

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN VENEZUELA



**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
CARACAS
2004**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1 EL ENTORNO NACIONAL

- 1.1. Características socio-demográficas.
- 1.2. Principales variables socioeconómicas.

CAPÍTULO 2 LA INDUSTRIA Y EL MERCADO DE TABACO EN VENEZUELA.

- 2.1. Agricultura del tabaco.
- 2.2. Industria del tabaco.
 - 2.2.1. Producción industrial.
 - 2.2.2. La comercialización de cigarrillos.
 - 2.2.3. Exportaciones e importaciones de cigarrillos.
 - 2.2.4. Contrabando.
 - 2.2.5. Impuestos.

CAPÍTULO 3 LA ECONOMÍA DEL CONSUMO DE TABACO EN VENEZUELA.

- 3.1. Determinantes de la demanda.
- 3.2. Prevalencia.
 - 3.2.1. Encuesta 1984.
 - 3.2.2. Encuesta 1988.
 - 3.2.3. Encuesta 1996.
 - 3.2.4. Encuesta 1997.
 - 3.2.5. Algunas consideraciones adicionales.
- 3.3. Consumo de cigarrillos.
- 3.4. Coeficientes de elasticidad precio e ingreso a la demanda de cigarrillos.

CAPÍTULO 4 EXTERNALIDADES DEL TABAQUISMO.

- 4.1. Costo sobre la economía de la salud.
- 4.2. Costo para la economía del hogar.
- 4.3. Costo para la economía productiva.
- 4.4. Costo sobre la economía de los bienes.

CAPÍTULO 5

IMPACTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROL DEL USO DEL TABACO.

- 5.1. Incidencia de las políticas públicas sobre el consumo del tabaco.
 - 5.1.1. Aumento de los impuestos
 - 5.1.2. Control de la promoción del consumo de tabaco
 - 5.1.3. Educación e información sobre consecuencias sociales del tabaco.
- 5.2. Otras consecuencias de las políticas públicas de control del uso del tabaco.
 - 5.2.1. Impacto sobre los ingresos al fisco.
 - 5.2.2. Impacto sobre el empleo.
 - 5.2.3. Impacto sobre la balanza de pago.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA DE CONTROL DEL USO DEL TABACO

- 6.1. Objetivo de la política.
- 6.2. Estrategias.
 - 6.2.1. Estrategia fiscal.
 - 6.2.2. Estrategia educativa
 - 6.2.3. Estrategia sanitaria
 - 6.2.4. Estrategia con los medios de comunicación social
 - 6.2.5. Estrategia de reconversión agrícola e industrial
 - 6.2.6. Estrategia de lucha contra el contrabando
- 6.3. Impacto de la política.
 - 6.3.1. Impacto sobre la población
 - 6.3.2. Impacto sobre el sistema de salud
 - 6.3.3. Impacto fiscal
 - 6.3.4. Impacto sobre la economía de los entes productores de tabaco y cigarrillos.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 7.1. Conclusiones
- 7.2. Recomendaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

CUADROS

Capítulo 1

- 1.1. Población de Venezuela. 1980-2000.222
 - 1.2. Distribución de la población por edad (porcentajes)
 - 1.3. Principales indicadores demográficos.
 - 1.4. Principales causas de mortalidad.
 - 1.5. Ingreso anual por habitante.
 - 1.6. Crecimiento de la población en situación de pobreza (1975-97)
-

Capítulo 2

- 2.1 Superficie, rendimiento y producción de tabaco.
 - 2.2. Producción, importación y exportación de cigarrillos manufacturados en Venezuela.
 - 2.3. Principales indicadores de la industria tabacalera.
 - 2.4. Precios de la cajetilla de cigarrillos en el lapso 1986-2000.
 - 2.5. Importaciones y exportaciones de tabaco en hoja.
 - 2.6. Exportaciones e importaciones de tabaco rubio y sucedáneo del tabaco elaborado.
 - 2.7. Exportaciones e importaciones de tabaco negro y sucedáneo del tabaco elaborado.
 - 2.8. Exportaciones de cigarrillos.
 - 2.9. Cálculo de cigarrillos importados.
 - 2.10 Impuesto al cigarrillo en un grupo seleccionado de países, 1997.
 - 2.11 Ingresos fiscales por concepto de producción y consumo de cigarrillos en moneda nacional y dólares americanos.
-

