

19638

La epidemia de tabaquismo

Los gobiernos y los aspectos
económicos del control del tabaco



BANCO
MUNDIAL



ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD

19638

19638

La epidemia de tabaquismo
Los gobiernos y los aspectos
económicos del control
del tabaco



Publicación Científica No. 577

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third St., NW
Washington, DC 20037, EUA
2000

19638

Edición original en inglés:
Curbing the Epidemic
Governments and the Economics
of Tobacco Control

© 1999 The International Bank for Reconstruction
and Development / THE WORLD BANK
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433, USA

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los
aspectos económicos del control del tabaco.

Washington, D.C.: -OPS, ©1999.

xiv, 134 p. —(Publicación Científica 577)

ISBN 92 75 31577 9

I. Título. II. (serie). III. Banco Mundial

1. TABAQUISMO — efectos adversos. 2. FACTORES
DE RIESGO. 3. TRASTORNOS POR USO DE
TABACO — prevención y control. 4. CESE DEL
USO DE TABACO — economía.

NLM QV137

Foto de la cubierta: Joe Losos, Health Canada

© Organización Panamericana de la Salud, 2000

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Contenido

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL VII

PRÓLOGO IX

PREFACIO XIII

RESUMEN 1

- 1 Tendencias del consumo de tabaco en el mundo 15**
 - Consumo creciente en los países de ingreso medio y bajo 15
 - Patrones regionales de consumo de tabaco 17
 - El tabaco y la categoría socioeconómica 18
 - Edad e iniciación del hábito 19
 - Patrones de abandono del hábito de fumar en el mundo 21

- 2 Las consecuencias del tabaco para la salud 23**
 - La naturaleza adictiva del consumo de tabaco 23
 - La carga de la enfermedad 25
 - Largo intervalo entre la exposición y la enfermedad 25
 - ¿Cómo mata el tabaco? 26
 - La epidemia varía según los lugares y según el momento 27
 - El tabaco y las deficientes condiciones sanitarias de los pobres 28
 - Los riesgos del fumador pasivo 28
 - Dejar de fumar es útil 30

- 3 ¿Conocen los fumadores los riesgos del tabaco y soportan sus costos? 33**
 - Conciencia de los riesgos 34
 - Juventud, adicción y capacidad para tomar decisiones razonables 35
 - Costos impuestos a los demás 37
 - Respuestas adecuadas de los gobiernos 39
 - El problema de la adicción 41

- 4 Medidas para reducir la demanda de tabaco 43**
 - Aumento de los impuestos sobre los cigarrillos 43
 - Medidas no relacionadas con el precio para reducir la demanda de tabaco: información al consumidor, prohibiciones de publicidad y promoción y limitaciones de las zonas donde se permite fumar 52
 - Tratamiento sustitutivo con nicotina y otras intervenciones para dejar de fumar 61

5	Medidas para reducir la oferta de tabaco	65
	Efectividad limitada de la mayoría de las intervenciones para controlar la oferta	65
	Acción firme contra el contrabando	72
6	Costo y consecuencias del control del tabaco	77
	¿Perjudica el control del tabaco a la economía?	77
7	Un calendario para la acción	91
	Superación de las barreras políticas que se oponen al cambio	92
	Prioridades de la investigación	94
	Recomendaciones	95
APÉNDICE A: IMPUESTOS SOBRE EL TABACO: OPINIÓN DEL FONDO MONETARIO INTERNACIONAL 99		
APÉNDICE B: TRABAJOS DE BASE 101		
APÉNDICE C: AGRADECIMIENTOS 103		
APÉNDICE D: EL MUNDO SEGÚN NIVELES DE INGRESO Y REGIONES (CLASIFICACIÓN DEL BANCO MUNDIAL) 107		
NOTA BIBLIOGRÁFICA 111		
BIBLIOGRAFÍA 115		
ÍNDICE 129		
FIGURAS		
1.1	El hábito de fumar está en aumento en los países en desarrollo	16
1.2	El hábito de fumar es más frecuente entre los menos educados	19
1.3	El hábito de fumar se adquiere en etapas precoces de la vida	21
2.1	Las concentraciones de nicotina ascienden con rapidez en los fumadores jóvenes	24
2.2	Educación y riesgo de muerte atribuible al tabaco	29
2.3	El hábito de fumar y las diferencias cada vez mayores entre la salud de los ricos y la de los pobres	30
4.1	Precio medio de los cigarrillos, impuestos y porcentaje de impuesto en el precio total del paquete, según grupos de ingreso del Banco Mundial, 1996	45
4.2	El precio de los cigarrillos y su consumo siguen direcciones opuestas	46
4.2a	Precio real de los cigarrillos y consumo anual per cápita. Canadá, 1989-1995	46
4.2b	Precio real de los cigarrillos y consumo anual por adulto (edad 15 años y más). Sudáfrica, 1970-1989	46

- 4.3 Modelo de un etiquetado de advertencia energética 55
- 4.4 Las prohibiciones generales amplias reducen el consumo de cigarrillos 60
- 5.1 El contrabando de tabaco tiende a aumentar en paralelo con el grado de corrupción 73
- 6.1 A medida que los impuestos sobre el tabaco ascienden, también lo hace la recaudación 84
- 7.1 Si los actuales fumadores no dejan de fumar, las muertes debidas al tabaco aumentarán en forma espectacular en los próximos 50 años 93

CUADROS

- 1.1 Patrones regionales de consumo de tabaco 17
- 2.1 Estimación de muertes actuales y futuras provocadas por el tabaco 25
- 4.1 Número potencial de fumadores que han sido persuadidos para que dejen de fumar y vidas salvadas por un aumento del precio del 10% 51
- 4.2 Número potencial de fumadores que han sido persuadidos para que dejen de fumar y vidas salvadas por un paquete de medidas no relacionadas con el precio 62
- 4.3 Efectividad de varios enfoques para dejar de fumar 63
- 5.1 Los 30 mayores productores de tabaco del mundo 68
- 6.1 Estudios sobre los efectos en el empleo de la reducción o eliminación del consumo de tabaco 81
- 6.2 Eficacia en relación con el costo de las medidas de control del tabaco 89

RECUADROS

- 1.1 ¿Cuántos jóvenes comienzan a fumar cada día? 20
- 4.1 Cálculo del impacto de las medidas de control sobre el consumo mundial de tabaco: las aportaciones al modelo 49
- 4.2 Prohibición de la Unión Europea sobre la publicidad y la promoción del tabaco 59
- 6.1 Ayuda a los agricultores más pobres 82
- 7.1 La Organización Mundial de la Salud y el Convenio Marco para el Control del Tabaco 96
- 7.2 Política del Banco Mundial en relación con el tabaco 98

Prólogo a la edición en español

El tabaco es no solo un producto de consumo sino también, para muchos países, una importante fuente de ingresos y divisas. Para muchos gobiernos, la venta de tabaco ofrece un medio fácil de aumentar los impuestos y la industria tabacalera sirve como fuente de empleo. Esa importancia económica puede hacer que la lucha contra el tabaco sea una cuestión política difícil, a pesar de que la producción y el uso de tabaco implican también diversos costos: tanto a largo como a corto plazo, la sociedad soporta el costo de las defunciones prematuras, la morbilidad añadida y la atención médica. Si bien existen pocos datos sobre la carga económica del tabaquismo para la mayoría de los países en desarrollo, conviene recordar que esos países tienen que soportar el costo no solo de las enfermedades transmisibles sino también de las enfermedades no transmisibles relacionadas con el tabaco.

En la Región de las Américas, se estima que aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años fuma, y que la mortalidad causada por el tabaquismo (más de 600.000 defunciones anuales) ha superado la relacionada con el sida, los accidentes y el suicidio. Asimismo, las enfermedades vinculadas estrechamente con el tabaquismo, como los cánceres de bronquios, de pulmón y de laringe, las enfermedades cardiovasculares y el enfisema, representan aproximadamente el 54% de la carga total de enfermedad.

Así, la magnitud de la epidemia y los intereses económicos que obstaculizan la acción se cuentan entre los principales factores que dificultan la tarea de encontrar soluciones a esta grave amenaza para la salud. Sin embargo, la mayoría de las sociedades quieren reducir el sufrimiento y las pérdidas asociados a la

carga de enfermedad y muerte prematura impuesta por el tabaco. El consenso de que las ganancias sanitarias son deseables se refleja en las políticas y acciones antitabáquicas de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, así como de otros organismos internacionales.

La publicación de esta obra en español, traducción del original en inglés publicado por el Banco Mundial, es parte de esas actividades. En ella se analizan las cuestiones económicas que se plantean en las esferas de decisión política cuando se estudia el control del tabaco. La principal preocupación es que la intervención para controlar el consumo de tabaco traiga consigo una pérdida de puestos de trabajo. Sin embargo, en esta obra se sostiene que en la mayor parte de los países no se produciría una pérdida neta de empleo y que en algunos incluso se verificarían ganancias. También se examinan los costos de las políticas de control y se establece un calendario para la acción de los gobiernos.

Firme ante su responsabilidad de divulgar información que sirva para mejorar el estado de salud de la población, la OPS pone este nuevo y valioso recurso a disposición de los que se ocupan de prevenir los daños causados por el tabaco, especialmente de quienes tienen a su cargo la responsabilidad de la planificación y la toma de decisiones en la lucha contra la epidemia de tabaquismo.

George A. O. Alleyne
Director

Prólogo

SI se mantienen los patrones actuales de consumo de tabaco, alrededor de 500 millones de personas, de las que casi la mitad son ahora niños y jóvenes, morirán por esta causa. Se prevé que el tabaco será la principal causa de muerte en todo el mundo en el año 2030, y que producirá unos 10 millones de muertes anuales. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Banco Mundial consideran, pues, como uno de sus objetivos principales la reducción de esta carga. Para cumplir su misión y contribuir a reducir el sufrimiento y los costos de la epidemia de consumo de tabaco, ambas organizaciones pretenden favorecer todos los esfuerzos encaminados a identificar y ejecutar diversas políticas eficaces de control del tabaquismo, dirigidas especialmente a los niños.

El tabaco difiere de otros muchos peligros para la salud. Los cigarrillos son objeto de demanda por los consumidores y forman parte de los hábitos sociales de muchas sociedades. Son bienes rentables que son objeto de un extenso comercio y su producción y consumo forman parte de los recursos sociales y económicos de muchos países desarrollados y en desarrollo. En consecuencia, los aspectos económicos del consumo de tabaco son factores fundamentales en cualquier debate sobre su control pese a que, hasta hace poco tiempo, apenas han recibido atención en las distintas partes del mundo.

Este informe pretende llenar ese vacío. Trata de los aspectos esenciales a que se enfrentan casi todas las sociedades y los gobiernos cuando discuten acerca del tabaco y su control, y forma parte de la colaboración entre la OMS y el Banco Mundial. La OMS, principal organismo internacional especializado

en salud, fue la primera en reaccionar frente a la epidemia con su Iniciativa “Liberarse del tabaco”. El Banco Mundial intenta trabajar en colaboración con los organismos locales, ofreciendo sus especiales recursos de análisis económico. Desde 1991, el Banco Mundial dispone de una política formal sobre el tabaco, pues reconoce el daño que supone para la salud. Esta política prohíbe al Banco financiar el cultivo de tabaco y promueve las medidas de control.

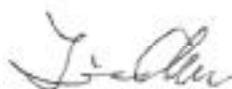
Este informe llega en un momento muy oportuno. Teniendo en cuenta la mortalidad cada vez mayor asociada al consumo de tabaco, muchos gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organismos del sistema de las Naciones Unidas como el UNICEF y la Organización para la Agricultura y la Alimentación, y el Fondo Monetario Internacional están estudiando sus actuales políticas de lucha contra el tabaquismo. Este texto se basa en muchas colaboraciones surgidas de tales revisiones en los ámbitos nacionales e internacionales.

Este informe pretende, fundamentalmente, tratar los problemas que se plantean en las instancias normativas en cuanto al impacto de las políticas contra el tabaquismo en la economía. Las ventajas de control del tabaco desde el punto de vista de la salud, especialmente en lo que se refiere a los niños del mundo, son evidentes. Sin embargo, este control supone costos económicos que las autoridades deben valorar con cuidado. En los casos en que el control del tabaco afecta sobre todo a los estratos más pobres de la sociedad, los gobiernos tienen la responsabilidad de ayudar a reducir esos costos mediante, por ejemplo, el establecimiento de pautas de transición destinadas a los agricultores más desfavorecidos.

El tabaquismo es una de las causas más importantes de mortalidad prevenible y prematura en la historia del ser humano. Sin embargo, ya existen políticas relativamente sencillas y efectivas que pueden reducir su devastador impacto. Para todo gobierno que pretenda mejorar la salud de la población en el marco de una política económica sólida, las medidas destinadas a controlar el consumo de tabaco suponen una elección extraordinariamente atractiva.



David de Ferranti
Vicepresidente
Red de Desarrollo Humano
Banco Mundial



Jie Chen
Director Ejecutivo
Enfermedades no Transmisibles
Organización Mundial de la Salud

Equipo redactor: Este informe fue preparado por el equipo dirigido por Prabhat Jha y formado por Frank J. Chaloupka (codirector), Phyllida Brown, Son Nguyen, Jocelyn

Severino-Márquez, Rowena van der Merwe y Ayda Yurekli. William Jack, Nicole Klingen, Maureen Law, Philip Musgrove, Thomas E. Novotny, Mead Over, Kent Ranson, Michael Walton y Abdo Yazbeck contribuyeron con información y asesoramiento de gran valor. Este informe aprovechó asimismo los importantes trabajos sobre el tabaco efectuados previamente por Howard Barnum para el Banco Mundial. El aporte de la Organización Mundial de la Salud procedió de Derek Yach y la de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, de Michael Eriksen. El trabajo fue realizado bajo la dirección general de Helen Saxenian, Christopher Lovelace y David de Ferranti. Richard Feachem fue la persona clave para iniciar la tarea. Los errores contenidos en el informe son responsabilidad del equipo.

El equipo de producción estuvo formado por Dan Kagan, Don Reisman y Brenda Mejía.

El informe recibió numerosos aportes procedentes de diversos consultores (véase el Apéndice C, Agradecimientos) y fue apoyado por la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial, el Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Lausana y la Oficina de Tabaco y Salud del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, cuya ayuda se reconoce y agradece.

Prefacio

ESTE informe surgió de los esfuerzos convergentes de varios socios que compartían un problema común: la poca atención que se presta a las contribuciones económicas en los debates sobre el control del tabaquismo. En 1997, con ocasión de la 10.^a Conferencia Mundial sobre el Tabaco celebrada en Pekín, China, el Banco Mundial organizó una sesión de consulta sobre los aspectos económicos del control del tabaquismo. La reunión formaba parte de la revisión de sus políticas que el propio Banco lleva a cabo. En ella, se reconoció que la atención prestada en todo el mundo a los aspectos económicos de la epidemia de tabaquismo era claramente insuficiente. Los participantes coincidieron también en que eran muchos los países que no aplicaban la disciplina económica al control del tabaquismo y que aun cuando se emplearan enfoques económicos, la calidad de su metodología era muy variable.

En el momento en que el Banco Mundial comenzaba a revisar sus políticas, los economistas de la Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, habían iniciado un proyecto sobre la economía del control del tabaquismo en África del Sur. Con la colaboración de los economistas de la Universidad de Lausana, Suiza, y otros, se reunieron ambas iniciativas y se les añadieron otras, para conseguir una revisión más amplia. La tarea culminó con una conferencia celebrada en Ciudad del Cabo en febrero de 1998, cuyas actas fueron objeto de una publicación independiente.¹ Gracias a esta colaboración, se obtuvo un análisis más extenso de la economía del control del tabaquismo en la que participaron economistas y otros profesionales de diversos países e instituciones.

Algunos de los estudios resultantes de este análisis serán publicados en breve.² En este informe se resumen los hallazgos de los estudios de mayor interés para las instancias normativas.

Notas

1. Abedian I, van der Merwe R, Wilkins N, Jha P, eds. *The Economics of Tobacco Control: Towards an Optimal Policy Mix*. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town; 1998.
2. Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco Control Policies in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press. En prensa.

Resumen

EL tabaco mata hoy a 1 de cada 10 adultos en todo el mundo. En el año 2030, o quizás un poco antes, la proporción será de 1 de cada 6 adultos, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales, cifra superior a la debida a cualquier otra causa. Si bien hasta hace poco tiempo esta epidemia de enfermedades crónicas y muerte prematura afectaba fundamentalmente a los países ricos, en la actualidad se está desplazando con gran rapidez al mundo en desarrollo. Se calcula que en el año 2020, 7 de cada 10 muertes causadas por el tabaco ocurrirán en los países de ingreso medio y bajo.

¿Por qué se hizo este informe?

Pocos son hoy los que discuten los efectos nocivos del tabaco para la salud de las personas a escala mundial. Sin embargo, muchos gobiernos evitan tomar medidas para frenar su consumo, tales como incrementar los impuestos, prohibir en forma general la publicidad y las campañas de promoción o limitar su uso en lugares públicos, porque temen las consecuencias económicas de tales medidas. Así, a veces las autoridades gubernamentales temen que el descenso de la venta de cigarrillos signifique la pérdida permanente de miles de puestos de trabajo, que una imposición más alta sobre el tabaco reduzca los ingresos del Estado o que un precio más elevado desencadene un aumento exagerado del contrabando de cigarrillos.

En este informe se analizan las cuestiones económicas que se plantean en las esferas de decisión política cuando estudian el control del tabaco. Se pre-

gunta si los fumadores conocen los riesgos que asumen y soportan los costos de su elección y explora las opciones de que disponen los gobiernos cuando deciden que la intervención está justificada. En él se evalúan las consecuencias previsibles del control del tabaco para la salud, la economía y las personas. Se demuestra que los temores económicos que hasta ahora frenaron a las autoridades gubernamentales carecen, en gran medida, de fundamento. Las políticas que reducen la demanda de tabaco, como el aumento de los impuestos al cigarrillo, no causaron pérdidas de puestos de trabajo a largo plazo en la inmensa mayoría de los países que las llevaron a cabo. Tampoco el aumento de las tasas supone un descenso de los ingresos estatales sino que, por el contrario, estos ingresos tienden a ascender a medio plazo. Así pues, en resumen, estas políticas pueden producir beneficios sin precedentes para la salud sin dañar la economía.

Tendencias actuales

En todo el mundo, fuman hoy día alrededor de 1.100 millones de personas y se prevé que en el año 2025 el número supere los 1.600 millones. En los países con mayores niveles de ingreso, el hábito de fumar experimenta un descenso paulatino desde hace decenios, aunque sigue aumentando en algunos grupos de población. En los países de ingreso medio y bajo, por el contrario, el consumo de cigarrillos aumenta cada vez más. La mayor libertad del comercio de tabaco está contribuyendo al incremento del consumo en estas naciones.

El hábito de fumar suele adquirirse en la juventud. En los países con mayores niveles de ingreso, alrededor de 8 de cada 10 fumadores adquirieron el hábito en la adolescencia. La edad de inicio en los países de ingreso medio y bajo por lo general oscila en torno a los primeros años de la veintena, pero también está descendiendo. Hoy día, cualquiera que sea el país estudiado, los pobres tienden a fumar más que los ricos.

Consecuencias para la salud

Las consecuencias del tabaco para la salud son de dos tipos. En primer lugar, el fumador rápidamente se vuelve adicto a la nicotina. Las propiedades adictivas de esta sustancia son bien conocidas, aunque a menudo el consumidor las menosprecia. En los Estados Unidos de América, según los estudios realizados en alumnos de último curso de la enseñanza secundaria, menos de 2 de cada 5 fumadores de los que creen que dejarán de fumar en los 5 años siguientes conseguirán hacerlo en realidad. En los países de ingreso alto, aproximadamente 7 de cada 10 fumadores adultos dicen que lamentan haber comenzado a fumar y que les gustaría dejar de hacerlo. A lo largo de decenios, y a medida que aumentaron sus conocimientos al respecto, los países de ingreso alto fueron acumulando cifras importantes de antiguos fumadores que lograron abandonar el hábito.

Sin embargo, las tasas de éxito de los intentos individuales son bajas: del conjunto de los que intentan dejar de fumar sin ayuda de programas específicos, alrededor del 98% recuperan el hábito en el plazo de un año. En los países de ingreso medio y bajo los esfuerzos por dejar de fumar son raros.

El tabaco produce enfermedades mortales y discapacitantes y, en comparación con otras conductas de riesgo, supone un riesgo de muerte prematura extraordinariamente alto. La mitad de todos los fumadores crónicos perderán la vida por causa del tabaco y, de ellos, la mitad morirán durante los años productivos de la edad madura y perderán de 20 a 25 años de vida. Las enfermedades asociadas al tabaco son bien conocidas y comprenden los cánceres de pulmón y otros órganos, la cardiopatía isquémica y otros trastornos circulatorios, y diversas afecciones respiratorias como el enfisema. En las regiones en que la tuberculosis todavía es prevalente, el tabaco incrementa asimismo el riesgo de muerte por esta enfermedad, en comparación con los no fumadores.

Puesto que los pobres tienen más probabilidades de fumar que los ricos, sus riesgos de muerte prematura y asociada al tabaco son también mayores. En los países con niveles altos y medios de ingreso, los varones pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos tienen hasta dos veces más probabilidades de morir en la edad madura que los de los grupos socioeconómicos más altos, y el tabaco explica al menos la mitad de este exceso de riesgo.

El tabaco también afecta a la salud de los no fumadores. Los hijos de madres fumadoras nacen con peso más bajo, enfrentan mayores riesgos de enfermedad respiratoria y muestran mayor tendencia a sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante que los hijos de las no fumadoras. Los no fumadores adultos corren un riesgo, pequeño pero creciente, de enfermedad crónica discapacitante o mortal por exposición al humo de los fumadores.

¿Conocen los fumadores sus riesgos y aceptan sus costos?

La teoría económica moderna sostiene que los consumidores son, en general, los mejores jueces a la hora de gastar su dinero en bienes y servicios. Este principio de soberanía del consumidor se basa en varios supuestos: en primer lugar, que el consumidor hace una elección racional e informada luego de sopesar los costos y beneficios de la compra y, en segundo lugar, que el consumidor asume todos los costos de su elección. Cuando todos los consumidores ejercitan de esta forma su soberanía, conociendo sus riesgos y asumiendo sus costos, los recursos de la sociedad se encuentran, en teoría, distribuidos de la forma más eficaz posible. Este informe estudia los incentivos que llevan a los consumidores a fumar y se pregunta si su elección es similar a otras elecciones relacionadas con el consumo y si supone una asignación eficiente de los recursos de la sociedad, antes de pasar a discutir las consecuencias que estos aspectos tienen para los gobiernos.

Es evidente que los fumadores obtienen beneficios del hecho de fumar, tales como sentir placer y soslayar las consecuencias de la abstinencia, y que ponderan estos beneficios en relación con los costos privados de su elección. Definidos de esta forma, los beneficios apreciados superan a los costos percibidos pues, de lo contrario, los fumadores no pagarían por fumar. Sin embargo, parece que la elección de fumar podría no ser equivalente a la elección de comprar otros bienes de consumo, y ello de tres maneras específicas.

En primer lugar, se sabe que muchos fumadores *no* conocen plenamente los altos riesgos de enfermedad y muerte prematura asociados a su elección. En los países de ingreso medio y bajo, muchos de ellos incluso ignoran la existencia de tales riesgos. Así, en China, en 1996, el 61% de los fumadores interrogados creían que el tabaco les hacía “poco o ningún daño”. En los países de ingreso alto, los fumadores saben que se enfrentan a un aumento del riesgo, pero consideran que su magnitud no es tan grande ni está tan bien demostrada como creen los no fumadores, al mismo tiempo que minimizan la importancia de estos riesgos para ellos mismos.

En segundo lugar, el hábito de fumar suele comenzar en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta. Aun cuando estén bien informados, los jóvenes no siempre son capaces de utilizar esa información a la hora de tomar decisiones. Muchos podrían ser menos conscientes que los adultos del riesgo que entraña el tabaco para su salud. Casi todos los nuevos fumadores y los que probablemente lo serán desestiman también el riesgo de volverse adictos a la nicotina. En consecuencia, menosprecian gravemente los costos futuros de su hábito de fumar, esto es, los costos de no poder, en fases posteriores de la vida, revertir las consecuencias de la decisión juvenil de fumar. Las sociedades suelen reconocer que la capacidad de tomar decisiones durante la adolescencia es incompleta y, por tanto, limitan la libertad de los jóvenes de votar y de contraer matrimonio hasta que alcanzan una edad determinada. De igual modo, las sociedades podrían considerar justificado restringir la libertad de los jóvenes de elegir volverse adictos al tabaco, comportamiento que lleva implícito un riesgo mucho mayor de muerte que casi todas las demás actividades de riesgo en que incurrían.

En tercer lugar, el hábito de fumar supone costos para los no fumadores. Puesto que parte de sus costos son soportados por los demás, los fumadores pueden verse incentivados a fumar más de lo que lo harían si tuvieran que soportar la totalidad de esos costos. Los costos para los no fumadores son, evidentemente, el daño para su salud, las molestias y la irritación asociadas con la exposición al humo de tabaco ambiental. Además, a menudo existen costos económicos, más difíciles de identificar y cuantificar y variables en los distintos lugares y momentos, por lo que no es posible todavía establecer de qué manera podrían influir en el incentivo personal a fumar más o menos. No obstante, se considerarán brevemente dos de esos costos: la atención de salud y las pensiones.

En los países de ingreso alto la atención de salud relacionada con el tabaco representa entre el 6% y el 15% del total de los costos sanitarios anuales. Estas proporciones no equivalen necesariamente a las de los países de ingreso medio y bajo, cuyas epidemias de enfermedades relacionadas con el tabaco se encuentran en estadios más precoces y podrían tener otras características distintivas. Los costos anuales son de gran importancia para los gobiernos pero, en lo que a los consumidores individuales se refiere, el tema clave es la magnitud en que tales costos son soportados por ellos mismos o por los demás.

En cualquier año dado, los costos sanitarios de los fumadores superan, como promedio, los de los no fumadores. Si el presupuesto sanitario procede en alguna medida de los impuestos generales, es evidente que los no fumadores soportarán una parte de los costos generados por la población fumadora. Sin embargo, algunos analistas argumentan que, puesto que los fumadores tienden a morir antes que los no fumadores, sus costos sanitarios *globales* pueden no ser mayores y quizá sean, de hecho, menores que los de los no fumadores. Este tema resulta controvertido, pero revisiones recientes efectuadas en los países de ingreso alto indican que los costos globales de los fumadores son, pese a todo, algo superiores a los de los no fumadores, por más que la duración de su vida sea menor. No obstante, sean mayores o menores, la magnitud en que los fumadores imponen sus costos a los demás dependerá de muchos factores, tales como la carga impositiva del tabaco y la proporción en que los gastos sanitarios son financiados por el sector público. En los países de ingreso medio y bajo no existen estudios fidedignos sobre estos aspectos.

El tema de las pensiones es también complejo. Algunos analistas procedentes de países de ingreso alto argumentan que los fumadores “pagan lo que deben”, puesto que contribuyen a los fondos de pensiones públicos y mueren antes, como promedio, que los no fumadores. Sin embargo, este aspecto carece de importancia en los países de ingreso medio y bajo, donde reside la mayoría de los fumadores, porque la cobertura de pensiones de estas naciones es todavía escasa.

En resumen, los fumadores imponen sin duda ciertos costos físicos, incluidos los daños para la salud, las molestias y la irritación, a los no fumadores. Es posible que quizás impongan también costos económicos, pero la magnitud de estos aún se desconoce.

Respuestas adecuadas

Parece poco probable, pues, que la mayor parte de los fumadores conozcan la magnitud de los riesgos en que incurren o soporten todos los gastos de su elección. Por tanto, los gobiernos podrían considerar justificada su intervención, en primer lugar para disuadir a los niños y a los adolescentes de adquirir el hábito de fumar y para proteger a los no fumadores, pero también para proporcionar a

los adultos toda la información que necesitan a la hora de hacer una elección con conocimiento de causa.

En condiciones ideales, las intervenciones gubernamentales deberían remediar específicamente cada uno de los problemas identificados. Así, por ejemplo, el juicio erróneo de los niños acerca de las consecuencias nocivas del tabaco para la salud debería tratarse de manera específica mejorando su educación y la de sus padres, o restringiendo su acceso a los cigarrillos. Por el contrario, se sabe que los adolescentes responden mal a la educación para la salud, que son muy pocos los padres perfectos y que las formas de limitación de la venta de cigarrillos a los jóvenes hoy existentes no funcionan, ni siquiera en los países con mayores niveles de ingreso. En realidad, la forma más eficaz de disuadir a los niños de empezar a fumar consiste en incrementar los impuestos al tabaco. El aumento de los precios desalienta la iniciación del hábito en algunos niños y adolescentes e incita a los ya fumadores a reducir su consumo.

Sin embargo, la política impositiva es un instrumento no muy refinado y el aumento de los impuestos hace que los fumadores adultos fumen menos y paguen más por los cigarrillos que consumen. Así pues, el objetivo de proteger a los niños y a los adolescentes supondría una penalización para los fumadores adultos. No obstante, este costo podría considerarse aceptable, dependiendo del valor que la sociedad otorgara a la protección de sus niños y adolescentes. En cualquier caso, uno de los efectos a largo plazo de la reducción del consumo adulto de cigarrillos podría consistir en apartar cada vez más a los niños y adolescentes del hábito de fumar.

También es preciso considerar el problema de la adicción a la nicotina. Para los fumadores crónicos que desean dejar de fumar, la abstinencia de nicotina supone costos considerables. Los gobiernos podrían considerar la conveniencia de establecer intervenciones para ayudar a reducir tales costos como parte de su política general de control del tabaco.

Medidas para reducir la demanda de tabaco

Pasaremos ahora a considerar las medidas destinadas a controlar el uso del tabaco, valorando cada una de ellas por separado.

Aumento de los impuestos

Las pruebas procedentes de países con distintos niveles de ingreso demuestran que el aumento del precio de los cigarrillos es una medida muy eficaz para reducir la demanda. Los impuestos altos hacen que algunas personas dejen de fumar y evitan que otras empiecen a hacerlo. También reducen el número de ex fumadores reincidentes y disminuyen el consumo de los que siguen fumando. Como promedio, es de esperar que un aumento del precio del paquete de ciga-

rrillos del 10% reduzca la demanda en alrededor del 4% en los países de ingreso alto y en alrededor del 8% en los de ingreso medio y bajo, donde los ingresos son menores y las personas son más receptivas a las variaciones de los precios. Los niños y los adolescentes responden mejor a los cambios de precio que los adultos de mayor edad, por lo que esta intervención podría producir un efecto significativo en este segmento de la población.

Los modelos de este informe demuestran que un aumento impositivo que incrementara el precio de los cigarrillos en un 10% en todo el mundo obligaría a dejar de fumar a 40 millones de los fumadores vivos en 1995 y prevendría un mínimo de 10 millones de muertes relacionadas con el tabaco. Esta elevación de los precios disuadiría también a otros de empezar a fumar. Los supuestos en los que se basan estos modelos son deliberadamente conservadores, por lo que las cifras expuestas deben considerarse como cálculos mínimos.

Como es bien sabido por muchos de los que toman las decisiones políticas, el nivel adecuado de imposición es un tema complejo. La magnitud del impuesto depende en formas sutiles de factores empíricos que pueden no estar a nuestra disposición, como la escala de costos para los no fumadores y los niveles de ingreso de la población. También depende de los valores aceptados por cada sociedad, tales como la importancia de proteger a los niños y de lo que se espera conseguir gracias al impuesto como, por ejemplo, un aumento específico de los ingresos del Estado o una disminución específica de la carga de enfermedad. El informe llega a la conclusión de que, en el momento actual, los gobiernos que deseen reducir el consumo de tabaco deben usar como vara de medir los niveles impositivos adoptados como parte de su política general de control del tabaquismo por los países que lograron disminuir el consumo. En estos países, la parte correspondiente a impuestos del precio del paquete de cigarrillos oscila entre dos tercios y cuatro quintos del precio minorista. En la actualidad, en los países con mayores niveles de ingreso, las tasas equivalen como promedio a las dos terceras partes o más del precio del paquete en el comercio minorista. En los países de ingresos más bajos las tasas no suponen más de la mitad de dicho precio.

Medidas no relacionadas con el precio para reducir la demanda

Además de incrementar los precios, los gobiernos emplean muchas otras medidas que también resultan eficaces. Entre ellas se encuentran las prohibiciones generales relacionadas con la publicidad y la promoción del tabaco, las medidas informativas tales como la contrapublicidad en los medios de comunicación, las advertencias sanitarias colocadas en lugares destacados, la publicación y difusión de los hallazgos procedentes de la investigación sobre las consecuencias del tabaco para la salud, y las restricciones al consumo de tabaco en los espacios públicos y lugares de trabajo.

Este informe proporciona pruebas fehacientes de que cada una de estas medidas puede reducir la demanda de cigarrillos. Por ejemplo, los “choques informativos” tales como la publicación de los estudios de investigación con datos nuevos e importantes sobre los efectos del tabaco en la salud disminuyen la demanda. Este efecto parece ser mayor cuando la población tiene una conciencia general relativamente escasa acerca de esos riesgos sanitarios. Las prohibiciones generales en relación con la publicidad y la promoción reducen la demanda en alrededor del 7%, según los estudios econométricos efectuados en los países de ingreso alto. Las restricciones al consumo de tabaco son claramente beneficiosas para los no fumadores y también parecen existir indicios de que pueden reducir la prevalencia del consumo.

Los modelos desarrollados para este informe sugieren que, aplicadas en conjunto, estas medidas no tributarias empleadas en todo el mundo podrían persuadir a unos 23 millones de fumadores vivos en 1995 a dejar de fumar y evitarían las muertes relacionadas con el tabaco de 5 millones de ellos. Al igual que sucede con los cálculos sobre los incrementos impositivos, se trata de evaluaciones conservadoras.

Sustitutos de la nicotina y otros tratamientos para dejar de fumar

Un tercer tipo de intervención consistiría en ayudar a los que desean dejar de fumar, facilitándoles el acceso a los tratamientos de sustitución de la nicotina (TSN) y otras intervenciones destinadas al mismo fin. Los TSN incrementan en forma notoria la eficacia del esfuerzo para abandonar el hábito y, al mismo tiempo, reducen los costos individuales de la abstinencia. Sin embargo, en muchos países es difícil acceder a ellos. Los modelos de este estudio sugieren que la generalización del acceso a los TSN ayudaría en gran medida a reducir la demanda.

Los efectos combinados de todas estas medidas destinadas a reducir la demanda no se conocen aún, puesto que los fumadores de la mayor parte de los países en que existen políticas de control del tabaco se hallan expuestos a distintas combinaciones de ellas, lo que impide estudiar las consecuencias de cada una por separado. Sin embargo, existen pruebas de que la puesta en práctica de una intervención contribuye al éxito de las demás, lo que subraya la importancia de llevar a cabo la lucha contra el tabaquismo como un solo paquete. En resumen, el conjunto de estas medidas podría evitar muchos millones de muertes.

Medidas para reducir el suministro de tabaco

Si bien las intervenciones destinadas a reducir la demanda de tabaco tienen probabilidades de éxito, las tendientes a reducir el suministro son menos pro-

metedoras. Esto se debe a que, tan pronto como un proveedor desaparece, otro encuentra el incentivo suficiente para entrar en el mercado.

La medida más extrema, prohibir el tabaco, no está justificada desde el punto de vista económico y, al mismo tiempo, debe considerarse ilusoria y destinada al fracaso. Muchas veces se propone la sustitución de cultivos como forma de disminuir el suministro, pero apenas existen datos que demuestren este efecto, puesto que los incentivos de los agricultores para cultivar tabaco son hoy muy superiores a los que reciben por cualquier otro producto. Ahora bien, aunque la sustitución de cultivos no resulte una medida eficaz para reducir el consumo, podría ser una estrategia útil, en caso necesario, para ayudar a los cultivadores más pobres en su transición a otras formas de ganarse la vida, como parte de un programa de diversificación más amplio.

De igual modo, las pruebas obtenidas hasta la fecha indican que las restricciones al comercio, tales como las prohibiciones de importación, repercuten poco en el consumo mundial de cigarrillos. Por el contrario, los países tendrán más probabilidades de éxito en la lucha antitabáquica si adoptan medidas que efectivamente disminuyan la demanda y las aplican por igual al tabaco importado y al de producción nacional. Al mismo tiempo, en un marco de políticas agrícolas y comerciales apropiadas, los subsidios a la producción de tabaco, que se otorgan primordialmente en los países de ingreso elevado, no resultan muy útiles. En todo caso, su eliminación influiría muy poco en los precios totales del comercio minorista.

No obstante, existe una medida relacionada con el suministro de gran efectividad en la estrategia antitabáquica: la lucha contra el contrabando. Partes de ella son la colocación de los sellos de las tasas en lugares destacados y las advertencias en el idioma del país en los paquetes de cigarrillos, así como la observación enérgica y constante de la legislación y la imposición de condenas severas a los contrabandistas. Una estricta lucha contra el contrabando mejorará los ingresos del Estado a partir del aumento de los impuestos al tabaco.

Costos y consecuencias de la lucha antitabáquica

En las esferas de decisión se plantean varias preocupaciones tradicionales en relación con las acciones antitabáquicas. La primera es que la intervención para controlar el consumo de tabaco traiga consigo una pérdida permanente de puestos de trabajo. Sin embargo, el descenso de la demanda de tabaco no supone una disminución de la tasa global de empleo del país. El dinero que los fumadores destinaban a la compra de cigarrillos se aplicaría ahora a otros bienes y servicios y generaría otros puestos de trabajo en sustitución de los perdidos en la industria del tabaco. Los estudios preparados para este informe demuestran que en la mayor parte de los países no se produciría una pérdida neta de empleo y que en algunos se verificarían, de hecho, ganancias netas, si el consumo de tabaco disminuyera.

