un 50% de las partes frontales y posteriores del paquete, y contienen imágenes o figuras mostrando los efectos del consumo de tabaco. (50) En Brasil, el 100% de una de las superficies principales de la cajilla debe estar ocupada por una advertencia sanitaria basada en imágenes.(37, 51) Las advertencias sanitarias más grandes, hasta el momento, se encuentran en Bélgica, donde cubren por lo menos el 55% del frente y dorso del paquete. (37, 52).

## 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.(54, 55)

En el CMCT, en su art.11, especifica que los países tomarán las medidas necesarias para que no se promocióne los productos con mensajes engañosos o falsos en los paquetes de los productos de los tabacos, por ejemplo, expresiones tales como “bajo contenido de alquitrán”, “ligeros (o lights)”, “ultraligeros (o ultralight)”o “suaves (o mild)”, dentro de los tres años de entrada en vigor el Convenio.



## REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD, PROMOCION Y PATROCINIO DEL TABACO

Los estudios de investigación muestran que la publicidad incrementa el consumo de tabaco (56-58) y que los jóvenes son especialmente vulnerables a ella (59, 60). La proliferación de la publicidad hace difícil que los consumidores absorban plenamente los mensajes acerca de los riesgos del consumo y la exposición al humo del tabaco, y puedan 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.(61) También hay evidencia que los medios de comunicación que colocan publicidad del tabaco, son menos propensos a informar sobre los riesgos relacionados con el tabaco. (62).

Un estudio sobre 22 países, donde se compararon aquellos que tenían restricciones débiles, con otros que tenían restricciones completas, demostró que los últimos habían logrado una significativa reducción en el consumo, mientras que los primeros no habían logrado ninguna reducción o había sido muy pequeña. Los países con prohibiciones completas de la publicidad son los que tienen los menores niveles de consumo y las mayores tasas de declinación en el consumo, durante el período comprendido entre 1970 y 1999. (58, 63)

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 un 6 % aproximadamente.

El CMCT en su Artículo 13 consagra una prohibición completa de la publicidad, directa e indirecta, dentro de los cinco años de entrada en vigor. Los países también acordaron la elaboración de un protocolo sobre la publicidad transfronteriza.

La industria tabacalera, y sus aliados, suelen tratar de confundir el derecho de libertad de expresión (política, religiosa, etc.), 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, sólo 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, como las armas de fuego y la mayoría de los medicamentos, etc.(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	Papua Guinea	1987	Tailandia	1989
Nueva Zelandia	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, Afganistan , Irak, Jordan ,Sudan, Bulgaria, Hungría, Lituania, Polonia, Hong Kong, India, Australia, China.*

### PROTECCIÓN CONTRA EL COMERCIO ILICITO DE LOS PRODUCTOS DEL TABACO

El contrabando de cigarrillos coloca en el mercado, productos de tabaco baratos, haciéndolos más accesibles, lo que a su vez incrementa su consumo, y por ende, 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, 64)

El contrabando de cigarrillos ocurre en todas las partes del mundo, aún en las que los impuestos al tabaco son bajos, y genera pérdidas anuales a los gobiernos, cercanas a los 25.000 a 30.000 millones de dólares por año, al disminuir los ingresos por impuestos.(64)

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).

El principal contrabando, es el organizado, en gran escala. Se produce por la compra de cigarrillos libres de impuestos, mientras se encuentran bajo un régimen de "en tránsito".(12, 28) Otra modalidad utilizada es la del "viaje circular" (round tripping), donde 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. (64)

Las compañías tabacaleras se benefician y promueven el contrabando de cigarrillos en gran escala (28, 65), porque:

- 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 aumentan los impuestos y los precios de los cigarrillos.**

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

- ∞ **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 desplacen en su jurisdicción, en régimen de suspensión de impuestos o derechos.**

Se preve que uno de los primeros Protocolos que definirá la Conferencia de las Partes, el organismo de gobierno del CMCT, será sobre Contrabando.