Capítulo 3

- 3.1 Prevalencia del consumo de cigarrillos en adultos. Varios años.
 - 3.2. Prevalencia del consumo de cigarrillos en jóvenes. Varios años.
 - 3.3. Encuesta sobre hábito de fumar en Venezuela. 1984.
 - 3.4. Encuesta sobre hábito de fumar en Venezuela. 1988.
 - 3.5. Encuesta sobre hábito de fumar en Venezuela. 1996.
 - 3.6. Encuesta sobre hábito de fumar en Venezuela. 1997.
 - 3.7. Consumo per cápita de cigarrillos manufacturados en Venezuela. 1970-2000
 - 3.8. Consumo per cápita de cigarrillos manufacturados. 1995-2000
 - 3.9. Datos base de cálculo.
 - 3.10. Comparación de la elasticidad precio estimada del consumo de cigarrillos para un grupo Seleccionado de países.
 - 3.11. Estimación de los coeficientes de elasticidad precio a la demanda de cigarrillos.
 - 3.12. Estimación de los coeficientes de elasticidad ingreso a la demanda de cigarrillos.
 - 3.13. Estimación de la elasticidad del ingreso a la demanda de cigarrillos.
-

Capítulo 4.

- 4.1. Impactos económicos del tabaquismo.
 - 4.2. Costos Médicos por pacientes para patologías relacionadas con el consumo de tabaco
 - 4.3. Estudios económicos sobre costos atribuidos al tabaquismo (% del PIB)
 - 4.4. Distribución porcentual de productos procesados de consumo masivo.
-

- 4.5. Consumo anual de cigarrillos por familia.
- 4.6. Costo promedio por persona
- 4.7. Morbilidad registrada y estimada por enfermedades relacionadas al cigarrillo.1990-1998.

Capítulo 6.

- 6.1. Cuadro comparativo sobre carga fiscal a los cigarrillos en un grupo seleccionado de países.

GRÁFICOS

Capítulo 2

- 2.1. Evolución anual de la producción de tabaco. Venezuela, 1970-2000
- 2.2. Impuestos al cigarrillo en el área andina.

Capítulo 3

- 3.1. Relación consumo per cápita de cigarrillos/precio. Venezuela, 1970-2000
- 3.2. Relación consumo per cápita de cigarrillos e ingreso per cápita. 1970-2000.
- 3.3. Relación consumo per cápita de cigarrillos vs. remuneración al trabajo. 1970-2000.
- 3.4. Curvas de Demanda del consumo de cigarrillos

Capítulo 5

- 5.1. Recaudación Obtenida (US\$, 2004)
- 5.2. Recaudación Obtenible (US\$, 2004)
- 5.3. Beneficios Familiares (US\$, 2004)
- 5.4. Beneficios Social (US\$, 2004)
- 5.5. Costos Sociales (US\$, 2004)
- 5.6. Efecto del Contrabando (US\$, 2004)
- 5.7. Costos Sociales (US\$, 2004)
- 5.8. Efecto del Contrabando (US\$, 2004)
- 5.9. Costos Beneficios. Recaudación Actual sin contrabando. (US\$, 2004)
- 5.10. Costos Beneficios. Recaudación Actual con contrabando. (US\$, 2004)
- 5.11. Costos Beneficios. Recaudación Potencial sin contrabando. (US\$, 2004)
- 5.12. Costos Beneficios. Recaudación Potencial con contrabando. (US\$, 2004)

6

INTRODUCCIÓN

El consumo de productos del tabaco ha pasado a constituirse en un problema de salud pública tanto en los países desarrollados, como en los de menores recursos.

La morbilidad y la mortalidad causada por enfermedades que tienen su origen en el consumo de cigarrillos y otros productos del tabaco van en aumento. Se ha pronosticado que el tabaco pueda ser la principal causa de muerte en el mundo a la vuelta de tres décadas.