En realidad, son muy pocos los países, casi todos ellos del África al sur del Sahara, cuya economía depende en gran medida del cultivo del tabaco. En ellos, la disminución del consumo interno tendría escasa repercusión, pero el descenso mundial de la demanda provocaría un gran aumento del desempleo. En estas circunstancias, sería fundamental diseñar políticas para facilitar la reconversión. No obstante, conviene subrayar que, aun cuando se produjera un descenso importante de la demanda, este sería muy lento, a lo largo de una generación o más.

Un segundo motivo de preocupación es la posibilidad de que la elevación de los impuestos que gravan el tabaco lleve implícito un descenso de la recaudación del Estado. Sin embargo, las pruebas empíricas demuestran que el aumento impositivo incrementa los ingresos públicos. Ello se explica en parte porque la reducción proporcional de la demanda no supera la magnitud del incremento de las tasas, puesto que los consumidores adictos responden de una forma relativamente lenta a la elevación de los precios. Un modelo desarrollado para este estudio llegó a la conclusión de que un modesto incremento de los impuestos sobre la venta de cigarrillos del 10% en todo el mundo incrementaría los ingresos por tabaco en alrededor del 7% global, si bien con diferencias en los distintos países.

El tercer motivo de preocupación es el temor a que un impuesto más alto provoque un incremento masivo del contrabando, manteniendo las cifras de consumo de cigarrillos y reduciendo los ingresos públicos. El contrabando es un problema grave, pero en el informe se llega a la conclusión de que, aun en los países en que es muy frecuente, la elevación de los impuestos aumenta los ingresos del Estado y reduce el consumo. Por tanto, más que desechar el aumento de los impuestos, la respuesta correcta al contrabando consiste en tomar medidas energéticas contra la actividad delictiva.

El cuarto motivo de preocupación es el impacto desproporcionado que el aumento de los impuestos sobre el consumo de cigarrillos podría tener en los consumidores pobres. Los impuestos ya existentes sobrecargan más a los fumadores pobres que a los ricos. Sin embargo, la preocupación fundamental de las autoridades gubernamentales debería ser el impacto distributivo de la totalidad del sistema de impuestos y gastos, y no tanto el de un impuesto dado. Conviene observar que, en general, los consumidores pobres reaccionan más al incremento de los precios que los ricos, por lo que su consumo de cigarrillos tenderá a disminuir en mayor medida al aumentar los precios y su sobrecarga *económica* global será también menor. No obstante, es cierto que quizá su pérdida de los beneficios percibidos del hábito de fumar sea comparativamente mayor.

¿Vale la pena pagar por el control del tabaco?

Para los gobiernos que consideran la conveniencia de intervenir para combatir el consumo de tabaco, una consideración adicional importante es la relación

costo-efectividad de las medidas destinadas a este fin, en comparación con otras intervenciones sanitarias. En este informe se hicieron cálculos preliminares, ponderando los costos públicos de la ejecución de los programas de lucha contra el tabaco con el número de años potenciales de vida saludable ahorrados. Los resultados son compatibles con los de estudios anteriores, según los cuales la lucha antitabáquica posee una elevada relación costo-efectividad cuando forma parte de un paquete básico de salud pública en los países de ingreso medio y bajo.

Medido en términos del costo anual de años de vida saludable ahorrados, el incremento impositivo tendría una buena relación costo-efectividad. Dependiendo de distintos supuestos, este instrumento costaría entre US\$ 5 y \$17¹ por año de vida saludable ahorrado en los países de ingreso medio y bajo. Esta cifra resulta superior a la de otras muchas intervenciones de salud financiadas habitualmente por los gobiernos, tales como la vacunación infantil. Las medidas no económicas muestran también una buena relación costo-efectividad en muchos medios. Es probable que en la mayoría de los entornos también la tuvieran las orientadas a liberalizar el acceso a los tratamientos sustitutivos de la nicotina consistentes, por ejemplo, en modificar las condiciones de venta de estos productos. No obstante, cada país debe hacer una evaluación cuidadosa antes de subvencionar los TSN y otras intervenciones para dejar de fumar destinadas a los fumadores pobres.

No es posible ignorar la capacidad especial de los impuestos sobre el tabaco para incrementar los ingresos públicos. En China, por ejemplo, un cálculo conservador sugiere que un aumento del 10% en los cigarrillos reduciría el consumo en un 5% e incrementaría la recaudación en un 5%, y que este incremento bastaría para financiar un paquete de servicios sanitarios esenciales para la tercera parte de los 100 millones de habitantes más pobres del país.

Un calendario para la acción

Cada sociedad toma sus propias decisiones acerca de las políticas que se refieren a las elecciones individuales. De hecho, casi todas las políticas se basan en una mezcla de criterios que no incluyen solo los económicos. La mayoría de las sociedades desearían reducir el enorme sufrimiento y las pérdidas emocionales asociadas a la carga de enfermedad y muerte prematura impuesta por el tabaco. Al mismo tiempo, para un planificador que desee mejorar la salud pública, el control del tabaco resultará una opción atractiva. Incluso una reducción modesta de esta carga de enfermedad tan grande produciría una importante ganancia de salud.

Las autoridades gubernamentales muchas veces consideran que el argumento más contundente a favor de la intervención es convencer a los niños de que se abstengan de fumar. Sin embargo, una estrategia destinada solo a este fin

no resultaría práctica y tardaría varios decenios en producir beneficios significativos para la salud pública. La mayor parte de las muertes relacionadas con el tabaco previstas para los próximos 50 años se producirán entre los fumadores actuales. Los gobiernos preocupados por las ganancias en salud a medio plazo podrían considerar, por tanto, la adopción de medidas más amplias que favorezcan también el abandono del hábito por parte de los adultos.

Este informe contiene dos recomendaciones:

1. Los **gobiernos** que decidan tomar medidas enérgicas para frenar la epidemia de tabaquismo deben adoptar una estrategia de objetivos múltiples. Sus objetivos deben consistir en disuadir a los niños de que se abstengan de fumar, proteger a los no fumadores y proporcionar a todos los fumadores la información necesaria acerca de los efectos del tabaco para la salud. La estrategia, adaptada a las necesidades específicas de cada país, debería incluir: 1) incrementar los impuestos al tabaco, usando como modelo las tasas de los países con políticas globales de lucha contra el tabaco que consiguieron reducir el consumo. En estos países, los impuestos constituyen entre dos terceras y cuatro quintas partes del precio total minorista de los cigarrillos; 2) publicar y difundir los resultados de la investigación sobre los efectos del tabaco en la salud, añadiendo etiquetados prominentes en los paquetes de cigarrillos y adoptando leyes amplias que prohíban la publicidad y la promoción del tabaco, y restringiendo el uso del tabaco en los centros de trabajo y lugares públicos, y 3) facilitar el acceso a los productos sustitutivos de la nicotina y otros tratamientos para dejar de fumar.
2. Las **organizaciones internacionales tales como los organismos de las Naciones Unidas** deberían revisar sus programas y políticas actuales para comprobar que la lucha contra el tabaco recibe la atención que merece; deberían patrocinar la investigación sobre las causas, consecuencias y costos del hábito de fumar y la relación costo-efectividad de las intervenciones en el nivel local; también deberían tratar los aspectos supranacionales de la lucha antitabáquica, entre ellos la colaboración con el Convenio Marco para el Control del Tabaco propuesta por la OMS. Los asuntos esenciales para la acción son la facilitación de los acuerdos internacionales sobre el control del contrabando, las consideraciones sobre la adecuación de los impuestos para reducir los incentivos al contrabando y la prohibición de la publicidad y la promoción en los medios de comunicación de todo el mundo.

La amenaza que el tabaquismo supone para la salud mundial no tiene precedentes, pero lo mismo puede decirse del potencial que tienen las políticas de

elevada relación costo-efectividad para reducir la mortalidad relacionada con el tabaco. Este informe muestra la escala de lo que puede obtenerse: una acción moderada podría garantizar una importante ganancia de salud para el siglo XXI.

Nota

1. Las cifras en dólares se refieren a dólares corrientes de los Estados Unidos.

CAPÍTULO 1

Tendencias del consumo de tabaco en el mundo

AUNQUE la gente consume tabaco desde hace siglos, los cigarrillos solo comenzaron a fabricarse en serie y en grandes cantidades en el siglo XIX. Desde ese momento, el hábito de fumar cigarrillos se extendió por todo el mundo a escala masiva. Hoy, uno de cada tres adultos fuma, lo que equivale a 1.100 millones de personas. De ellas, alrededor del 80% viven en los países de ingreso medio y bajo. En parte debido al crecimiento de la población adulta y en parte por el incremento del consumo, se prevé que la cantidad de fumadores alcance los 1.600 millones en el año 2025.

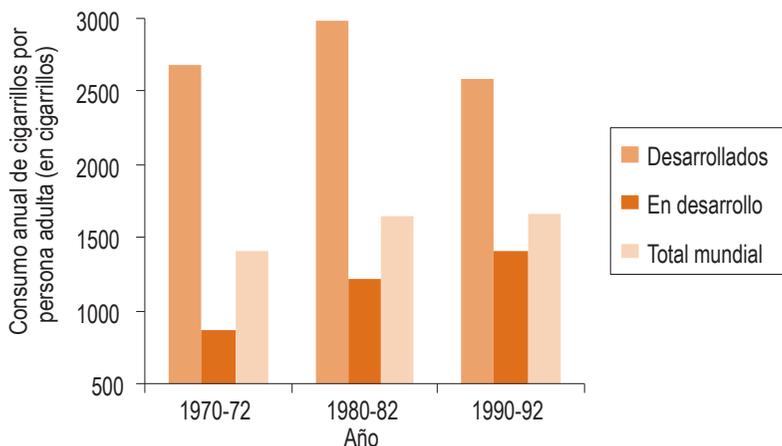
En el pasado el tabaco se mascaba o bien se fumaba en distintas clases de pipas. En la actualidad, aunque estas prácticas perviven, están en franca declinación. Los cigarrillos manufacturados y los distintos tipos de cigarrillos hechos a mano, como los *bidis* (comunes en el Sudeste Asiático y en la India), constituyen hoy hasta el 85% de todo el tabaco consumido en el mundo. El consumo de cigarrillos parece suponer un peligro para la salud muy superior al de las formas más antiguas de consumo. Este informe se centra en los cigarrillos manufacturados y los *bidis*.

Consumo creciente en los países de ingreso medio y bajo

En las poblaciones de los países de ingreso medio y bajo se está produciendo un incremento del consumo de cigarrillos que comenzó aproximadamente en el decenio de 1970 (Figura 1.1). En estos países el consumo per cápita experimen-

FIGURA 1.1 EL HÁBITO DE FUMAR ESTÁ EN AUMENTO EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Tendencias del consumo de cigarrillos per cápita de la población adulta



Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Tabaco o salud: un informe sobre la situación mundial*. Ginebra, Suiza; 1997.

tó un ascenso constante entre 1970 y 1990, aunque la tendencia ascendente parece haber cedido un poco desde los primeros años de la década del noventa.

Durante ese mismo período, si bien el hábito de fumar se hizo más prevalente en los varones de los países de ingreso medio y bajo, mostró un descenso generalizado entre los varones de los países con niveles de ingreso más altos. Por ejemplo, en el momento culminante del consumo, hacia la mitad del siglo XX, fumaban más del 55% de los varones estadounidenses, pero la proporción cayó al 28% a mediados de los años noventa. En total, el consumo per cápita de la población global de los países de ingreso alto descendió también, si bien en los años noventa aumentó en ciertos grupos, como los adolescentes y las mujeres jóvenes. Así pues, la epidemia de tabaquismo se está extendiendo desde su foco inicial, los varones de los países de ingreso alto, a las mujeres de esos mismos países y a los varones de los países con ingresos más bajos.

En años recientes, los acuerdos comerciales internacionales liberalizaron el comercio de muchos bienes y servicios en todo el mundo. Los cigarrillos no fueron una excepción. La desaparición de las barreras aduaneras tiende a aumentar la competencia, con el consiguiente descenso de los precios y el incremento de las actividades de publicidad y promoción así como de otras que tienden a estimular la demanda. En un estudio se llegó a la conclusión de que, en cuatro

economías asiáticas (Corea del Sur, Japón, Tailandia y Taiwán) que abrieron sus mercados en respuesta a las presiones comerciales de los Estados Unidos durante el decenio de 1980, el consumo per cápita de cigarrillos fue casi 10% mayor en 1991 de lo que habría sido si los mercados hubieran permanecido cerrados. Un modelo econométrico creado para este informe llega a la conclusión de que la mayor liberalización del comercio contribuyó significativamente a aumentar el consumo de cigarrillos, especialmente en los países de ingreso medio y bajo.

Patrones regionales de consumo de tabaco

Los datos sobre la cantidad de fumadores de cada región fueron reunidos por la Organización Mundial de la Salud a través de más de 80 estudios independientes. A los fines de este informe, estos datos se emplearon para calcular la prevalencia del hábito de fumar en cada uno de los siete grupos de países del Banco Mundial.¹ Como demuestra el Cuadro 1.1, existen grandes variaciones entre las regiones, especialmente en lo que se refiere a la prevalencia del hábito en la población femenina. Así, en Europa Oriental y Asia Central (regiones fundamentalmente formadas por antiguas economías socialistas), el 59% de los varones y el 26% de las mujeres fumaban en 1995, más que en cualquier otra región. Sin embargo, en el Asia Oriental y en el Pacífico, donde la prevalencia del hábito alcanza una magnitud similar en los varones (59%), solo el 4% de las mujeres eran fumadoras.

CUADRO 1.1 PATRONES REGIONALES DE CONSUMO DE TABACO

Prevalencia de fumadores, calculada según género y número de fumadores en la población de 15 y más años de edad, por regiones del Banco Mundial, 1995

Región del Banco Mundial	Prevalencia de fumadores (%)			Total de fumadores	
	Varones	Mujeres	Total	(Millones)	(% de todos los fumadores)
Asia Oriental y el Pacífico	59	4	32	401	35
Europa Oriental y Asia Central	59	26	41	148	13
América Latina y el Caribe	40	21	30	95	8
Oriente Medio y Norte de África	44	5	25	40	3
Asia Meridional (cigarrillos)	20	1	11	86	8
Asia Meridional (<i>bidis</i>)	20	3	12	96	8
África al sur del Sahara	33	10	21	67	6
Ingreso bajo/medio	49	9	29	933	82
Ingreso alto	39	22	30	209	18
Todo el mundo	47	12	29	1.142	100

Nota: Las cifras fueron redondeadas.

Fuente: Cálculos del autor basados en la Organización Mundial de la Salud. *Tabaco o salud: un informe sobre la situación mundial*. Ginebra, Suiza; 1997.

El tabaco y la categoría socioeconómica

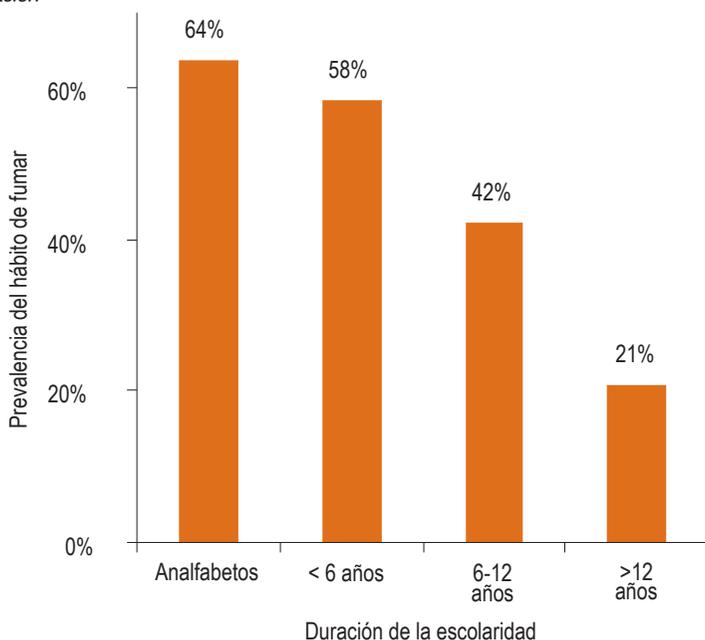
Históricamente, a medida que el ingreso se elevó en las distintas poblaciones, también lo hizo el número de fumadores. Durante los primeros decenios de la epidemia de tabaquismo en los países de ingreso alto, solía haber más fumadores entre los ricos que entre los pobres. Sin embargo, esta tendencia parece haberse invertido en los últimos tres o cuatro decenios, al menos en lo que se refiere a los varones, población sobre la que se dispone de numerosos datos.² Los varones adinerados de los países de ingreso alto están abandonando el tabaco con frecuencia creciente, a diferencia de los más desfavorecidos. Por ejemplo, en Noruega, el porcentaje de varones fumadores con ingresos altos cayó del 75% en 1955 al 28% en 1990. Durante el mismo período, la proporción de varones con ingresos bajos que siguieron fumando descendió de una forma mucho menos brusca, pasando del 60% en 1955 al 48% en 1990. Hoy, en las naciones de ingreso más alto, existen diferencias significativas de la prevalencia del hábito de fumar en los distintos grupos socioeconómicos. Así, en el Reino Unido solo el 10% de las mujeres y el 12% de los varones de la categoría socioeconómica más alta son fumadores, mientras que las cifras correspondientes a los estratos con los ingresos más bajos son tres veces mayores: 35% y 40%. Esta misma relación inversa se encuentra entre los niveles de educación, un indicador de la categoría socioeconómica, y el consumo de tabaco. En general, las personas con educación escasa o nula tienden a fumar más que los mejor educados.

Hasta hace poco tiempo, se creía que la situación difería en los países de ingreso medio y bajo. Sin embargo, la investigación más reciente llegó a la conclusión de que también en ellos los varones de los estratos socioeconómicos más bajos tienden a fumar más que los de las categorías socioeconómicas superiores. El nivel de educación es un determinante claro del hábito de fumar en Chennai, India (Figura 1.2). Los estudios llevados a cabo en Brasil, China, Sudáfrica, Viet Nam y varias naciones centroamericanas confirman este patrón.

Si bien resulta evidente que la *prevalencia* del hábito de fumar es muy elevada entre los segmentos pobres y menos educados de la población mundial, existen menos datos acerca del *número de cigarrillos consumidos* cada día por los distintos grupos socioeconómicos. En los países de ingreso alto, aunque con algunas excepciones, los varones más pobres y menos educados fuman más cigarrillos al día que los más ricos y más educados. Aunque quizá sería de esperar que los varones pobres de los países de ingreso medio y bajo fumaran menos cigarrillos que los más adinerados, los datos disponibles indican que, en general, los fumadores de bajo nivel educativo consumen una cantidad igual o levemente superior de cigarrillos que los más educados. Una excepción importante aunque no inesperada es la India, donde los varones con educación universitaria tienden a consumir más cigarrillos, que son relativamente más caros,

FIGURA 1.2 EL HÁBITO DE FUMAR ES MÁS FRECUENTE ENTRE LOS MENOS EDUCADOS

Prevalencia del hábito de fumar en los varones de Chennai (India), según niveles de educación



Fuente: Gajalakshmi CK, Jha P, Nguyen S, Yurekli A. *Patterns of Tobacco Use and Health Consequences*. Trabajo de base.

mientras que los fumadores con niveles más bajos de ingreso consumen mayores cantidades de los baratos *bidis*.

Edad e iniciación del hábito

Es poco probable que las personas que consiguen abstenerse del tabaco en la adolescencia o primeros años de la vida adulta lleguen a ser fumadoras alguna vez. En la actualidad, la inmensa mayoría de los fumadores empiezan a serlo antes de los 25 años, a menudo en la niñez o la adolescencia (véanse el Recuadro 1.1 y la Figura 1.3); en los países de ingreso alto, 8 de cada 10 fumadores contraen el hábito en la adolescencia. En los países de ingreso medio y bajo de los que se dispone de datos, al parecer la mayoría de los fumadores empiezan a fumar en los primeros años de la veintena, aunque existe una tendencia descen-

RECUADRO 1.1 ¿CUÁNTOS JÓVENES COMIENZAN A FUMAR CADA DÍA?

Las personas que empiezan a fumar a edades tempranas tienden a hacerse grandes fumadores y corren también mayor riesgo de morir por enfermedades asociadas al tabaco en etapas posteriores de su vida. Por tanto, sería importante saber cuántos niños y jóvenes comienzan a fumar cada día. Aquí intentamos responder a esa pregunta.

Utilizamos 1) los datos del Banco Mundial sobre el número de niños y adolescentes de ambos sexos que cumplieron 20 años en 1995 en cada una de las regiones del Banco Mundial y 2) los datos de la Organización Mundial de la Salud sobre la prevalencia de los fumadores en todos los grupos de edad hasta los 30 años en las regiones citadas. Para un cálculo superior, estimamos que el número de jóvenes que empiezan a fumar cada día es el producto de 1^*2 por región, por cada género. Para un cálculo inferior, redujimos esta cifra según los cálculos específicos de cada región sobre el número de fumadores que se inician en el hábito después de los 30 años.

Hicimos tres suposiciones conservadoras: en primer lugar, que los cambios producidos a lo largo del tiempo en la edad promedio de iniciación fueron mínimos. En los varones jóvenes chinos se comprobó recientemente

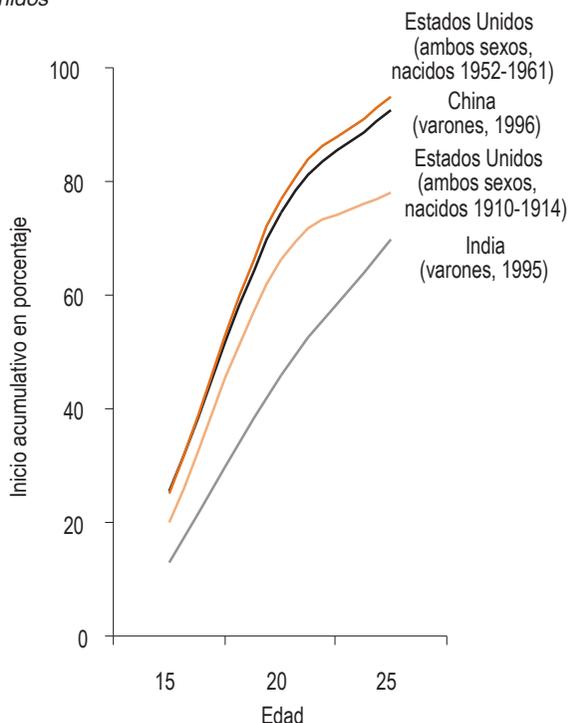
una tendencia descendente en la edad de iniciación, pero suponer que el cambio fue mínimo significa que quizás nuestras cifras suponen una infravaloración. En segundo lugar, nos centramos en los fumadores habituales, descartando el número mucho mayor de niños que intentan fumar pero no se hacen fumadores habituales. En tercer lugar, supusimos que los jóvenes que se convierten en fumadores regulares rara vez dejan de fumar antes de llegar a la edad adulta. Si bien el número de fumadores regulares adolescentes que dejan de fumar es importante en los países de ingreso alto, no ocurre lo mismo en los de ingreso medio y bajo, en los que es muy bajo en la actualidad.

Con estos supuestos, calculamos que la cantidad de niños y jóvenes que adquieren el hábito de fumar oscila entre 14.000 y 15.000 al día en el conjunto de los países de ingreso alto. En cuanto a los países de ingreso medio y bajo, las cifras varían entre 68.000 y 84.000. Ello significa que, cada día, entre 82.000 y 99.000 jóvenes comienzan a fumar y corren un alto riesgo de hacerse adictos a la nicotina en todo el mundo. Estas cifras son compatibles con los cálculos existentes en los distintos países de ingreso alto.

dente. Por ejemplo, entre 1984 y 1996, se produjo en China un aumento significativo del número de varones jóvenes de 15 a 19 años que comenzaron a fumar. En los países con ingresos más altos se ha observado un descenso semejante de la edad de iniciación del hábito.

FIGURA 1.3 EL HÁBITO DE FUMAR SE ADQUIERE EN ETAPAS PRECOCES DE LA VIDA

Distribución acumulativa de la edad de inicio del hábito de fumar en China, India y los Estados Unidos



Fuentes: Academia China de Medicina Preventiva. *Smoking in China: 1996 National Prevalence Survey of Smoking Pattern*. Beijing: Science and Technology Press; 1997; Gupta PC. Survey of Sociodemographic Characteristics of Tobacco Use Among 99,598 Individuals in Bombay, India, Using Handheld Computers. *Tobacco Control* 1996;5:114-120, y U.S. Surgeon General Reports, 1989 y 1994.

Patrones de abandono del hábito de fumar en el mundo

Si bien existen pruebas de que el hábito de fumar comienza durante los años de la juventud en todo el mundo, la proporción de fumadores que dejan de fumar parece mostrar grandes diferencias entre los países con mayores niveles de ingreso y el resto, al menos hasta la fecha. En los entornos en que se dispone de un conocimiento creciente acerca de los efectos del tabaco en la salud, la prevalencia del hábito de fumar está disminuyendo en forma gradual y el número de

ex fumadores ha ido aumentando a lo largo de decenios. En los países con mayores niveles de ingreso, alrededor del 30% de la población masculina está formada por ex fumadores. Por el contrario, apenas el 2% de los varones en la China habían dejado de fumar en 1993; en la India el porcentaje correspondiente fue de solo el 5% durante un período aproximadamente igual, mientras que en Viet Nam la proporción de varones que habían abandonado el hábito en 1997 fue del 10%.

Notas

1. Estos grupos se presentan en el Apéndice D. En resumen, son los siguientes: 1) Asia Oriental y el Pacífico, 2) Europa Oriental y Asia Central (grupo que incluye casi todas las antiguas economías socialistas), 3) Oriente Medio y Norte de África, 4) América Latina y el Caribe, 5) Asia Meridional, 6) África al sur del Sahara, y 7) los países de ingreso alto, equivalentes en líneas generales a los miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

2. La investigación sobre los patrones de consumo de tabaco de las mujeres es mucho más escasa. En los lugares en los que las mujeres fuman desde hace decenios, la relación entre las categorías socioeconómicas y el hábito de fumar es similar a la observada en los varones. En otras regiones, sería necesario disponer de datos más fidedignos para poder extraer conclusiones.

CAPÍTULO 2

Las consecuencias del tabaco para la salud

EXISTE abundante documentación acerca de las consecuencias del tabaco sobre la salud. En este informe no se pretende repetir con detalle esta información sino, simplemente, resumir las pruebas concluyentes que existen al respecto. La sección se divide en dos partes; la primera consiste en una breve discusión sobre la adicción a la nicotina y la segunda, en una descripción de la magnitud de la enfermedad atribuible al tabaco.

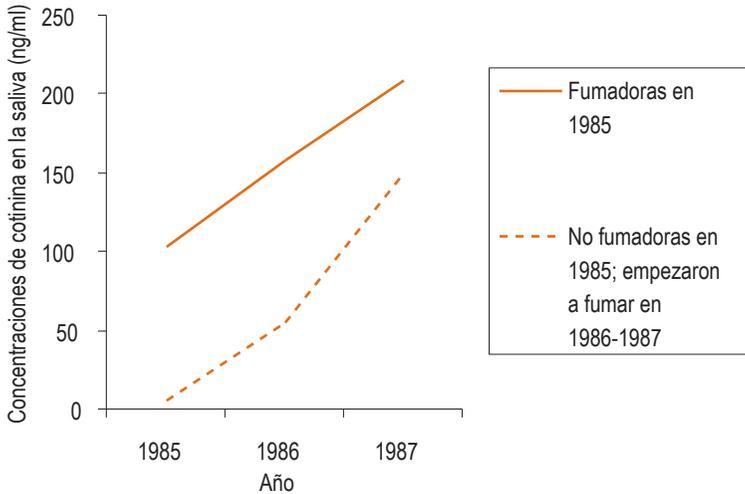
La naturaleza adictiva del consumo de tabaco

El tabaco contiene nicotina, una sustancia reconocida como adictiva por las organizaciones médicas internacionales. La dependencia del tabaco se enumera en la Clasificación Internacional de Enfermedades. La nicotina cumple todos los criterios fundamentales de las definiciones de adicción o de dependencia, como son su consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, los efectos psicoactivos debidos a la acción de la sustancia en el encéfalo y el comportamiento motivado por los efectos “de refuerzo” de la sustancia psicoactiva. Los cigarrillos, a diferencia de tabaco mascado, hacen posible que la nicotina alcance rápidamente el cerebro, tan solo pocos segundos después de inhalar el humo, de manera que el fumador puede regular la dosis inhalación tras inhalación.

La adicción a la nicotina puede establecerse con gran rapidez. En los adolescentes jóvenes que empezaron a fumar recientemente, las concentraciones

FIGURA 2.1 LAS CONCENTRACIONES DE NICOTINA ASCIENDEN CON RAPIDEZ EN LOS FUMADORES JÓVENES

Concentraciones salivales de cotinina en un grupo de muchachas adolescentes del Reino Unido



Fuente: McNeill AD, y otros. Nicotine Intake in Young Smokers: Longitudinal Study of Saliva Cotinine Concentrations. *American Journal of Public Health* 1989;79(2):172-175.

salivales de cotinina, un producto de la degradación de la nicotina, ascienden de forma progresiva a lo largo del tiempo, hasta alcanzar los niveles característicos de los fumadores estabilizados (Figura 2.1). Los niveles medios de nicotina inhalados bastan para ejercer el efecto farmacológico y para reforzar el deseo de fumar. Sin embargo, muchos fumadores jóvenes subestiman el riesgo de convertirse en adictos. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los fumadores jóvenes de los Estados Unidos afirman haber tratado de dejar de fumar al menos una vez y haber fracasado en el intento. Las encuestas efectuadas en los países de ingreso alto indican que una proporción sustancial de fumadores de incluso tan solo 16 años lamentan su hábito de fumar pero se sienten incapaces de abandonarlo.

Naturalmente, es posible abstenerse de manera permanente, al igual que sucede con otras sustancias adictivas. Sin embargo, sin intervenciones que ayuden a dejar de fumar, las tasas individuales de éxito son bajas. Las investigaciones más recientes llegan a la conclusión de que, del total de fumadores habituales que intentan dejar de fumar sin ayuda, el 98% reiniciarán el consumo de tabaco en el año siguiente.

La carga de la enfermedad

Se prevé que, en el año 2000, el tabaco causará la muerte de alrededor de 4 millones de personas en todo el mundo. De hecho, ya es el responsable de 1 de cada 10 muertes de personas adultas y se cree que en el año 2030 la cifra llegará a 1 de cada 6, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales, más que las producidas por ninguna otra causa y más que *el conjunto* previsto de muertes por neumonía, enfermedades diarreicas, tuberculosis y complicaciones obstétricas en ese año. Si las tendencias actuales se mantienen, alrededor de 500 millones de personas hoy vivas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas durante su madurez productiva, con una pérdida individual de 20 a 25 años de vida.

Las muertes relacionadas con el tabaco, que en el pasado se limitaban en gran medida a los varones de los países de ingreso alto, se están extendiendo en la actualidad a las mujeres de estas naciones y a los varones de todo el mundo (Cuadro 2.1). Así como en los años noventa 2 de cada 3 muertes relacionadas con el tabaco se producían en países de ingreso alto o en los antiguos estados socialistas de Europa Oriental y Asia Central, en el 2030, 7 de cada 10 ocurrirán en las naciones de ingreso medio y bajo. De los 500 millones de defunciones previsible en las personas hoy vivas, alrededor de 100 millones afectarán a varones chinos.

Largo intervalo entre la exposición y la enfermedad

Sin embargo, excepto en los países con mayores niveles de ingreso, todavía no se tiene conciencia de la carga de muerte e incapacidad debida al hábito de fumar, lo que se explica porque las enfermedades causadas por este hábito suelen tardar varios decenios en desarrollarse. Aun cuando el hábito de fumar se encuentre muy extendido en la población, el daño sanitario puede no ser aún visible. Este aspecto resulta evidente cuando se estudian las tendencias del cán-

CUADRO 2.1 ESTIMACIÓN DE MUERTES ACTUALES Y FUTURAS PROVOCADAS POR EL TABACO (millones por año)

	<i>Número de muertes por el tabaco en el año 2000</i>	<i>Número de muertes por el tabaco previstas para el año 2030</i>
Países desarrollados	2	3
Países en desarrollo	2	7

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Making a Difference*. Informe sobre la Salud Mundial. Ginebra, Suiza; 1999.

cer de pulmón observadas en los Estados Unidos. Así, mientras que el crecimiento más rápido del consumo de cigarrillos en los Estados Unidos tuvo lugar entre 1915 y 1950, las tasas de cáncer de pulmón no comenzaron a elevarse progresivamente hasta alrededor de 1945. Las tasas de enfermedad normalizadas para la edad se triplicaron entre los decenios de 1930 y 1950, pero a partir de 1955 experimentaron un ascenso mucho más rápido; en los años ochenta, las tasas fueron *11 veces* mayores que las correspondientes a 1940.

En la China actual, donde vive la cuarta parte de todos los fumadores del mundo, el consumo de cigarrillos es hoy tan alto como lo fue en los Estados Unidos en 1950, cuando las tasas de consumo per cápita alcanzaron su valor máximo. En aquellos años, la epidemia de tabaquismo fue la responsable del 12% de las defunciones de personas en edades maduras de la vida de los Estados Unidos. Cuarenta años después, cuando el consumo de cigarrillos estaba ya en declive en los Estados Unidos, el tabaco seguía siendo responsable de alrededor de *la tercera parte* de todas las muertes de personas de edad madura del país. Hoy día, como llamativo eco de la experiencia estadounidense, se calcula que el tabaco es el responsable de alrededor del 12% de las muertes de los varones de edad madura de la China. Los investigadores prevén que, tras unos pocos decenios, la proporción ascienda hasta representar 1 de cada 3 muertes, al igual que sucedió en los Estados Unidos. Por el contrario, el consumo de cigarrillos no creció de manera apreciable entre las mujeres jóvenes chinas durante los dos últimos decenios y casi todas las mujeres fumadoras son mayores. Por tanto, si persisten los patrones actuales de consumo de tabaco, las muertes de la población femenina china atribuibles a esta sustancia podrían disminuir de hecho, en comparación con la tasa actual de alrededor del 2% del total hasta menos del 1%.

Incluso en los países de ingreso alto, cuyas poblaciones estuvieron expuestas al tabaco durante muchos decenios, transcurrieron al menos 40 años antes de que surgiera claramente el cuadro de las enfermedades relacionadas con su consumo. Los investigadores calculan el exceso de riesgo de muerte en los fumadores mediante estudios prospectivos en los que se comparan las evoluciones finales de la salud de fumadores y no fumadores. Después de 20 años de seguimiento, a comienzos del decenio de 1970 los investigadores creían que el riesgo de muerte por consumo de tabaco de los fumadores era de 1 por cada 4, pero ahora que disponen de más datos consideran que el riesgo es de 1 de cada 2.

¿Cómo mata el tabaco?

En los países de ingreso alto, los estudios prospectivos realizados a largo plazo como, por ejemplo, el Estudio de Prevención del Segundo Cáncer, de la Asociación Estadounidense contra el Cáncer, en el que se hizo el seguimiento de más de 1 millón de adultos estadounidenses, proporcionan datos concluyentes acer-

ca de la forma en que el tabaco mata. Los fumadores de los Estados Unidos tienen 20 veces más probabilidades de morir de cáncer de pulmón a edades maduras y 3 veces más probabilidades que los no fumadores de morir a estas mismas edades por enfermedades vasculares, a causa de procesos tales como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades de arterias y venas. Dada la frecuencia de la cardiopatía isquémica en los países de ingreso alto, el exceso de riesgo de los fumadores supone un número muy grande de muertes, por lo que las enfermedades cardíacas son hoy la causa de muerte más común relacionada con el tabaco de dichos países. El tabaco es también la primera causa de bronquitis crónica y de enfisema, y se asocia con cánceres de varios otros órganos como la vejiga, el riñón, la laringe, la boca, el páncreas y el estómago.

El riesgo que corre una persona de desarrollar cáncer de pulmón depende más de la duración de su hábito de fumar que del número de cigarrillos diarios consumidos. Dicho de otra forma, un aumento de 3 veces de la duración del hábito de fumar se asocia con un riesgo 100 veces mayor de sufrir un cáncer de pulmón, mientras que un aumento de 3 veces en el número de cigarrillos diarios consumidos se asocia solo a un aumento de 3 veces del riesgo de desarrollar cáncer de pulmón. Así pues, las personas que corren mayores riesgos son las que comienzan a fumar durante la adolescencia y continúan fumando después.

Desde hace algunos años, los fabricantes comercializan ciertas marcas de cigarrillos como “bajos en alquitrán” y “bajos en nicotina”, modificación que muchos fumadores creen hace que el fumar sea menos peligroso. Sin embargo, la diferencia entre el riesgo de muerte prematura de los fumadores que consumen marcas bajas en alquitrán o en nicotina y el de los que consumen cigarrillos normales es mucho menor que la diferencia de riesgo observada entre no fumadores y fumadores.

La epidemia varía según los lugares y según el momento

Como la mayoría de los estudios a largo plazo se hicieron en los países de ingreso alto, son pocos los datos disponibles acerca de los efectos sanitarios del tabaco en otras naciones. No obstante, extensos estudios efectuados recientemente en la China y los estudios que se están realizando en la India indican que, aunque los riesgos globales del consumo persistente de tabaco son aproximadamente de la misma magnitud que en los países de ingreso alto como los Estados Unidos y el Reino Unido, el patrón de enfermedades asociadas al tabaco en esas naciones es sustancialmente distinto. Los datos recogidos en la China indican que las muertes por cardiopatía isquémica constituyen una proporción mucho menor del número total de muertes causadas por el tabaco que en los países occidentales, mientras que las enfermedades respiratorias y los cánceres son los que contribuyen en mayor medida a la mortalidad. Es de destacar que la

tuberculosis se encuentra implicada en una minoría significativa de ellas. En otras poblaciones podrían surgir otras diferencias; por ejemplo, en el Asia Meridional el patrón podría verse afectado por la elevada prevalencia subyacente de enfermedades cardiovasculares. Estos resultados subrayan la importancia de la vigilancia epidemiológica en todas las regiones. No obstante, a pesar de los distintos patrones de enfermedades relacionadas con el tabaco, parece que la *proporción* global de personas que acabarán siendo víctimas del consumo persistente de cigarrillos se sitúa, en general, en una de cada dos personas en muchas poblaciones.