## CONCLUSIONES

El problema del tabaco es un problema global muy complejo y no existe una única medida capaz de resolverlo. El CMCT fue concebido por la O.M.S. como un instrumento para ayudar a los países a controlar la actual epidemia de tabaquismo. El Convenio servirá como una guía para el desarrollo de políticas públicas, pero también impulsará el movimiento para el control del tabaco a nivel mundial. Es un tratado multilateral basado en la evidencia científica y producto de 3 años de intensas negociaciones y contiene las medidas básicas necesarias para enfrentar el problema del tabaco. El CMCT ya entró en vigor a nivel internacional, y lo hará en cada uno de los

países ratificantes luego de los 90 días de depositado el instrumento de ratificación. Los países que ya son parte del CMCT, han comenzado una nueva etapa: la reglamentación y la aplicación de las medidas contenidas en el mismo.

El éxito o fracaso del Tratado para frenar la actual epidemia de tabaquismo depende de lo que pueda obtenerse en los niveles nacionales.

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 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. La industria tabacalera es extremadamente poderosa que y sin contrapeso social bloquee todo esfuerzo que disminuya sus ingresos.

## Referencias:

1. *JHA P, CHALOUKKA F. Curbing the epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. The International Bank for Reconstruction and Development/THE WORLD BANK, 1999.*
2. *SARALEGUI PADRÓN J. Tabaquismo en Uruguay. Su creciente repercusión en la Salud Pública. Trabajo presentado en el Primer Comité de Expertos de la O.M.S. sobre : "El fumar y sus efectos sobre la salud" (Ginebra, Diciembre 9-14 de 1974). Biblioteca Nacional del Uruguay.*
3. *TOBACCO CONTROL RESOURCE CENTRE: Los Médicos y el Tabaquismo. El Gran Reto de la Medicina. British Medical Association, UK. 2000.*
4. *ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Tabaquismo: una amenaza constante para la salud. p.40. Comunicación para la Salud No. 12, 1997.*
5. *CROFTON J, SIMPSON D. Tobacco: a global threat. IATH, Swedish Heart Lung Foundation, 2002.*
6. *UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. May 27, 2004. (www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences).*
7. *HARRIS J. Cigarette smoke components and disease: cigarette smoke is more than a triad of tar, nicotine and carbon monoxide. En: US Department of Health and Human Services (USDHHS), Public Health Service, and National Cancer Institute (NCI). The FTC cigarette test method for determining tar, nicotine, and carbon monoxide yields of US cigarettes, (7). 1996. Bethesda, MD, National Institutes of Health.*
8. *DOLL, R., PETO R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors. Bri-*