“Para el año 2030 las muertes ocasionadas por el tabaquismo se espera que alcancen la cifra de 10 millones al año, de los cuales el 70% ocurrirán en los países en desarrollo. Este total excederá las muertes causadas por la malaria, tuberculosis, diarreas infantiles y enfermedades de la madre combinadas. De gran importancia es el hecho de que la mitad de las muertes citadas ocurren en la edad media de las personas (35 a 69 años), que coincide con el período de mayor productividad y significación social” (Prabhat, Novotny, Feachem, 1998).

Ante esta amenaza para la salud de la población mundial, se han venido realizando extensos estudios sobre la epidemiología del tabaquismo y los aspectos socioeconómicos implícitos. En la epidemia tabáquica lo médico y lo económico van estrechamente unidos. Lo segundo, derivado de la magnitud que ha adquirido la industria y comercio del tabaco, pero además por las relaciones de carácter económico que regulan la prevalencia del hábito de fumar y uso de otros productos del tabaco. De allí que se haya planteado como indispensable adquirir, a nivel de cada país, un conocimiento de los aspectos socioeconómicos que inciden tanto en la producción de tabaco como en su procesamiento y comercialización, así como en su consumo y especialmente sobre sus consecuencias a la salud en términos de costos directos e indirectos para toda la sociedad.

El conocimiento de los aspectos socioeconómicos del tabaco debe aportar a los gobiernos los datos y evidencias fundamentales para la formulación y sustentación de una política integral de salud pública para prevenir y combatir el uso del tabaco en cualquiera de sus formas.

El presente estudio tiene por objeto analizar la economía del tabaco en Venezuela y sus implicaciones sociales y al sistema de salud. A este respecto cabe hacer algunas consideraciones de carácter introductorio. En primer lugar, es un estudio efectuado con base a información existente; por lo tanto no se han llevado a cabo investigaciones ni encuestas adicionales orientadas a profundizar estadísticamente el conocimiento de las todas las variables que condicionan la producción y consumo de tabaco y que determinan sus externalidades económicas, como por ejemplo, llegar hasta establecer el deterioro de la dieta familiar por causa del consumo de cigarrillos por nivel socioeconómico, edad, sexo y zona geográfica etc.

En este contexto, es imprescindible señalar que dada las características de la información existente en el país, en algunos casos se hizo necesario proyectar resultados con base a los criterios que se han considerado mas racio-

nales, cuando lo deseable hubiese sido llegar a ellos a partir de análisis econométricos fundados en información actualizada. Vale la pena como ejemplo, señalar la poca disposición mostrada por el oligopolio tabacalero que existe en el país, para suministrar la información sobre producción y consumo, que permita ahondar sobre ciertos asuntos. Asimismo, la poca información encontrada en las encuestas nacionales de prevalencia y consumo en relación al contrabando de cigarrillos y sus características, lo cual no permite en algunos casos cruzar información con los datos aportados por las tabacaleras y los sistemas de seguridad del país y sobre todo no permite evaluar con exactitud el impacto del uso del tabaco legal e ilegal por nivel de ingresos y por ende su incidencia en los presupuestos familiares y en su salud. Esto, solo para citar algunas áreas importantes en este tipo de análisis que no pudo hacerse con exactitud.

De lo anterior se desprende también como conclusión, el alcance de la agenda investigativa que deberá acometerse en el futuro para poder llevar con mayor grado de precisión a muchas otras determinaciones.

La segunda consideración, es que el análisis de la economía del tabaco, especialmente en los países desarrollados ha llegado a altos niveles de refinamiento, posible en parte por su buen acervo estadístico. Los resultados de estos estudios, si bien no son trasladables en su totalidad a un país como Venezuela, de condiciones socioeconómicas diferentes, arrojan información muy valiosa sobre el comportamiento de variables que resultan claves para pronosticar las consecuencias sanitarias del tabaquismo y el comportamiento del negocio del tabaco, ante determinadas políticas públicas orientadas a controlar su consumo.