El tabaco y las deficientes condiciones sanitarias de los pobres

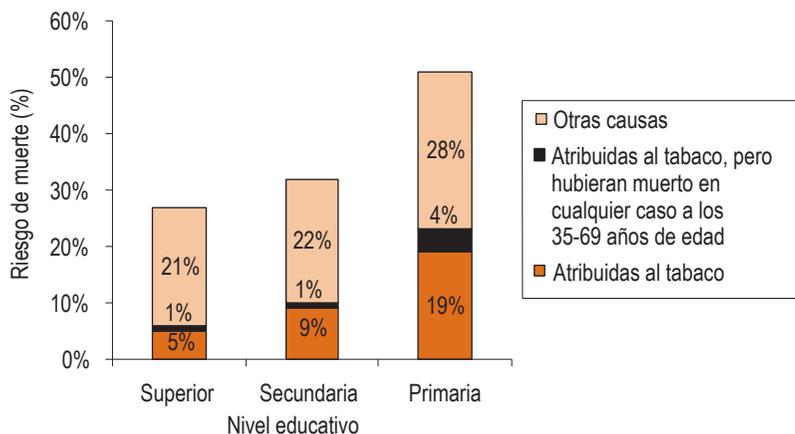
Al igual que el consumo de tabaco se asocia a la pobreza y a un nivel socioeconómico bajo, lo mismo sucede con sus efectos nocivos para la salud. Los análisis efectuados para este informe revelan el impacto del consumo de tabaco en la supervivencia de los varones de distintos grupos socioeconómicos (medidos según ingreso, clase social o nivel educativo) en cuatro países en los que la epidemia de tabaco alcanzó la madurez: Canadá, Polonia, el Reino Unido y los Estados Unidos.

En 1996, el riesgo de los varones polacos de educación universitaria de morir en la edad madura de la vida fue del 26%. En los varones con educación primaria, este riesgo ascendió al 52%, es decir, al doble. Al analizar la proporción de muertes debidas al tabaco en cada uno de estos grupos, los investigadores calcularon que el hábito de fumar fue el responsable de alrededor de las dos terceras partes del *exceso* de riesgo en el grupo de personas que solo recibieron educación primaria. En otras palabras, si se erradicara el hábito de fumar, la diferencia de supervivencia de estos dos grupos se reduciría en forma notable. El riesgo de morir en edades maduras debería descender al 28% en los varones con niveles de educación primaria y al 20% en los que llegaron a la educación universitaria (Figura 2.2). Los resultados obtenidos en los otros países incluidos en el estudio fueron similares, lo que indica que el tabaco es el responsable de más de la mitad de las diferencias de mortalidad existentes entre los varones adultos de mayor y menor nivel socioeconómico de los países antes mencionados. El tabaco contribuye también, y en gran medida, a ampliar la diferencia de supervivencia en relación con el tiempo entre los varones pudientes y los desfavorecidos de dichos países (Figura 2.3).

Los riesgos del fumador pasivo

Los fumadores no solo influyen sobre su propia salud sino también en la de los que los rodean. Las mujeres que fuman durante el embarazo tienen mayores

FIGURA 2.2 EDUCACIÓN Y RIESGO DE MUERTE ATRIBUIBLE AL TABACO
 Muertes en varones de edad madura con distintos niveles educativos, Polonia 1996



Nota: Las cifras han sido redondeadas.

Fuente: Bobak M, Jha P, Jarvis M, Nguyen S. *Poverty and Tobacco*. Trabajo de base.

probabilidades de perder al feto por aborto espontáneo. En los países de ingreso alto, los hijos de madres fumadoras tienen muchas más probabilidades de nacer con peso bajo que los hijos de madres no fumadoras, y su probabilidad de morir durante la lactancia es un 35% mayor que la de estos últimos. También se enfrentan a mayores riesgos de enfermedad respiratoria. Investigaciones recientes demuestran que en la orina de los recién nacidos hijos de madres fumadoras se encuentra un carcinógeno que solo existe en el humo del tabaco.

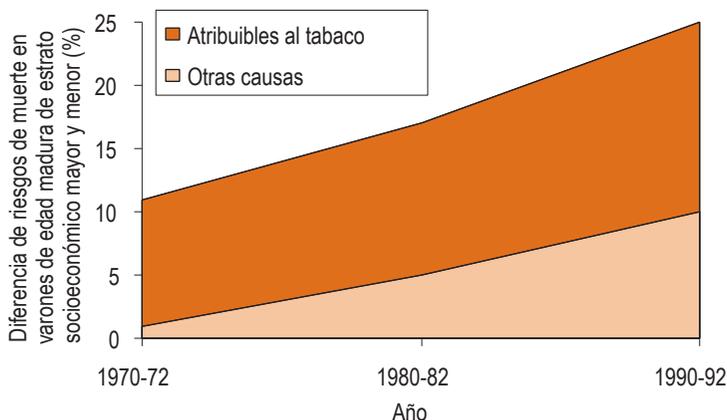
El consumo de cigarrillos es el responsable de gran parte de los problemas de salud de los niños nacidos de madres pobres. Entre las mujeres estadounidenses blancas se observó que el tabaco es, por sí solo, el responsable del 63% de la diferencia del peso al nacer de los hijos de madres con educación universitaria y de los nacidos de madres que solo terminaron, como máximo, la escuela secundaria.

Los adultos expuestos en forma crónica al humo del tabaco ajeno también se enfrentan a riesgos, pequeños pero reales, de cáncer de pulmón y a riesgos más altos de enfermedad cardiovascular, mientras que los hijos de los fumadores sufren diversos tipos de problemas de salud y limitaciones funcionales.

Los hijos y cónyuges de los fumadores forman parte del grupo de no fumadores expuestos al humo, sobre todo en el interior de sus propios hogares. Además, un número sustancial de no fumadores trabaja junto a fumadores o en

FIGURA 2.3 EL HÁBITO DE FUMAR Y LAS DIFERENCIAS CADA VEZ MAYORES ENTRE LA SALUD DE LOS RICOS Y LA DE LOS POBRES

Hábito de fumar y diferencia entre los riesgos de muerte de los varones de edad madura de los estratos socioeconómicos mayor y menor del Reino Unido



Nota: En el Reino Unido los estratos socioeconómicos se clasifican en cinco grupos, desde I (más alto) a V (más bajo). Esta cifra explora la diferencia a lo largo del tiempo entre los riesgos de muerte de los varones de edad madura de los grupos I y II, en comparación con los del grupo V.

Fuente: Bobak M, Jha P, Jarvis M, Nguyen S. *Poverty and Tobacco*. Trabajo de base.

ambientes de fumadores, por lo que, a largo plazo, su exposición al humo del tabaco llega a ser significativa.

Dejar de fumar es útil

Cuanto antes se inicie el hábito de fumar, mayor será el riesgo de sufrir enfermedades discapacitantes. En los países de ingreso alto en los que se dispone de datos a largo plazo, los investigadores llegaron a la conclusión de que los fumadores que comienzan pronto y que fuman regularmente tienen muchas más probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón que los fumadores que abandonan el hábito cuando aún son jóvenes. En el Reino Unido la supervivencia de los médicos varones que dejaron de fumar antes de los 35 años fue prácticamente igual a la de los que nunca habían fumado. Los que dejaron de fumar entre los 35 y 44 años también obtuvieron beneficios sustanciales a este respecto y asimismo resulta beneficioso dejar de fumar a edades más avanzadas.

En resumen, la epidemia de las enfermedades relacionadas con el tabaco se está extendiendo desde su foco original en los varones de los países de ingre-

so alto a las mujeres de dichos países y a los varones de los de ingreso medio y bajo. Con frecuencia cada vez mayor, el consumo de tabaco se asocia a situaciones de desventaja social, medidas según los niveles de educación y de ingreso. La mayoría de los nuevos fumadores subestiman el riesgo de volverse adictos a la nicotina; en el comienzo de la edad adulta, muchas personas lamentan haber comenzado a fumar pero se sienten incapaces de abandonar el hábito. La mitad de los fumadores de larga duración terminarán por ser víctimas del tabaco y la mitad de ellos morirán en la edad madura de la vida.

CAPÍTULO 3

¿Conocen los fumadores los riesgos del tabaco y soportan sus costos?

EN este capítulo examinaremos los incentivos que inducen a fumar. Consideraremos si la elección de fumar es similar a otras opciones de consumo y si tiene como resultado una asignación eficiente de los recursos de la sociedad. A continuación, trataremos sobre las implicaciones de estos aspectos para los gobiernos.

La teoría económica moderna sostiene que los consumidores individuales son los que mejor pueden juzgar la forma en que gastan su dinero en bienes tales como arroz, ropa o películas. Este principio de la soberanía del consumidor se basa en determinadas premisas: en primer lugar, que cada consumidor hace elecciones racionales e informadas después de haber sopesado el costo y los beneficios de sus compras y, en segundo lugar, que el consumidor carga con la totalidad del costo de su elección. Cuando todos los consumidores ejercen su soberanía de esta forma, conociendo los riesgos y asumiendo los costos de sus elecciones, la asignación de los recursos de la sociedad es, teóricamente, la más eficiente posible.

Es evidente que los fumadores perciben beneficios del hecho de fumar, de lo contrario no pagarían por ello. Los beneficios percibidos incluyen el placer y la satisfacción, la potenciación de la autoimagen, el control del estrés y, en el caso del fumador adicto, la prevención de la abstinencia de nicotina. El costo privado que actúa como contrapeso de estos beneficios consiste en el dinero gastado en tabaco, el daño para la salud y la adicción a la nicotina. Definidos de esta forma, es evidente que los beneficios percibidos superan el costo percibido.

Sin embargo, la elección de comprar tabaco difiere en tres aspectos concretos de la elección de adquirir cualquier otro bien de consumo:

- En primer lugar, existen pruebas de que muchos fumadores *no* son plenamente conscientes de las grandes probabilidades de contraer enfermedades o de morir prematuramente que entraña su elección. Este es el principal costo privado del tabaco.
- En segundo lugar, no existen pruebas de que los niños y los adolescentes tengan capacidad suficiente para valorar de manera adecuada toda la información que poseen sobre los efectos del tabaco en la salud. De la misma importancia es el hecho de que los nuevos fumadores podrían subestimar en gran medida el costo futuro asociado a la adicción a la nicotina. Puede considerarse que este costo futuro es el que pagan los fumadores adultos que son incapaces de alterar la decisión de fumar que tomaron en su juventud, aun cuando lo deseen, debido a su adicción.
- En tercer lugar, existen pruebas de que los fumadores imponen un costo, tanto directo como indirecto, a las demás personas. En general, los economistas admiten que las personas sopesan adecuadamente los costos y beneficios de sus elecciones solo cuando son ellas mismas las que soportan esos costos y disfrutan de los beneficios. Si los demás soportan una parte del costo, la consecuencia será que los fumadores podrán fumar más de lo que lo harían si soportaran ellos solos la totalidad del mismo.

Consideraremos por separado la información disponible acerca de cada uno de estos aspectos.

Conciencia de los riesgos

Parece que el conocimiento acerca de los riesgos para la salud asociados con el consumo de tabaco de la población de los países de ingreso medio o bajo es, en el mejor de los casos, parcial, ya que la información sobre estos peligros es limitada. Por ejemplo, en la China, el 61% de los fumadores adultos encuestados en 1996 creían que los cigarrillos eran “poco o nada peligrosos”.

En los países de ingreso alto, la conciencia de los efectos del tabaco en la salud aumentó, en general, de manera indudable a lo largo de los cuatro últimos decenios. Sin embargo, existe una gran controversia sobre la medida en que los fumadores de estos países de ingreso alto perciben adecuadamente sus riesgos de enfermedad. Varios estudios realizados en los dos últimos decenios ofrecieron conclusiones diferentes sobre la exactitud de las percepciones individuales de los riesgos asociados al tabaco. En algunos se encontró que las personas

sobrevaloran los riesgos; en otros, que los subestiman e incluso en otros más se llegó a la conclusión de que existe una percepción correcta de los mismos. Sin embargo, las metodologías utilizadas en estos estudios recibieron críticas por varios motivos. En una revisión reciente de la literatura, se llegó a la conclusión de que los fumadores de los países de ingreso alto son conscientes, en general, de sus mayores riesgos sanitarios, pero, en comparación con los no fumadores, consideran que la magnitud de estos riesgos es menor y que no están tan bien establecidos. Además, aun cuando la percepción de los riesgos sanitarios sea razonablemente exacta en el plano individual, los fumadores *como grupo* minimizan la importancia personal de esta información, creyendo que el riesgo de los demás fumadores es mayor que el suyo propio.

Por último, las pruebas obtenidas en varios países confirman que podría haber una distorsión en la percepción de los riesgos asociados al tabaco en relación con otros riesgos para la salud. Por ejemplo, en Polonia, en 1995, los investigadores pidieron a los adultos que clasificaran “los factores más importantes que influyen en la salud humana”. El factor elegido con mayor frecuencia fue el “medio ambiente”, seguido de los “hábitos alimentarios” y de “los modos de vida estresantes o ajetreados”. El consumo de tabaco solo ocupó el cuarto lugar y fue mencionado por el 27% de los adultos encuestados. Sin embargo, el hecho es que el tabaco es el responsable de más de la tercera parte del riesgo de muerte prematura de los varones polacos de edad madura, lo que lo sitúa muy por delante de cualquier otro factor de riesgo.

Juventud, adicción y capacidad para tomar decisiones razonables

Como se dijo en el capítulo 1, el hábito de fumar suele adoptarse en etapas tempranas de la vida y es posible que los niños y los adolescentes conozcan menos que los adultos sobre los efectos sanitarios del tabaco. En una encuesta reciente efectuada a jóvenes de 15 y 16 años en Moscú, se observó que más de la mitad o bien no conocían las enfermedades relacionadas con el tabaco, o solo podían nombrar una, el cáncer de pulmón. Aun en los Estados Unidos, donde sería de esperar que los jóvenes hubieran recibido más información, casi la mitad de los niños de 13 años creen en la actualidad que fumar un paquete de cigarrillos al día no les resulta demasiado perjudicial. Dado lo inadecuado de sus conocimientos, los adolescentes se enfrentan a mayores obstáculos que los adultos a la hora de tomar decisiones informadas.

De igual importancia es el hecho de que los jóvenes subestiman el riesgo de volverse adictos a la nicotina, lo que comporta una evidente infravaloración del costo futuro que les supondrá el hábito de fumar. Del total de estudiantes fumadores de último curso del bachillerato de los Estados Unidos que creen que dejarán el hábito en los cinco años siguientes, menos de dos de cada cinco

logran realmente abandonar el tabaco. Los restantes siguen siendo fumadores cinco años después. En los países de ingreso alto, alrededor de 7 de cada 10 adultos fumadores afirman que lamentan haber comenzado a fumar. Usando modelos econométricos de la relación entre el hábito actual y pasado de fumar, y según los datos de los Estados Unidos, los investigadores creen que la adicción a la nicotina explica al menos el 60% del consumo de cigarrillos en cualquier año considerado y, posiblemente, hasta el 95%.

Incluso los adolescentes a los que se les ha explicado los riesgos del tabaco pueden tener una capacidad limitada para usar juiciosamente esa información. A la mayoría de ellos les resulta difícil imaginar que tendrán 25 años, y no digamos 55 años, por lo que es poco probable que las advertencias sobre el daño que el consumo de tabaco infligirá a su salud en fechas tan lejanas reduzca su deseo de fumar. La mayor parte de las sociedades reconocen los riesgos de tomar decisiones erróneas propias de la juventud, no solo en lo que se refiere al tabaco, por lo que muchas limitan su derecho a decidir, si bien estas restricciones varían de una cultura a otra. Por ejemplo, en casi todas las democracias, los jóvenes no pueden votar hasta haber alcanzado una edad determinada; algunas sociedades establecen la educación obligatoria hasta determinada edad y en otras muchas se impide el matrimonio antes de cierta edad. El consenso de la mayoría de las sociedades es que es preferible que ciertas decisiones se tomen solo al llegar a la edad adulta. De igual manera, las sociedades podrían considerar la conveniencia de limitar la libertad de los jóvenes para convertirse en adictos.

Podría argumentarse que a los jóvenes les atraen muchas conductas de riesgo, como conducir a velocidad excesiva o beber grandes cantidades de alcohol, y que el hábito de fumar no tiene nada de especial a este respecto. Sin embargo, sí existen algunas diferencias. En primer lugar, en la mayor parte del mundo, la regulación del consumo de tabaco es mucho más laxa que la de otras conductas de riesgo. En general existen penalizaciones para las personas que conducen a velocidad excesiva, con multas cuantiosas e incluso anulación del permiso de conducir, y también están penadas otras conductas peligrosas asociadas al consumo de alcohol, como conducir bajo sus efectos. En segundo lugar, considerando la totalidad de la vida de la persona, el hábito de fumar es mucho más peligroso que muchas otras conductas de riesgo. Las extrapolaciones basadas en los datos procedentes de los países de ingreso alto indican que de cada 1.000 varones de 15 años que viven actualmente en los países de ingreso medio y bajo, 125 morirán a edades maduras a causa del tabaco si continúan fumando regularmente y que otros 125 morirán por la misma causa a edades avanzadas. En comparación, aproximadamente 10 morirán a edades maduras debido a accidentes de tráfico, 10 morirán a edades maduras por causas violentas y 30 lo harán a edades maduras por motivos relacionados con el alcohol, incluyendo algunos accidentes de tráfico y muertes violentas. En tercer lugar, son pocas las conductas de riesgo que entrañan un peligro tan elevado de adicción como el

del consumo de tabaco, de manera que la mayoría son más fáciles de abandonar y, de hecho, se abandonan durante la madurez.

Costos impuestos a los demás

Los fumadores imponen costos físicos a los demás, que se suman a los posibles costos económicos. En teoría, fumarían menos si tuvieran que hacerse cargo de estos costos, ya que el nivel de consumo socialmente óptimo, en el que la distribución de recursos en la sociedad es eficiente, solo se alcanza cuando el propio consumidor asume la totalidad de los costos. Si una parte de estos recayera en los no fumadores, el consumo de cigarrillos podría ser superior a lo considerado socialmente óptimo. Trataremos brevemente los diversos tipos de costo que los fumadores imponen a los demás.

En primer lugar, los fumadores imponen un costo sanitario directo a los que no fuman. Los efectos sanitarios, descritos en el capítulo 2, consisten en bajo peso al nacer y mayor riesgo de diversas enfermedades en los lactantes hijos de madres fumadoras, junto a enfermedades en los niños y adultos expuestos en forma crónica al humo de los cigarrillos de los fumadores. Otro costo directo consiste en la irritación y las molestias provocadas por el humo y el costo de limpieza de la ropa y mobiliario. Aunque las pruebas son mucho más incompletas, es posible que también existan costos atribuibles a los incendios, a la degradación medioambiental y a la deforestación causada por el cultivo y procesamiento del tabaco y por las consecuencias de su consumo.

Con los datos existentes, el costo económico que los fumadores imponen a los que no lo son resulta difícil de identificar y de cuantificar. En este informe no se intenta proporcionar un cálculo de tales costos, sino describir algunas de las principales áreas de las que pueden surgir dichos costos. Consideraremos primero el costo de la atención de salud de los fumadores y después, el tema de las pensiones.

En los países de ingreso alto, se calcula que el costo anual global de la asistencia sanitaria atribuible al tabaquismo oscila entre el 6% y el 15% del costo sanitario total. Actualmente, el costo anual de la atención de salud atribuible al tabaquismo en los países de ingreso medio y bajo es inferior al señalado, en parte porque las enfermedades relacionadas con la epidemia de tabaquismo se encuentran en fases más tempranas y en parte a causa de otros factores, como los tipos de enfermedades relacionadas con el tabaco más prevalentes y los tratamientos que requieren. No obstante, es probable que estos países vean crecer en el futuro el costo anual de la atención de salud relacionada con el tabaco. Las proyecciones llevadas a cabo para este informe en la China y en la India indican que el costo anual de la atención de salud asociada a las enfermedades relacionadas con el tabaco crecerá hasta absorber un porcentaje del producto interno bruto (PIB) superior al actual.

Para las personas encargadas de tomar decisiones políticas, resulta vital conocer este costo anual y la fracción que ha de soportar el sector público, puesto que representan una proporción de los recursos reales que no puede ser destinada a otros bienes y servicios. Por otra parte, para los consumidores individuales, el aspecto clave es la proporción del costo que será soportado por ellos mismos o por terceros. Una vez más, si probablemente una parte del costo sea soportada por los no fumadores, los consumidores tendrán un incentivo adicional para fumar más de lo que lo harían si esperasen soportar por sí solos la totalidad de este. Sin embargo, como demuestra la exposición siguiente, la valoración de estos costos es compleja y, por tanto, aún no ha sido posible llegar a una conclusión alguna sobre la forma en que estos aspectos podrían influir en las elecciones de consumo de los fumadores.

En cualquier año dado y por término medio, es probable que la atención de salud dedicada a un fumador sea más costosa que la destinada a un no fumador de edad y sexo similares. No obstante, como los fumadores tienden a morir antes que los no fumadores, el costo de la atención de salud *a lo largo de la vida* de los fumadores y de los no fumadores de los países de ingreso alto podría ser muy semejante. En estos países, las conclusiones de los estudios en los que se comparó el costo de la atención de salud de los fumadores y de los no fumadores, durante toda la vida, arrojan resultados contradictorios. Por ejemplo, en los Países Bajos y Suiza, se observaron costos similares en los dos grupos, mientras que en el Reino Unido y en los Estados Unidos algunos estudios llegaron a la conclusión de que el costo a lo largo de la vida es, de hecho, mayor en los fumadores. Revisiones recientes, que toman en consideración el número creciente de enfermedades atribuibles al tabaco y otros factores, permiten llegar a la conclusión de que, en conjunto, los costos incurridos por los fumadores de los países de ingreso alto son algo superiores a los de los no fumadores, pese a su muerte más temprana. No se dispone de estudios fidedignos sobre los costos de la atención de salud a lo largo de la vida de los fumadores y no fumadores de los países de ingreso medio y bajo.

Está claro que, cualquiera sea la región del mundo considerada, si los fumadores asumen la totalidad de los costos de su atención médica, no impondrán carga alguna a terceros, por muy grandes que estos costos sean. Sin embargo, gran parte de la asistencia sanitaria, sobre todo la asociada a la atención hospitalaria, se financia por medio del presupuesto público o bien de pólizas de seguros. En la medida en que las contribuciones a estos dos mecanismos de financiación (en forma tanto de impuestos como de primas) no suponen un incremento diferencial para los fumadores, los mayores costos médicos de estos recaen, al menos en parte, en los no fumadores.

Por ejemplo, en los países de ingreso alto, el gasto público en salud representa alrededor del 65% del gasto sanitario total, aproximadamente el 6% del PIB. Por tanto, si el gasto sanitario a lo largo de la vida de los fumadores es

mayor, se deduce que los no fumadores financian los costos sanitarios de los primeros. La contribución exacta es compleja y variable y depende del tipo de cobertura sanitaria y de la fuente de financiación utilizada para cubrir el gasto público. Por ejemplo, si los fondos públicos asumen tan solo los gastos de asistencia sanitaria de los mayores de 65 años, el uso neto de los recursos públicos consumidos por los fumadores podría ser pequeño, en la medida en que muchos necesitan atención médica relacionada con el consumo de tabaco y mueren *antes* de alcanzar esa edad. De igual forma, si el gasto público se financia por medio de los impuestos, incluidas las tasas sobre el tabaco, tal vez los fumadores no impongan carga alguna a los que no lo son. También en este caso la situación difiere en los países de ingreso medio y bajo, en los que el componente público del gasto sanitario total es, por término medio, menor que en los países de ingreso alto y supone el 44% del total o el 2% del PIB. Sin embargo, a medida que las naciones destinen más recursos a la salud, la parte del gasto total imputable a la financiación pública tenderá también a crecer.

Así pues, si bien la evaluación del costo relativo de la atención de salud de los fumadores y no fumadores es un problema complejo, no lo es menos el que se refiere a las pensiones. Algunos analistas argumentan que los fumadores de los países de ingreso alto contribuyen más que los no fumadores a los planes de pensiones públicas, ya que muchos pagan sus contribuciones hasta que llegan a una edad próxima a la jubilación y mueren antes de poder disfrutar de una proporción sustancial de sus beneficios.¹ Sin embargo, la cuarta parte de los fumadores habituales mueren a causa del tabaco a edades maduras, posiblemente antes de haber hecho efectiva la totalidad de su contribución a los fondos de pensiones. Por el momento se desconoce si, en conjunto, los fumadores de los países de ingreso alto contribuyen a los fondos de pensiones públicas en mayor o menor medida que los no fumadores. No obstante, este aspecto es poco importante en muchos de los países de ingreso medio o bajo. En los de ingreso bajo, solo alrededor del 10% de los adultos reciben una pensión pública y en los de ingreso medio, la proporción varía entre la cuarta parte y la mitad de la población, dependiendo del nivel de ingresos de cada país.

En resumen, es evidente que los fumadores imponen costos directos, tales como los daños para la salud, a los no fumadores y es probable que también impongan un costo económico, por ejemplo en lo que concierne a la atención de salud, aunque la magnitud de este es más difícil de identificar y cuantificar.

Respuestas adecuadas de los gobiernos

Teniendo en cuenta los tres problemas señalados, parece poco probable que la mayoría de los fumadores conozcan la magnitud completa de sus riesgos y que soporten la totalidad de los costos que supone su elección. Por tanto, sus elecciones de consumo podrían determinar una asignación ineficaz de los recursos,

lo que justificaría la intervención de los gobiernos para reajustar los incentivos a los consumidores con objeto de que fumaran menos.

Las sociedades podrían considerar que la intervención de los gobiernos se justifica, sobre todo, en la prevención del consumo de tabaco por los niños y los adolescentes, dada la complejidad del problema de su insuficiente acceso a la información sobre el tabaco y el riesgo de adicción y su limitada capacidad para tomar decisiones apropiadas. También está justificada la intervención de los gobiernos para impedir que los fumadores impongan costos físicos directos a los no fumadores. La justificación para proteger a terceros de los costos económicos de los fumadores es menos evidente, pues la naturaleza de estos costos sigue siendo poco clara. Por último, algunas sociedades podrían considerar que sus gobiernos deben intervenir también proporcionando a los adultos toda la información necesaria para ejercer opciones de consumo informadas.

Lo ideal sería que los gobiernos afrontaran cada problema identificado con una intervención específica. Sin embargo, esto no siempre es posible y algunas intervenciones pueden tener efectos más amplios. Por ejemplo, la forma más específica de afrontar la imperfecta capacidad de juicio de los niños y los adolescentes acerca de los efectos del tabaco sobre la salud sería mejorar su educación a este respecto, mejorando también la educación de los padres. Sin embargo, en realidad, los niños responden mal a la educación sanitaria y los padres son agentes imperfectos que no siempre actúan en el mejor interés de sus hijos. De hecho, el método más efectivo y práctico para apartar a los niños y a los adolescentes del tabaco consiste en elevar los impuestos, aunque se trate de un instrumento poco afilado. Las pruebas obtenidas en diversos estudios demuestran que, si se incrementa el precio de los cigarrillos, será menos probable que los niños y los adolescentes comiencen a fumar y, al mismo tiempo, será más probable que muchos de sus compañeros abandonen el tabaco.

La medida más específica para proteger a los no fumadores consistiría en restringir los lugares en que está permitido fumar. Aunque de este modo los no fumadores se hallarían protegidos en los lugares públicos, ello no reduciría su exposición al humo de los fumadores en el hogar. Por tanto, los impuestos podrían ser un método adicional para obligar a los fumadores a asumir los costos que imponen a los que no lo son.

Para abordar el problema del costo económico impuesto a los no fumadores como, por ejemplo, el derivado del exceso de costo de atención de salud de los fumadores, el mecanismo más directo consistiría en hacer que los sistemas de financiación de la asistencia sanitaria tomaran en consideración el hábito de fumar: por ejemplo, los fumadores pagarían una prima más alta que los no fumadores o se les pediría que abrieran cuentas de ahorro para financiar su asistencia médica, en las que se reflejara un costo probablemente más alto. En la práctica, una forma fácil de hacer que los fumadores contribuyan en mayor medida sería imponer una tasa adicional al tabaco.

En teoría, si los impuestos sobre los cigarrillos se utilizaran para apartar a los niños y a los adolescentes del tabaco, los impuestos a pagar por los niños deberían ser mayores que los de los adultos. No obstante, esta imposición diferencial es prácticamente imposible de llevar a cabo. En consecuencia, la opción más práctica, con impuestos iguales para niños y adultos, impondría una carga adicional a estos últimos. Sin embargo, las sociedades podrían considerar que esta carga está justificada si su fin es proteger a la infancia. Además, si los adultos reducen su consumo de cigarrillos, es posible que los niños fumen también menos, dada su tendencia a dejarse influir por el hecho de que sus padres u otros adultos, que desempeñan el papel de modelos, fumen o no.

Una forma de poner en práctica un sistema diferencial de impuestos para niños y adultos consistiría en limitar el acceso de los niños a los cigarrillos. En teoría, estas limitaciones supondrían un aumento efectivo del precio que los niños habrían de pagar por el tabaco, sin que ello afectara al precio pagado por los adultos. Sin embargo, en la práctica, hay pocas pruebas de que las restricciones existentes en los países de ingreso alto resulten eficaces. En los de ingreso medio y bajo, donde la capacidad para administrar y hacer cumplir tales restricciones probablemente sean mucho menores, serían mucho más difíciles de llevar a la práctica. Por tanto, para disuadir a los niños de empezar a fumar parece recomendable el segundo procedimiento: la elevación de los impuestos.

El problema de la adicción

Además de la necesidad de corregir las ineficiencias asociadas a las opciones de consumo de los fumadores, es necesario tratar el problema de la adicción. Debido a ella, los fumadores adultos se enfrentan a un costo elevado cuando quieren modificar la decisión que, en su mayor parte, tomaron cuando eran jóvenes. Las sociedades pueden optar por poner en marcha intervenciones que ayudarían a los que desean dejar de fumar a reducir este costo. Estas intervenciones consisten en facilitar el acceso a la información que advierte a los fumadores acerca del costo que supone continuar fumando y que demuestra las ventajas de abandonar el hábito, y también un acceso más amplio a los tratamientos destinados a dejar de fumar, que podrían reducir el costo del abandono del tabaco. Es evidente que el aumento de los impuestos hace que algunos fumadores dejen de fumar, pero también lo es que con un mayor costo para ellos. Este costo será el de la pérdida del beneficio percibido por el hecho de fumar y el costo físico adicional asociado a la abstinencia de nicotina. Los que toman las decisiones políticas podrían reducir estos costos mejorando el acceso de los fumadores a los tratamientos de desintoxicación. Trataremos la cuestión del costo de la abstinencia con mayor detalle en el capítulo 6. En cuanto a los niños que aún no se han hecho adictos a la nicotina, la elevación de los impuestos puede ser una estrategia

efectiva, pues no generaría los costos de la abstinencia asociados a la decisión de dejar de fumar.

Consideraremos ahora algunas de las intervenciones que ciertos gobiernos adoptaron ya para controlar el consumo de tabaco. Cada una de ellas se valorará por separado. En el capítulo 4 se expondrán las medidas que tratan de reducir la demanda de tabaco y en el capítulo 5 se evaluarán las tendencias a reducir su suministro.

Nota

1. Aun cuando los fumadores reduzcan el costo neto que imponen a los demás por el hecho de morir jóvenes, sería un error sugerir que la sociedad se beneficia de estas muertes prematuras. Afirmarlo sería tanto como aceptar la lógica de decir que la sociedad está mejor sin sus ancianos.

CAPÍTULO 4

Medidas para reducir la demanda de tabaco

LOS países que disponen de políticas satisfactorias de control del tabaco utilizan una combinación de enfoques que trataremos por separado, resumiendo las pruebas disponibles sobre su efectividad.

Aumento de los impuestos sobre los cigarrillos

Desde hace siglos, se considera al tabaco como un bien de consumo ideal para la tasación: no es un producto necesario, disfruta de un amplio consumo y la demanda es relativamente poco elástica, lo que lo convierte en una fuente de recursos fiable y fácil de administrar para los gobiernos. Adam Smith sugería en su obra *La salud de las naciones*, publicada en 1776, que, mediante estos impuestos, los pobres “podrían ser liberados de algunos de los impuestos más gravosos; de los que afectan a los productos necesarios para la vida o a los materiales de las manufacturas”. Smith sostenía que un impuesto sobre el tabaco permitiría a los pobres “vivir mejor, trabajar por más dinero y enviar al mercado productos más baratos”.¹ La demanda de trabajo aumentaría, elevando de esa forma los ingresos de los pobres y beneficiando a la totalidad de la economía.

Dos siglos después, casi todos los gobiernos gravan el tabaco con impuestos, a veces muy fuertes, a través de distintos métodos. Casi siempre, el motivo principal ha sido recaudación de fondos, pero en los últimos años la carga impositiva refleja también una preocupación creciente por la necesidad de reducir al mínimo el daño para la salud asociado a su consumo.

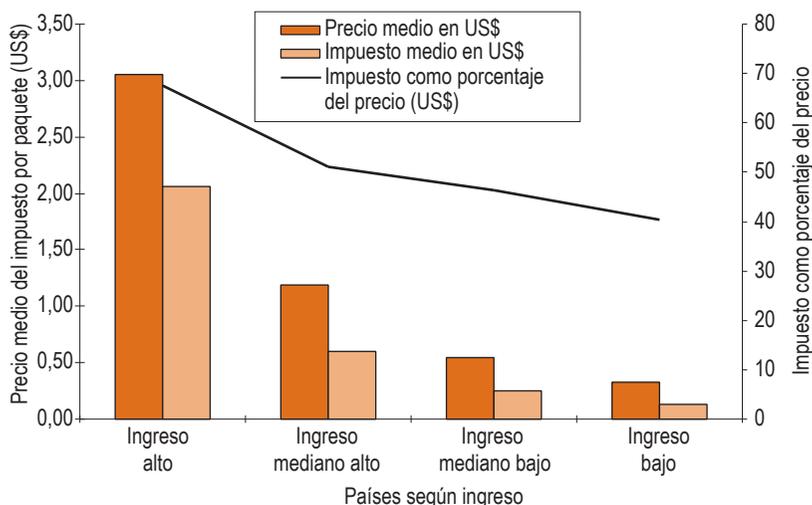
En esta sección se revisan los datos relativos a la forma en que el aumento de los impuestos afecta a la demanda de cigarrillos y de otros derivados del tabaco. La conclusión a la que se llega es que la elevación de las tasas sobre el tabaco reduce de manera significativa su consumo. Es importante señalar que posiblemente el efecto de impuestos más altos sea mayor sobre los jóvenes, que responden mejor a la elevación de los precios que las personas de edades más avanzadas. También conviene apuntar que de la exposición se deduce que los impuestos más altos reducen la demanda de tabaco de manera más nítida en los países de ingreso medio y bajo, en los que los fumadores responden en mayor medida al aumento de los precios que en los países de ingreso alto. Sin embargo, a pesar de esta disminución de la demanda, los gobiernos no deben temer una caída de sus ingresos; de hecho, y como demostraremos en el capítulo 8, los impuestos más altos pueden elevar en forma sustancial los ingresos a corto y medio plazo.

Resumiremos aquí brevemente los tipos de impuestos sobre el tabaco que aplican la mayor parte de los gobiernos y valoraremos la forma en que el aumento de los precios influye en la demanda. Se compararán los datos de los países de ingreso medio y bajo con los procedentes de países de ingreso alto y se discutirán las implicaciones de todos estos factores.

Tipos de impuestos sobre el tabaco

Los impuestos sobre el tabaco pueden adoptar formas diversas. Las tasas *específicas*, añadidas como una cantidad fija al precio de los cigarrillos, son las que permiten mayor flexibilidad y hacen posible que los gobiernos eleven los impuestos con menos riesgo de que la industria responda con medidas que reduzcan la cantidad real cargada. Las tasas *ad valorem*, como las del valor añadido o las de venta, constituyen un porcentaje del precio básico, y se imponen en prácticamente la totalidad de los países, a menudo por encima de los impuestos de consumo específicos. Las tasas *ad valorem* pueden imponerse en el punto de venta o, como sucede en muchas naciones africanas, en el precio al por mayor. Las tasas pueden variar según el lugar de fabricación o el tipo de producto; por ejemplo, algunos gobiernos imponen tasas más altas a los cigarrillos producidos en el extranjero que a los nacionales, o a los cigarrillos de alto contenido en alquitrán que a los de bajo contenido. Cada vez es mayor el número de países que dedican los beneficios obtenidos con la elevación de los impuestos sobre el tabaco a actividades antitabáquicas o a otras intervenciones concretas. Por ejemplo, una de las mayores ciudades de la China, Chongqing, y varios estados de los Estados Unidos dedican parte de los ingresos procedentes de los impuestos sobre el tabaco a la educación sobre los efectos de este, a la contrapublicidad y a otras actividades de control. Otras naciones utilizan las tasas sobre el tabaco para financiar los servicios de salud.

FIGURA 4.1 PRECIO MEDIO DE LOS CIGARRILLOS, IMPUESTOS Y PORCENTAJE DE IMPUESTO EN EL PRECIO TOTAL DEL PAQUETE, SEGÚN GRUPOS DE INGRESO DEL BANCO MUNDIAL, 1996



Fuente: Cálculos de los autores.