- tish Med J.* 1976;2:1.525-1.536.
9. MACKENZIE, T., BARTECHI, C. *The human costs of the tobacco use (part 2)*. *N. Eng. Journal of Medicine*, 1994;14:975.
  10. GLASSMAN AH, HELZER JE. *Smoking, smoking cessation, and major depression.* *J Am Med Assoc* 1990;1546-49.
  11. BRESLAU N, ANDRESKI P. *Nicotine dependence in an urban population of young adults: Prevalence and co-morbidity with depression, anxiety and other substance dependencies.* *NIDA Res Monograph* 1991;105:458-459.
  12. MACKAY J, ERIKSEN, M. *The tobacco atlas.* WHO, 2002. [www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf](http://www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf).
  13. SHCULTZ JM, NOVOTNY TE, RICE DP. *Quantifying the disease impact of cigarette smoking with SAMMEC II software.* *Public Health Report* 1991;106:326-333.
  14. WHINCUP P, GILG J. *Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement.* *BMJ* 2004;329:200-205.
  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;88:1025-29.
  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. A publication of the Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town, 1998. In collaboration with support by the Humand Development Network of the World Bank.*
  19. WHO, 2003; *Economic, Social and Health Issues in Tobacco Control. Rerport of a WHO international meeting Koke, Japan, 3-4 December 2001.*
  20. CAMPAIGN FOR TOBACCO FREE KIDS (USA): *Golden leaf barren harvest. The costs of tobacco farming.* Nov 2001,21-28. (<http://tobaccofreekids.org/campaign/global>).
  21. BENOWITS, N. *Tabaquismo de cigarrillos y adicción a la nicotina: Guía clínica para valoración y tratamiento.* *Clinicas Médicas de Norteamérica* 2/1992,409-431.
  22. LESHNER, A. *Addiction is a brain disease, and it matters.* *Science*, 1997.278:45-47.
  23. LEWISH D. *A disease model of addiction.* N.S.Miller (Ed). *Principles of Addiction Medicine*, 1994, pp.1-7.
  24. NAKKEN C. *The addictive personality. Understanding the addictive process and compulsive behavior.* *Hazelden Organization*, 1996.USA ([www.hazelden.org](http://www.hazelden.org)).
  25. BECK A. *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias.* Ed. Paidós 1993,p.71-85.
  26. SALOJEE Y, HAMMOND R. *ENGAÑO MORTAL.* Las "nuevas" normas mundiales de la industria tabacalera para la comercialización del tabaco. Publicación de OPS, Diciembre, 2001.
  27. WHO: *The tobacco industry documents. What they are, what they tell us, and how to search. A practical manual.* WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean.2002.
  28. CAMPAIGN FOR TOBACCO-FREE KIDS (USA), ACTION ON SMOKING AND HEALTH (UK). *Confie en nosotros somos la industria tabacalera.* Compilado por Hammond,R y Rowell, A. Abril de 2001.
  29. INGCAT (Coalición Internacional de Organizaciones No Gubernamentales contra el Tabaco): *Encuentro de la INGCAT para la movilización de las ONG Internacionales.* Ginebra, 15-16 de Mayo de 1999. P.19-23.
  30. OMS:2003. *Convenio Marco para el Control del Tabaco.* Publicación oficial.
  31. CROW M. *Smokescreens and State Responsibility: Using Human Rights Strategies To Promote Global Tobacco Control.* *The Yale Journal of Internacional Law.* Winter 2004, vol 29, Number 1.
  32. WHO: *Framework Convention on Tobacco Control. Technical Briefing Series. Papers 1-2-3-4.* 1999.
  33. FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL: *Lo más destacado del Convenio Marco.* Febrero, 2003. Folleto entregado durante la O.N.I.6 en Ginebra. Ver: [www.ftc.org](http://www.ftc.org).
  34. IPINZA, M. *Análisis del Proyecto de ley para la implementación del "Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco".* *Cuad Med Soc (Chile)* 2005;45:109-116.
  35. WHO. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic.* Geneva: World Health Organization; 1998.
  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.* International Union for Health Promotion and Education, France, First Edition 2004. (Disponible en [www.ftc.org/modelguide](http://www.ftc.org/modelguide)).
  38. GERLACH K, SHOPLAND D. *Workplace smoking policies 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? Repace Associates on behalf of California Department of Health; Sacramento, California, June 2000.* ([www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/DesOHSHAets.pdf](http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/DesOHSHAets.pdf)).
  40. EMONT SL, CHOI WS, NOVOTNY TE. *Clean indoor air legislation, taxation, and smoking behavior in the United States: an ecological analysis.* *Tobacco*