Una tercera consideración va orientada a resaltar el carácter multidisciplinario que necesariamente se requiere para abordar el problema del tabaquismo. De ser un problema, originalmente, casi de la exclusividad de las ciencias médicas, se ha visto que dada su compleja interrelación con diversos aspectos económicos, sociales, culturales y educativos, la formulación de las políticas públicas correspondientes, debe ser el resultado de equipos interdisciplinarios dentro de los cuales cada profesión aporta conocimientos imprescindibles para la comprensión y solución del problema.

La presente investigación ha sido hecha por la Oficina en Venezuela de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud gracias al Grant de investigación que fue solicitado por el Consultor de Prevención y Control del Tabaquismo y aprobado para esta oficina por el "Proyecto de la OMS de Medios de Comunicación e Información, El Tabaco Mata no te Dejes Engañar 2000/2003. Iniciativa para liberarse del tabaco de la Organización Mundial de la Salud". La OMS tiene entre sus programas sanitarios prioritarios, la lucha contra el tabaquismo y en este contexto se ha trazado la meta de auspiciar en los diferentes países del continente investigaciones similares a esta. El propósito es levantar información socioeconómica de cada país que aporte los datos locales necesarios que sirvan de base para la formulación de políticas públicas nacionales para prevenir y controlar el tabaquismo.

El estudio sobre el impacto económico del control del tabaquismo en Venezuela se desarrolla en siete aspectos correspondientes a igual número de capítulos. En el primer capítulo se exponen las principales variables socio-demográficas y socioeconómicas del país, a manera de fijar el entorno general donde se ha realizado la investigación. El segundo de ellos está destinado a presentar una breve relación sobre la industria y el mercado de tabaco en el país que sirva para dar una idea general de su evolución histórica e importancia dentro de la economía

nacional. A este respecto se ha cuidado de exponer solamente aquella información y estadísticas, que se consideran son realmente relevantes a los fines perseguidos.

En un tercer capítulo se abordan los aspectos económicos propiamente del consumo del tabaco. Las determinantes de la demanda de tabaco, los niveles de prevalencia en hombres y mujeres, las condicionantes del consumo: precios e ingreso de los fumadores y la cuestión impositiva.

El cuarto capítulo tiene como propósito explorar las externalidades económicas de la epidemia tabáquica, poniéndose énfasis especial en la determinación de su incidencia sobre los costos de los servicios de salud y en general sobre el ingreso familiar de los fumadores.

El quinto capítulo está orientado a estimar el impacto de las políticas públicas de control del uso del tabaco. Constituye éste un capítulo central a los fines de proporcionar los diferentes componentes que pueden integrar la política nacional al respecto.

El sexto capítulo contiene una propuesta de política pública de control del uso del tabaco en Venezuela; su orientación, objetivos, estrategias e impactos.

Para finalizar, en el séptimo capítulo, se incluyen las principales conclusiones del estudio y se proponen un conjunto de recomendaciones.

EL ENTORNO NACIONAL

Venezuela es una República Federal descentralizada, organizada bajo los principios de un estado democrático, social, de derecho y justicia. El régimen democrático y la alternabilidad de los gobiernos han tenido continuidad por más de cuarenta años. En el mes de diciembre del año 1999 se aprobó un nuevo ordenamiento constitucional que introduce cambios importantes en la estructura y funcionamiento del Estado, aunque deja vigente otra serie de principios del ordenamiento constitucional anterior.

El territorio de Venezuela está dividido en 24 estados, un Distrito Capital, y un conjunto de islas que reciben el nombre de Dependencias Federales.

El modelo económico prevaleciente es el de una economía de mercado mixto, donde conviven los sectores capitalistas privado y público. Destacándose dentro del sector capitalista público, una serie de empresas propiedad del Estado, entre las cuales destaca, por su marcada influencia sobre la totalidad de la vida económica, la empresa estatal Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA).

En lo social, Venezuela es un país que tiene una larga tradición de igualitarismo, aunque subsisten profundas diferencias en cuanto al ingreso percibido por los diferentes estratos sociales. La pobreza ha sido un fenómeno con tendencia a incrementarse a partir de 1980.