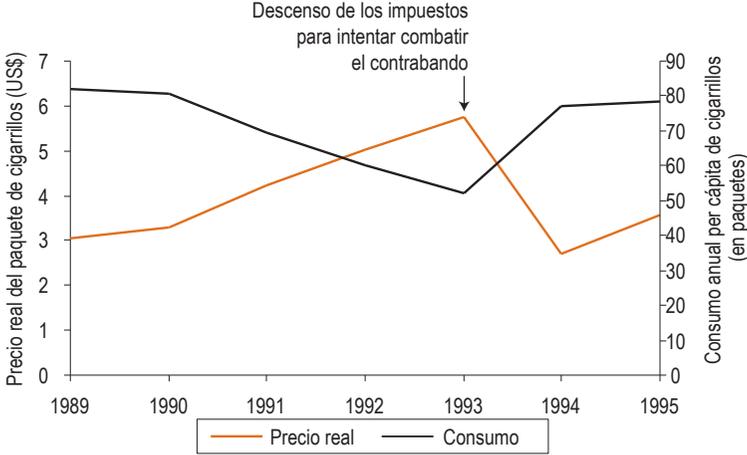
La magnitud de la tasa varía de un país a otro (Figura 4.1). En los de ingreso alto, supone dos terceras partes o más del precio final del paquete de cigarrillos. Por el contrario, en los países de ingreso medio o bajo, los impuestos no suponen más de la mitad del precio final del paquete.

Efecto del aumento de los impuestos en el consumo de cigarrillos

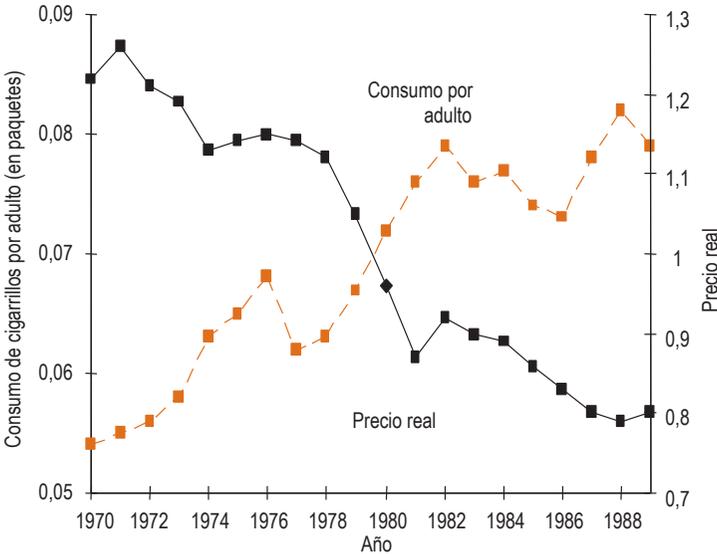
Una ley económica básica establece que a medida que se eleva el precio de un producto, disminuye la cantidad demandada de dicho producto. En el pasado, los investigadores sostenían que la naturaleza adictiva del tabaco determinaría una excepción a esta regla: según este argumento, los fumadores son tan adictos al tabaco que pagarían cualquier precio y continuarían fumando la misma cantidad de cigarrillos para satisfacer sus necesidades. Sin embargo, cada vez es mayor el número de estudios que demuestran que este argumento es falso y que la demanda de tabaco por los fumadores, pese a ser inelástica, resulta fuertemente afectada por los precios. Por ejemplo, en el Canadá los impuestos subieron entre 1982 y 1992, con el consiguiente aumento progresivo del precio real de los cigarrillos, lo que se asoció con una caída sustancial del consumo (Figura 4.2a). Una reducción

FIGURA 4.2 EL PRECIO DE LOS CIGARRILLOS Y SU CONSUMO SIGUEN DIRECCIONES OPUESTAS

4.2a Precio real de los cigarrillos y consumo anual per cápita. Canadá, 1989-1995



4.2b Precio real de los cigarrillos y consumo anual por adulto (edad 15 años y más). Sudáfrica, 1970-1989



Nota: Datos de consumo calculados a partir de las cifras de venta.

Fuentes: 4.2a: Cálculos de los autores. 4.2b: Saloojee Y. 1995, Price and Income Elasticity of Demand for Cigarettes in South Africa. En: Slama K, ed. Tobacco and Health. New York: Plenum Press, y Townsend J. The Role of Taxation Policy in Tobacco Control. En: Abedian I, y otros, eds. The Economics of Tobacco Control. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, Universidad de Cape Town; 1998.

similar del consumo de cigarrillos a consecuencia del aumento de los impuestos se verificó en el Reino Unido y en otros varios países. A la inversa, la disminución de los impuestos supuso un aumento del consumo de cigarrillos en Sudáfrica entre 1979 y 1989 (Figura 4.2b). Los investigadores observan de manera constante que el aumento de los precios incita a algunas personas a dejar de fumar, evita que otras comiencen a hacerlo y reduce el número de ex fumadores que recuperan el hábito.

Forma en que la adicción influye en la respuesta al aumento de los precios

Los modelos que intentan valorar el impacto de la adicción a la nicotina en los efectos del aumento de los precios establecen premisas diversas, en función de si los fumadores consideran las consecuencias futuras de su acción o no lo hacen. Sin embargo, todos los modelos concuerdan en que, para una sustancia adictiva como la nicotina, los niveles de consumo actual del individuo dependerán de los niveles de consumo anteriores y del precio actual del producto. Esta relación entre el consumo previo y el consumo actual tiene importantes efectos en la definición de la forma en que el aumento de precio influirá en la demanda de tabaco. Si los fumadores son adictos, su respuesta a la elevación de los precios será relativamente lenta, aunque aumentará a largo plazo. La bibliografía especializada indica que un aumento real y permanente de los precios ejerce un impacto en la demanda cuya magnitud se duplica aproximadamente a largo plazo en relación con el impacto logrado a corto plazo.

Distintas respuestas al aumento de los precios en los países de ingreso bajo y alto

Cuando los precios de un producto aumentan, las probabilidades de que su consumo disminuya son mayores entre las personas de ingresos bajos que entre las de ingresos altos; por el contrario, cuando el precio disminuye, es más probable que sean también las primeras las que aumenten su consumo. La magnitud con que la demanda de un producto por los consumidores varía en función de las modificaciones de su precio recibe el nombre de elasticidad de la demanda en relación con el precio. Por ejemplo, si un aumento del precio del 10% produce una disminución de la demanda del 5%, la elasticidad de la demanda será -0,5. Cuanto mayor sea la respuesta de los consumidores al cambio de precio, mayor será la elasticidad de la demanda.

Los cálculos de la elasticidad varían de un estudio a otro, pero existen datos razonables para pensar que, en los países de ingreso medio y bajo, la elasticidad de la demanda es mayor que en los de ingreso alto. Por ejemplo, en los Estados Unidos se observó que una elevación de precios del 10% en el

paquete de cigarrillos produjo un descenso de la demanda de alrededor del 4% (elasticidad de -0,4). Sin embargo, en la China se llegó a la conclusión de que un aumento del precio del 10% reducía la demanda en mayor medida que en los países de ingreso alto; dependiendo del estudio, los cálculos de la elasticidad oscilaron entre -0,6 y -1,0. En estudios efectuados en el Brasil y en Sudáfrica se obtuvieron resultados similares. Por tanto, con los datos actuales y para el conjunto de los países de ingreso medio y bajo, puede considerarse razonable un cálculo según el cual la elasticidad media de la demanda oscila en torno a -0,8.

Existen otras razones que explican el hecho de que la población de los países de ingreso bajo responda en mayor medida a la elevación del precio de los cigarrillos que la de los países de ingreso alto. Las poblaciones de aquellos países son, en su mayoría, más jóvenes y los estudios realizados en los países de ingreso alto indican que, en conjunto, los jóvenes responden más que las personas de edad madura a la variación de los precios. En parte, ello se debe a que sus ingresos disponibles son menores, pero también a que su adicción a la nicotina es menos fuerte, a su comportamiento más orientado al presente y a que son más sensibles a las influencias de sus pares. Por tanto, si un joven deja de fumar porque no puede pagar su hábito, será más probable que sus amigos lo sigan que en el caso de grupos de personas de mayor edad. Un estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos demostró que la elasticidad de la demanda en los adultos jóvenes estadounidenses de 18 a 24 años era -0,6, mayor que la del conjunto de los fumadores. Los investigadores llegaron a la conclusión de que cuando los precios son altos, no solo es más probable que dejen de fumar jóvenes ya fumadores, sino que también disminuyen las posibilidades de que jóvenes fumadores potenciales adquirieran realmente el hábito.

Teniendo en cuenta las pruebas actualmente disponibles, pueden extraerse dos conclusiones claras. En primer lugar, que el aumento de los impuestos es una forma sumamente efectiva de reducir el consumo de tabaco en los países de ingreso medio y bajo, en los que actualmente vive la mayoría de los fumadores; la segunda es que el efecto de este aumento impositivo será más marcado en estos países que en los de ingreso alto.

Impacto potencial del aumento de los impuestos en la demanda mundial de tabaco

A los fines de este informe, los investigadores crearon un modelo del impacto potencial que los diversos incrementos impositivos tendrían en la demanda de cigarrillos en todo el mundo. En el Recuadro 4.1 se muestran el diseño del modelo y sus aportes. Los cálculos que constituyen la base del modelo en relación con la elasticidad de los precios, el impacto sobre la salud y otras variables son, de hecho, muy conservadores. Es probable que los resultados obtenidos

RECUADRO 4.1 CÁLCULO DEL IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE CONTROL SOBRE EL CONSUMO MUNDIAL DE TABACO: LAS APORTACIONES AL MODELO

En primer lugar, los investigadores estimaron la población de cada región, dividiéndola en grupos de edad y sexo y utilizando las proyecciones de referencia del Banco Mundial para sus siete regiones (véase el Apéndice D). En segundo lugar, se calculó la prevalencia del hábito de fumar según el sexo, en cada una de las siete regiones, utilizando un conjunto de más de 80 estudios de países individuales empleado por la Organización Mundial de la Salud (los datos se muestran en el capítulo 1, Cuadro 1.1). En el caso de la India, donde los *bidís* son una alternativa generalizada a los cigarrillos, se obtuvo la prevalencia de los dos tipos de consumo de tabaco a partir de estudios locales. En tercer lugar, y utilizando los datos disponibles, el equipo calculó el perfil de edad de los fumadores de cada región, extrapolado a partir de estudios de países individuales efectuados a gran escala, así como la relación entre fumadores adultos y fumadores jóvenes. En cuarto lugar, se calculó la cantidad total de fumadores y el número previsible de muertes atribuibles al tabaco por región, sexo y edad. En esta etapa, los investigadores admitieron que solo uno de cada tres fumadores de los países desarrollados muere a causa del tabaco. Se trata de un cálculo conservador, teniendo en cuenta los estudios procedentes de los Estados Unidos y el Reino Unido, según los cuales la cifra real es de uno de cada dos,

y es probable que este dato también esté subestimado, ya que una investigación reciente llevada a cabo en la China indica que la proporción de fumadores muertos a causa del tabaco pronto igualará a la de Occidente.

A continuación, los investigadores calcularon el número de cigarrillos o *bidís* consumidos diariamente por cada fumador en cada una de las regiones, utilizando para ello los datos de la OMS y de varios estudios epidemiológicos publicados. También se calculó el número fumado por adultos y por jóvenes en cada región, para obtener la relación entre las tasas de consumo diario de tabaco de adultos y jóvenes.

Después, los investigadores intentaron calibrar la elasticidad de la demanda de cigarrillos según el precio en cada región, utilizando para ello los datos procedentes de más de 60 estudios. Cuando en un país determinado se había llevado a cabo más de un estudio, se halló el promedio de las cifras obtenidas. Los investigadores combinaron las cifras para llegar a promedios para las regiones de ingreso bajo y alto. Estas cifras se relacionaron también con la edad, ya que los jóvenes responden más a los cambios de precio que la población de mayor edad. El cálculo de la elasticidad de precio a corto plazo en los países de ingreso alto resultó relativamente bajo, -0,4, mientras que en los países de ingreso bajo alcanzó -0,8.

(continúa en la página siguiente)

RECUADRO 4.1 (CONTINUACIÓN)

Los investigadores admitieron que, en línea con uno de los estudios más importantes, la mitad del efecto del aumento de precio se traduciría en el número de personas que fuman y la otra mitad en la cantidad de cigarrillos consumidos por los que siguieran fumando. También de acuerdo con otras pruebas encontradas en investigaciones anteriores, se admitió que los que abandonan el tabaco en su juventud tienen más probabilidades de evitar la muerte relacionada con el tabaco que los que dejan de fumar a edades más avanzadas y que los riesgos de muer-

te relacionada con el tabaco persisten en todos los que continúan fumando, aunque disminuya el número de cigarrillos consumidos.

Todas las variables del modelo fueron sometidas a un análisis de sensibilidad para permitir una incertidumbre con oscilaciones de un 75% a un 125% en los valores de base utilizados en los cálculos. Debe insistirse en que todos los datos en que se basa el modelo son conservadores, de manera que es más probable que los errores de los resultados se den por el extremo inferior que por el superior.

subestimen el potencial real. El modelo revela que incluso un aumento modesto de los precios tendría un impacto llamativo en la prevalencia del tabaquismo y en el número de muertes prematuras relacionadas con el tabaco de las personas vivas en 1995. Los investigadores calculan que si se produjera un incremento real e importante del precio de los cigarrillos del 10% sobre el precio promedio estimado de cada región, 40 millones de personas en todo el mundo dejarían de fumar, y muchos más, que de otra forma acabarían fumando, se verían apartados del tabaco. A pesar de que no todas las personas que dejaran de fumar evitarían la muerte, el número de defunciones prematuras evitadas solo gracias a este aumento sería extraordinario según todos los patrones, 10 millones o el 3% de todas las muertes relacionadas con el tabaco. Nueve millones de muertes prematuras evitadas corresponderían a los países en desarrollo (4 millones en Asia Oriental y en la región del Pacífico) (Cuadro 4.1).

Dificultades para calcular el impuesto óptimo sobre los cigarrillos

En diversas ocasiones se intentó establecer cuál debería ser el impuesto “correcto” sobre los cigarrillos. Para esto, los que toman las decisiones políticas deben disponer de algunos hechos empíricos, varios de los cuales son todavía inaccesibles, como sucede con la escala de los costos que afectan a los no fuma-

CUADRO 4.1 NÚMERO POTENCIAL DE FUMADORES QUE HAN SIDO PERSUADIDOS PARA QUE DEJEN DE FUMAR Y VIDAS SALVADAS POR UN AUMENTO DEL PRECIO DEL 10%

Impacto en fumadores vivos en 1995, según regiones del Banco Mundial (en millones)

<i>Región</i>	<i>Variación del número de fumadores</i>	<i>Variación del número de muertes</i>
Asia Oriental y el Pacífico	-16	-4
Europa Oriental y Asia Central	-6	-1,5
América Latina y el Caribe	-4	-1,0
Oriente Medio y Norte de África	-2	-0,4
Asia Meridional (cigarrillos)	-3	-0,7
Asia Meridional (<i>bidis</i>)	-2	-0,4
África al sur del Sahara	-3	-0,7
Ingreso bajo/medio	-36	-9
Ingreso alto	-4	-1
Todo el mundo	-40	-10

Nota: Las cifras han sido redondeadas.

Fuente: Ranson K, Jha P, Chaloupka F, Yurekli A. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions*. Trabajo de base.

dores. El impuesto depende también del ingreso y de cálculos basados en valores que difieren de una sociedad a otra. Por ejemplo, ciertas sociedades otorgan más valor que otras a la protección de los niños.

En términos económicos, el impuesto óptimo sería el que igualara el costo social marginal del último cigarrillo consumido con su beneficio social marginal. Sin embargo, como se señaló en el capítulo anterior, se desconoce la magnitud de estos costos y beneficios sociales, de medición casi imposible y que son objeto de considerable controversia. Pocos dudan de los costos físicos impuestos por los fumadores a los no fumadores que se ven obligados a inhalar el humo de los primeros, y son los hijos y los cónyuges los que soportan la mayor parte de esta carga de fumador pasivo. Sin embargo, como algunos economistas sostienen que la unidad básica de toma de decisiones de la sociedad es la familia, consideran que la exposición de los hijos y los cónyuges al humo del tabaco es un costo interno ya tomado en cuenta en las decisiones de la propia familia sobre el hecho de fumar, en lugar de ser un costo externo que los fumadores imponen a los que no lo son. Además, como se señaló también anteriormente, la escala de otros costos potenciales, como los de la asistencia sanitaria pública dedicada al tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tabaco, resulta difícil de evaluar. Los estudios realizados en los Estados Unidos, en los que se intentó calcular las tasas económicamente óptimas, produjeron una amplia variedad de cálculos, que variaron desde unos pocos céntimos a varios dólares.

Otra manera de establecer los niveles de tasación consiste en seleccionar la cifra que lograría una reducción específica del consumo de cigarrillos y conseguiría, por tanto, una meta concreta de salud pública, en vez de plantear el objetivo de cubrir el costo social del tabaquismo. Incluso otro objetivo podría ser establecer tasas que aumentarían lo más posible los ingresos generados por estos impuestos relativamente eficientes.

En lugar de intentar sugerir un nivel de impuesto óptimo, este informe propone un enfoque más pragmático: observar el porcentaje de impuesto adoptado por los países que disponen de políticas completas y efectivas de control del tabaco. En dichos países, el componente impositivo del precio total del paquete de cigarrillos supone entre dos terceras y cuatro quintas partes del precio total final. Estos niveles pueden utilizarse como criterio para decidir un aumento proporcionado de los impuestos en otros lugares.²

Medidas no relacionadas con el precio para reducir la demanda de tabaco: información al consumidor, prohibiciones de publicidad y promoción y limitaciones de las zonas donde se permite fumar

Existen muchas pruebas, procedentes de los países de ingreso alto, de que proporcionar información a los consumidores adultos sobre la naturaleza adictiva del tabaco y sobre la carga de enfermedad mortal y discapacitante asociada con él puede ayudar a reducir el consumo de cigarrillos. En esta sección revisaremos lo que se conoce acerca de la efectividad de distintos tipos de información, incluida la divulgación de las investigaciones referidas a las consecuencias del tabaco para la salud, sobre las advertencias que se imprimen en los paquetes de cigarrillos, y sobre la publicidad y contrapublicidad. También resumiremos lo que se sabe acerca de los efectos de la publicidad y de las actividades de promoción del tabaco y lo que sucede cuando se prohíben estas actividades. Como el consumidor recibe al mismo tiempo distintos tipos de información, resulta difícil separar los efectos individuales de cada una, pero el creciente aumento de investigación y experiencia obtenidas en los países de ingreso alto indica que el impacto de cada una de ellas podría ser significativo. Es importante señalar que, al parecer, este impacto varía según los distintos estratos sociales. En general, los jóvenes parecen menos sensibles que los adultos de edad madura a las informaciones sobre los efectos del tabaco sobre la salud, y que las personas con mayor nivel educativo responden a las nuevas informaciones con más rapidez que aquellas cuya educación es mínima o nula. El conocimiento de estas diferencias resulta útil para los responsables de las campañas que deben planificar intervenciones combinadas destinadas a cubrir las necesidades específicas de su propio país.

Divulgación de los hallazgos de la investigación sobre los efectos del tabaquismo para la salud

La tendencia a la disminución de la prevalencia del tabaquismo observada a largo plazo en la mayoría de los países de ingreso alto que tuvo lugar en los tres últimos decenios coincidió con la tendencia al crecimiento a largo plazo de los conocimientos de la población acerca de los efectos peligrosos del tabaco. En 1950, en los Estados Unidos, solo el 45% de los adultos identificaba el hábito de fumar como causa de cáncer de pulmón. En 1990 lo hacía el 95%. A lo largo de un período similar, la proporción de la población fumadora de ese país descendió desde más del 40% a alrededor del 25%.

En los países de ingreso alto, en muchas ocasiones la población se ha visto expuesta a noticias de gran impacto sobre los efectos del tabaco para la salud, tales como la publicación de informes oficiales sobre el tema que reciben una amplia cobertura en los medios de comunicación. El impacto de este fenómeno fue estudiado en países tan diversos como los Estados Unidos, Finlandia, Grecia, el Reino Unido, Sudáfrica, Suiza y Turquía. En general, el impacto fue mayor y más sostenido cuando se produjo en una fase relativamente precoz de la epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaco, momento en que la conciencia general sobre los riesgos del tabaco para la salud era baja. A medida que el conocimiento crece, las nuevas noticias de gran impacto se van haciendo menos efectivas.

Un análisis realizado en los Estados Unidos y basado en series de datos recogidos en función del tiempo entre el decenio de 1930 y los últimos años del decenio de 1970 indica que fueron tres las noticias impactantes, incluido un informe muy influyente del Cirujano General de 1964, las que, en conjunto, provocaron una reducción del consumo de hasta un 30% a lo largo de dicho período. En decenios más recientes, los estudios efectuados en distintos países de ingreso alto llegan a la conclusión de que la divulgación de la información sobre los efectos sanitarios del tabaco es la responsable de la disminución constante de su consumo. Por ejemplo, entre 1960 y 1994 en los Estados Unidos, los padres redujeron su consumo de cigarrillos con mucha mayor rapidez que los adultos solteros que vivían sin hijos. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la mayor toma de conciencia de los padres acerca de los peligros del humo para sus hijos los indujeron a dejar de fumar.

Por el momento, en los países de ingreso medio y bajo se han efectuado escasas investigaciones encaminadas a monitorear el efecto de las noticias de gran impacto. Sin embargo, en la China se está haciendo un seguimiento de las tendencias del consumo de tabaco luego de la publicación reciente de los principales estudios sobre los efectos de este sobre la salud. Como es lógico, un requisito indispensable para divulgar datos que reflejen las consecuencias del

tabaco sobre la salud consiste en obtener estos datos de primera mano. Iniciativas recientes llevadas a la práctica en Sudáfrica y la India para “contar las muertes por tabaco” mediante el barato método de notificar el estado del individuo en cuanto a su consumo de tabaco en los certificados de defunción deberían ayudar a reunir los datos necesarios para describir la forma y magnitud de la epidemia en cada región.

Etiquetado de advertencia

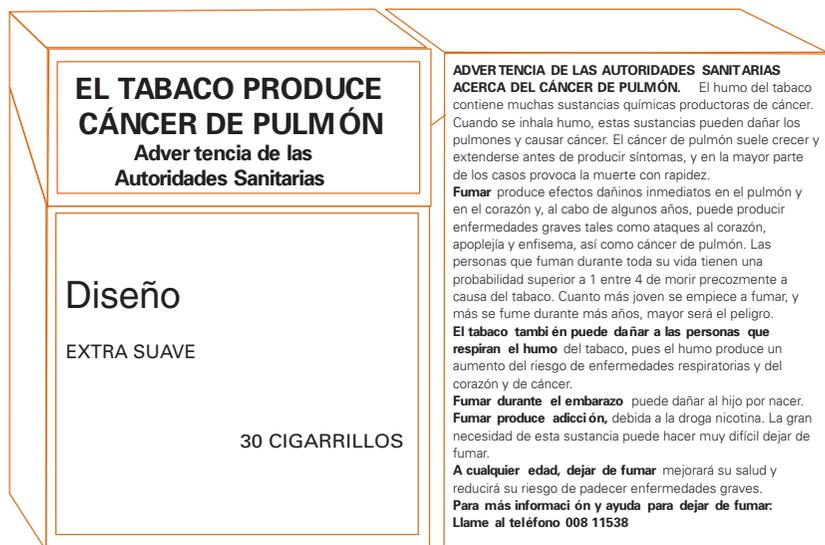
Incluso en los países donde los consumidores tienen un acceso razonable a la información sobre los efectos del consumo de tabaco para la salud persisten amplias concepciones erróneas sobre estos efectos, lo que en parte se debe al empaquetado y etiquetado de los cigarrillos. Por ejemplo, en las dos últimas décadas, muchos fabricantes etiquetan determinadas marcas de cigarrillos como “bajos en alquitrán” y “bajos en nicotina”. Muchos fumadores de los países de ingreso alto creen que estas marcas son más inocuas que otras, pese a que la investigación demuestra que no hay cigarrillos inocuos. Los distintos estudios indican que muchos consumidores se sienten confundidos acerca de los componentes del humo del tabaco y que el etiquetado no proporciona una información suficiente sobre el producto adquirido.

Desde principios de los años sesenta, un número creciente de gobiernos exige a los fabricantes de cigarrillos que impriman advertencias sanitarias en sus productos. En 1991 eran 77 los países que exigían este tipo de advertencias, aunque muy pocos de ellos insistían en que fueran energéticas y con mensajes rotatorios, del tipo del reproducido en la Figura 4.3.

Un estudio efectuado en Turquía indicó que el descenso de consumo achacable a las advertencias sanitarias fue de alrededor del 8% a lo largo de seis años. En Sudáfrica, cuando se introdujeron en 1994 firmes advertencias en el etiquetado, se produjo una caída significativa del consumo. Más de la mitad (58%) de los fumadores encuestados en ese estudio afirmaron que el motivo para dejar de fumar o reducir el consumo de cigarrillos habían sido estas advertencias. Sin embargo, una debilidad fundamental de las advertencias del etiquetado es que no llegan a las personas más pobres, sobre todo a los niños y adolescentes, de los países de ingreso bajo, ya que a menudo estos consumidores compran los cigarrillos de a uno en lugar del paquete completo.

A veces se afirma que, en las poblaciones mejor informadas en las que el tabaquismo estuvo muy extendido durante muchos decenios, es poco probable que las advertencias impresas en los paquetes de tabaco logren disminuir la prevalencia del hábito mucho más de lo ya conseguido. Sin embargo, los datos obtenidos en Australia, Canadá y Polonia indican que estas advertencias siguen siendo efectivas, siempre que sean grandes y notorias y que contengan información específica sobre hechos de fuerte impacto. A finales de los años 1990, en

FIGURA 4.3 MODELO DE UN ETIQUETADO DE ADVERTENCIA ENERGICA
Prototipo de envase de cigarrillos sencillo propuesto en Australia



Fuente: Institute of Medicine. *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington, DC: National Academy Press; 1994.

Polonia, se observó que las nuevas advertencias en letras de gran tamaño, que ocupan el 30% de cada una de las dos caras mayores de los paquetes de cigarrillos, guardaron una fuerte correlación con las decisiones de los fumadores de abandonar el hábito o de reducir el consumo de cigarrillos. El 3% de los varones polacos fumadores encuestados afirmó que habían dejado de fumar luego de la introducción de estas etiquetas, un 16% señaló que habían intentado dejar de fumar y otro 14% indicó que gracias a esas advertencias conocían mejor los efectos sanitarios del tabaco. En las mujeres se encontraron efectos similares. En Australia, se reforzaron las etiquetas de advertencia en 1995; parece que su impacto en cuanto al abandono del tabaco fue superior al que produjeron las advertencias menos contundentes que se habían utilizado hasta entonces. En el Canadá, una encuesta efectuada en 1996 sugirió que en la mitad de los fumadores que intentaron dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco el motivo fue la lectura de la información ofrecida en los paquetes de cigarrillos.

Contrapublicidad en los medios de comunicación

En varios estudios se analizó el impacto de los mensajes negativos relacionados con el tabaco y el consumo de cigarrillos. Estos mensajes negativos, o contrapublicidad, fueron emitidos por distintos gobiernos y organismos de promoción de la salud y, según los estudios efectuados tanto en los ámbitos nacional como local en América del Norte, Australia, Europa e Israel, lograron, de manera constante, reducir el consumo global de tabaco. Los investigadores suizos, en un estudio sobre el consumo de tabaco en adultos llevado a cabo entre 1954 y 1981, llegaron a la conclusión de que la publicidad contra el tabaco emitida en los medios de comunicación había reducido el consumo en un 11% a lo largo de dicho período. En Finlandia y en Turquía se acepta también que las campañas contra el tabaco contribuyeron a la caída de su consumo.

Programas educativos contra el tabaco en las escuelas

Los programas contra el tabaco en las escuelas se han generalizado, sobre todo en los países de ingreso alto. Sin embargo, parece que su efectividad es menor que la de otras muchas formas de difusión de la información. Incluso los programas que reducen en un primer momento el inicio del consumo de tabaco tienen, al parecer, un efecto solo temporero; aunque retrasan un poco el inicio del consumo, no lo evitan. La aparente debilidad de los programas escolares podría estar menos relacionada con su naturaleza que con la audiencia a la que van dirigidos. Como ya se señaló, las respuestas de los adolescentes a la información sobre las consecuencias a largo plazo de una acción que influirá en su salud no son las mismas que las de los adultos, en parte porque su comportamiento está más orientado hacia el presente y en parte porque tienden a rebelarse contra las advertencias de los adultos.

Publicidad y promoción de los cigarrillos

Las autoridades interesadas en controlar el tabaco han de conocer si la publicidad y la promoción de los cigarrillos influyen sobre su consumo. La respuesta es que casi con toda seguridad lo hacen, aunque los datos al respecto no son fáciles de interpretar. La conclusión fundamental es que se ha demostrado que la prohibición de la publicidad y la promoción es efectiva solo cuando abarca la totalidad de los medios de comunicación, las marcas y los logotipos. Trataremos brevemente este aspecto.

Existe un fuerte debate sobre el impacto de la publicidad de los cigarrillos en los consumidores. Por un lado, los defensores de la salud pública argumentan que este tipo de publicidad favorece el consumo. Por otro, la industria del tabaco afirma que sus anuncios no reclutan nuevos fumadores, sino que única-

mente incitan a los fumadores confirmados a seguir siéndolo o a que cambien a una marca determinada. Enfrentados a este problema, los estudios empíricos efectuados sobre la relación entre la publicidad y las ventas tienden a llegar a la conclusión de que o bien la publicidad no tiene efectos positivos para el consumo o que estos efectos son muy modestos. Sin embargo, estos estudios podrían producir resultados erróneos por las razones siguientes. En primer lugar, la teoría económica indica que la publicidad tiene un impacto marginal descendente en la demanda: cuando aumenta la publicidad de un producto, los consumidores responden cada vez menos al incremento de la publicidad, de forma que el impacto de esta termina por ser nulo. La publicidad de la industria del tabaco se encuentra en un nivel relativamente alto ya que se destinan a ella alrededor del 6% de los ingresos por ventas, cifra superior en un 50% a la del promedio de la industria. Por tanto, cualquier aumento del consumo asociado al incremento de la publicidad sería muy pequeño y difícil de detectar. Esto no significa que, en ausencia de publicidad, el consumo se mantuviera necesariamente tan alto como en presencia de anuncios, sino solo que el impacto marginal del aumento de esa publicidad sería mínimo. En segundo lugar, los datos que registran el impacto de la publicidad sobre las ventas suelen recogerse a lo largo de períodos de tiempo relativamente prolongados, agrupando los de todos los anunciantes en todos los medios de comunicación y, a menudo, en grandes poblaciones. Cualquier cambio sutil que pudiera ser evidente en un nivel más desagregado de análisis quedaría, por tanto, oculto. En los estudios que emplean datos menos agregados, los investigadores encuentran con más facilidad pruebas del efecto positivo de la publicidad en el consumo, pero estos estudios son prolongados y costosos y, en consecuencia, escasos.

Teniendo en cuenta los problemas asociados a estas evaluaciones, los investigadores estudian hoy lo que sucede cuando se prohíben la publicidad y la promoción del tabaco, como una forma indirecta de calibrar sus efectos en el consumo.

Impacto de la prohibición de la publicidad

Cuando los gobiernos prohíben la publicidad del tabaco en un medio, por ejemplo en la televisión, la industria sustituye esta publicidad por la efectuada en otros medios de comunicación, con escasa o nula repercusión en sus gastos globales de comercialización. Por tanto, los estudios que investigan el efecto de las prohibiciones parciales de la publicidad de los cigarrillos revelan que su efecto sobre el consumo es escaso o nulo. Sin embargo, cuando las restricciones a la publicidad son múltiples y afectan a todos los medios de comunicación y a las actividades de promoción, las salidas alternativas de la industria son relativamente escasas. Desde 1972, la mayoría de los países de ingreso alto introdujeron fuertes limitaciones en un número cada vez mayor de medios y

formas de patrocinio. En un estudio reciente efectuado a partir de los datos de 22 países de ingreso alto recogidos entre 1970 y 1992, se llegó a la conclusión de que las prohibiciones generales de la publicidad y la promoción de los cigarrillos pueden reducir su consumo, mientras que las prohibiciones más parciales tienen un efecto escaso o nulo. La conclusión de este estudio fue que si se establecieran prohibiciones muy amplias, el consumo de tabaco caería en más del 6% en los países de ingreso alto. Los modelos basados en estos cálculos indican que la prohibición de la publicidad en la Unión Europea (véase el Recuadro 4.2) podría reducir el consumo de cigarrillos casi un 7%. En otro estudio efectuado en 100 países se compararon las tendencias del consumo a lo largo del tiempo entre los que prohibían de manera relativamente completa la publicidad y la promoción con los que carecían de tales prohibiciones. En los países con prohibiciones casi completas, la tendencia descendente del consumo fue mucho más pronunciada (Figura 4.4). Es importante señalar que, en este estudio, existían otros factores que también podrían haber contribuido a la reducción del consumo en algunos de esos países.

Además de la literatura proveniente del campo de la economía, existen otros estudios, como las encuestas sobre el recuerdo que guardan los niños de los mensajes publicitarios, con los que se llega a la conclusión de que la publicidad y la promoción tienen un efecto real sobre la demanda de cigarrillos y sobre el reclutamiento de nuevos fumadores. Los niños se sienten atraídos por este tipo de publicidad y retienen sus mensajes. También existen pruebas crecientes de que la industria está aumentando directamente sus actividades de publicidad y promoción dirigidas a los mercados con potencial de crecimiento, como algunos mercados jóvenes y de grupos minoritarios específicos, en los que hasta hace poco el hábito de fumar era raro. Este cuerpo de investigación no económico puede ser especialmente interesante para las autoridades preocupadas por las tendencias a contraer el hábito de fumar de grupos concretos de población.

Restricciones al consumo de tabaco en los lugares públicos y de trabajo

En la actualidad, es cada vez mayor el número de estados y países que establecen limitaciones al consumo de tabaco en lugares públicos, como los restaurantes y los medios de transporte. En otros países, como en los Estados Unidos, algunos lugares de trabajo están protegidos también por la legislación. Es evidente que los más beneficiados por estas restricciones son los no fumadores, quienes evitan así la exposición a los riesgos sanitarios y a las molestias causadas por los ambientes cargados de humo. Sin embargo, como ya lo indicamos, la exposición de la mayoría de los no fumadores al humo ajeno no se produce en lugares públicos ni de trabajo, sino en su propio hogar. Por tanto, estas

**RECUADRO 4.2 PROHIBICIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA SOBRE
LA PUBLICIDAD Y LA PROMOCIÓN DEL TABACO**

En 1989, y como parte de una iniciativa más amplia contra el cáncer, la Comisión Europea propuso una directiva para limitar la publicidad de los productos del tabaco en la prensa y en anuncios y carteles. El Parlamento Europeo enmendó la propuesta de la Comisión en 1990 y votó a favor de la prohibición de la publicidad.

La Comisión observó que en aquel momento solo era posible lograr acuerdos de prohibición parcial, pero añadió que podría hacerse una nueva propuesta de prohibición total, dependiendo de los progresos logrados por cada uno de los estados miembros. En junio de 1991, la Comisión introdujo una propuesta modificada para una directiva sobre el tabaco.

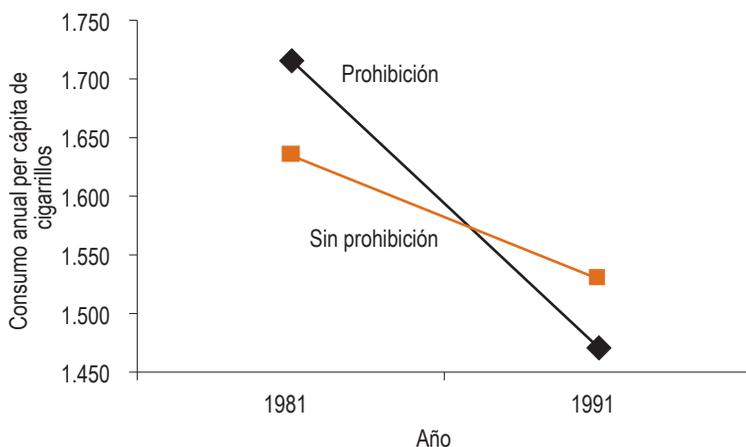
En el período comprendido entre 1992 y 1996 no se hizo progreso alguno en la puesta en práctica de la propuesta, debido a la oposición de al menos tres de los estados miembros, Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido. Sin embargo, la oposición del Reino Unido cedió en 1997, cuando el Partido Laborista ganó las elecciones generales, con el compromiso de introducir la prohibición de la publicidad del tabaco. Por fin, en junio de 1998 la Comisión aceptó el texto de la directiva propuesta. Esta directiva estipula que se prohibirá en la Unión Europea toda la publicidad directa o indirecta (incluido el patrocinio) de los productos del tabaco, con un refuerzo completo y final de todas las disposiciones previstas para octubre del año 2006. Sus aspectos fundamentales son los siguientes:

- Todos los estados miembros de la Unión Europea deben establecer la legislación nacional no más tarde del 30 de julio de 2001.
- En el año siguiente debe cesar toda la publicidad en los medios impresos.
- En los dos años siguientes debe cesar todo patrocinio (con excepción de los acontecimientos o actividades organizadas en el ámbito mundial).
- El patrocinio por parte de las industrias del tabaco de los acontecimientos mundiales, como las carreras de automóviles de Fórmula Uno, puede continuar durante otros tres años, pero debe acabar el 1 de octubre del 2006. Durante este período de transición debe reducirse progresivamente el patrocinio global y producirse una limitación voluntaria de la publicidad del tabaco que rodea a estos acontecimientos.
- En los puntos de venta se permitirá disponer de información sobre los productos.
- Las publicaciones sobre el negocio del tabaco podrán contener publicidad acerca del tabaco.
- Esta prohibición no afecta a las publicaciones de terceros países no destinadas específicamente al mercado de la Unión Europea.