- Control, 1993; 2(1):13-7.
41. HEIRONIMUS J. Philip Morris. *Impact of Workplace Restrictions on Consumption and Incidence*. Jan 21, 1992. Bates: 2025833451-2025833455. Tobacco Documents Online. Available at <http://tobaccodocuments.org/pm/2025833451-3455.html>. Accessed September 24, 2003.
  42. ROEMER R. *Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic, Second Edition*. Geneva: World Health Organization; 1993.
  43. NAVASA, PERUGA A. *Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003*. JAMA, 2004;291:2741-2745.
  44. IARC (International Agency for the Research on Cancer). *Monograph on Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. Volume 83,2003,Lyon.<http://monographs.iarc.fr/htdocs/indexes/vol83index.html>.
  45. ,US EPA. *Respiratory health effects of passive smoking :lung cancer and others disorders*. US Environmental Protection Agency, Office of Research and Development. Office of Health and Environmental Assessment, Washington, DC; Dec 1992.
  46. OYARZÚN M. Contaminación atmosférica e intradomiciliaria. *Rev. Chilena 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*. VicHealth Centre for Tobacco Control, Melbourne, Australia;Aug. 2003. <http://www.wctc.org.au/tc-res/Hospitalitysummary.pdf> .
  48. ENVIRONICS RESEARCH GROUP LTD. *Evaluation of new warnings on cigarette packages*. Prepared for Canadian Cancer Society, 2001. Disponible en : [http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172\\_334419\\_436437\\_langId-en,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_334419_436437_langId-en,00.html).
  49. TANIA CAVALCANTE. *Comunicación Personal, Director Nacional del Programa de Control del Tabaco y CHRISTIANE VIANNA, Asesora Legal, División de Programa de Control del Tabaco y Factores de Riesgo de Cáncer, Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud Pública, Brasil; Agosto 15, 2003*.
  50. TOBACCO PRODUCTS INFORMATION REGULATIONS, JUS-601413 (SOR/DORS), June 1999, as amended.
  51. RESOLUCIÓN DE ANVISA /Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Brasil) - CBR No. 104 of May 31, 2001.
  52. PERSONAL COMMUNICATION con Luk Joosens, UICC Consultant and WHO Expert on European Tobacco Control Activities; October 18, 2003.
  53. International Union Against Cancer. *Tobacco Control Tobacco Control Fact Sheet 2: Health Warnings/ Messages on Tobacco Products*. Available at [http://www.uicc.org/programmes/tobacco/fact\\_sheets/02fact.shtml](http://www.uicc.org/programmes/tobacco/fact_sheets/02fact.shtml).
  54. US NATIONAL CANCER INSTITUTE, "Monograph 13: Risk Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine," November 2001. <http://cancercontrol.cancer.gov/terb/monographs/13/> .
  55. ACTION ON SMOKING AND HEALTH LONDON, "Why Low Tar Cigarettes Don't work and How the Tobacco Industry Has Fooled the Smoking Public," 1999. <http://www.ash.org.uk/html/regulation/html/big-one.html>
  56. TYE J, WARNER K. *Tobacco Advertising and consumption: evidence of a causal relationship*. *Journal of Public Health Policy*, 1987;492-508.
  57. SMEE C. *Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence*. Economic and Operational Research Divisio, Department of Health. London, England;1992.
  58. SAFFER H, CHALOUPKA F. *The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption*. *Journal of Health Economics*, 2000;19:1117-1137.
  59. EVANS N, FARKUS A, et al. *Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking*. *Journal of the National Cancer Institute*, 1995;87(20):1538-45.
  60. LAM T et al. *Tobacco advertisements one of the strongest risk factors for smoking in Hong Kong students*. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998;14(3):217-223.
  61. ROEMER R. *Legislative action to combat the World Tobacco Epidemic, Second Edition*. Geneva: World Health Organization;1993..
  62. WARNER K, GOLDENHARL. *Cigarette advertising and magazine coverage of the hazards of smoking. A statistical analysis*. *New England Journal of Medicine* 1992;326: 305-309.
  63. 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*. Ottawa: Canadian Cancer Society, International Union Against Cancer; 2001. Available at <http://www.globalink.org/tobacco/docs/advertising/>.
  64. JOOSENS 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, Durban. Dec 7, 2001. Accesible en <http://www.crimeinstitute.ac.za/2ndconf/papers/joosens.pdf>.
  65. CAMPAIGN FOR TOBACCO-FREE KIDS. *Illegal Pathways to illegal profits. The big cigarette companies and Internationa Smuggling*.2001.