1.1. Principales variables socio demográficas.

Venezuela tiene una superficie terrestre de 916.445 Km. cuadrados, y una población que para el año 2000 se estima en alrededor de los 24 millones de habitantes (Ver Cuadro N° 1.1). Como tal, es un país con baja densidad de población (aproximadamente 23.2 Hab/Km²), aunque su distribución no es homogénea sobre el territorio nacional.

Su pirámide poblacional corresponde al de un país joven donde el 34.0% es menor de 15 años. (Ver Cuadro N° 1.2). La tasa de crecimiento demográfico para el período 1990-2000 se ubica en aproximadamente un 2.1% con tendencia a continuar disminuyendo. Su nivel de urbanización se aproxima al 84,1%.

Cuadro N° 1.1. Población de Venezuela. 1980-2000 (en millones)

Población	1980	1985	1990	1995	2000
Total	15.091,2	17.137,6	19.501,8	21.844,5	24.169,7

Fuente: OCEI, varios años.

Cuadro N° 1.2. Distribución de la población de Venezuela por edad (porcentaje)

Edades	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-1998	1999-2000
0-14	39.5	38.7	36.2	35.4	34.0
15-29	29.5	28.4	28.6	27.6	27.5
30-44	17.0	18.2	19.4	19.9	20.2
45 y más	14.0	14.7	15.8	17.1	18.3

Fuente: OCEI, Publicaciones Económicas. Varios años.

Los Indicadores demográficos muestran que la población venezolana se caracteriza por una disminución continua de la natalidad y un estancamiento de la mortalidad (Véase Cuadro 1.3). Adicionalmente, la esperanza de vida tiende a aumentar. Ello implica que la población venezolana entra en una fase de crecimiento lento y envejecimiento progresivo.

12

Cuadro N° 1.3. Principales Indicadores Demográficos.

Indicadores	1997	1999	2000
Población total (miles)	22.777	23.706	24.170
Media anual nacimientos (miles)	558	574,4	575,2
Esperanza de vida (años)	72.5	72.8	72.9
Tasa de natalidad (1000 hab)	24.50	24.1	23.9
Media anual defunciones (miles)	106.1	111,8	112.9
Tasa de mortalidad (1000 hab)	4.66	4.7	4.7
Crecimiento demográfico (%)	1.8	1.9	1.9

Fuente: Datos y OPS. Indicadores Básicos, varios años.

Estas características condicionan las patologías que afectan a la población. Las tres primeras causas de muerte en Venezuela son las enfermedades del corazón, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares (Cuadro N° 1.4). Estas patologías, normalmente, se relacionan con edades avanzadas y hábitos de vida propios de sociedades de consumo, uno de los cuales es el consumo de tabaco. No es de extrañar que estas tres enfermedades estén relacionadas con el consumo de tabaco, en la medida que se apreciará más adelante.

Cuadro N° 1.4. Principales causas de mortalidad. 1996

CAUSAS	TASAS				R.T.	AVPP
	Cruda	Ajustadas	Masc.	Femen.		
Enfermedades del corazón	95.7	97.0	106.6	84.6	1.3	5.70
Cáncer	61.1	55.5	59.8	62.4	1.0	7.27
Enfermedades Cerebrovasculares	34.2	30.5	33.3	35.0	1.0	2.16
Accidentes de todo tipo	30.8	30.2	46.9	14.6	3.2	10.67
Accidentes de tráfico	18.1	17.6	28.6	16.2	1.8	6.59
Originadas en período perinatal(*)	25.2	28.6	29.1	21.4	1.4	0.01
Diabetes	19.9	17.9	18.4	21.5	0.9	1.49
Suicidios y Homicidios	19.4	19.0	35.0	3.6	9.7	7.47
Homicidios	14.9	14.6	27.5	2.2	12.7	5.98
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	13.9	14.9	15.3	12.6	1.2	2.06
Neumonías	11.8	11.6	12.7	10.9	1.2	1.65
Anomalías congénitas	8.6	9.5	8.8	8.4	1.0	1.29

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Tasa por 100.000 habitantes

R.T.: Razón de tasas masculino/femenino.