En la actualidad, esta directiva se está poniendo en práctica.

FIGURA 4.4 LAS PROHIBICIONES GENERALES AMPLIAS REDUCEN EL CONSUMO DE CIGARRILLOS

Tendencias del consumo ponderado per cápita de cigarrillos en países con prohibiciones amplias y países sin ellas



Nota: Este análisis cubre 102 países, con prohibiciones generales amplias de la publicidad del tabaco y sin ellas, en relación con los datos sobre el consumo per cápita de cigarrillos en adultos de 15 a 64 años, ponderados según la población, entre 1980-1982 y 1990-1992. El punto de partida del consumo de cigarrillos de los países con prohibiciones generales amplias fue mayor que en los países sin prohibiciones, pero al final del periodo presentan tasas de consumo inferiores. El cambio se debe a la mayor proporción del descenso del consumo en el grupo con prohibición.

Fuente: Saffer H. *The Control of Tobacco Advertising and Promotion*. Trabajo de base.

limitaciones constituyen solo una forma parcial de cubrir las necesidades de los no fumadores.

Un segundo efecto de las restricciones al consumo de tabaco es que con ello se reduce el consumo de cigarrillos de algunos fumadores y se induce a otros a dejar de fumar. En los Estados Unidos, estas limitaciones hicieron caer el consumo de tabaco entre un 4% y un 10%, según los distintos cálculos. Para que estas limitaciones funcionen, parece que han de recibir un apoyo social generalizado, a la vez que debe existir un conocimiento de las consecuencias sanitarias de la exposición al humo de tabaco ambiental. Los datos procedentes de otras naciones distintas de los Estados Unidos referentes a la efectividad de las limitaciones al consumo de tabaco en lugares cerrados son comparativamente escasos.

Impacto potencial de las medidas que no influyen en el precio del tabaco sobre su demanda mundial

Hemos citado las pruebas referentes a la efectividad de diversas medidas no relacionadas con el precio del tabaco, como son la información a los consumidores, la divulgación de los informes científicos y de investigación, las etiquetas de advertencia, la contrapublicidad, las prohibiciones generales a la publicidad y promoción, y las limitaciones al consumo de tabaco. Como parte del trabajo previo efectuado para este informe, se usó el modelo descrito en el Recuadro 4.1 para valorar el impacto potencial de un paquete global de medidas no relacionadas con el precio del tabaco en el consumo mundial de cigarrillos. Como, hasta el momento, han sido escasos los intentos para calcular el impacto combinado de estas medidas, el modelo se construyó sobre bases conservadoras. Se admite, teniendo en cuenta las mediciones de efectividad existentes para cada una de las medidas no económicas, que su impacto combinado debería persuadir a proporciones que varían entre el 2% y el 10% de los consumidores a abandonar el tabaco. Siendo conservador, el modelo da por sentado que las medidas no tendrían impacto alguno en el número de cigarrillos consumidos diariamente por las personas que no dejaran de fumar.

Sobre la base de estos supuestos, un paquete de medidas no relacionadas con el precio del tabaco reduciría el número de fumadores vivos en 1995 en 23 millones en todo el mundo, incluso en el cálculo de mínima, es decir, en el caso de que el paquete implantado en todo el mundo solo redujera el número de consumidores en un 2% (véase el Cuadro 4.2). Utilizando los cálculos previos sobre el número de personas que dejan de fumar y que podrían evitar la muerte, el modelo indica que podrían salvarse 5 millones de vidas.

Tratamiento sustitutivo con nicotina y otras intervenciones para dejar de fumar

Además del aumento de los impuestos y de las intervenciones no relacionadas con el precio, hay un tercer grupo de medidas para ayudar a reducir el consumo del tabaco. Existen diversos tipos de tratamientos y programas para dejar de fumar, como son el entrenamiento individual, el tratamiento hospitalario, los programas de asesoramiento y la creciente gama de productos farmacológicos destinados a ayudar a dejar el tabaco, tales como los destinados al tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN) y un fármaco antidepresivo cuyo nombre genérico es bupropión. Estos productos, en forma de parches, chicles, aerosoles e inhaladores, administran dosis bajas de nicotina sin añadir ninguno de los otros derivados dañinos que forman parte del humo del tabaco. Las principales organizaciones médicas de los países de ingreso alto consideran que, utilizados de la forma adecuada, los TSN son seguros y efectivos. Un amplio conjunto de

CUADRO 4.2 NÚMERO POTENCIAL DE FUMADORES QUE HAN SIDO PERSUADIDOS PARA QUE DEJEN DE FUMAR Y VIDAS SALVADAS POR UN PAQUETE DE MEDIDAS NO RELACIONADAS CON EL PRECIO

(En millones)

Fumadores vivos en 1995

Región	Variación del número de fumadores cuando el paquete reduce la prevalencia del consumo de tabaco en:		Variación del número de muertes cuando el paquete reduce la prevalencia del consumo de tabaco en:	
	2%	10%	2%	10%
Asia Oriental y el Pacífico	-8	-40	-2	-10
Europa Oriental y Asia Central	-3	-15	-0,7	-3
América Latina y el Caribe	-2	-10	-0,5	-2
Oriente Medio y Norte de África	-0,8	-4	-0,2	-1
Asia Meridional (cigarrillos)	-2	-9	-0,3	-2
Asia Meridional (<i>bidis</i>)	-2	-10	-0,4	-2
África al sur del Sahara	-1	-7	-0,4	-2
Ingreso bajo/medio	-19	-93	-4	-22
Ingreso alto	-4	-21	-1	-5
Todo el mundo	-23	-114	-5	-27

Nota: Las cifras han sido redondeadas.

Fuente: Ranson K, Jha P, Chaloupka F, Yurekli A. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions*. Trabajo de base.

investigaciones permite llegar a la conclusión de que duplican las tasas de éxito de los demás métodos para dejar de fumar, se usen o no otras intervenciones en paralelo (Cuadro 4.3). Varios estudios realizados en los Estados Unidos demuestran también la eficacia del bupropión. Una ventaja fundamental de los TSN es que pueden autoadministrarse, por lo que resultan muy prácticos para las personas que desean dejar de fumar en países en los que los recursos de apoyo intensivo por parte de profesionales de la salud son limitados.

Los TSN solo se prescriben para tratar los síntomas de abstinencia de la nicotina de las personas que intentan dejar de fumar. Por el momento, no se ha establecido ninguna relación entre estos productos y enfermedad cardiovascular respiratoria alguna, y existe un consenso acerca de que constituyen una fuente de nicotina mucho más segura que el tabaco. Como es lógico, la nicotina produce efectos fisiológicos, entre los que se encuentra la elevación de la presión arterial. Sin embargo, en comparación con los cigarrillos, las dosis suministradas por los TSN son menores y se administran en forma más lenta. Los TSN ayudan a reducir el costo que han de pagar los fumadores habituales que desean dejar de serlo.

La disponibilidad de los TSN varía de un país a otro. En algunas naciones de ingreso alto se venden sin receta, mientras que en otras solo se dispensan

CUADRO 4.3 EFECTIVIDAD DE VARIOS ENFOQUES PARA DEJAR DE FUMAR

<i>Intervención y comparación</i>	<i>Incremento del porcentaje de fumadores que se abstienen durante seis meses o más</i>
Breve consejo de dejar de fumar (de 3 a 10 minutos) dado por un médico, en comparación con ausencia de consejos	2 a 3
Adición de TSN al breve consejo, en comparación con solo el consejo o con placebo	6
Apoyo intensivo (por ejemplo, consultas para fumadores) más TSN, en contraposición a apoyo intensivo o apoyo intensivo más placebo	8

Fuente: Raw M, y otros. Los datos proceden de la Agency for Health Care Policy y la Cochrane Library; 1999.

mediante la correspondiente prescripción. Los modelos basados en los datos obtenidos en los Estados Unidos indican que, si los TSN fueran accesibles sin receta, el número de personas que dejarían de fumar aumentaría en forma significativa y la cantidad de vidas que se salvarían sería mayor que si los TSN solo pudieran dispensarse por prescripción facultativa. En cinco años, el modelo predice que solo en los Estados Unidos se salvarían unas 3.000 vidas. Existen también pruebas de que los fumadores desean este tipo de ayuda: en los Estados Unidos las ventas de TSN aumentaron en un 150% entre 1996, año en que se comercializaron por primera vez como productos de venta libre, y 1998.

Fuera de los países de ingreso alto, la disponibilidad de cualquier tipo de TSN es inconstante; por ejemplo, estos productos se venden en Argentina, Brasil, Filipinas, Indonesia, Malasia, México, Sudáfrica y Tailandia, pero en algunos de ellos los suministros se limitan a algunas de las principales zonas urbanas. En algunos países de ingreso medio y en muchos de ingreso bajo no se dispone en absoluto de este tipo de productos. El costo del suministro diario de los productos que requiere el TSN es aproximadamente similar al del tabaco, pero como suelen venderse en forma de ciclos completos, el pago que se debe realizar de una sola vez es relativamente mayor. En comparación con los cigarrillos, la venta de productos para el TSN está mucho más regulada.

Teniendo en cuenta estos datos, muchas autoridades podrían considerar la generalización del acceso a los TSN como un componente útil de las políticas de control del tabaco. Una opción podría ser reducir las regulaciones de venta, por ejemplo, aumentando la cantidad de bocas de expendio y las horas de venta de estos productos y reduciendo las restricciones de su empaquetado.

Otra opción, dado que existen pruebas de que los TSN pueden ayudar a reducir el costo del abandono del tabaco, sería considerar la posibilidad de facilitar estos productos a precios subvencionados o gratis, durante períodos limitados de tiempo, a las personas de ingresos bajos que deseen dejar de fumar. Esta

opción está siendo ya investigada en varios lugares. Así, en el Reino Unido se propuso el suministro gratuito limitado de TSN para los fumadores más pobres que decidan abandonar el tabaco. La orientación de estos servicios hacia los estratos más desfavorecidos constituiría un reto en todas las naciones.

Es evidente que cualquier decisión que permita ampliar el acceso a los TSN debe ser cuidadosamente estudiada. La mayoría de las sociedades desearían evitar la promoción de venta de cualquier producto adictivo a los niños. Sin embargo, el consenso de los profesionales de la salud de los países de ingreso alto es que los TSN, utilizados de manera efectiva, resultan beneficiosos y deben ser facilitados a los fumadores adultos que desean dejar de fumar. La relación costo-efectividad del TSN no ha sido objeto de estudios amplios, sobre todo en los países de ingreso medio y bajo en los que viven la mayoría de los fumadores. Está claro que una mayor información sobre la relación costo-efectividad facilitaría la tarea de las autoridades locales, tanto para determinar si debe destinarse a estos métodos una parte de los fondos públicos limitados como para disponer de una base firme sobre la que actuar.

Como trabajo de base para este informe se hizo un modelo del impacto potencial de la mayor disponibilidad de TSN, utilizando el método antes referido. Desde un punto de vista conservador, se calculó que la efectividad del tratamiento podría ser menor de lo que sugieren los estudios disponibles realizados en los países de ingreso alto. Con el cálculo conservador de que las tasas de abandono de los usuarios de TSN podrían ser el doble que las de los que no utilizan este tratamiento y de que solo alrededor del 6% de los fumadores utilizarían TSN para dejar de fumar, se calculó que unos 6 millones de fumadores vivos en 1995 podrían ser capaces de abandonar el hábito, lo que supondría evitar 1 millón de muertes. Si, por otra parte, el 25% de los fumadores usaran los TSN, se estima que 29 millones de fumadores vivos en 1995 podrían dejar de fumar, lo que supondría evitar 7 millones de muertes.

Notas

1. Smith, Adam. *Wealth of Nations*. 1776. Versión editada por Edwin Canaan, 1976. University of Chicago Press, Chicago. [*Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*, Barcelona: Orbis, 1986; dos tomos.]

2. Por ejemplo, si el impuesto supusiera las cuatro quintas partes del precio final, ello significaría aumentar al cuádruple el precio de salida de fábrica del paquete (sin impuestos). Así, por ejemplo, si el precio sin impuestos fuera US\$ 0,50 la tasa sería $0,5 \times 4 = \$2$. El precio final sería de \$2 (impuesto) + \$0,50 (precio de fabricación) = \$2,50. El impacto sobre el precio final sería, como es lógico, distinto de un país a otro, dependiendo de factores tales como el precio al por mayor, pero en general, un aumento de este orden elevaría el precio pagado por la población de los países de ingreso medio y bajo entre un 80% y un 100%.

CAPÍTULO 5

Medidas para reducir la oferta de tabaco

EN tanto existen abundantes pruebas de que es posible reducir la demanda de tabaco, son muchas menos las referentes a la posibilidad de disminuir con éxito la oferta. En este capítulo trataremos brevemente acerca de la experiencia de los países en los que se intentó restringir el acceso al tabaco y reducir su suministro mediante limitaciones comerciales o políticas agrícolas. En la segunda sección del capítulo expondremos una de las vías fundamentales mediante la cual los gobiernos *pueden* reducir la oferta de tabaco a través del control del contrabando.

Efectividad limitada de la mayoría de las intervenciones para controlar la oferta

Una observación básica del mercado es que, si se prohíbe operar al proveedor de un artículo de consumo, surgirá rápidamente otro que ocupará su lugar, siempre que exista un incentivo lo bastante poderoso para ello. En la actualidad, los incentivos al suministro de tabaco son claros, por lo que huelga la discusión sobre este aspecto.

Prohibición del tabaco

Dada la capacidad sin precedentes que tiene el tabaco de dañar la salud, algunos organismos de salud pública defienden su prohibición, argumentando que

el problema del tabaco no reside en su consumo, sino en su producción. Los defensores de esta propuesta señalan la notable reducción de las enfermedades relacionadas con el alcohol en los períodos de restricción de su oferta a principios del siglo XX. Por ejemplo, durante la restricción del alcohol en París, Francia, en la Segunda Guerra Mundial, el consumo cayó un 80% per cápita. Las muertes por hepatopatías en varones descendieron a la mitad en un año y en cuatro quintas partes después de cinco años. Cuando terminó la guerra y el alcohol volvió a encontrarse a la libre disposición de los consumidores, la mortalidad por enfermedades hepáticas volvió a las cifras anteriores.

Sin embargo, existen varias razones que hacen poco probable una prohibición del tabaco factible o efectiva. En primer lugar, aun cuando se suprima una sustancia, su consumo sigue siendo amplio, como sucede con muchas de las drogas ilegales. En segundo lugar, la prohibición crea su propio conjunto de problemas: tiende a favorecer la actividad delictiva y supone un aumento del costo policial. En tercer lugar, desde una perspectiva económica, el consumo óptimo de tabaco no es cero. En cuarto lugar, es poco probable que la prohibición del tabaco sea políticamente aceptable en la mayor parte de los países. En la India, los intentos recientes de prohibir un tipo de tabaco mascado conocido como *gutka* fracasaron, en gran medida por el castigo político que recibió la prohibición.

Restricciones del acceso de los jóvenes al tabaco

En los países de ingreso alto se han hecho varios intentos para imponer limitaciones a la venta de cigarrillos a los adolescentes. No se ha demostrado que, en la forma en que se implantaron, estas restricciones tuvieran éxito. En general, las restricciones a los jóvenes son difíciles de llevar a la práctica, sobre todo teniendo en cuenta que los adolescentes más jóvenes suelen obtener los cigarrillos de sus compañeros de más edad y, a veces, de sus propios padres. Además, en los países de ingreso bajo en los que existe un creciente aumento del consumo de tabaco, los sistemas, la infraestructura y los recursos necesarios para poner en marcha estas limitaciones y obligar a su cumplimiento son mucho menos accesibles que en los países de ingreso alto.

Sustitución y diversificación de los cultivos

El tabaco se cultiva en más de 100 países, de los que 80 se encuentran en desarrollo. Dos terceras partes de la producción mundial se concentra en cuatro países: en 1997, la China cultivó el 42% de la totalidad del tabaco mundial, y Estados Unidos, India y Brasil cosecharon en conjunto alrededor del 24%. Las 20 naciones con mayor producción acaparan más del 90% de la producción total (véase el Cuadro 5.1). En los dos últimos decenios, el porcentaje de

producción global de los países de ingreso alto cayó del 30% al 15%, mientras que varios países de Oriente Medio y Asia incrementaron su producción del 40% al 60%. El porcentaje cultivado en el África subió del 4% al 6%, mientras que en otras regiones los cambios fueron mínimos.

Mientras que la China destina la mayor parte de su cosecha de tabaco al mercado interno, otros productores importantes exportan grandes cantidades de las suyas. Así, Brasil, Turquía, Zimbabwe, Malawi, Grecia e Italia exportan más del 70% de sus cosechas de tabaco. Solo dos países en todo el mundo dependen de manera significativa del tabaco en lo que se refiere a sus ingresos por exportaciones: Zimbabwe, donde el tabaco representa el 23% de los ingresos por comercio exterior, y Malawi, donde alcanza el 61%. Otros países como Bulgaria, Moldavia, la República Dominicana, Macedonia, Kirguizistán y Tanzania, dirigen hacia el comercio exterior una parte sustancial de su producción, aunque sus porcentajes en el conjunto del creciente mercado global del tabaco son pequeños. En algunos países de economía fuertemente agraria como India, Malawi, Turquía y Zimbabwe, el tabaco es una fuente importante de ingresos.

Históricamente, el tabaco es un cultivo muy atractivo para los agricultores y proporciona ingresos netos más elevados por unidad de tierra cultivada que la mayoría de los cultivos comerciales y sustancialmente más altos que los cultivos de productos alimentarios. Por ejemplo, en las mejores zonas de cultivo de tabaco de Zimbabwe, este resulta 6,5 veces más rentable que el mejor de los siguientes cultivos alternativos. Además, existen otras razones prácticas que hacen que el cultivo de tabaco resulte atractivo para los agricultores. En primer lugar, el precio global del tabaco es relativamente estable en comparación con el de otros bienes. Esta estabilidad permite a los agricultores planificar de antemano y obtener créditos para otras empresas y para el propio cultivo de tabaco. En segundo lugar, la industria del tabaco suele proporcionar a los agricultores un fuerte apoyo en especie, incluidos materiales y asesoramiento. En tercer lugar, la industria suele dar préstamos a los agricultores. En cuarto lugar, otros cultivos pueden plantear a los agricultores más problemas de almacenamiento, recolección y transporte. El tabaco es menos perecedero que otros muchos cultivos y la industria tabacalera suele contribuir a su transporte o recolección; por el contrario, la recolección tardía, el retraso en el pago y las fluctuaciones de precio pueden arruinar a los cultivadores de otros productos.

Se han propuesto diversos esquemas experimentales para sustituir el cultivo de tabaco por el de otros productos. Sin embargo, con la opinable excepción de Canadá, no existen pruebas convincentes de que estos esquemas hayan tenido éxito como medio para reducir el consumo de tabaco, debido a la falta de motivación de los agricultores a participar en ellos mientras persistan los precios actuales del tabaco y la facilidad con que otros productores reemplazan a los que deciden cambiar. No obstante, en ocasiones la sustitución del cultivo

CUADRO 5.1 LOS 30 MAYORES PRODUCTORES DE TABACO DEL MUNDO
 Datos de 1997, ordenados por producción

<i>País</i>	<i>Producción (1.000 toneladas métricas)</i>	<i>Variación de la producción desde los valores de 1994</i>	<i>Cuota de la producción mundial (%)</i>	<i>Área (1.000 hectáreas)</i>	<i>Cuota de la producción mundial (%)</i>	<i>Cociente de exporta- ción^a (%)</i>	<i>Cociente de importa- ción^b (%)</i>	<i>Ingresos debido a la exportación de tabaco (como porcentaje del total de expor- taciones 1995)</i>
China	3.390,0	51,5	42,12	1.880,0	38,4	2,9	4,7	0,68
Estados Unidos	746,4	4,0	9,27	328,4	6,7	35,5	7,4	0,55
India	623,7	18,1	7,75	420,2	8,6	23,2	^c	0,44
Brasil	576,6	30,5	7,16	329,5	6,7	77,0	0,2	2,55
Turquía	296,0	57,7	3,68	323,0	6,6	89,3	0,5	1,17
Zimbabwe	192,1	8,0	2,39	99,3	2,0	109,7	^c	23,05
Indonesia	184,3	15,2	2,29	217,5	4,4	10,2	27,6	0,42
Malawi	158,6	61,7	1,97	122,3	2,5	74,2	^c	60,64
Grecia	132,5	-2,2	1,65	67,3	1,4	74,5	12,8	2,05
Italia	131,4	0,3	1,63	47,5	1,0	78,7	18,3	0,04
Argentina	123,2	50,3	1,53	71,0	1,5	60,6	5,1	0,59
Pakistán	86,3	-14,0	1,07	45,9	0,9	1,6	^c	0,08
Bulgaria	78,2	124,3	0,97	48,5	1,0	53,5	58,3	5,40
Canadá	71,1	-0,5	0,88	28,5	0,6	24,0	12,6	0,04
Tailandia	69,3	17,4	0,86	47,0	1,0	48,5	15,3	0,11
Japón	68,5	-13,8	0,85	25,6	0,5	0,5	145,4	0,04

Filipinas	60,9	8,7	0,76	29,4	0,6	17,2	18,3	0,17
Corea del Sur	54,4	-44,8	0,68	27,2	0,6	8,4	26,2	0,02
México	44,3	-35,1	0,55	25,4	0,5	31,8	8,3	0,11
Bangladesh	44,0	-26,7	0,55	50,3	1,0	°	16,1	0,03
España	42,3	0,1	0,53	13,3	0,3	53,9	126,7	0,06
Polonia	41,7	-3,3	0,52	19,0	0,4	6,9	66,4	0,12
Cuba	37,0	117,6	0,46	59,0	1,2	13,5	0,8	n,a
Moldavia	35,8	-15,8	0,45	17,2	0,4	61,4	6,7	6,90
Viet Nam	32,0	N/A	0,40	36,0	0,7	n,a	n,a	0,04
República Dominicana	30,3	41,7	0,38	21,2	0,4	58,1	2,2	5,26
Macedonia	30,0	n,a	0,37	22,0	0,4	n,a	n,a	5,44
Kirguizistán	30,0	-33,3	0,37	12,0	0,2	76,7	3,3	6,96
Sudáfrica	29,0	-1,4	0,34	14,9	0,3	41,5	55,5	0,31
Tanzanía	25,1	15,1	0,31	n,a	n,a	55,8	°	4,53
Total mundial	8.048,4	25,9	100,0	4,893,8	100,0	25,3	24,4	

a. Cociente de exportaciones en relación con la producción nacional.

b. Cociente de importaciones en relación con la producción nacional.

c. Menos de 0,1%.

n.d. No disponibles.

Fuente: Van der Merwe R, y otros. *The Supply-side Effects of Tobacco Control Policies*. Trabajo de base. (Datos obtenidos por el Departamento de Agricultura de los Estados

puede ocupar un espacio en el seno de programas de diversificación más amplios, siempre que se ayude a los agricultores más pobres en su transición a otras formas de vida. Trataremos este tema con mayor detalle en el capítulo siguiente.

Apoyos y subvenciones al precio de la producción de tabaco

Así como los países en desarrollo tienden a imponer tasas a los ingresos provenientes de la exportación de tabaco, los países de ingreso alto, como los Estados Unidos y los miembros de la Unión Europea, junto con China, tienden tradicionalmente a apoyar los precios y ofrecen otras subvenciones a los agricultores que lo cultivan. Entre los motivos por los que se subvenciona la producción de tabaco se encuentran el mantenimiento de precios altos y estables, el respaldo a las pequeñas explotaciones agrícolas familiares, el control de las importaciones de tabaco de terceros países para ahorrar divisas, y la conservación del apoyo político. Con frecuencia, la restricción de las importaciones y las subvenciones a la agricultura forman parte de un mismo paquete de medidas.

Con estas políticas de apoyo a los precios para los productores, los gobiernos de los países de ingreso alto elevan artificialmente los precios del tabaco y sus derivados en todo el mundo. Los economistas argumentan que, siempre que el precio sube de esta forma, los fumadores pueden responder disminuyendo el consumo. Sin embargo, las pruebas demuestran que, si este efecto sobre el consumo es real, es en todo caso muy pequeño. En la mayoría de los países de ingreso alto, como los Estados Unidos, el precio pagado al productor por la hoja de tabaco representa solo una parte pequeña del precio final del cigarrillo. Además, están aumentando las importaciones de tabaco de precio más bajo. Por tanto, este apoyo y subvención a los cultivos solo suponen una diferencia mínima en el precio del paquete de cigarrillos. Un análisis reciente indica que estos programas suponen únicamente un aumento de precio del 1% en los Estados Unidos. El impacto sobre el consumo de un aumento de este orden es casi inexistente. Así pues, sería poco probable que la retirada de las subvenciones produjera un incremento significativo del consumo de cigarrillos.

No está claro en qué medida la interrupción de los apoyos y subvenciones podría afectar a la producción mundial. El aumento del precio interno en los Estados Unidos podría contribuir al incremento del precio global de la hoja de tabaco sin elaborar, ofreciendo mayores ganancias a los agricultores de los países de ingreso bajo. Por otro lado, si se retiraran tanto las subvenciones como las restricciones al comercio, las consecuencias para los agricultores de los países de ingreso bajo podrían ser mixtas. Por ejemplo, si el precio del tabaco nacional cayera en los Estados Unidos debido a la interrupción de las subvenciones, los fabricantes de tabaco podrían usar la producción nacional en mayor medida, reduciendo sus importaciones de productos de menor calidad procedentes de los

países de ingreso bajo. Sin embargo, al mismo tiempo, con un comercio más libre, podría ocurrir que las importaciones de este tabaco crecieran.

Con independencia de su mínimo impacto sobre el consumo, estos apoyos y subvenciones a los precios tienen poco sentido dentro de la trama de políticas agrícolas y comerciales. Su función más importante es posiblemente política, incrementando el número de personas con intereses en la producción de tabaco.

Restricciones al comercio internacional

Se demostró que el libre comercio aumenta las opciones de los consumidores y hace que la producción sea más eficiente. En varios estudios se observó que favorece el crecimiento de los países de ingreso medio y bajo. Ahora bien, aunque en general los argumentos a favor del libre comercio son fuertes, el tabaco es claramente más peligroso para la salud que el resto de los bienes de consumo comercializados. El dilema clave de las autoridades radica en decidir la forma de controlar el tabaco sin socavar las consecuencias, por lo demás beneficiosas, del libre comercio. Como vimos en el capítulo 1, la liberalización del comercio contribuyó a elevar el consumo de tabaco en los países de ingreso medio y bajo. Podría parecer lógico que, a su vez, las restricciones a este comercio limitaran dicho incremento. Sin embargo, existen varias razones por las que estas restricciones podrían tener consecuencias indeseables. Entre ellas, se destacan las posibles represalias, que reducirían el crecimiento económico y los ingresos. Mientras tanto, la liberalización del comercio trajo consigo una respuesta internacional traducida en el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), que otorga a las naciones el derecho de adoptar y ejecutar medidas para proteger la salud pública. La condición para desarrollar estas medidas es que deben aplicarse por igual a los productos nacionales e importados. El artículo XX del GATT establece explícitamente que los requisitos necesarios para el libre comercio no pueden impedir la puesta en práctica de medidas destinadas a proteger la salud humana.

En 1990, Tailandia intentó prohibir las importaciones y la publicidad de los cigarrillos, medida que supuso un desafío para los fabricantes de tabaco de los Estados Unidos. Un grupo del GATT investigó la situación y estableció que Tailandia no podía prohibir la importación de cigarrillos, pero sí podía cargarla con impuestos, prohibir la publicidad y poner restricciones a los precios, y que podía exigir a todos los fabricantes que vendieran productos en el país que etiquetaran sus productos con enérgicas advertencias y descripción de los ingredientes. Las reglas establecidas por este grupo del GATT se interpretaron, incluso, en el sentido de que Tailandia podía prohibir la venta de *todos* los productos derivados del tabaco en el país, siempre que esta prohibición se aplicara por igual tanto a los cigarrillos de producción nacional como a los de importación. Tailandia puso en práctica un conjunto de medidas enérgicas para

reducir la demanda, con prohibición completa de las actividades de publicidad y promoción del tabaco y fuertes advertencias en el etiquetado de los paquetes de cigarrillos. Esta decisión fundamental y la rápida y firme respuesta del país sentaron un precedente para otras naciones en lo referente a las intervenciones para reducir la demanda de tabaco por motivos de salud pública, manteniendo al mismo tiempo los principios del libre comercio.

Acción firme contra el contrabando

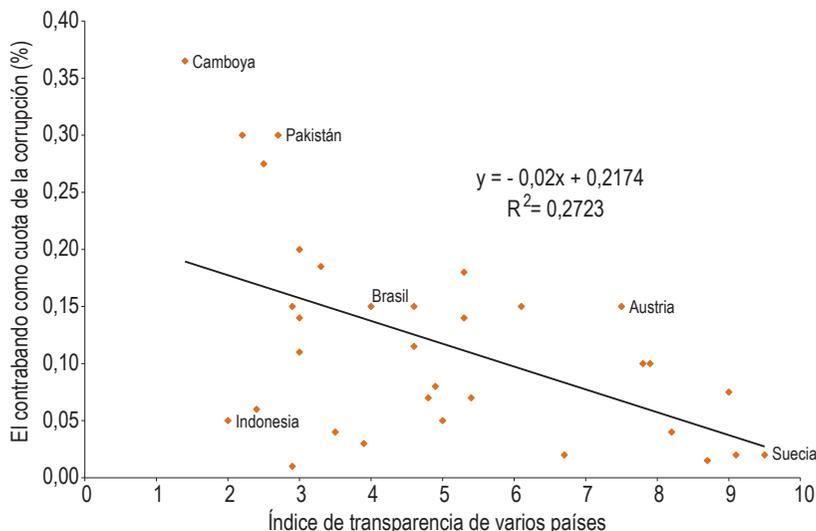
El contrabando de cigarrillos es un problema grave. Los investigadores calculan que el 30% de los cigarrillos que se exportan internacionalmente, es decir unos 355.000 millones de unidades, derivan hacia el contrabando. Esta cifra supone un porcentaje mucho más alto que el de la mayoría de los bienes de consumo que se intercambian en el comercio internacional. El problema es aún más grave cuando existen fuertes diferencias impositivas entre naciones o estados vecinos y en caso de corrupción generalizada o cuando se toleran las ventas de los artículos de contrabando. Describiremos brevemente la magnitud del problema del contrabando y las opciones disponibles para su control. El principal beneficio del control del contrabando no es que con ello desciende el suministro, sino que ayuda a la ejecución efectiva de los incrementos de precio que reducen la demanda.

Las diferencias de precio entre naciones o estados suponen un claro incentivo para el contrabando de cigarrillos. Sin embargo, parece que los determinantes del contrabando no se limitan a los precios. En un estudio preparado para este informe se evaluó la magnitud en que otros factores, como los niveles generales de corrupción de un país, contribuyen al problema. Utilizando los indicadores habituales para medir los niveles de corrupción basados en el Índice de Transparencia Internacional de los Países, se llegó a la conclusión de que, con notables excepciones, el nivel de contrabando de tabaco tiende a aumentar en paralelo con el grado de corrupción de un país (Figura 5.1).

El contrabando de tabaco a gran escala está en manos de organizaciones delictivas que disponen de sistemas comparativamente complejos para la distribución de los cigarrillos introducidos en el país de destino y se apoya en la falta de control del movimiento internacional de tabaco manufacturado. La mayor parte de los cigarrillos contrabandeados son de marcas bien conocidas en el ámbito internacional. En este negocio se mueven importantes sumas de dinero: los contrabandistas organizados pueden comprar un contenedor con 10 millones de cigarrillos libres de impuestos por el que pagarán US\$ 200.000. En la Unión Europea, el valor fiscal de esta cantidad de cigarrillos es, al menos, de US\$ 1 millón, teniendo en cuenta los impuestos sobre el consumo, el impuesto al valor agregado (IVA) y las tasas de importación. Por tanto, los beneficios para los contrabandistas son tan elevados que les permiten compensar los costos del transporte a gran distancia.

FIGURA 5.1 EL CONTRABANDO DE TABACO TIENDE A AUMENTAR EN PARALELO CON EL GRADO DE CORRUPCIÓN

El contrabando como función del índice de transparencia



Fuente: Merriman D, Yurekli A, Chaloupka F. How Big is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem? Cambridge: National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper. En prensa.

En general, los cigarrillos son contrabandeados en su tránsito entre el país de origen y el destino oficial final. Para estimular el comercio entre países, opera un sistema llamado de tránsito, que suspende en forma temporal los derechos de aduana, los impuestos al consumo y el IVA que gravan los bienes originados en el país A y con destino al país B mientras se encuentran en tránsito por los países C, D, etc. Sin embargo, muchos cigarrillos sencillamente no llegan nunca a su destino, sino que son comprados y vendidos por comerciantes no oficiales. Otra forma de contrabando es el llamado “viaje de ida y vuelta”, que se aplica cuando las diferencias de precios entre países vecinos son relativamente grandes. Por ejemplo, se comprobó que los cigarrillos exportados de Brasil, Canadá y Sudáfrica entraron en países vecinos para reaparecer luego en el país de origen a precios bajos sin impuestos.

El éxito del contrabando radica en que los cigarrillos pasan por una gran cantidad de manos en un corto espacio de tiempo, lo que hace prácticamente imposible rastrear sus movimientos. Además, la escasa lucha contra las ventas ilegales y la dificultad para diferenciarlas de las legales contribuyen a reducir

los riesgos asumidos por los contrabandistas. Por ejemplo, en Rusia y en muchos países de ingreso bajo, la mayor parte de las ventas de cigarrillos se hace en las calles.

La teoría económica indica que la propia industria del tabaco se beneficia de la existencia del contrabando. Los estudios efectuados sobre el impacto del contrabando demuestran que cuando los cigarrillos contrabandeados constituyen un porcentaje alto de las ventas totales, el precio medio de todos los cigarrillos, tanto con impuestos como sin ellos, tiende a disminuir, lo que incrementa las ventas del conjunto. La presencia de cigarrillos de contrabando en un mercado que hasta entonces había permanecido cerrado a las marcas de importación favorece el crecimiento de la demanda de dichas marcas, con el consiguiente incremento de su cuota de mercado. Además, todo ello influye para que el gobierno mantenga bajos los impuestos.

Por el momento, la investigación y la experiencia sobre la efectividad de las distintas intervenciones para combatir el contrabando son escasas. Sin embargo, las autoridades tienen ante sí varias opciones. En primer lugar, es posible hacer visible la legalidad o ilegalidad de los paquetes de cigarrillos en forma más inmediata a los consumidores y legislar la obligatoriedad de, por ejemplo, añadir un sello de tasación bien visible, que sea difícil de falsificar, en los paquetes tasados, y un embalaje especial para los paquetes libres de impuestos. Las etiquetas de advertencia con mensajes enérgicos y variados en el idioma local también ayudan a diferenciar las ventas legales de las ilegales. En segundo lugar, las penas por contrabando deberían ser lo suficientemente importantes como para disuadir a los que hoy en día perciben que los riesgos de castigo son bajos. En tercer lugar, todos los eslabones de la cadena entre el fabricante y el consumidor deberían contar con su correspondiente licencia. Esto sucede ya en lugares como Francia o Singapur. En cuarto lugar, los fabricantes deberían sellar cada paquete de cigarrillos con un número de serie que permita su seguimiento. A medida que aumente la complejidad de la tecnología, la fabricación de paquetes permitirá obtener información sobre el distribuidor, el mayorista y también el exportador. En quinto lugar, los fabricantes deberían responsabilizarse de llevar un mejor registro para garantizar que el destino final de sus productos es el que consta oficialmente. Los sistemas de control computarizados podrían permitir a los gobiernos rastrear cada consignación e inspeccionar el lugar en que cada una se encuentra en cada momento. Un sistema de este tipo existe ya en Hong Kong, China. En sexto lugar, los exportadores deberían etiquetar los paquetes con el nombre del país de destino final, así como imprimir advertencias sanitarias en el idioma de dicho país. Cuando se trata de empresas internacionales que producen cigarrillos localmente, este hecho debería constar también en el paquete, para facilitar la detección y aumentar la toma de conciencia de los consumidores sobre el problema del contrabando. Varias naciones están incrementando progresivamente sus actividades en este sentido. Por

ejemplo, el Reino Unido anunció hace poco tiempo un paquete de medidas por valor de más de US\$ 55 millones destinadas a combatir el contrabando de tabaco y alcohol, entre las cuales se encuentra la provisión de nuevos puestos de trabajo especializados. A medida que aumente la experiencia, es probable que mejoren las perspectivas del control del contrabando en todos los países afectados.

CAPÍTULO 6

Costo y consecuencias del control del tabaco

AUNQUE el tabaco constituye una amenaza obvia para la salud pública, muchos gobiernos, especialmente los de los países de ingreso medio y bajo, no adoptan medida significativa alguna para reducir su consumo. En algunos casos, ello se debe a que se subestima la magnitud del peligro o a que existe la creencia errónea de que poco puede hacerse para lograr esta reducción. Sin embargo, muchos gobiernos dudan en actuar por temor a que el control del tabaco tenga consecuencias económicas indeseables. En este capítulo examinaremos algunos de los temores a las consecuencias del control del tabaco para la economía y para los individuos y después valoraremos la eficacia en relación con el costo de las distintas intervenciones.

¿Perjudica el control del tabaco a la economía?

Expondremos brevemente algunos de los temores habituales en forma de respuestas a algunas de las preguntas que se plantean con mayor frecuencia.

Si la demanda de tabaco disminuye, ¿se producirá una pérdida masiva de puestos de trabajo?

Una de las razones principales para la inacción de los gobiernos en relación con el tabaco es el miedo a incrementar los índices de desempleo. Este temor procede, sobre todo, de los argumentos esgrimidos por la industria del tabaco, en el

sentido de que las medidas de control causarían la pérdida de millones de puestos de trabajo en todo el mundo. Sin embargo, un análisis más cuidadoso de estos argumentos y de los datos en los que se basan indica que los efectos negativos que el control del tabaco pudiera tener para el empleo son claramente exagerados. En la mayor parte de las economías, la producción de tabaco representa solo una pequeña parte del total. En general, y salvo en muy pocos países agrícolas muy dependientes de estos cultivos, no se produciría una pérdida *neta* de empleo e incluso es posible que, si el consumo mundial disminuyera, se lograra cierta creación de puestos de trabajo. Este argumento se basa en que el dinero destinado ahora al tabaco se dedicaría a otros bienes y servicios, que a su vez crearían nuevos puestos de trabajo. Incluso las pocas economías que dependen del tabaco conservarían un mercado lo bastante grande como para garantizar sus empleos durante muchos años, aun a pesar de la disminución gradual de la demanda.

La industria del tabaco calcula que son unos 33 millones de personas las que se dedican al cultivo del tabaco en todo el mundo. En esta cifra se incluyen los trabajadores temporales, los de tiempo parcial y los miembros de las familias de los agricultores. También se incluyen los agricultores que cultivan otros productos además de tabaco. Del total, unos 15 millones se encuentran en la China y otros 3,5 millones en la India. En Zimbabwe hay unos 100.000 cultivadores de tabaco. En los países de ingreso alto existen cantidades relativamente pequeñas, pero aún significativas, de personas empleadas en el cultivo del tabaco: por ejemplo, en los Estados Unidos hay unas 120.000 explotaciones agrarias dedicadas al tabaco, en la Unión Europea se cuentan 135.000 (la mayoría pequeñas) en Grecia, Italia, España y Francia. En cuanto a la fracción de la industria del tabaco destinada a la fabricación de productos elaborados, constituye una fuente de empleo pequeña, dada su intensa mecanización. En casi todos los países los puestos de trabajo relacionados con la fabricación de los derivados del tabaco representan mucho menos del 1% de la población activa total dedicada a la fabricación. Existen algunas excepciones importantes, como Indonesia, donde la manufactura del tabaco supone el 8% del total de productos fabricados, o Turquía, Bangladesh, Egipto, Filipinas y Tailandia, países en los que estos porcentajes oscilan entre el 2,5% y el 5%. En conjunto, resulta evidente que la producción de tabaco solo representa una fracción pequeña de la mayor parte de las economías.

Los que afirman que el control del tabaco supondría una pérdida masiva de puestos de trabajo suelen basarse en estudios patrocinados por la industria del tabaco, en los que se calcula el número de trabajos atribuibles al tabaco de cada sector, los ingresos asociados a estos empleos, los impuestos generados por las ventas de tabaco y la contribución del tabaco a la balanza comercial del país, en los casos en que esta es importante. En estos estudios también se tiene en cuenta el efecto multiplicador que el dinero ganado con el cultivo del tabaco y su

manufactura tiene sobre la actividad de todos los demás sectores de la economía. Sin embargo, los métodos usados en estos estudios son objeto de numerosas críticas. En primer lugar, valoran la contribución *bruta* del tabaco al empleo y a la economía. Sin embargo, rara vez o nunca toman en consideración el hecho de que si la gente dejara de gastar su dinero en tabaco, lo destinaría a otras cosas, generando en compensación puestos de trabajo alternativos. En segundo lugar, sus métodos exageran el impacto de cualquier intervención tendiente a reducir la demanda, ya que sus cálculos de determinadas variables, como las tendencias del hábito de fumar y las de la mecanización de la producción de cigarrillos, tienden a permanecer estables.

Los estudios independientes que investigan el impacto del tabaco en las economías individuales llegan a conclusiones distintas. En lugar de considerar la contribución bruta del tabaco a la economía, estos estudios calculan su contribución *neta*, es decir, el beneficio para la economía de toda la actividad relacionada con el tabaco *después* de haber considerado el efecto compensador de los puestos de trabajo alternativos que generaría el dinero no gastado en tabaco. Las conclusiones de estos estudios son que, salvo en un escasísimo número de países productores, los efectos negativos de las políticas de control del tabaco sobre el empleo total serían escasos o nulos.

Un estudio realizado en el Reino Unido encontró que el empleo aumentaría en más de 100.000 equivalentes de jornada completa de 1990 si los antiguos fumadores destinaran su dinero a adquirir objetos de lujo y si cualquier posible descenso de la recaudación por impuestos establecido mediante medidas de no imposición para reducir la demanda quedara compensado por la tasación de otros bienes y servicios. Otro estudio llevado a cabo en los Estados Unidos llegó a la conclusión de que la desaparición de todo el consumo interno entre 1993 y 2000 traería consigo un crecimiento de 20.000 puestos de trabajo. Aunque se produciría una pérdida neta de empleo en las regiones del país destinadas al cultivo de tabaco, el empleo total nacional aumentaría, pues el dinero liberado de la compra de tabaco se inyectaría en otras áreas de la economía. Como es lógico, las transiciones industriales pueden ser difíciles y crear problemas sociales y políticos a corto plazo, pero la economía pasa por muchas transiciones y esta no sería una excepción.

Estos hallazgos no se limitan a los países de ingreso alto. De hecho, existen algunos países de ingreso bajo en los que serían previsible beneficios llamativos. Por ejemplo, según un estudio preparado para este informe, Bangladesh, país que importa casi todos los cigarrillos consumidos, obtendría importantes beneficios si eliminara todo el consumo interno. Dentro del sector formal de su economía podría haber una creación neta de puestos de trabajo de hasta un 18%, si los fumadores gastaran su dinero en otros bienes y servicios.

El impacto de la caída del consumo mundial de tabaco en las distintas economías dependería de las características de estas. A este respecto, los países

pueden agruparse en tres categorías. La primera está formada por los que producen más tabaco del que consumen, es decir los exportadores netos, como Brasil, Kenya o Zimbabwe. Forman parte de la segunda los que consumen una cantidad similar a la que producen, es decir, las llamadas economías “equilibradas” en relación con el tabaco. La tercera categoría corresponde a los países que consumen más de lo que producen, es decir los importadores netos o totales. Este último grupo es, con mucho, el más numeroso y abarca, entre otros, a Indonesia, Nepal y Viet Nam.

Para el grupo más grande de países, es decir los importadores netos y totales, gran parte del impacto del control del tabaco sería soportado por los consumidores y es probable que el número de puestos de trabajo creados fuera superior al de los perdidos (Cuadro 6.1). Sin embargo, el pequeño número de países agrícolas que dependen en gran medida del tabaco podría experimentar una pérdida neta de puestos de trabajo. Entre los países productores más afectados se encontrarían los que exportan la mayor parte de sus cosechas, como Malawi y Zimbabwe. Un modelo indica que si mañana en Zimbabwe se detuviera todo el cultivo nacional de tabaco, la pérdida neta de empleo podría llegar al 12%. No obstante, hay que insistir en que un escenario de esta clase es muy poco probable.

En el ámbito de las unidades familiares y de las pequeñas comunidades rurales, estos ajustes significarían una pérdida media de ingresos, trastornos y posiblemente reubicación, por lo que muchos gobiernos podrían considerar importante el otorgamiento de ayuda que facilitara este proceso de transición (véase el Recuadro 6.1).

El aumento de impuestos al tabaco, ¿reduciría los ingresos estatales?

Con frecuencia, las autoridades se niegan a elevar los impuestos que gravan el tabaco argumentando que la reducción resultante de la demanda traería consigo una pérdida de ingresos vital para el Estado. De hecho, aunque a largo plazo las consecuencias son dudosas, a corto y medio plazo sucedería justamente lo contrario. Así, aunque los precios más altos producen una reducción neta del consumo, la demanda de cigarrillos es relativamente inelástica, lo que significa que a corto y medio plazo el aumento de los impuestos al tabaco incrementaría los ingresos del Estado. En consecuencia, el consumo de cigarrillos caería, pero en menor proporción que la elevación de los precios. Por ejemplo, en el Reino Unido, los impuestos sobre los cigarrillos aumentaron una y otra vez a lo largo de los tres últimos decenios. En parte por estos aumentos y en parte por el incremento progresivo de la toma de conciencia sobre las consecuencias sanitarias del hábito de fumar, el consumo descendió marcadamente durante el mismo período, con una caída anual de las ventas de cigarrillos que pasó de 138.000

CUADRO 6.1 ESTUDIOS SOBRE LOS EFECTOS EN EL EMPLEO DE LA REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO

<i>Tipo de país, con nombre y año</i>	<i>Cambio neto del empleo como porcentaje de la economía en el año base indicado</i>	<i>Premisas</i>
Exportadores netos		
Canadá (1992)	+0,4%	Eliminación de todos los gastos por consumo interno según patrones "promedio" de gasto
Estados Unidos (1993)	0%	Eliminación de todos los gastos por consumo interno según patrones "promedio" de gasto
Reino Unido (1990)	+0,5%	Reducción en un 40% de los gastos por consumo de tabaco según patrones de gasto de los que dejaron de fumar recientemente
Zimbabwe (1980)	-12,4%	Eliminación de todo el consumo y producción internos de tabaco, redistribuidos según patrones "promedio" de ingresos y ventas
Economías equilibradas en relación con el tabaco		
Sudáfrica (1995)	+0,4%	Eliminación de todos los gastos por consumo interno de tabaco según patrones de gastos de los que dejaron de fumar recientemente
Escocia (1989)		Eliminación de todos los gastos por consumo interno de tabaco según patrones "promedio" de gasto
Importadores netos		
Estado de Michigan, EUA (1992)	+0,1%	Eliminación de todos los gastos por consumo interno de tabaco, según patrones "promedio" de gasto
Bangladesh (1994)	+18,7%	Eliminación de todos los gastos por consumo interno de tabaco, según patrones "promedio" de gasto

Fuentes: Buck D, y otros; 1995; Irvine IJ, Sims WA, 1997; McNicoll IH, Boyle S, 1992; van der Merwe R, y otros, trabajo de base; Warner KE, Fulton GA, 1994; Warner KE, y otros, 1996.

RECUADRO 6.1 AYUDA A LOS AGRICULTORES MÁS POBRES

Existen pocas perspectivas de que se produzca una reducción neta y brusca de la producción de tabaco. Como se demostró en el capítulo anterior, es muy improbable que las políticas sobre el suministro destinadas a limitar la producción de tabaco fueran posibles o políticamente aceptables para la mayoría de los países. Si, mientras tanto, se produce una caída de la *demand*a del tabaco, esta será lenta y permitirá poner en marcha un proceso de ajuste igualmente lento para los más directamente afectados.

Resulta evidente que las autoridades necesitan saber con exactitud la forma en que una disminución gradual de la demanda afectaría a las comunidades de cultivadores de tabaco. Los estudios realizados en la mayor parte de los países de ingreso alto indican que las economías de estas áreas productoras de tabaco se han diversificado de manera progresiva a lo largo de los años. En estos países el ingreso alto, los cultivadores de tabaco hacen ajustes económicos desde hace decenios y muchas comunidades de explotaciones agrícolas de tabaco pueden tener hoy economías más diversificadas que en el pasado. El interés por aumentar aún más esta diversificación es común. Una encuesta reciente efectuada entre los cultivadores de tabaco de los Estados Unidos indica, por ejemplo, que la mitad de las personas consultadas conocían al menos

otras actividades agrícolas alternativas y lucrativas adoptadas por otros cultivadores de tabaco de sus propios condados. Los agricultores más jóvenes e instruidos se interesaban más por la diversificación que los más ancianos y tendían a considerarla posible con mayor frecuencia. De igual forma, una minoría significativa de los agricultores consultados en la encuesta tenían presentes las perspectivas de cambio, pero reconocían que sería lento. Aunque más de 8 de cada 10 afirmaron que ellos personalmente esperaban seguir cultivando tabaco, uno de cada tres reconoció que aconsejaría a sus hijos que no continuaran haciéndolo.

No obstante, existen varias razones por las que los gobiernos podrían desear ayudar a cubrir los costos de la transición a los agricultores más pobres. Las explotaciones agrícolas son una fuente importante de empleo rural y a menudo se las considera socialmente importantes por muchas sociedades. Además, los agricultores pueden desarrollar una oposición política importante al control del tabaco. La decisión de los gobiernos debería abarcar distintos aspectos, tales como favorecer las políticas agrícolas y comerciales responsables, proporcionar amplios programas de desarrollo rural, ayudar a la diversificación de los cultivos, promover la capacitación en el medio rural y establecer otros sistemas que

(continúa en la página siguiente)

RECUADRO 6.1 (CONTINUACIÓN)

actúan como redes de seguridad. Algunos gobiernos proponen financiar estas medidas a través de los impuestos sobre el tabaco. Los gobiernos también pueden aprender de los éxitos logrados por otros. Por ejemplo, en los Estados Unidos, algunas comunidades rurales tradicionalmente dependientes del tabaco formaron coaliciones con componentes de salud pública para llegar a acuerdos sobre los principios fundamentales de las políticas orientadas a reducir el consumo de tabaco y promover, al mismo tiempo, el desarrollo sostenible de comunidades.

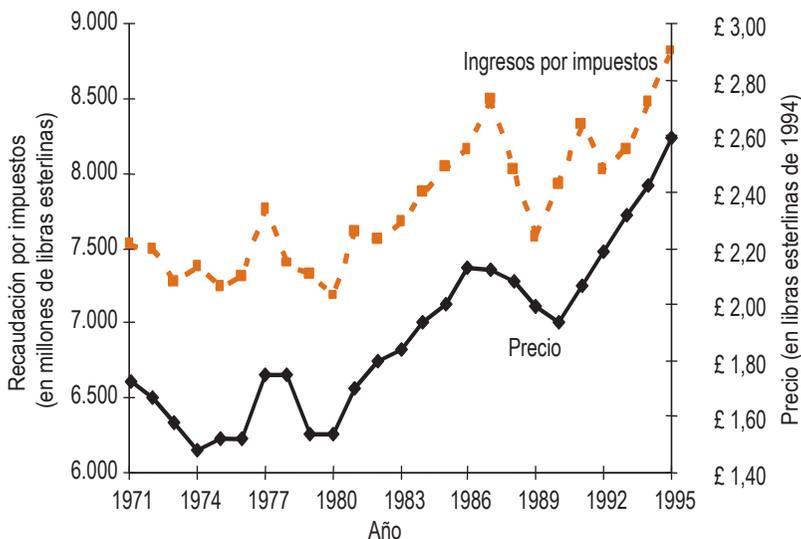
millones a 80.000 millones en estos tres decenios. No obstante, la recaudación sigue aumentando. Por cada aumento del 1% de los impuestos en el Reino Unido, los ingresos estatales se incrementaron entre el 0,6% y el 0,9% (véase la Figura 6.1). Un modelo desarrollado para este estudio concluye que una elevación modesta de la imposición sobre el tabaco, del orden del 10% en todo el mundo, incrementaría los ingresos estatales globales en un 7%, aunque los efectos variarían de un país a otro.

Sería de esperar que algunas de las medidas no relacionadas con el precio, como las prohibiciones de la publicidad y la promoción, la información en los medios y las advertencias en el etiquetado, redujeran los ingresos estatales debidos a la tasación del tabaco. Las intervenciones tendientes a liberalizar el tratamiento sustitutivo con nicotina y otros esfuerzos encaminados a ayudar a dejar de fumar también reducirían el consumo y, por tanto, los ingresos. Sin embargo, todo impacto sobre dichos ingresos sería gradual y muy probablemente un paquete completo de medidas de control que incluyera el aumento de los impuestos traería siempre consigo un aumento neto de los ingresos estatales.

En cualquier caso, es importante reconocer que, si el objetivo último del control del tabaco es obtener un beneficio para la salud pública, lo ideal sería que las autoridades responsables desearan lograr caídas del consumo tales que, a la larga, hicieran disminuir también los ingresos procedentes de esta fuente. Esta pérdida de ingresos final podría ser considerada como la medida del éxito del control del tabaco, o lo que la sociedad desea pagar por los beneficios sanitarios obtenidos gracias a la reducción del consumo de tabaco. No obstante, esta última es más una posibilidad teórica que un escenario probable. Según los patrones actuales de consumo, es de esperar que en los tres decenios próximos el número de fumadores continúe creciendo en los países de ingreso bajo. También es importante señalar que los gobiernos podrían introducir un impuesto alternativo sobre la renta o sobre el consumo que compensara las pérdidas por los impuestos sobre el tabaco.

FIGURA 6.1 A MEDIDA QUE LOS IMPUESTOS SOBRE EL TABACO ASCIENDEN, TAMBIÉN LO HACE LA RECAUDACIÓN

Precio real e ingresos por impuestos sobre el tabaco, Reino Unido, 1971-1995



Fuente: Townsend J. The Role of Taxation Policy in Tobacco Control. En Abedian I, y otros, eds. *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town : Applied Fiscal Research Centre, Universidad de Cape Town; 1998.

Un aumento de los impuestos sobre el tabaco, ¿provocaría un crecimiento masivo del contrabando?

Se ha defendido que los impuestos más altos contribuirían a incrementar el contrabando de cigarrillos y la actividad delictiva asociada. En este escenario, el consumo de cigarrillos seguiría siendo alto y la recaudación del estado disminuiría. Sin embargo, los análisis econométricos y la experiencia de un gran número de países de ingreso alto demuestran que, aun con tasas elevadas de contrabando, el aumento de los impuestos supone un incremento de los ingresos estatales y reduce el consumo de cigarrillos. Por tanto, aunque el contrabando es indudablemente un problema grave y aunque las grandes diferencias impositivas entre los países son un incentivo para el contrabando, la respuesta correcta no consiste en reducir los impuestos o rechazar su aumento. De hecho resulta más adecuado combatir el delito. Una segunda conclusión lógica es que la armonización de los impuestos sobre los cigarrillos entre países vecinos ayudaría a reducir los incentivos al contrabando.

La experiencia del Canadá ilustra claramente estos aspectos. En los primeros años de los decenios de 1980 y 1990, el Canadá incrementó netamente la tasación de los cigarrillos, con un aumento significativo de su precio real. Entre 1979 y 1991, el consumo de tabaco por los adolescentes disminuyó en casi dos tercios, el consumo de los adultos descendió y, al mismo tiempo, la recaudación asociada a la venta de tabaco experimentó un notable ascenso. Sin embargo, temiendo un crecimiento del contrabando, el gobierno redujo abruptamente los impuestos. La respuesta fue un aumento de la prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes y también en el conjunto de la población. En paralelo, los ingresos federales asociados a los impuestos sobre el tabaco disminuyeron más del doble de la cifra prevista.

También la experiencia de Sudáfrica resulta ilustrativa. Durante los años noventa, este país aumentó netamente los impuestos sobre los cigarrillos en más del 450%. En relación con el precio de venta, las tasas aumentaron del 30% al 50%. No resulta sorprendente que el contrabando aumentara también, pasando de ser inexistente a ocupar una cuota de mercado del 6%, en términos globales. Las ventas disminuyeron más del 20%, lo que supone una caída neta significativa del consumo aun a pesar del crecimiento del contrabando. En ese mismo período, los ingresos totales por impuestos sobre el tabaco se duplicaron en términos reales.

En un estudio econométrico se valoró el impacto potencial de diversos escenarios impositivos en los incentivos para el contrabando de cigarrillos entre países de Europa. El análisis llegó a la conclusión de que, incluso con porcentajes de contrabando varias veces superiores a los registrados en Europa, el aumento de los impuestos seguiría produciendo una mayor recaudación global. Otra conclusión fue que el contrabando inducido por la elevación de los precios tiene mayores probabilidades de constituir un problema más significativo en los países cuyos cigarrillos tienen ya precios altos. El contrabando hacia los países con cigarrillos relativamente baratos apenas se vería afectado por el incremento de los precios.

¿Soportarían los consumidores pobres una carga económica mayor?

En muchas sociedades se acepta que los sistemas de recaudación deben ser equitativos, en el sentido de que las personas con mayores posibilidades de pago deben soportar mayores grados de imposición. Este consenso se refleja, por ejemplo, en los sistemas de imposición progresiva, en los que las tasas marginales de impuestos se elevan a medida que lo hacen los ingresos. Sin embargo, los impuestos sobre el tabaco son regresivos porque, al igual que sucede con otros impuestos sobre el consumo, suponen una carga económica desproporcionadamente pesada para las personas con menores ingresos. Esta regresividad se incrementa aún más debido al hecho de que el hábito de fumar

es más prevalente en las familias pobres que en las ricas, de manera que los fumadores pobres dedican un porcentaje mayor de sus ingresos a satisfacer los impuestos sobre el tabaco.

Existe el temor de que, si se aumentan los impuestos, los consumidores pobres gastarán un porcentaje creciente de sus ingresos en cigarrillos, lo que se traducirá en privaciones significativas para sus familias. Es cierto que, aun con la contracción de la demanda, si los fumadores pobres continúan consumiendo más tabaco que los ricos, pagarán más impuestos. Sin embargo, muchos estudios demuestran que las personas con ingresos bajos responden más a los cambios de precio que las personas de ingresos altos. Como su consumo disminuye de manera más pronunciada, su carga impositiva *relativa* disminuirá en comparación con la de los consumidores más ricos, aun cuando los pagos absolutos sigan siendo mayores. Dos estudios realizados en el Reino Unido y en los Estados Unidos respaldan la idea de que los *aumentos* de impuestos sobre el tabaco son progresivos, aunque la tasación del tabaco sea, *en sí misma*, regresiva. Para confirmar estos hallazgos sería necesario disponer de estudios similares llevados a cabo en países de ingreso medio y bajo. Como es lógico, todos los fumadores perderían los beneficios percibidos del hecho de fumar y sufrirían el costo de la abstinencia, y estas pérdidas serían comparativamente mayores para los consumidores pobres.

Los impuestos sobre el tabaco, como cualquier otra clase de impuesto, han de establecerse con el objetivo de garantizar que la *totalidad* del sistema de ingresos y gastos sea proporcional o progresivo. En la actualidad, los sistemas impositivos de la mayoría de los países contienen una mezcla de impuestos muy distintos, con el objetivo global de una imposición progresiva o proporcional, aunque es posible que algunos de los impuestos o elementos individuales del sistema sean regresivos. Para obviar la regresividad del impuesto sobre el tabaco, los gobiernos podrían introducir tasas más progresivas u otros programas de transferencia. La provisión de servicios sociales bien orientados, por ejemplo con programas sanitarios o educativos, tendería a eliminar la regresividad de la imposición sobre el tabaco.

Aunque, en principio, los beneficios sociales deben ser financiados a través de los ingresos generales, no puede ignorarse la capacidad peculiar de los impuestos sobre el tabaco para elevar dichos ingresos. En China, se calcula que un aumento del 10% en los impuestos sobre los cigarrillos provocaría una disminución del consumo del 5% y haría crecer la recaudación en un 5%, cantidad suficiente para financiar un paquete de servicios sanitarios esenciales para la tercera parte de los 100 millones de ciudadanos chinos más pobres.

¿Supondría el control del tabaco un costo individual?

Al reducir el consumo de cigarrillos, las medidas de control del tabaco disminuirían la satisfacción, o los beneficios, del fumador, lo mismo que la reducción

de cualquier otro bien de consumo reduce el bienestar de las personas que lo consumen. Los fumadores habituales deben abstenerse del placer de fumar, incurrir en el costo de dejar de fumar o ambas cosas. El excedente de consumidores debe contrapesarse, una vez más, con las ganancias conseguidas gracias al control del tabaco.

Sin embargo, como ya dijimos, los problemas de adicción e información hacen que el tabaco no sea un bien de consumo típico con beneficios típicos. Para el fumador adicto que lamenta fumar y expresa el deseo de abandonar el hábito, es probable que los beneficios del consumo incluyan el hecho de evitar la abstinencia. Si las medidas de control del tabaco reducen el consumo individual de los fumadores, estos tendrán que enfrentarse a un costo significativo, debido a la abstinencia.

Como la mayoría de los fumadores habituales expresan el deseo de dejar de fumar, pero son pocos los que lo consiguen por sí mismos, parece probable que el costo percibido de dejar de fumar sea mayor que el costo percibido de continuar fumando, representado por el deterioro de la salud. Al hacer que el costo de continuar fumando sea mayor que el de dejar de fumar, los incrementos impositivos inducen a algunos fumadores a esto último. No obstante, estas personas siguen enfrentándose al costo de la abstinencia. Proporcionar información sobre las consecuencias del consumo de tabaco para la salud aumentaría el costo percibido de seguir fumando y alertaría a los fumadores acerca de los beneficios de dejar de fumar. Un acceso más amplio a los tratamientos sustitutivos con nicotina (TSN) y otras intervenciones para ayudar a dejar de fumar contribuirían también a reducir el costo del abandono del tabaco.

Podría argumentarse que las medidas de control del tabaco imponen mayores costos a las personas pobres que a las pudientes pero, si bien esto es cierto para el tabaco, también lo es que no se trata de una situación única en el campo de la salud pública. La observancia de muchas de las intervenciones sanitarias, por ejemplo la vacunación infantil o la planificación familiar, suele ser más gravosa para las comunidades pobres. Por ejemplo, las familias pobres pueden tener que recorrer mayores distancias que las familias ricas para acudir a los centros de salud y, por esa causa, pueden perder ingresos. Sin embargo, los funcionarios de salud no dudan en argumentar que los beneficios sanitarios de la mayor parte de las intervenciones, como las vacunaciones, hacen que merezca la pena soportar su costo, siempre que este no sea tan alto que disuada a las personas más pobres del uso de dichos servicios.

Al considerar la pérdida de excedentes que como consumidores tienen los fumadores, es importante distinguir entre los fumadores habituales y los demás. Es probable que el costo de evitar el tabaco sea menor en el caso de los niños y de los adolescentes que se están iniciando o que son meramente fumadores potenciales, ya que puede ser que aún no hayan desarrollado la adicción y, por tanto, que el costo de la abstinencia sea mínimo. Otros costos incluyen,

por ejemplo, una menor aceptación por parte de los compañeros, menos satisfacción derivada de la rebelión frente a los padres y la desaparición de otros placeres asociados al hecho de fumar.

Las limitaciones al consumo de tabaco en lugares públicos y centros de trabajo privados también imponen un costo a los fumadores, forzándolos a acudir a los espacios abiertos para fumar o reduciendo sus oportunidades de hacerlo. Estas intervenciones traspasarían adecuadamente el costo del consumo del tabaco de los no fumadores a los fumadores. Algunos de estos últimos modificarían sus patrones de consumo, con los consiguientes costos adicionales. Sin embargo, para los no fumadores las políticas de control del tabaco supondrían una ganancia sanitaria neta. Es claro que las pérdidas de bienestar podrían minimizarse si las intervenciones de control se pusieran en práctica de manera conjunta.

¿Vale la pena pagar por el control del tabaco?

Nos preguntamos ahora si la relación costo-efectividad del control del tabaco resulta positiva en comparación con otras intervenciones sanitarias. Para los gobiernos que se plantean intervenciones de este tipo, esta información puede ser un factor importante a la hora de tomar decisiones sobre la forma de proceder.

La eficacia en relación con el costo de las distintas intervenciones sanitarias puede valorarse calculando la ganancia esperada en años de vida sana que cada uno lograría, en relación con el costo público necesario para poner en marcha la intervención. En el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, *Invertir en Salud*, del Banco Mundial, se considera que las políticas de control del tabaco son eficaces en relación con el costo y que merece la pena incluirlas en cualquier paquete mínimo de asistencia sanitaria. Los estudios existentes indican que los programas basados en estas políticas tienen un costo de alrededor de US\$ 20 a \$80 por año descontado de vida saludable salvada (un año de vida ajustado en función de la discapacidad o AVAD).¹

En este estudio se hicieron cálculos sobre eficacia en relación con el costo de cada una de las intervenciones destinadas a reducir la demanda, ya expuestas en el capítulo 4: aumento de impuestos, un paquete de medidas no relacionadas con los precios que incluiría la prohibición de la publicidad y la promoción, una información sanitaria más amplia, restricciones al consumo de tabaco en lugares públicos y tratamientos sustitutivos con nicotina (TSN). Estos hallazgos pueden ser especialmente valiosos para los países de ingreso medio y bajo, ya que valoran el impacto relativo de intervenciones específicas que podrían adaptarse mejor a sus necesidades concretas.

Los cálculos se hicieron según el modelo descrito en el Recuadro 4.1. Las premisas y aportaciones al modelo se describen en forma pormenorizada en un trabajo realizado para la preparación de este informe. El costo de algunas de las

intervenciones, como el incremento impositivo o la prohibición de la publicidad y la promoción, es mínimo o nulo, puesto que son intervenciones “que dependen de una firma”. Con un diseño conservador, el modelo asignó sustanciales costos administrativos y de ejecución y añadió el costo de los fármacos necesarios para el TSN. Sin embargo, no se incluyeron los posibles costos soportados por las personas. Los resultados (Cuadro 6.2) indican que el aumento de los impuestos es, con mucho, la intervención más eficaz en relación con el costo, pudiéndose comparar favorablemente con gran parte de las intervenciones sanitarias. Dependiendo de las premisas sobre las que se basan los cálculos de los costos administrativos asociados a la elevación y monitorización de los impuestos sobre el tabaco, el costo de aplicación de un incremento del 10% podría ser inferior a US\$ 5 por AVAD (y es poco probable que superara los US\$ 17 por AVAD) en los países de ingreso medio y bajo. Esta cifra representa una relación costo-efectividad similar a la de muchas intervenciones sanitarias financiadas por los gobiernos como, por ejemplo, la vacunación infantil. Las medidas no relacionadas con los precios también pueden tener una buena relación costo-efectividad en los países de ingreso medio y bajo. Dependiendo de las premisas en que se basen los cálculos, el paquete de medidas podría ser puesto en práctica por tan solo US\$ 68 por AVAD. Este grado de eficacia en

CUADRO 6.2 EFICACIA EN RELACIÓN CON EL COSTO DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO

Valores de distintas intervenciones de control del tabaco (US\$ por AVAD salvado), según regiones

<i>Región</i>	<i>Incremento del precio de 10%</i>	<i>Medidas no relacionadas con el precio con efectividad de 5%</i>	<i>TSN (financiado con fondos públicos) con cobertura de 25%</i>
Asia Oriental y el Pacífico	3 a 13	53 a 212	338 a 355
Europa Oriental y Asia Central	4 a 15	64 a 257	227 a 247
América Latina y el Caribe	10 a 42	173 a 690	241 a 295
Oriente Medio y Norte de África	7 a 28	120 a 482	223 a 260
Asia Meridional	3 a 10	32 a 127	289 a 298
África al sur del Sahara	2 a 8	34 a 136	195 a 206
Ingreso medio-bajo	4 a 17	68 a 272	276 a 297
Ingreso alto	161 a 645	1.347 a 5.388	746 a 1.160

Nota: En todos los cálculos se empleó una tasa de descuento de 3% y los beneficios se proyectaron a un período de 30 años; en cuanto a las intervenciones no relacionadas con el precio, los costos se proyectaron a un período de 30 años. Los límites se establecieron variando los costos de provisión de las actividades de 0,005% a 0,02% del PNB anual.

Fuente: Ransom K, Jha P, Chaloupka F, Yurekli A. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions*. Trabajo de base.

relación con el costo es comparable al de varias intervenciones establecidas en salud pública, como los paquetes para el tratamiento integrado de los niños enfermos, cuyo costo estimado oscila entre US\$ 30 y \$50 por AVAD en los países de ingreso bajo y de US\$ 50 a \$100 en los de ingreso medio.

En el estudio se valoró también la probabilidad de que la generalización del acceso a los TSN mostrara una buena relación costo-efectividad. Para estos cálculos, se asumió que el costo de los TSN debería financiarse con fondos públicos. Los resultados indican que los gobiernos deberían hacer sus propios análisis de eficacia en relación con el costo con las precauciones adecuadas antes de considerar la posibilidad de financiar con fondos públicos estos nuevos tratamientos. Es importante observar que la mera liberación del acceso tiene muchas probabilidades de lograr una buena relación costo-efectividad y que, a medida que creciera la efectividad y el número de adultos que deseara dejar de fumar, también lo haría la eficacia en relación con el costo de los TSN.

Resulta evidente que serían necesarios nuevos estudios para establecer la efectividad de estos paquetes de medidas, su relación costo-efectividad probable en los países con distintos niveles de ingreso y sus costos individuales.

Por el momento, solo se dispone de cálculos rudimentarios sobre el costo de la *ejecución* de un programa completo de control del tabaco. Los datos obtenidos en los países de ingreso alto indican que estos programas completos pueden ponerse en práctica con sumas de dinero muy pequeñas. Los países de ingreso alto con programas muy completos destinan a los mismos entre US\$ 0,50 y \$2,50 per cápita y año. En este contexto, es probable que el control del tabaco en los países de ingreso medio y bajo pueda ser financiado por ellos, incluso por aquellos en los que el gasto público per cápita en salud es extremadamente bajo. El Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, *Invertir en Salud*, del Banco Mundial, calculó que para poner en marcha un paquete esencial de intervenciones de salud pública que *incluya* el control del tabaco, los gobiernos deberían gastar US\$ 4 per cápita en los países de ingreso bajo y \$7 en los de ingreso medio. Como fracción del total, el control del tabaco representaría una cantidad pequeña.

Nota

1. Un año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) es una medida de tipo temporal que permite a los epidemiólogos capturar un indicador único de los años de vida perdidos por muerte prematura (definiendo la muerte prematura como la que ocurre antes de la edad a la que la persona muerta podría haber llegado si perteneciera a un modelo de población normalizada con una esperanza de vida al nacimiento igual a la de la población de mayor longevidad del mundo, la japonesa) y los años vividos con una discapacidad de gravedad y duración determinadas. Un AVAD es un año perdido de vida saludable.

CAPÍTULO 7

Un calendario para la acción

SOLO existen dos grandes causas de muerte en crecimiento en todo el mundo: la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el tabaquismo. Mientras que casi todos los países han comenzado, al menos, a reaccionar frente al VIH, las respuestas a la epidemia mundial de tabaquismo son hasta el momento limitadas y aisladas. En este capítulo trataremos de algunos de los factores que podrían influir en las decisiones de los gobiernos y propondremos un calendario para poner en marcha medidas efectivas.

Todos los gobiernos reconocen que, al establecer sus políticas, tienen en cuenta muchos factores y no solo los económicos. Las políticas de control del tabaco no son una excepción. La mayor parte de las sociedades desean proteger a sus niños, aunque la magnitud de esta protección varía con las distintas culturas. Casi todas ellas desearían reducir el sufrimiento y las pérdidas emocionales asociados a las enfermedades y muertes prematuras debidas al tabaco. Los estudios económicos no alcanzaron todavía un consenso acerca de la forma de valorar esta carga. Para las autoridades que pretenden mejorar la salud pública, el control del tabaco constituye una opción atractiva. Las reducciones incluso modestas de una carga de enfermedad tan grande significarían ganancias sanitarias sumamente significativas. El consenso entre las sociedades de que las ganancias sanitarias son deseables se refleja en las políticas y acciones anti-tabáquicas de la Organización Mundial de la Salud y de otros organismos internacionales (véanse los Recuadros 7.1 y 7.2, y el Apéndice A).

Muchas sociedades podrían considerar que la razón más poderosa para actuar en el control del tabaco radica en apartar a sus niños y adolescentes de su

consumo. Sin embargo, como quedó aclarado en el capítulo 3, es poco probable que las intervenciones dirigidas específicamente a los consumidores más jóvenes obtengan el efecto deseado, mientras que las intervenciones que *son* efectivas (sobre todo el aumento de los impuestos) también afectan a los adultos. De igual forma, las intervenciones destinadas específicamente a proteger a los no fumadores no consiguen este efecto en la mayoría de ellos, y, una vez más, la opción más efectiva resulta ser el aumento de los impuestos. En el contexto de una toma de decisiones políticas real, muchas sociedades podrían considerar que los efectos más amplios de este tipo de políticas son aceptables y, en términos pragmáticos, incluso deseables. En todo caso, cualquier política de control del tabaco cuyo efecto fuera solamente disuadir a los niños de comenzar a fumar carecería de impacto sobre el total de muertes causadas por el tabaco en el mundo durante muchos decenios, ya que la mayor parte de las muertes proyectadas para la primera mitad del siglo próximo afectarán a los actuales fumadores (Figura 7.1). Por tanto, es probable que los gobiernos comprometidos con las ganancias sanitarias a medio plazo deseen también incitar a los adultos a dejar de fumar.

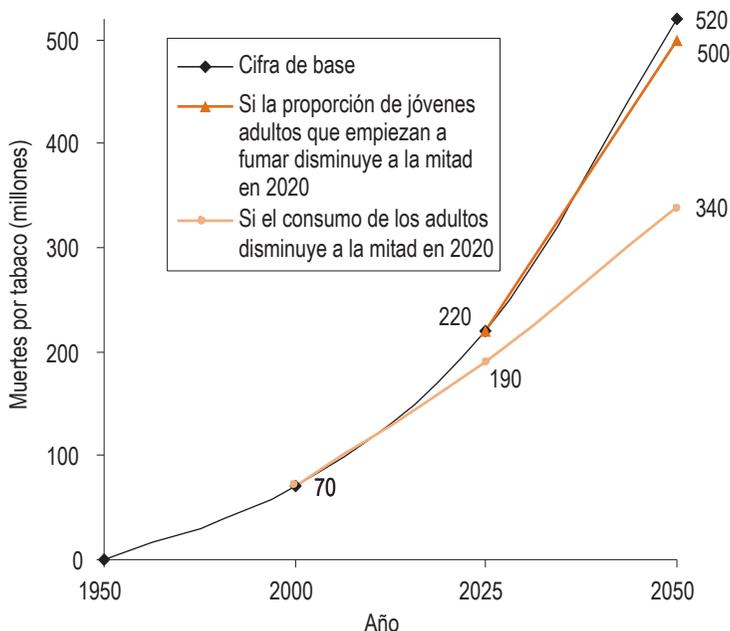
Superación de las barreras políticas que se oponen al cambio

Para ser efectivo, todo gobierno que decida poner en práctica medidas de control del tabaco debe hacerlo en un contexto en el que esta decisión goce de un amplio respaldo popular. Aunque pudiera parecer que los fumadores se oponen enérgicamente al control del tabaco, la realidad es muy distinta: en los estudios realizados en países de ingreso alto que aplican con éxito programas de lucha antitabáquica se observó que la mayor parte de los adultos fumadores apoyan al menos algún tipo de control, por ejemplo, la generalización de la información disponible. Los gobiernos no pueden, por sí solos, lograr el éxito sin la participación de la sociedad civil, el sector privado y los grupos de intereses. Es más probable que los programas consigan triunfar cuando gozan de consenso colectivo y de una amplia participación, a través de la coalición de los intereses sociales que tienen el poder de poner en marcha y mantener los cambios.