AVPP: Años de vida potencialmente perdidos por 1.000 habitantes de 1-70 años.

(*) No incluye mortalidad fetal.

1.2. Principales variables socioeconómicas.

La economía venezolana en las últimas dos décadas, ha venido perdiendo su capacidad para satisfacer las necesidades básicas de la población, lo cual se traduce también en poca inversión en servicios de infraestructura y de equipamiento educativo, sanitario y social.

El fenómeno de la pobreza se ha intensificado a partir de 1980. En el Cuadro N° 1.5 se muestra la evolución de la renta anual por habitante. En el Cuadro N° 1.6 se presentan estadísticas del crecimiento de la población en situación de pobreza.

Cuadro N° 1.5 Venezuela: Ingreso anual por habitante

Año	PIB (*) (Mill. De Bs.)	Ingreso (*) Nacional (mill.)	Renta per cápita (Bs. 1984)
1970	51.991	44.671	31.912,34
1975	118.280	110.919	33.591,26
1980	254.201	239.300	32.251,57
1885	372.031	411.405	24.217,36
1987	696.421	639.716	25.437,06
1989	1.510.361	1.354.477	24.237,01
1990	2.279.261	2.023.537	25.181,52
1995	13.504.162	12.319.165	25.081,53
1997	42.744.455	39.548.729	26.499,54
1999			23.879,37

Fuente: Datos Information Resources. Indices Económicos, 1999. Asdrúbal Baptista. Series históricas

(*) Precios corrientes

14

Cuadro N° 1.6 Crecimiento de la Población en Situación de Pobreza (Porcentajes). 1975-1997.

% Hab.	1975	1982	1988	1990	1992	1995	1997
Pobreza crítica	13.1	11.0	22.0	30.4	27.8	36.9	36.3
Pobreza no crítica	20.0	22.5	31.5	33.8	33.7	33.6	31.0
Clase media	56.9	60.1	44.0	34.4	37.1	28.3	31.3
Ingreso alto	10.0	6.4	2.5	1.4	1.4	1.2	1.4
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: UCAB. Proyecto Pobreza. Volumen I. Caracas 1999, pp.19.

LA INDUSTRIA Y EL MERCADO DEL TABACO EN VENEZUELA

2.1. Agricultura del tabaco.

Venezuela ha sido, tradicionalmente, un país productor de tabaco. Los indígenas lo cultivaban y consumían en diferentes formas, con anterioridad a la llegada de los españoles. En el período colonial el cultivo de tabaco constituyó el eje económico de algunas regiones de Venezuela, como la provincia de Barinas, cuyo tabaco (llamado el Barinés) fueron reputados en el resto de las provincias americanas. En esta época, y hasta bien entrado el período republicano, el tabaco cultivado correspondía a la variedad tabaco negro. En 1938, se introdujo el cultivo del tabaco rubio (Virginia), rubro que irá adquiriendo importancia a lo largo del siglo XX; para 1984, el 98% de la producción nacional de tabaco corresponde al tipo rubio. Actualmente, la hoja cultivada es, en su mayor parte, de la variedad tabaco rubio o americano; específicamente de los tipos Burley y Virginia.

En años recientes, se aprecia una fuerte tendencia a la baja, tanto en el área cultivada como en la producción de tabaco en hojas (Véase Cuadro 2.1). Así, la superficie dedicada al cultivo de tabaco pasó de casi 10.000 has (hectáreas) en 1986, a 8.500 has en 1998 y a 6.500 en 1999. Por su parte, la producción ha venido cayendo, pasando de 16.000 Ton (Toneladas) en 1996 a 13.000 en 1998 y a un poco más de 10.000 Ton en 1999. Sin embargo, la productividad se ha mantenido alrededor de los 1.600 Kgs. por Ha.

Este mantenimiento del rendimiento en los cultivos se debe a dos factores. Por un lado, el cultivo de tabaco se realiza en tierras de buena calidad para la agricultura, y en explotaciones pequeñas y de mediano tamaño, alrededor de las 20 has o más. Por otro lado, la producción es adquirida, en un alta proporción, por las dos empresas multinacionales de cigarrillos que existen en el país, las cuales participan en el financiamiento de las cosechas y brindan asistencia técnica a los cultivadores. De modo que el sector es el que cuenta con las mejores tierras y, además, está plenamente tecnificado, lo cual implica una alta capitalización, y, por ende, altos rendimientos en las cosechas. Por ello, la producción de tabaco no ha experimentado grandes altibajos, a pesar de la suspensión de los subsidios de los fertilizantes empleados en su cultivo, ocurrido en los años 1980.

Desde el punto de vista económico, el valor de la producción del cultivo de tabaco ha ido, igualmente, disminuyendo en el período analizado. Para 1998, el valor de la producción de tabaco ascendía a Bs. 335.577.000,00 (precios de 1984); esto es aproximadamente unos US \$. 26.78 millones. Esta producción representa el 0,71 % del valor de la producción agrícola nacional. En términos espaciales, el área cultivada con tabaco representa alrededor del 0.5 % de la superficie total cosechada en el país. Los principales estados productores de tabaco según la superficie cosechada y la producción son: Portuguesa, Guárico, Cojedes, Aragua y Monagas, que en su conjunto concentran alrededor del 96% de la superficie cosechada, y un 97% de la producción.

Cuadro N° 2.1 Superficie, Rendimiento y Producción de tabaco.

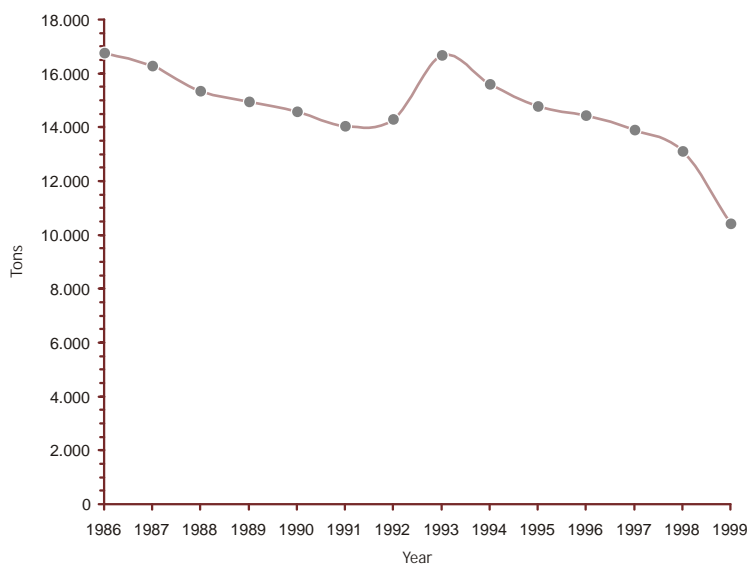
Año	Superficie cosechada (has)	Rendimiento. Kg. / ha.	Producción Ton.	Valor de producción a precios de 1984 (Miles de Bs.)
1986	9.892	1.690	16.717	427.235,4
1987	9.437	1.722	16.251	415.273,3
1988	9.108	1.680	15.301	391.093,5
1989	9.081	1.642	14.911	381.099,6
1990	9.009	1.615	14.550	371.872,4
1991	8.998	1.556	14.001	317.840,0
1992	9.120	1.564	14.264	364.587,8
1993	9.042	1.839	16.628	425.088,3
1994	9.760	1.596	15.577	398.148,1
1995	8.287	1.780	14.751	377.035,5
1996	8.733	1.650	14.409	383.323,32
1997	8.580	1.616	13.865	354.425
1998	8.500	1.537	13.065	335.577
1999	6.500	1.600	10.400	265.720 (*)

Fuente: Ministerio de Agricultura y Cría y Ministerio de Producción y Comercio. División de Textiles, Oleaginosas, Caña de Azúcar y Tabaco. Memorias, varios años.

(*) Estimación preliminar.

16

Gráfico 2.1 Venezuela, 1986-1999. Evolución de la producción de tabaco (Ton)



Fuente: Elaboración por los autores.