Los intentos para cuantificar el impacto conjunto de las intervenciones combinadas son escasos. Como mostró el capítulo 4, cada intervención individual puede evitar millones de muertes, pero aún se desconoce si un paquete de medidas podría salvar un número de vidas incluso mayor que la suma de las salvadas por cada intervención aislada. Es probable que, al iniciar un paquete de medidas de este tipo, cada país prestara especial importancia a intervenciones diferentes, en función de las circunstancias propias. Por ejemplo, un país en el que los impuestos sobre los cigarrillos sean menores que en los vecinos probablemente lograría efectos más potentes si incrementara las tasas sobre el consumo de tabaco. De igual forma, una población bien instruida y rica tendería a responder menos al

FIGURA 7.1 SI LOS ACTUALES FUMADORES NO DEJAN DE FUMAR, LAS MUERTES DEBIDAS AL TABACO AUMENTARÁN EN FORMA ESPECTACULAR EN LOS PRÓXIMOS 50 AÑOS

Muertes acumuladas calculadas debidas al tabaco entre 1950 y 2050, según diferentes estrategias de intervención



Nota: Peto y otros calculan que entre 1950 y 2000 se producirán 60 millones de muertes debidas al tabaco en los países desarrollados. Nosotros calculamos que se producirán 10 millones adicionales entre 1990 y el año 2000, en los países en desarrollo. Nuestra premisa es que no hubo muertes debidas al tabaco en estos países antes de 1990 y que las muertes producidas en todo el mundo por esta causa fueron mínimas antes de 1950. Las proyecciones de la mortalidad desde el año 2000 se basan en las cifras de Peto (comunicación personal 1998).

Fuentes: Peto R, y otros, 1994. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press; 1994, y Peto R, comunicación personal.

aumento de precio y más a las nuevas informaciones que una población menos instruida y más pobre. Los factores culturales, como una historia de totalitarismo, pueden influir también en la facilidad con que se aceptan determinadas medidas como, por ejemplo, la prohibición de fumar en los lugares públicos. Estas generalizaciones son simplistas, pero los responsables de tomar las decisiones políticas podrían encontrarlas útiles como punto de partida.

Los gobiernos que se plantean acciones antitabáquicas se enfrentan a obstáculos políticos importantes que se oponen al cambio. Así, identificando a los partidarios fundamentales tanto en el lado de la oferta como de la demanda en cada país, las autoridades podrán valorar el tamaño de cada componente, su dispersión o concentración y otros factores que pueden afectar su respuesta al cambio. Por ejemplo, las autoridades podrían observar que los ganadores, en este caso los no fumadores, constituyen un grupo disperso y salpicado, mientras que los perdedores, por ejemplo los cultivadores de tabaco, gozan de una poderosa presencia política y emocional. La planificación cuidadosa y la cartografía política pueden ser esenciales para lograr una transición suave desde la confianza en el tabaco hasta la independencia de él, sean cuales sean la naturaleza de la economía y la estructura política nacional. Este tipo de ejercicios de cartografía fue llevado a cabo, por ejemplo, en Viet Nam.

Prioridades de la investigación

Ya se demostró que las medidas destinadas a reducir la demanda, como el aumento de los impuestos o la prohibición de las actividades de publicidad y promoción, funcionan en los países de ingreso alto y se sabe bastante sobre la forma de poner en práctica estas medidas sin retraso. Al mismo tiempo, sin embargo, para ayudar a los gobiernos a ajustar sus paquetes de intervenciones con el fin de asegurar las mayores probabilidades de éxito, sería necesario confeccionar un calendario de investigación, tanto epidemiológica como económica. A continuación se señalan algunas de las prioridades fundamentales de la investigación.

Investigación de las causas, consecuencias y costos del consumo de tabaco en los ámbitos nacional y regional

Para “contar las muertes por tabaco” y clasificarlas según sus causas, es necesario desarrollar estudios en los ámbitos nacional y regional. Una medida sencilla y barata consiste en introducir preguntas sobre los antecedentes relativos al tabaco en los certificados de defunción, lo que permitiría comparar el exceso de consumo de tabaco en las muertes atribuibles a esta y otras causas. Los beneficios de este tipo de investigaciones van más allá del mero valor práctico de información a los gobiernos sobre el estado de la epidemia de tabaquismo o de la cifra inicial empleada para monitorizar el impacto de las intervenciones de control, puesto que, además, favorecen la respuesta política y podrían tener una influencia importante en el consumo de tabaco.

Así como los estudios epidemiológicos sobre las consecuencias del consumo de tabaco comienzan, al menos, a difundirse fuera de los países de ingreso alto, los relativos a las causas de dicho consumo, a la naturaleza adictiva del

tabaco y a los factores del comportamiento asociados al hábito de fumar siguen mostrando un fuerte sesgo hacia América del Norte y Europa Occidental. En tanto se inician las intervenciones de control, las actividades paralelas de investigación sobre esos mismos aspectos ayudarían a perfeccionar el objetivo de las intervenciones, por ejemplo, de las destinadas a mejorar la información de los más pobres en materia de salud, con el fin de lograr el máximo efecto posible.

Para los economistas, la investigación de la eficacia en relación con el costo de cada intervención en el ámbito nacional constituye también una prioridad. Datos posteriores sobre la elasticidad según el precio en los países de ingreso medio y bajo también serían valiosos, al igual que los cálculos sobre los costos sociales y de asistencia sanitaria asociados al consumo de tabaco en dichos países.

La investigación sobre el control del tabaco recibe menos fondos de lo que sería de esperar, teniendo en cuenta la magnitud de la carga de enfermedad que este hábito implica. Durante los primeros años del decenio de 1990, el período más reciente del que se poseen datos, la inversión en investigación y desarrollo del control del tabaco supuso US\$ 50 por muerte de 1990 (un total de \$148 millones a \$164 millones). En el mismo período, la investigación y desarrollo relacionados con el VIH recibieron alrededor de \$3.000 por muerte de 1990 (un total de \$919 millones a \$985 millones). En ambos casos, los gastos se concentraron, sobre todo, en los países de ingreso alto.

Recomendaciones

Este informe hace dos recomendaciones:

1. En los países en que los *gobiernos* decidan poner en marcha medidas enérgicas para combatir la epidemia de tabaquismo, deberá adoptarse una estrategia combinada. Sus objetivos deben ser apartar a los niños del tabaco, proteger a los no fumadores y proporcionar a todos los fumadores la información pertinente sobre los efectos del tabaco sobre la salud. La estrategia, adaptada a las necesidades específicas de cada país, debería incluir: 1) un aumento de los impuestos sobre el tabaco, utilizando como vara de medir las tasas adoptadas por los países con políticas amplias de lucha antitabáquica y descenso del consumo. En estos países, los impuestos suponen entre dos terceras partes y cuatro quintas partes del precio final de los cigarrillos; 2) publicar y difundir los resultados de las investigaciones sobre los efectos del tabaco sobre la salud, añadir advertencias bien visibles a los etiquetados de los cigarrillos, adoptar prohibiciones completas de las actividades de publicidad y promoción, y restringir el consumo de tabaco en los lugares de trabajo y en los espacios públicos; 3) facilitar el acceso a los tratamientos sustitutivos con nicotina y otros tratamientos para dejar de fumar.

2. Las *organizaciones internacionales*, como los organismos de las Naciones Unidas, deben revisar los programas y políticas existentes para garantizar que en ellos las medidas antitabáquicas reciban la atención que merecen; deben patrocinar investigaciones sobre las causas, las consecuencias y los costos del consumo de tabaco y sobre la eficacia en relación con el costo de las intervenciones en el ámbito local; deben abordar aspectos de la lucha contra el tabaco a través de las fronteras, como la participación en el Convenio Marco para el Control del Tabaco propuesto por la OMS. Las áreas fundamentales de acción abarcan la facilitación de acuerdos internacionales sobre el control del contrabando, discusiones sobre la adecuación de impuestos para reducir los incentivos al contrabando y prohibiciones de actividades de publicidad y promoción que afecten a la totalidad de los medios de comunicación.

La amenaza que supone el tabaco para la salud mundial no tiene precedentes, pero tampoco lo tiene el potencial de reducir la mortalidad con él relacionada mediante políticas eficaces en relación con el costo. Este informe muestra la escala de lo que puede alcanzarse: una acción moderada garantizaría ganancias sanitarias sustanciales para el siglo XXI.

**RECUADRO 7.1 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL CONVENIO
MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO**

En la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 1996, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución en la que se pedía al Director General que iniciara el desarrollo de un convenio marco para el control del tabaco. La OMS, bajo la dirección de la Directora General Gro Harlem Brundtland, dio prioridad a la revigoriación del trabajo destinado a la lucha contra el tabaco y creó un nuevo proyecto, la Iniciativa Sin Tabaco (IST). Una pieza clave del trabajo de la IST es el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS.

El CMCT de la OMS sería un instrumento legal internacional destinado a circunscribir el crecimiento de la pandemia mundial de tabaquismo, sobre todo en los países en desarrollo. Si se pone en práctica, el convenio será algo nuevo en la OMS y en el mundo. Será la primera vez que los 191 Estados Miembros de la OMS ejerzan la autoridad constitucional de la OMS para que sirva de plataforma al desarrollo de un convenio. Además, será el primer convenio multilateral centrado específicamente en un problema de salud pública. El conoci-

(continúa en la página siguiente)

RECUADRO 7.1 (CONTINUACIÓN)

miento de la naturaleza adictiva y de la calidad letal del consumo del tabaco, combinado con el interés de muchos países por mejorar la regulación del tabaco mediante instrumentos internacionales, ayudará al desarrollo del CMCT de la OMS.

El enfoque con que el protocolo del CMCT pretende favorecer los acuerdos multilaterales y las actividades de lucha antitabáquica es una estrategia de regulación internacional. Dicha estrategia defiende alcanzar el consenso mundial a través de etapas progresivas, dividiendo la negociación de temas distintos en acuerdos individuales:

- Primero, los estados adoptan un convenio marco para lograr la cooperación en torno a objetivos ampliamente aceptados y crear las instituciones básicas de una estructura legal multilateral.
- Se diseñan protocolos de acuerdo independientes con medidas específicas destinadas a poner en práctica los objetivos amplios diseñados en el convenio marco.

El enfoque del protocolo del convenio marco fue usado en otras ocasiones para abordar problemas internacionales, como sucede con el Convenio de Viena para la Protección de la Capa de Ozono y en el Protocolo de Montreal.

La negociación y ejecución del CMCT de la OMS ayudaría a reducir el consumo de tabaco, movilizandó la toma de conciencia nacional e internacional y los recursos técnicos y económicos necesarios para adoptar medidas eficaces de la lucha antitabáquica en el ámbito nacional. El convenio reforzaría asimismo la cooperación internacional en aspectos de lucha antitabáquica que trascienden las fronteras nacionales, como la mercadotecnia y promoción mundial de los productos del tabaco y el contrabando. Aunque la negociación de cada tratado sería distinta y dependería de la voluntad política de los estados, el Plan de Trabajo Acelerado del CMCT de la OMS prevé la adopción del convenio a más tardar en mayo del año 2003.

RECUADRO 7.2 POLÍTICA DEL BANCO MUNDIAL EN RELACIÓN CON EL TABACO

Desde 1991, el Banco Mundial dispone de una política sobre el tabaco, en la que reconoce sus peligrosos efectos para la salud. Esta política consta de cinco aspectos fundamentales. En primer lugar, las actividades del Banco en el sector salud, como el diálogo político y los préstamos, desincentivan el uso de los productos del tabaco. En segundo lugar, el Banco no presta directamente ni invierte ni garantiza las inversiones o préstamos destinados a la producción, procesamiento o comercialización del tabaco. Sin embargo, en algunos países de economía agraria fuertemente dependientes del tabaco como fuente de ingresos y de ganancias en el comercio internacional, el Banco pretende afrontar la situación respondiendo de la forma más efectiva posible a las necesidades de desarrollo de estos países. El objetivo del Banco consiste en ayudar a estos países a diversificar sus economías para que dejen de depender del tabaco. En tercer lugar, los préstamos del Banco no ayudan indirectamente, siempre que ello sea posible, a la producción de tabaco. En cuarto lugar, el tabaco y la maquinaria y equipo para

su procesamiento no pueden incluirse entre las importaciones financiadas con préstamos del Banco. En quinto lugar, el tabaco y las importaciones con él relacionadas pueden ser excluidos de los acuerdos entre los prestatarios y el Banco, con el fin de liberalizar el comercio y reducir las tarifas.

La política del Banco concuerda con los argumentos recogidos en este informe referentes a la desaparición de las subvenciones. Sin embargo, la importancia dada a las medidas relativas a la oferta de tabaco no ha reducido su consumo en cantidades mensurables desde 1991 hasta hoy. Entretanto, el trabajo del Banco en relación con la lucha antitabáquica, en un conjunto de alrededor de 14 países y con un costo total de los proyectos de más de US\$ 100 millones, consiste fundamentalmente en actividades de promoción e información sanitarias. La ampliación de este trabajo para centrarlo en los precios y la regulación, recibió en principio el apoyo del *Sector Strategy Paper* de 1997 del Banco. Este informe confirmó la importancia de elegir los precios como medio efectivo para reducir la demanda.

APÉNDICE A

Impuestos sobre el tabaco: opinión del Fondo Monetario Internacional

EL aumento de los impuestos sobre el consumo de tabaco suele incluirse como uno de los componentes de los programas de estabilización apoyados por el Fondo para los países que necesitan movilizar ingresos recaudatorios adicionales para reducir su déficit fiscal. Aunque el objetivo fundamental de la tasación de los derivados del tabaco puede ser el incremento de los ingresos del Estado, también produce beneficios para la salud, asociados a la reducción del consumo.

Al establecer los impuestos sobre el tabaco, los gobiernos han de tener en cuenta varios factores, entre ellos el impacto del contrabando, la frecuencia de adquisición al otro lado de las fronteras y las compras libres de impuestos realizadas en barcos y aviones. A los gobiernos les interesa reducir el contrabando, no solo para aumentar sus ingresos impositivos, sino también para limitar la pérdida de ingresos por otros impuestos, como los de la renta y el valor agregado, pérdida que se produce cuando las transacciones comerciales ilegales sustituyen a las legales. En último término, los impuestos sobre el tabaco deben reflejar la capacidad adquisitiva de los consumidores locales, los impuestos de los países vecinos y, sobre todo, la capacidad y decisión de las autoridades económicas para hacer que se cumplan.

En relación con la estructura de los impuestos sobre el tabaco, los países deben tasar todos los tipos: cigarrillos, cigarros puros, tabaco de pipa o tabaco para aspirar o mascar, y el tabaco picado para liar. En el ámbito internacional, lo mejor es establecer los impuestos según el destino, de manera que se graven las importaciones y se desgraven las exportaciones.

Los impuestos pueden ser específicos (según la cantidad) o *ad valorem* (según el valor). Si el propósito primordial del impuesto consiste en desalentar el consumo de tabaco, deberá hacerse hincapié en los impuestos específicos que gravan de la misma forma a todos los productos. Además, los impuestos específicos son más fáciles de administrar, ya que solo es necesario determinar la cantidad física del producto tasado y no su valor. Sin embargo, los impuestos *ad valorem* pueden desempeñar un papel en caso de inflación, cuando son mejores que los impuestos específicos, aunque estos se ajusten con bastante frecuencia.

La administración de los impuestos sobre el tabaco nacional requiere una estrategia integrada para el registro, archivo y comprobación de pago de los contribuyentes, la recolección de los impuestos debidos, las auditorías y los servicios a los contribuyentes. Los países en desarrollo y en transición pueden tener que considerar los servicios de producción de tabaco como extraterritoriales y administrar los impuestos de la misma manera que los derechos de aduana. La autoridad recaudatoria debe controlar los embarques que entran y salen de los lugares de producción.

Los sellos de tasas pueden ayudar a garantizar el pago de los impuestos y a demostrar que los productos que pagaron la tasa adecuada impuesta por la jurisdicción no fueron desviados a otra. Sin embargo, la introducción de sellos supone costos considerables para los productores de bienes de consumo imponibles. Los sellos apenas tienen valor de control, a menos que su utilización sea monitorizada a través de la venta al por menor.

APÉNDICE B

Trabajos de base

ALGUNOS de los trabajos sobre los que basa este informe serán publicados próximamente en un libro editado por Oxford University Press titulado *Tobacco Control Policies in Developing Countries*, dirigido por Prabhat Jha y Frank Chaloupka.

Bobak, Martin, Prabhat Jha, Son Nguyen, Martin Jarvis. *Poverty and Tobacco*. Chaloupka, Frank, Tei-Wei Hu, Kenneth E. Warner, Rowena van der Merwe, Ayda Yurekli. *Taxation of Tobacco Products*.

Gajalakshmi, C.K., Prabhat Jha, Son Nguyen, Ayda Yurekli. *Patterns of Tobacco Use, and Health Consequences*.

Jha, Prabhat, Phillip Musgrove, Frank Chaloupka. *Is There a Rationale for Government Intervention?*

Jha, Prabhat, Fred Paccaud, Ayda Yurekli, Son Nguyen. *Strategic Priorities for Governments and Development Agencies in Tobacco Control*.

Joossens, Luk, David Merriman, Ayda Yurekli, Frank Chaloupka. *Issues in Tobacco Smuggling*.

Kenkel, Donald, Likwang Chen, Teh-Wei Hu, Lisa Bero. *Consumer Information and Tobacco Use*.

Lightwood, James, David Collins, Helen Lapsley, Thomas Novotny, Helmut Geist, Rowena van der Merwe. *Counting the Costs of Tobacco Use*.

Merriman, David, Ayda Yurekli, Frank Chaloupka. *How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem?*

- Novotny, Thomas E., Jillian C. Cohen, David Sweanor. *Smoking Cessation, Nicotine Replacement Therapy, and the Role of Government in Supporting Cessation.*
- Peck, Richard, Frank Chaloupka, Prabhat Jha, James Lightwood. *Cost-Benefit Analysis of Tobacco Consumption.*
- Ranson, Kent, Prabhat Jha, Frank Chaloupka, Ayda Yurekli. *Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policy Interventions.*
- Saffer, Henry. *The Control of Tobacco Advertising and Promotion.*
- Sunley, Emil M., Ayda Yurekli, Frank Chaloupka. *The Design, Administration, and Potential Revenue of Tobacco Excises: A Guide for Developing and Transition Countries.*
- Taylor, Allyn L., Frank Chaloupka, Emmanuel Guindon, Michaelyn Corbett. *Trade Liberalization and Tobacco Consumption.*
- Van der Merwe, Rowena, Fred Gale, Thomas Capehart, Ping Zhang. *The Supply-side Effects of Tobacco Control Policies.*
- Woollery, Trevor, Samira Asma, Frank Chaloupka, Thomas E. Novotny. *Other Measures to Reduce the Demand for Tobacco Products.*
- Yurekli, Ayda, Son Nguyen, Frank Chaloupka, Prabhat Jha. *Statistical Annex.*

APÉNDICE C

Agradecimientos

ESTE informe se benefició enormemente de las ideas, de las aportaciones técnicas y de la revisión crítica de un amplio grupo de personas y organizaciones. Las contribuciones a los capítulos concretos se agradecen en la Nota Bibliográfica. A continuación se citan las personas que revisaron los trabajos de base o el resumen del informe. Además, numerosas consultas permitieron también obtener valiosas contribuciones.

A. Revisores de los trabajos de base o del resumen del informe

Iraj Abedian, Samira Asma, Peter Anderson, Enis Baris, Howard Barnum, Edith Brown-Weiss, Neil Collishaw, Michael Ericksen, Christine Godfrey, Robert Goodland, Ramesh Govindaraj, Vernor Griese, Jack Henningfield, Chee-Ruey Hsieh, Teh-Wei Hu, Gregory Ingram, Paul Isenman, Steven Jaffee, Dean Jamison, Michael Linddal, Alan Lopez, Dorsati Madani, Will Manning, Jacob Meerman, Cyril Muller, Philip Musgrove, Richard Peck, Richard Peto, Markku Pekurinen, John Ryan, David Sweanor, John Tauras, Joy Townsend, Adam Wagstaff, Kenneth Warner, Trevor Woollery, Russell Wilkins, Witold Zatonski, Barbara Zolty, y Mitch Zeller.

B. Consultas

1. Examen del resumen del borrador del informe y de los aspectos económicos fundamentales

27 de agosto de 1997, 10.^a Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, Pekín, China. Patrocinada por el Banco Mundial.

Presidente: Thomas Novotny

Participantes: Iraj Abedian, Frank Chaloupka, Simon Chapman, Kishore Chaundhry, Neil Collishaw, Vera Luisa da Costa y Silva, Prakash Gupta, Laksmiati Hanafiah, Natasha Herrera, Teh-Wei Hu, Desmond Johns, Prabhat Jha, Luk Joossens, Ken Kyle, Eric LeGresley, Michelle Lobo, Judith Mackay, Patrick Masobe, Kathleen McCormally, Zofia Mielecka-Kubien, Rafael Olganov, Alex Papilaya, Terry Pechacek, Milton Roemer, Ruth Roemer, Lu Rushan, Cecilia Sepúlveda, David Simpson, Paramita Sudharto, Joy Townsend, Sharad Vaidya, Rowena Van Der Merwe, Kenneth Warner, Shaw Watanabe, David Zaridze y Witold Zatonski.

2. Revisión inicial de los resúmenes y contenido de los trabajos de base

20 de febrero de 1998, en la conferencia sobre “The Economics of Tobacco: Toward an Optimal Policy Mix” celebrada en la Universidad de Cape Town, Cape Town, Sudáfrica. Patrocinada por el Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Lausana y la Universidad de Cape Town.

Director: Paul Isenman

Participantes: Iraj Abedian, Judith Bale, Enis Baris, Frank Chaloupka, David Collins, Neil Collishaw, Brian Easton, Helmut Geist, Chee-Ruey Hsieh, Teh-Wei Hu, Prabhat Jha, Luk Joossens, Kamal Nayan Kabra, Pamphil Kweyuh, Helen Lapsley, Judith Mackay, Eddie Maravanyika, Sergiusz Matusia, Thomas Novotny, Fred Paccaud, Richard Peck, Krzysztof Przewozniak, Yussuf Saloojee, Conrad Shamlaye, Timothy Stamps, Krisela Steyn, Frances Stillman, David Sweanor, Joy Townsend, Rowena Van Der Merwe, Kenneth Warner y Derek Yach.

3. Reunión para la revisión técnica económica

22-24 de noviembre de 1998, en Lausana, Suiza. Patrocinada por el Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Lausana y por el Banco Mundial.

Codirectores: Felix Gutzwiller y Fred Paccaud

Participantes: Iraj Abedian, Nisha Arunatilleke, Martin Bobak, Phyllida Brown, Frank Chaloupka, David Collins, Jacques Cornuz, Christina Czart, Nishan De Mel, Jean-Pierre Gervasoni, Peter Heller, Tomasz Hermanowski, Alberto Holly, Teh-Wei Hu, Paul Isenman, Dean Jamison, Prabhat Jha, Luk Joossens, Jim Lightwood, Helen Lapsley, David Merriman, Phillip Musgrove, Son Nam Nguyen, Richard Peck, Markku Pekurinen, Thomson Prentice, Kent Ranson, Marie-France Raynault, John Ryan, Henry Saffer, David Sweanor, John Tauras, Allyn Taylor, Joy Townsend, Rowena van der Merwe, Kenneth Warner, Trevor Woollery y Ayda Yurekli.

4. Revisión por expertos externos

17 de marzo de 1999 en Washington, D.C. Patrocinada por la Office on Smoking and Health, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

Director: Michael Ericksen

Participantes: Iraj Abedian, Samira Asma, Judith Bale, Enis Baris, Phyllida Brown, Frank Chaloupka, Peter Heller, Paul Isenman, Prabhat Jha, Nancy Kaufman, Thomas Loftus, Judith Mackay, Caryn Miller, Rose Nathan, Son Nam Nguyen, Fred Paccaud, Anthony So, Roberta Walburn, Kenneth Warner, Trevor Woollery, Derek Yach y Ayda Yurekli.

APÉNDICE D

El mundo según niveles de ingreso y regiones (clasificación del Banco Mundial)

<i>Asia Oriental y Pacífico</i>	<i>Europa y Asia Central</i>	<i>América Latina y el Caribe</i>	<i>Oriente Medio y Norte de África</i>	<i>Asia Meridional</i>	<i>África al sur del Sahara</i>	<i>Ingreso alto OCDE</i>	<i>Otros de ingreso alto</i>
<i>Ingreso bajo</i>							
Camboya	Armenia	Guyana	Yemen, Rep.	Afganistán	Angola		
China	Azerbaiyán	Haití		Bangladesh	Benin		
Mongolia	Bosnia y Herzegovina	Honduras		Bhután	Burkina Faso		
Myanmar	Kirguistán	Nicaragua		India	Burundi		
República Democrática Popular Lao	Moldova			Nepal	Camerún		
Viet Nam	Tayikistán			Pakistán	Chad		
				Sri Lanka	Comoras		
					Congo, Rep. Dem.		
					Congo, Rep.		
					Côte d'Ivoire		
					Guinea Ecuatorial		
					Eritrea		
					Etiopía		
					Gambia		
					Ghana		
					Guinea		
					Guinea-Bissau		
					Kenya		
					Lesotho		
					Liberia		

(continúa en la página siguiente)

El mundo según niveles de ingreso y regiones (clasificación del Banco Mundial) - (continuación)

<i>Asia Oriental y Pacífico</i>	<i>Europa y Asia Central</i>	<i>América Latina y el Caribe</i>	<i>Oriente Medio y Norte de África</i>	<i>Asia Meridional</i>	<i>África al sur del Sahara</i>	<i>Ingreso alto OCDE</i>	<i>Otros de ingreso alto</i>
<i>Ingreso bajo (continuación)</i>							
					Madagascar		
					Malawi		
					Malí		
					Mauritania		
					Mozambique		
					Níger		
					Nigeria		
					República Centrafricana		
					Rwanda		
					Santo Tomé y Príncipe		
					Senegal		
					Sierra Leona		
					Somalia		
					Sudán		
					Tanzanía		
					Togo		
					Uganda		
					Zambia		
					Zimbabwe		
<i>Ingreso mediano bajo</i>							
Corea, Rep. Dem.	Albania	Belice	Argelia	Maldivas	Botswana		
Fiji	Belarús	Bolivia	Cisjordania y Gaza		Cabo Verde		
Filipinas	Bulgaria	Colombia			Djibouti		
Indonesia	Estonia	Costa Rica	Egipto		Namibia		
Islas Marshall	Federación de Rusia	Cuba	Irán Rep. Isl.		Swazilandia		

Islas Salomón	Georgia	Dominica	Iraq
Kiribati	Kazajstán	República	Jordania
Micronesia, Est. Fed.	Letonia	Dominicana	Líbano
Papua	Lituania	Ecuador	Marruecos
Nueva Guinea	Macedonia, Ex Rep. Yugoslava	El Salvador	República Árabe Siria
Samoa	Rumania	Granada	Túnez
Tailandia	Turquía	Guatemala	
Tonga	Turkmenistán	Jamaica	
Vanuatu	Ucrania	Panamá	
	Uzbekistán	Paraguay	
	Yugoslavia, Rep. Fed.	Perú	
		San Vicente y Las Granadinas	
		Suriname	
		Venezuela	

Ingreso mediano alto

Malasia	Croacia	Antigua y Barbuda	Arabia Saudita	Gabón
Palau	Eslovenia	Argentina	Bahrein	Mauricio
Samoa Americana	Hungría	Barbados	Libia	Mayotte
	Isla de Man	Brasil	Omán	Seychelles
	Malta	Chile		Sudáfrica
	Polonia	Guadalupe		
	República Checa	México		
	República Eslovaca	Puerto Rico		
		Saint Kitts y Nevis		
		Santa Lucía		
		Trinidad y Tabago		
		Uruguay		

(continúa en la página siguiente)

El mundo según niveles de ingreso y regiones (clasificación del Banco Mundial) - (continuación)

<i>Asia Oriental y Pacífico</i>	<i>Europa y Asia Central</i>	<i>América Latina y el Caribe</i>	<i>Oriente Medio y Norte de África</i>	<i>Asia Meridional</i>	<i>África al sur del Sahara</i>	<i>Ingreso alto OCDE</i>	<i>Otros de ingreso alto</i>
<i>Ingreso alto</i>						Alemania	Andorra
						Australia	Antillas Neerlandesas
						Austria	Aruba
						Bélgica	Bahamas
						Canadá	Bermuda
						Dinamarca	Brunei
						España	Chipre
						Estados Unidos	Emiratos Árabes Unidos
						Finlandia	Groenlandia
						Francia	Guam
						Grecia	Guayana Francesa
						Holanda	Hong Kong, China
						Irlanda	Islas Caimán
						Islandia	Islas del Canal
						Italia	Islas Feroe
						Japón	Islas Marianas del Norte
						Luxemburgo	Islas Vírgenes (EUA)
						Nueva Zelandia	Israel
						Noruega	Polinesia Francesa
						Portugal	Kuwait
						Reino Unido	Liechtenstein
						República de Corea	Macao
						Suecia	Martinica
						Suiza	Mónaco
							Nueva Caledonia
							Qatar
							Reunión
							Singapur

Fuente: Banco Mundial, 1998.

Nota bibliográfica

Capítulo 1. Tendencias del consumo de tabaco en el mundo

La discusión sobre el consumo y la epidemiología descansa en el trabajo de base de Gajalakshmi y otros; Lund y otros, 1995; el trabajo de base de Ranson y otros; Wald y Hackshaw, 1996 y Organización Mundial de la Salud, 1997. La sección sobre el estado socioeconómico se inspira en el trabajo de base de Bobak y otros; Adademia China de Medicina Preventiva, 1997; Gupta, 1996; Jenkins y otros, 1997; Obot, 1990; Hill y otros, 1998; U.S. Surgeon General Reports, 1989 y 1994; U.K. Government, 1998; Wersall y Eklund, 1998; White y Scollo, 1998. La discusión sobre la liberalización del comercio se basa en Chaloupka y Laixuthai, 1996; trabajo de base de Taylor y otros.

Capítulo 2. Las consecuencias del tabaco para la salud

La discusión sobre la adicción a la nicotina se basa en Charlton, 1996; Foulds, 1996; Lynch y Bonnie, 1994; Kessler, 1995; McNeill, 1989; U.S. Surgeon General Reports 1988, 1989 y 1994. La discusión sobre la magnitud de la carga de enfermedad atribuible al tabaco descansa en el trabajo de base de Bobak y otros; Doll y Peto, 1981; Doll y otros, 1994; Environmental Protection Agency, 1992; el trabajo de base de Gajalakshmi y otros; Gupta, 1989; Jha y otros, de próxima aparición; Liu y otros, 1998; Meara, de próxima aparición; Niu y otros, 1998; Parish y otros, 1995; Peto y otros, 1994; Peto, Chen y Boreham, 1999; Royal College of Physicians, 1992.

Capítulo 3. ¿Conocen los fumadores los riesgos del tabaco y soportan sus costos?

La discusión sobre el conocimiento de los riesgos sanitarios se basa en Ayanian y Cleary, 1999; Barnum, 1994; Chaloupka y Warner, en prensa; Academia China de Medicina Preventiva, 1997; Johnston y otros, 1998; el trabajo de base de Kenkel y otros; Kessler, 1995; Levshin y Droggachih, 1999; Schoenbaum, 1997; Viscusi, 1990, 1991 y 1992; Weinstein, 1998; Zatonski, 1996. La discusión sobre el costo que soportan los demás se inspira en el trabajo de base de Lightwood y otros; Manning y otros, 1991; Pekurinen, 1992; Viscusi, 1995; Warner y otros, en prensa; World Bank, 1994b.

Capítulo 4. Medidas para reducir la demanda de tabaco

Este capítulo se basa en Abedian y otros, 1998; el trabajo de base de Chaloupka y otros; Chaloupka y Warner, en prensa; Townsend, 1996; el trabajo de base de Jha y otros; el trabajo de base de Kenkel y otros; Laugesen y Meads, 1991; el trabajo de base de Novotny y otros; Pekurinen, 1992; el trabajo de base de Ranson y otros; Raw y otros, 1999; Reid, 1996; Saffer y Chaloupka, 1999; el trabajo de base de Saffer y otros; Tansel, 1993; Townsend, 1998; U.K. Department of Health, 1998; U.S. Surgeon General Report, 1989; Warner y otros, 1997; Zatonski y otros, 1999.

Capítulo 5. Medidas para reducir la oferta de tabaco

El capítulo sigue los trabajos de Altman y otros, 1998; Berkelman y Buehler, 1990; Chaloupka y Warner, en prensa; Crescenti, 1992; Food and Agriculture Organization, 1998; Ginsberg, 1999; IEC, 1998; el trabajo de base de Joossens y otros; Manavanyika, 1998; el trabajo de base de Merriman y otros; Reuter, 1992; el trabajo de base de Taylor y otros; Thursby y Thursby, 1994; U.S. Department of Agriculture, 1998; el trabajo de base de Van der Merwe; Warner, 1988; Warner y Fulton, 1994; Warner y otros, 1996; Zang y Husten, 1998.

Capítulo 6. Costo y consecuencias del control del tabaco

Este capítulo se basa en Altman y otros, 1998; Buck y otros, 1995; Centers for Disease Control and Prevention, 1998; el trabajo de base de Chaloupka y otros; Doll y Crofton, 1996; Efroymsen y otros, 1996; Irvine y Sims, 1997; Jones, 1999; el trabajo de base de Joossens y otros; McNicoll y Boyle, 1992; Murray y Lopez, 1996; Orphanides y Zervos, 1995; Suranovic y otros, 1999; Townsend, 1998; Van der Merwe, 1998; el trabajo de base de Van der Merwe y otros; Warner, 1987; Warner y Fulton, 1994; Warner y otros, 1996; World Bank, 1993.

Capítulo 7. Un calendario para la acción

Este capítulo descansa en el trabajo de base de Jha y otros; Abedian y otros, 1998; WHO 1996a; U.S. Surgeon General 1999; Samet y otros, 1997.

Bibliografía

- Abedian I, van der Merwe R, Wilkins N, Prabhat J, eds. *The Economics of Tobacco Control: Towards an Optimal Policy Mix*. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town; 1998.
- Agro-economic Services, Ltd, y Tabacosmos, Ltd. *The Employment, Tax Revenue and Wealth that the Tobacco Industry Creates*; 1987.
- Altman DG, Zaccaro DJ, Levine DW, Austin D, Woodell C, Bailey B, Sligh M, Cohn G, Dunn J. Predictors of Crop Diversification A Survey of Tobacco Farmers in North Carolina. *Tobacco Control* 1998;7(4):376–382.
- American Economics Group, Inc. *Economic Impact in the States of Proposed FDA Regulations Regarding the Advertising, Labeling and Sale of Tobacco Products*. Washington, DC; 1996.
- Atkinson AB, Skegg JL. Anti-Smoking Publicity and the Demand for Tobacco in the UK. *The Manchester School of Economic and Social Studies* 1973;41:265–282.
- Atkinson AB, Gomulka J, Stern N. *Household Expenditure on Tobacco 1970–1980: Evidence from the Family Expenditure Survey*. London: London School of Economics; 1984.
- Ayanian J, Cleary P. Perceived Risks of Heart Disease and Cancer Among Cigarette Smokers. *Journal of the American Medical Association* 1999;281(11):1019–1021.
- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en salud, 1993*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.

- Barendregt JJ, Bonneux L, van der Maas PJ. The Health Care Costs of Smoking. *New England Journal of Medicine* 1997;337(15):1052–1057.
- Barnum H. The Economic Burden of the Global Trade in Tobacco. *Tobacco Control* 1994;3:358–361.
- Barnum H, Greenberg RE. Cancers. En: Jamison DT, Mosley HW, Measham AR, Bobadilla JL, eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford Medical Publications; 1993.
- Becker GS, Grossman M, Murphy KM. Rational Addiction and the Effect of Price on Consumption. *American Economic Review* 1991;81:237–241.
- Becker GS. An Empirical Analysis of Cigarette Addiction. *American Economic Review* 1991;84:396–418.
- Berkelman RL, Buehler JW. Public Health Surveillance of Non-Infectious Chronic Diseases: the Potential to Detect Rapid Changes in Disease Burden. *International Journal of Epidemiology* 1990;19(3):628–635.
- Booth M. *Opium: A History*. New York: St. Martin's Press; 1998.
- British American Tobacco. *Tobacco Taxation Guide: A Guide to Alternative Methods of Taxing Cigarettes and Other Tobacco Products*. Woking: Optichrome The Printing Group; 1994.
- Buck D, Godfrey C, Raw M, Sutton M. *Tobacco and Jobs*. York: Society for the Study of Addiction and the Centre for Health Economics, University of York; 1995.
- Capehart T. The Tobacco Program—A Summary and Update. En: *Tobacco Situation & Outlook Report*. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service; 1997. (TBS-238).
- Chaloupka FJ. *Men, Women, and Addiction: The Case of Cigarette Smoking*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1990. (NBER Working Paper No. 3267).
- Chaloupka FJ. Rational Addictive Behavior and Cigarette Smoking. *Journal of Political Economy* 1991;99(4):722–742.
- Chaloupka FJ. *The Impact of Proposed Cigarette Price Increases*. Health Sciences Analysis Project. Washington, DC: Advocacy Institute; 1998. (Policy Analysis No. 9).
- Chaloupka FJ, Laixuthai A. *US Trade Policy and Cigarette Smoking in Asia*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1996. (NBER Working Paper No. 5543).
- Chaloupka FJ, Saffer H. Clean Indoor Air Laws and the Demand for Cigarettes. *Contemporary Policy Issues* 1992;10(2):72–83.
- Chaloupka FJ, Wechsler H. Price, Tobacco Control Policies and Smoking Among Young Adults. *Journal of Health Economics* 1997;16(3):359–373.
- Chaloupka FJ, Warner KE. The Economics of Smoking. En: Newhouse J, Culyer A, eds. *The Handbook of Health Economics*. Amsterdam. En prensa.

- Chaloupka FJ, Grossman M. *Price, Tobacco Control Policies and Youth Smoking*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1996. (NBER Working Paper No. 5740).
- Chaloupka FJ, Pacula RL. *An Examination of Gender and Race Differences in Youth Smoking Responsiveness to Price and Tobacco Control Policies*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1998. (NBER Working Paper No. 6541).
- Chalton A. Children and Smoking: The Family Circle. *British Medical Bulletin* 1996;52(1):90–107.
- Chase Econometrics. *The Economic Impact of the Tobacco Industry on the United States Economy in 1983*. Bala Cynwyd: Chase Econometrics; 1985.
- Chinese Academy of Preventive Medicine. *Smoking in China: 1996 National Prevalence Survey of Smoking Pattern*. Beijing: China Science and Technology Press; 1997.
- Coalition on Smoking or Health. *Saving Lives and Raising Revenue: The Case for a \$2 Federal Tobacco Tax Increase*. Washington, DC: Coalition on Smoking or Health; 1994.
- Collins DJ, Lapsley HM. *The Economic Impact of Tobacco Smoking in Pacific Islands*. Wairoa: Pacific Tobacco and Health Project; 1997.
- Collishaw N. An International Framework Convention for Tobacco Control. *Heart Beat* 1996;2:11.
- Crescenti MG. No Alternative to Tobacco. *Tobacco Journal International* 1992;6(November-December).
- Doll R, Peto R. *The Causes of Cancer*. New York: Oxford University Press; 1981.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in Relation to Smoking: 40 Years' Observations on Male British Doctors. *British Medical Journal* 1994;309(6959):901–911.
- Doll R, Crofton J, eds. Tobacco and Health. *British Medical Bulletin* 1996;52(1).
- Douglas S. The Duration of the Smoking Habit. *Economic Inquiry* 1998;36(1):49–64.
- Duffy M. Econometric Studies of Advertising, Advertising Restrictions, and Cigarette Demand: A Survey. *International Journal of Advertising* 1996;15:1–23.
- The Economist. An Anti-Smoking Wheeze: Washington Needs a Sensible All-Drugs Policy, Not a 'War' on Teenage Smoking. 19 August 1995, pp. 14–15.
- The Economist. Tobacco and Tolerance. 20 December 1997, pp. 59–61.
- Efroymsen D, Phuong DT, Huong TT, Tuan T, Trang NQ, Thanh VPN, Stone T. *Decision Mapping for Tobacco Control in Vietnam: Report to the International Tobacco Initiative*. PATH Canada. Project 94-0200-01/02214.

- Ensor T. Regulating Tobacco Consumption in Developing Countries. *Health Policy and Planning* 1992;7:375–381.
- Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. EPA, Office of Research and Development, Office of Air and Radiation; 1992. (EPA/600/6-90/006F).
- Evans WN, Huang LX. *Cigarette Taxes and Teen Smoking: New Evidence from Panels of Repeated Cross-Sections*. University of Maryland, Department of Economics; 1998. (Working paper).
- Evans WN, Farrelly MC. The Compensating Behavior of Smokers: Taxes, Tar and Nicotine. *RAND Journal of Economics* 1998;29(3):578–595.
- Evans WN, Farrelly MC, Montgomery E. *Do Workplace Smoking Bans Reduce Smoking?* Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1996. (NBER Working Paper No. 5567).
- Federal Trade Commission. Cigarette Advertising and Promotion in the United States, 1993: A Report of the Federal Trade Commission. *Tobacco Control* 1995;4:310–313.
- Food and Agriculture Organization. Food and Agriculture Organization of the United Nations Database; 1998. (<http://apps.fao.org>).
- Foulds J. Strategies for Smoking Cessation. *British Medical Bulletin* 1996;52(1):157–173.
- Gajalakshmi CK, Peto R. Studies on Tobacco in Chennai, India. En: Lu R., Mackay J, Niu S, Peto R, eds. *The Growing Epidemic, Proceedings of the Tenth World Conference on Tobacco or Health*, Beijing, 24–28 August 1997. Singapore: Springer-Verlag. En prensa.
- Gale F. Tobacco Dollars and Jobs. *Tobacco Situation & Outlook* 1997;239(September):37–43. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service.
- Gale F. Economic Structure of Tobacco-Growing Regions. *Tobacco Situation & Outlook* 1998; 241(April):40–47. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service. General Accounting Office. Economic Structure of Tobacco-Growing Regions. *Tobacco Situation & Outlook*. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service. TBS 1998;241(April):40–47.
- General Accounting Office. *Teenage Smoking: Higher Excise Tax Should Significantly Reduce the Number of Smokers*. Washington, DC; 1989.
- Ginsberg S. Tobacco Farmers Feel the Heat. *Washington Post*, January 2, 1999.
- Glantz SA, Parmley WW. Passive Smoking and Heart Disease: Mechanisms and Risk. *Journal of the American Medical Association* 1995;73(13):1047–1053.
- Gong YL, Koplan JP, Feng W, Chen CH, Zheng P, Harris JR. Cigarette Smoking in China: Prevalence, Characteristics, and Attitudes in Minhang District. *Journal of the American Association of Medicine* 1995;274(15):1232–1234.

- Goto K, Watanabe S. Social Cost of Smoking for the 21st Century. *Journal of Epidemiology* 1995; 5(3):113–115.
- Gray M. *Drug Crazy: How We Got Into This Mess And How We Can Get Out*. New York: Random House; 1998.
- Grise VN. *Tobacco: Background for 1995 Farm Legislation*. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service; 1995. (Agricultural Economic Report No.709).
- Gupta PC. An Assessment of Morbidity and Mortality Caused by Tobacco Usage in India. En: Sanghvi LD, Notani P, eds. *Tobacco and Health: the Indian Scene*. Bombay: International Union Against Cancer and Tata Memorial Center; 1989.
- Gupta PC. Survey of Sociodemographic Characteristics of Tobacco Use Among 99,598 Individuals in Bombay, India, Using Handheld Computers. *Tobacco Control* 1996;5:114–120.
- Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The Accumulated Evidence of Lung Cancer and Environmental Tobacco Smoke. *British Medical Journal* 1997;315(7114):980–988.
- Harris and Associates. *Prevention in America: Steps People Take—or Fail to Take—For Better Health*. Citado en U.S. Department of Health and Human Services; 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: a Report of the Surgeon General*. Office on Smoking and Health, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control, Public Health Service. Washington, DC: U.S. Department of Human and Health Services; 1989. (DHHS Publication No. CDC 89-8411).
- Harris JE. The 1983 Increase in the Federal Cigarette Excise Tax. En: Summers LH, ed. *Tax Policy and the Economy*. Vol. 1. Cambridge: MIT Press; 1987.
- Harris JE. *A Working Model for Predicting the Consumption and Revenue Impacts of Large Increases in the U.S. Federal Cigarette Excise Tax*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1994. (NBER Working Paper No. 4803).
- Hill DJ, White VM, Scollo MM. Smoking Behaviours of Australian Adults in 1995: Trends and Concerns. *Medical Journal of Australia* 1998;168 (5):209–213.
- Hodgson TA. The Health Care Costs of Smoking. *New England Journal of Medicine* 1998;338(7):470.
- Hodgson TA, Meiners MR. Cost-of-Illness Methodology: A Guide to Current Practices and Procedures. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1982;60:429–462.
- Hsieh CR, Hu TW. *The Demand for Cigarettes in Taiwan: Domestic Versus Imported Cigarettes*. Nankang (Taipei): The Institute of Economics, Academia Sinica; 1997. (Discussion Paper No. 9701).

- Hu TW, Sung HY, Keeler TE. Reducing Cigarette Consumption in California: Tobacco Taxes vs. an Anti-Smoking Media Campaign. *American Journal of Public Health* 1995a;85(9):1218-1222.
- Hu TW, Sung HY, Keeler TE. The State Antismoking Campaign and the Industry Response: the Effects of Advertising on Cigarette Consumption in California. *American Economic Review* 1995b;85(2):85-90.
- Hu TW, Sung HY, Keeler TE, Marcinia M, Keith A, Manning R. Forthcoming. Cigarette Consumption and Sales of Nicotine Replacement Products. En prensa.
- Hu TW, Bai J, Keeler TE, Barnett PG, Sung HY. The Impact of California Proposition 99, A Major Anti-Cigarette Law, on Cigarette Consumption. *Journal of Public Health Policy* 1994;15(1):26-36.
- Hu TW, Keeler TE, Sung HY, Barnett PG. Impact of California Anti-Smoking Legislation on Cigarette Sales, Consumption, and Prices. *Tobacco Control* 1995;4(suppl):S34-S38.
- IEC. IEC Foreign Trade Statistics, World Bank Economic and Social Database. Washington, DC: The World Bank; 1998.
- Irvine IJ, Sims WA. Tobacco Control Legislation and Resource Allocation Effects. *Canadian Public Policy* 1997;23(3):259-273.
- Jenkins CN, Dai PX, Ngoc DH, Kinh HV, Hoang TT, Bales S, Stewart S, McPhee SJ. Tobacco Use in Vietnam: Prevalence, Predictors, and the Role of the Transnational Tobacco Corporations. *Journal of the American Medical Association* 1997;277(21):1726-1731.
- Jha P, Bangoura O, Ranson K. The Cost-Effectiveness of Forty Health Interventions in Guinea. *Health Policy and Planning* 1998;13(3):249-262.
- Jha P, Peto R, Lopez A, Zatonski W, Boreham J, Jarvis M. Tobacco-Attributable Mortality by Socioeconomic Status. En prensa.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Smoking Among American Teens Declines Some. En: *Monitoring the Future Study*. University of Michigan, Institute for Social Research. Press release. December 18. Washington, DC; 1998.
- Jones AM. Adjustment Costs, Withdrawal Effects, and Cigarette Addiction. *Journal of Health Economics* 1999;18:125-137.
- Joossens L, Raw M. Smuggling and Cross-Border Shopping of Tobacco in Europe. *British Medical Journal* 1995;310(6991):1393-1397.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Muramoto ML, Daughton DM, Doan K, Fiore MC, Baker TB. A Controlled Trial of Sustained-Release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation. *New England Journal of Medicine* 1999;340(9):685-691.
- Keeler TE, Marciniak M, Hu TW. Forthcoming. Rational Addiction and Smoking Cessation: An Empirical Study. *Journal of Socio-Economics*. En prensa.

- Keeler TE, Hu TW, Barnett PG, Manning WG. Taxation, Regulation and Addiction: A Demand Function for Cigarettes Based on Time-Series Evidence. *Journal of Health Economics* 1993;12(1):1–18.
- Kenkel DS. Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling. *Journal of Political Economy* 1991;99(2):287–305.
- Kessler DA. Nicotine Addiction in Young People. *New England Journal of Medicine* 1995;333(3):186–189.
- Laugesen M, Meads C. Tobacco Advertising Restrictions, Price, Income and Tobacco Consumption in OECD Countries, 1960-1986. *British Journal of Addiction* 1991;86(10):1343–1354.
- Leu RE, Schaub T. Does Smoking Increase Medical Expenditures? *Social Science & Medicine* 1983; 17(23):1907–1914.
- Levshin V, Drozgachih V. Knowledge and Education Regarding Smoking Among Moscow Teenagers. Paper presented at the workshop on “Tobacco Control in Central and Eastern Europe.” Las Palmas de Gran Canaria; February 26, 1999.
- Lewit EM, Coate D. The Potential for Using Excise Taxes to Reduce Smoking. *Journal of Health Economics* 1982;1(2):121–145.
- Liu BQ, Peto R, Chen ZM, Boreham J, Wu YP, Li JY, Campbell TC, Chen JS. Emerging Tobacco Hazards in China. I. Retrospective Proportional Mortality Study of One Million Deaths. *British Medical Journal* 1998;317(7170): 1,411–1,422.
- Longfield J. *Tobacco Taxes in the European Union: How to Make Them Work for Health*. London: UICC and Health Education Authority; 1994.
- Lu R, Mackay J, Niu S, Peto R, eds. *The Growing Epidemic, Proceedings of the Tenth World Conference on Tobacco or Health*, Beijing, 24–28 August 1997. Singapore: Springer-Verlag. En prensa.
- Lund KE, Roenneberg A, Hafstad A. The Social and Demographic Diffusion of the Tobacco Epidemic in Norway. En: Slama K, ed. *Tobacco and Health*. New York: Plenum Press; 1995.
- Lynch BS, Bonnie RJ, eds. *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington, DC: National Academy Press.
- Mackay J, Crofton J. Tobacco and the Developing World. *British Medical Bulletin* 1996;52(1):206–221.
- Mahood G. Canadian Tobacco Package Warning System. *Tobacco Control* 1995;4:10–14.
- Manning WG, Keeler EB, Newhouse JP, Sloss EM, Wasserman J. *The Costs of Poor Health Habits*. Cambridge: Harvard University Press; 1991.
- Manning WG, Keeler EB, Newhouse JP, Sloss EM, Wasserman J. The Taxes of Sin: Do Smokers and Drinkers Pay Their Way? *Journal of the American Medical Association* 1989;261(11):1604–1609.

- Maravanyika E. Tobacco Production and the Search for Alternatives for Zimbabwe. En: Abedian I, y otros, eds. *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town; 1998.
- Massing M. *The Fix*. New York: Simon & Schuster; 1998.
- McNeill AD, y otros. Nicotine Intake in Young Smokers: Longitudinal Study of Saliva Cotinine Concentrations. *American Journal of Public Health* 1989;79(2):172-175.
- McNicoll IH, Boyle S. Regional Economic Impact of a Reduction of Resident Expenditure on Cigarettes: A Case Study of Glasgow. *Applied Economics* 1992;24:291-296.
- Meara E. Why Is Health Related to Socioeconomic Status? Ph.D. dissertation. Department of Economics. Harvard University. En prensa.
- Merriman D, Yurekli A, Chaloupka F. How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem?. Cambridge: National Bureau of Economic Research. (NBER Working Paper). En prensa.
- Miller VP, Ernst C, Collin F. Smoking-Attributable Medical Care Cost in the USA. *Social Science & Medicine* 1999;48:375-391.
- Moore MJ. Death and Tobacco Taxes. *RAND Journal of Economics* 1996;27(2):415-428.
- Murray CJ, Lopez AD, eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge: Harvard School of Public Health; 1996.
- Musgrove P. *Public and Private Roles in Health*. Washington, DC: The World Bank; 1996. (Discussion Paper No. 339).
- National Cancer Policy Board. *Taking Action to Reduce Tobacco Use*. Washington, DC: National Academy Press; 1998.
- Niu SR, Yang GH, Chen ZM, Wang JL, Wang GH, He XZ, Schoepff H, Boreham J, Pan HC, Peto R. Emerging Tobacco Hazards in China. 2. Early Mortality Results from a Prospective Study. *British Medical Journal* 1998;317(7170): 1423-1424.
- Non-Smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation. *The Smuggling of Tobacco Products: Lessons from Canada*. Ottawa: NSRA/SHAF; 1994.
- Obot IS. The Use of Tobacco Products Among Nigerian Adults: A General Population Survey. *Drug Alcohol Dependence* 1990;26(2):203-208.
- Organización Panamericana de la Salud. *Hacer frente al sida. Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica 570).
- Orphanides A, Zervos D. Rational Addiction with Learning and Regret. *Journal of Political Economy* 1995;103(4):739-758.
- Parish S, Collins R, Peto R, Youngman L, Barton J, Jayne K, Clarke R, Appleby

- P, Lyon V, Cederholm-Williams S, y otros. Cigarette Smoking, Tar Yields, and Non-Fatal Myocardial Infarction: 14,000 Cases and 32,000 Controls in the United Kingdom. The International Studies of Infarct Survival (ISIS) Collaborators. *British Medical Journal* 1995;311(7003):471–477.
- Pearl R. 1938. Tobacco Smoking and Longevity. *Science* 1938;87:216–217.
- Pekurinen M. *Economic Aspects of Smoking: Is There a Case for Government Intervention in Finland?* Helsinki: Vapok-Publishing; 1991.
- Peto R, Lopez AD, Boqi L. Global Tobacco Mortality: Monitoring the Growing Epidemic. En: Lu R, Mackay J, Niu S, Peto R, eds. *The Growing Epidemic*. Singapore: Springer-Verlag. En prensa.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Jr. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Peto R, Chen ZM, Boreham J. Tobacco: the Growing Epidemic. *Nature Medicine* 1999;5(1):15–17.
- Price Waterhouse. *The Economic Impact of the Tobacco Industry on the United States Economy*. Arlington; 1992.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation: Evidence-Based Recommendations for the Healthcare System. *British Medical Journal* 1999;318(7177):182–185.
- Reid D. Effect of Health Publicity on Prevalence of Smoking. *British Medical Journal* 1994;309(6966):1441.
- Reid D. Tobacco Control: Overview. *British Medical Bulletin* 1996;52(1):108–120.
- Reuter P. *The Limits and Consequences of U.S. Foreign Drug Control Efforts*; 1992. (RAND Cooperation Publication No. RP-135).
- Rice DP, Hodgson TA, Sinsheimer P, Browner W, Kopstein AN. The Economic Costs of the Health Effects of Smoking. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1986;64(4):489–547.
- Rigotti NA, DiFranza JR, Chang YC, y otros. The Effect of Enforcing Tobacco-Sales Laws on Adolescents' Access to Tobacco and Smoking Behavior. *New England Journal of Medicine* 1997;337(15):1044–1051.
- Roberts MJ, Samuelson L. An Empirical Analysis of Dynamic, Nonprice Competition in an Oligopolistic Industry. *RAND Journal of Economics* 1988;19(2):200–220.
- Robson L, Single E. *Literature Review of Studies of the Economic Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse; 1995.
- Roemer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial del tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
- Royal College of Physicians. *Smoking and Health. Summary and Report of the Royal College of Physicians of London on Smoking in Relation to Cancer of the Lung and Other Diseases*. New York: Pitman Publishing Co.; 1962.
- Royal College of Physicians. *Smoking and the Young*. London; 1992.

- Rydell CP, Everingham SS. *Controlling Cocaine: Supply Versus Demand Programs*; 1994. (RAND Cooperation Publication No. MR-331-ONDCP/A/DPRC).
- Rydell CP, Caulkins JP, Everingham SS. Enforcement or Treatment? Modeling the Relative Efficacy of Alternatives for Controlling Cocaine. *Operations Research* 1996;44(5):687–695.
- Saffer H, Chaloupka F. *Tobacco Advertising: Economic Theory and International Evidence*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1999. (NBER Working Paper No. 6958).
- Saffer H. Alcohol Advertising and Alcohol Consumption: Econometric Studies. En: Martin SE, ed. *The Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995.
- Saloojee Y. Price and Income Elasticity of Demand for Cigarettes in South Africa. En: Slama K, ed. *Tobacco and Health*. New York: Plenum Press; 1995.
- Samet JM, Yach D, Taylor C, Becker K. Research for effective global tobacco control in the 21st century working group convened during the 10th World Conference on Tobacco or Health. *Tobacco Control* 1998;7(1):72–77.
- Schelling TC. Economics and Cigarettes. *Preventive Medicine* 1986;15(5):549–560.
- Schoenbaum M. Do Smokers Understand the Mortality Effects of Smoking? Evidence from the Health and Retirement Survey. *American Journal of Public Health* 1997;87(5):755–759.
- Scitovsky T. *The Joyless Economy: An Inquiry into Consumer Satisfaction and Human Dissatisfaction*. Oxford: Oxford University Press; 1976.
- Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-Analysis on Efficacy of Nicotine Replacement Therapies in Smoking Cessation. *Lancet* 1994;343(8890):139–142.
- Single E, Collins D, Easton B, Harwood H, Lapsley H, Maynard A. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Center on Substance Abuse; 1996.
- Slama K, ed. *Tobacco and Health*. New York: Plenum Press; 1995.
- Smith A. *Wealth of Nations*. Canaan E, ed., Chicago: University of Chicago Press; 1976.
- Stavrinou VG. The Effects of an Anti-Smoking Campaign on Cigarette Consumption: Empirical Evidence from Greece. *Applied Economics* 1987;19(3):323–329.
- Stigler G, Becker GS. De Gustibus Non Est Disputandum. *American Economic Review* 1977;67:76–90.
- Stiglitz J. On the Economic Role of the State. En: Heertje A, ed. *The Economic Role of the State*. Cambridge: Basil Blackwell in association with Bank Insinger de Beauford NV; 1989.

- Sullum J. *For Your Own Good: The Anti-Smoking Crusade and the Tyranny of Public Health*. New York: The Free Press; 1998.
- Suranovic SM, Goldfarb RS, Leonard TC. An Economic Theory of Cigarette Addiction. *Journal of Health Economics* 1999;18:1–29.
- Sweanor DT, Martial LR. *The Smuggling of Tobacco Products: Lessons from Canada*. Ottawa: Non-Smokers' Rights Association/Smoking and Health Action Foundation; 1994.
- Tansel A. Cigarette Demand, Health Scares and Education in Turkey. *Applied Economics* 1993;25(4):521–529.
- Thursby JG, Thursby MC. *Interstate Cigarette Bootlegging: Extent, Revenue Losses, and Effects of Federal Intervention*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1994 (NBER Working Paper No. 4763).
- Tobacco Institute. *The Tax Burden on Tobacco. Historical Compilation 1995*. Vol. 30. Washington, DC: Tobacco Institute; 1996.
- Townsend J. Cigarette Tax, Economic Welfare, and Social Class Patterns of Smoking. *Applied Economics* 1987;19:355–365.
- Townsend J. *Price, Tax and Smoking in Europe*. Copenhagen: World Health Organization; 1988.
- Townsend J. Policies to Halve Smoking Deaths. *Addiction* 1993;88(1):37–46.
- Townsend J. Price and Consumption of Tobacco. *British Medical Bulletin* 1996;52(1):132–142.
- Townsend J. The Role of Taxation Policy in Tobacco Control. En: Abedian I, y otros, eds. *The Economics of Tobacco Control*. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town; 1998.
- Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette Smoking by Socioeconomic Group, Sex, and Age: Effects of Price, Income, and Health Publicity. *British Medical Journal* 1994;309(6959):923–927.
- Treyz GI. *Regional Economic Modeling: A Systematic Approach to Economic Forecasting and Policy Analysis*. Boston: Kluwer Academic Publishers; 1993.
- Tye JB, Warner KE, Glantz SA. Tobacco Advertising and Consumption: Evidence of a Causal Relationship. *Journal of Public Health Policy* 1987;8:492–508.
- United Kingdom. Department of Health. *Smoking Kills: A White Paper on Tobacco*. London: The Stationary Office; 1998. (<http://www.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/contents.htm>).
- United States. Centers for Disease Control and Prevention. Medical-Care Expenditures Attributable to Cigarette Smoking—United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1994;43(26):469–472.
- United States. Centers for Disease Control and Prevention. Response to Increases in Cigarette Prices by Race/Ethnicity, Income, and Age Groups—

- United States, 1976-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1998;47(29):605-609.
- United States. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1988. (DHHS Publication No. CDC 88-8406).
- United States. Department of Health and Human Services. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989. (DHHS Publication No. CDC 89-8411).
- United States. Department of Health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1990. (DHHS Publication No. CDC 90-8416).
- United States. Department of Health and Human Services. *Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1994.
- United States. Department of Agriculture. Economic Research Service Database; 1998. (<http://www.econ.ag.gov/prodsrvs/dataprod.htm>).
- Van der Merwe R. Employment and Output Effects for Bangladesh Following a Decline in Tobacco Consumption. Population, Health and Nutrition Department. Washington, DC: The World Bank; 1998.
- Viscusi WK. Do Smokers Underestimate Risks? *Journal of Political Economy* 1990;98(6):1253-1269.
- Viscusi WK. Age Variations in Risk Perceptions and Smoking Decisions. *Review of Economics and Statistics* 1991;73(4):577-588.
- Viscusi WK. *Smoking: Making the Risky Decision*. New York: Oxford University Press; 1992.
- Viscusi WK. Cigarette Taxation and the Social Consequences of Smoking. En: Poterba JM, ed. *Tax Policy and the Economy*. Cambridge: MIT Press; 1995.
- Wald NJ, Hackshaw AK. Cigarette Smoking: An Epidemiological Overview. *British Medical Bulletin* 1996;52(1):3-11.

- Warner KE. Smoking and Health Implications of a Change in the Federal Cigarette Excise Tax. *Journal of the American Medical Association* 1986;255(8):1028–1032.
- Warner KE. Health and Economic Implications of a Tobacco-Free Society. *Journal of the American Medical Association* 1987;258(15):2080–2086.
- Warner KE. The Tobacco Subsidy: Does it Matter? *Journal of the National Cancer Institute* 1988;80(2) 81–83.
- Warner KE. Effects of the Antismoking Campaign: An Update. *American Journal of Public Health* 1989;79(2):144–151.
- Warner KE. Tobacco Taxation as Health Policy in the Third World. *American Journal of Public Health* 1990;80(5):529–531.
- Warner KE. Cost-Effectiveness of Smoking Cessation Therapies: Interpretation of the Evidence and Implications for Coverage. *PharmacoEconomics* 1997;11:538–549.
- Warner KE, Fulton GA. The Economic Implications of Tobacco Product Sales in a Non-tobacco State. *Journal of the American Medical Association* 1994;271(10):771–776.
- Warner KE, y otros. *The Medical Costs of Smoking in the United States: Estimates, Their Validity and Their Implications*. En prensa.
- Warner KE, Chaloupka FJ, Cook PJ, y otros. Criteria for Determining an Optimal Cigarette Tax: the Economist's Perspective. *Tobacco Control* 1995;4:380–386.
- Warner KE, Fulton GA, Nicolas P, Grimes DR. Employment Implications of Declining Tobacco Product Sales for the Regional Economies of the United States. *Journal of the American Medical Association* 1996;275(16):1241–1246.
- Warner KE, Slade J, Sweanor DT. The Emerging Market for Long-term Nicotine Maintenance. *Journal of the American Medical Association* 1997;278(13):1087–1092.
- Warner KE, Hodgson TA, Carroll CE. *The Medical Costs of Smoking in the United States: Estimates, Their Validity and Implications*. Ann Arbor: University of Michigan, School of Public Health, Department of Health Management and Policy; 1999. (Working Paper).
- Watkins BG. III. The Tobacco Program: An Econometric Analysis of Its Benefits to Farmers. *American Economist* 1990;34(1):45–53.
- Weinstein ND. Accuracy of Smokers' Risk Perceptions. *Annals of Behavioral Medicine* 1998;20(2):135–140.
- Wersall JP, Eklund G. The Decline of Smoking Among Swedish Men. *International Journal of Epidemiology* 1998;27(1):20–26.
- World Bank. *Brazil: the New Challenge of Adult Health*. Washington, DC: The World Bank; 1990.

- World Bank. *China: Long-term Issues and Options in the Health Transition*. Washington, DC: The World Bank; 1992.
- World Bank. *Chile: the New Adult Health Policy Challenge*. Washington, DC: The World Bank; 1994a.
- World Bank. *Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*. Oxford: Oxford University Press; 1994b.
- World Bank. *China: Issues and Options in Health Financing*. Washington, DC: World Bank; 1996. (Report No. 15278-CHA).
- World Bank. *World Development Indicators*. Washington, DC; 1998.
- World Health Organization. *Investing in Health Research and Development*. Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Geneva: WHO; 1996a. (Document TDR/Gen/96.1).
- World Health Organization. *Tobacco Alert Special Issue: the Tobacco Epidemic: a Global Public Health Emergency*. Geneva: WHO; 1996b.
- World Health Organization. *Tobacco or Health: a Global Status Report*. Geneva: WHO; 1997.
- World Health Organization. *The World Health Report: Making a difference*. Geneva: WHO; 1999.
- Zatonski W. *Evolution of Health in Poland Since 1988*. Warsaw: Marie Skeodowska-Curie Cancer Center and Institute of Oncology, Department of Epidemiology and Cancer Prevention; 1996.
- Zatonski W, Przewozniak K, Porebski M. *The Impact of Enlarged Pack Health Warnings on Smoking Behavior and Attitudes in Poland*. Paper presented at the workshop on "Tobacco Control in Central and Eastern Europe." Las Palmas de Gran Canaria. February 26, 1999.
- Zhang P, Husten C. The Impact of the Tobacco Price Support Program on Tobacco Control in the United States. *Tobacco Control* 1998;7(2):176-182.
- Zhang P, Husten C, Giovino G. *The Impact of the Price Support Program on Cigarette Consumption in the United States*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 1997.

Índice

A

- Abandono del hábito de fumar, 30-31, 87
 - efectividad, 63
 - patrones mundiales, 21-22
- Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio, 71-72
- Ad valorem, tasas, 44
- adicción, 41-42
- adolescentes, 4, 19-20
 - concentraciones salivales, 23-24
- agricultores, ayuda, 82-83
- alquitrán, cigarrillos bajos en, 27
 - etiquetado, 54
- Asia Meridional, morbilidad, 28

B

- Banco Mundial, política sobre el tabaco, 98
- barreras políticas al cambio, 92-94
- beneficios, 3, 33
 - y control del tabaco, 86-87

- bidis*, 49
- bupropión, 62

C

- Canadá
 - etiquetado de advertencia, 54-55
 - impuestos sobre el tabaco, 45, 46, 85
 - sustitución de cultivos, 67
 - cáncer de pulmón, 27, 29
 - carga de enfermedad, 25
 - categoría socioeconómica, 18-19, 30
 - cese. *Véase* abandono del hábito de fumar
- China, 20, 21
 - aumento de los precios, 48, 49-50
 - demora entre la exposición y la enfermedad, 26
 - impuestos, 86
 - morbilidad, 27-28
 - producción de tabaco, 66
 - trabajadores, 78

cigarrillos
 bajos en alquitrán, 27
 etiquetado, 54
 bajos en nicotina, 27
 etiquetado, 54

Cirujano General de los Estados Unidos, informe de 1964, 53

consecuencias para la salud, 2-3, 23-31

consumidores pobres, 10, 28
 impuestos, 85-86

contrabando, 9, 10, 72-75
 impuestos y, 84-85
 industria del tabaco y, 73-75

contrapublicidad, medios de comunicación, 56

control del tabaco, 8-11
 consecuencias, 9-10, 77-90
 costo, 9-10, 77-90
 de la ejecución, 90
 individual, 86-88
 relación costo-efectividad, 11, 88-90
 y beneficios, 86-87

Convenio Marco para el Control del Tabaco, 12, 96-97

costos, 4-5, 34, 37-39, 94-95
 de la asistencia sanitaria, 5, 37-39
 a lo largo de la vida, 38
 impuestos a los demás, 37-39
 suministro de TSN, 63

D

demanda
 medidas para reducirla, 6-8, 43-64
 no relacionadas con el precio, 7-8, 52-61
 mundial, 48, 50

demora entre exposición y muerte, 25-26

disuación, 6-8
 intervención gubernamental, 39-41

E

economías equilibradas, 80

edad, 20
 tasas de enfermedad, 26
véase también adolescentes

educación, 18, 19, 29
 sanitaria, 40

embarazo, 28-29

empleo, 77-78
 y control del tabaco, 77-80, 81-83

enfermedades cardíacas, 27

enfermedades cardiovasculares, 28, 29

enfermedades vasculares, 27

enfoque de protocolo del Convenio Marco para el Control del Tabaco, 97

epidemiología, 94

escuela, programas contra el tabaco, 56

Estados Unidos de América
 adolescentes, 23-24, 36
 aumento de los precios, 47-48, 49-50
 choques informativos, 53
 costo de la asistencia sanitaria, 38
 demora entre exposición y enfermedad, 26
 trabajadores, 78, 79

etiquetas de advertencias, 54-55

exportadores, 74

F

fabricantes, 74

familia, 51

Fondo Monetario Internacional,
 opinión sobre impuestos,
 99-100

fumadores
 habituales, 87
 número potencial persuadido para que abandone, 51, 62
 pasivos, 28-30, 51

G

gastos, 78-79
gobiernos, 12
 ingresos, 80, 84
 intervención, 39-41

H

hábito de fumar, abandono, 30-31, 87
 efectividad, 63
 patrones mundiales, 21-22

I

impuestos, 6-7, 40-41, 43-44, 95,
 99-100
 ad valorem, 44
 armonización, 84
 consumidores pobres, 85-86
 contrabando, 84-85
 demanda mundial, 48-50
 efecto sobre el consumo, 45-47
 equidad, 85-86
 específicos del tabaco, 44
 establecimiento de, 99
 Fondo Monetario Internacional,
 99-100
 ingresos estatales por, 10, 80,
 83, 84
 nivel óptimo, 50-52
 relación costo-efectividad,
 10-11
 sistema diferencial, 41
 tipos, 44
incentivos. *Véase* beneficios
información, 52
 de impacto, 8, 53
Iniciativa Sin tabaco (IST), 96-97
intervención individual, 92
intervenciones sobre la oferta,
 65-72

J

juventud, restricción al acceso, 66

L

lactantes, salud, 29
lugar de trabajo, 58
lugares públicos, 58

M

Malawi, producción de tabaco, 67
medidas
 de control, impacto calculado,
 49-50
 no relacionadas con el precio, 7-8,
 52-61
 para reducir la demanda, 6-8,
 43-64
morbilidad, 26-27
mortalidad, 25, 93

N

nicotina
 abstinencia, 62
 adicción, 2, 6, 23-24
 cigarrillos bajos en, 27
 etiquetado, 54
 tratamientos sustitutivos (TSN), 8,
 61-64
 relación costo-efectividad, 90
niños
 educación sanitaria, 40
 hijos de fumadores, 29
 publicidad, 58
 riesgo, 34, 35-37
nivel de consumo, 47
no fumadores expuestos al humo del
 tabaco. *Véase* fumadores
 pasivos
Noruega, 18
número de cigarrillos consumidos,
 18-19

O

oferta, medidas para reducirla,
 65-75

Organización Mundial de la Salud,
 Convenio Marco para el
 Control del Tabaco, 12, 96-97
 organizaciones internacionales, 12

P

Países Bajos, costo de la asistencia
 sanitaria, 38
 países de ingreso alto, 16, 18, 34
 aumento de los precios, 47-48
 costo de la asistencia sanitaria,
 37-39
 demora entre la exposición y la
 enfermedad, 26
 divulgación de los hallazgos de la
 investigación, 53
 impuestos, 52
 e ingresos estatales, 84
 mortalidad, 25
 prohibición de la publicidad,
 57-58
 TSN, 62-63
 países de ingreso bajo, 15-17
 aumento de los precios, 47-48
 costo de la asistencia sanitaria, 37
 edad, 19-20
 mortalidad, 25
 países de ingreso medio, 15-17
 costo de la asistencia sanitaria, 37
 edad, 19-20
 mortalidad, 25-26
 países en desarrollo, 16
 producción de tabaco, 66
 países productores, trabajadores, 80
 patrones regionales, 17
 peso al nacer, 29
 Plan de Trabajo Acelerado, 97
 políticas, 11-13, 91-92, 96-97,
 99-100
 costo de la asistencia sanitaria, 38
 Polonia, 28
 educación, 29

etiquetado, 54-55
 riesgos, 35
 precios
 adicción y respuesta, 45, 47-48,
 49-50
 apoyo a los, 70-71
 contrabando y, 72
 prevalencia, 18
 prevención, 40
 prioridades de la investigación, 94-95
 programas escolares contra el
 tabaco, 56
 prohibición. *Véase* restricciones
 promoción. *Véase* publicidad
 protección, 91-92
 publicación, resultados de las
 investigaciones, 53-54, 95
 publicidad, 56-57
 prohibición, 57-58
véase también contrapublicidad

R

recomendaciones, 95-96
 Reino Unido, 18
 adolescentes, 24
 aumento de los precios, 49-50
 costo de la asistencia
 sanitaria, 38
 impuestos, 45, 47
 trabajadores, 79
 restricciones, 40, 58, 60, 65-66, 88
 al comercio, 9, 16-17
 internacional, 71-72
 resultados de las investigaciones,
 publicación, 53-54, 95
 riesgos, 3-5, 33-37

S

saliva, 23-24
Sector Strategy Paper (1997), 98
 sellos de tasas, 74, 100
 subvenciones, 70-71

Sudáfrica

etiquetado, 54

impuestos, 46, 47, 85

Suiza, costo de la asistencia
sanitaria, 38

sustitución y diversificación de los
cultivos, 9, 66-70

T

Tailandia, prohibición, 71-72

tasas. *Véase* impuestos

tendencias, 2, 15-22

tratamiento sustitutivo con nicotina
(TSN), 8, 61-64

Turquía, etiquetado, 54

U

Unión Europea, prohibición de la
publicidad, 58, 59

V

Viet Nam, 22

Z

Zimbabwe

producción de tabaco, 67
trabajadores, 78