Finalmente, el cultivo de tabaco es una fuente de empleo e ingresos para un determinado sector de la población. Fuentes relacionadas con la industria del tabaco estiman que cada año se emplean directamente unos 312 jornales (unidades) de trabajo por hectárea bajo producción. Esto representa anualmente, un total de mano de obra empleada cercana a los 25.000 jornaleros temporales, lo que significa que en un momento dado del año, el cultivo de tabaco emplea al 0.3% de la población ocupada a nivel nacional. Como se puede apreciar, el impacto económico de la producción y cultivo de tabaco es muy bajo.

2.2. Industria del tabaco.

2.2.1. Producción industrial.

La industrialización del tabaco se inició en Venezuela en el año 1875 con la entrada en funcionamiento de la fábrica de cigarrillos El Cojo. Antes existían numerosas unidades de producción artesanal de tabacos y picaduras, pero las tabaquerías y cigarrerías expedían principalmente tabaco cubano (Fundación Polar, 1997).

En los primeros años del siglo XX se fundó en Caracas la C.A. Cigarrera Bigott, vendida en 1922 al consorcio de la British-American Tobacco Company. Posteriormente, se establecieron varias fábricas cigarrilleras que procesaban principalmente tabaco negro. Para 1988, se reportaban 37 empresas en la industria de fabricación de productos del tabaco, de las cuales 3 son grandes industrias, 4 medianas y 30 pequeñas (OCEI, 1988).

En 1990 la industria tabacalera en Venezuela pasó a ser dominada por dos grandes empresas de capital extranjero, aunque subsisten algunos pequeños establecimientos que elaboran principalmente derivados del tabaco: la Compañía Anónima Cigarrera Bigott, filial de la British-American Tobacco, la cual tiene aproximadamente el 73 % del mercado y la Compañía Anónima Tabacalera Nacional (CATANA), que opera bajo la licencia de Philip Morris Internacional, y satisface el resto del mercado.

Cada una de estas grandes empresas tabacaleras producen varias marcas de cigarrillos. La Compañía Anónima Cigarrera Bigott, producía hasta 1998 las marcas: Belmont, Cónsul, Kent, Lucky Strike y Cool. Por su parte, CATANA producía las marcas: Astor, Marlboro, Fortuna y Derby.

Según sus precios estas marcas se clasifican en cuatro categorías:

Categoría 1: Marlboro, Lucky Strike y Cool.

Categoría 2: Belmont High, Belmont Light.

Categoría 3: Belmont Extra Suave y Belmont Especial.

Categoría 4: Astor, Cónsul, Derby y Fortuna.

La producción de cigarrillos ha ido aumentando entre 1967 y 1999, alcanzando un máximo de 24.000 Millones de unidades en el año 1990; en el resto del período ha estado oscilando entre 15.000 y 18.000 millones de unidades (véase Cuadro 2.2).

Cuadro N° 2.2. Producción, importación, exportación de cigarrillos manufacturados en Venezuela.

Años	Producción Millones de Kg.	Importación Millones de Kg.	Exportación Millones de Kg.
1967	10.408		
1968	10.834		
1969	10.915		
1970	11.213	8	
1971	12.259	14	
1972	13.700	10	
1973	13.390	26	
1974	16.219	25	
1975	16.486	25	
1976	18.755	25	
1977	19.880	25	
1978	21.073	48	
1979	22.000	30	50
1980	21.300	30	481
1981	19.800	30	1.188
1982	19.487	30	1.211
1983	20.156	25	1.013
1984	20.643		850
1985	19.760		1.342
1986	18.377		1.050
1987	18.130		1.688
1988	18.824		1.700
1989	18.400		2.000
1990	24.000		

Fuente: OPS. Tabaco o Salud: Situación en las Américas. MSAS. Informe para sustentar la reclamación de Venezuela ante tabacaleras en EEUU. 1998.

Producción y exportación de cigarrillos. 1995-1997.
(Millones de cigarrillos)

Año	Producción	Exportaciones
1995	18,387.4	7,557.1
1996	16,449.5	8,306.4
1997	17,226.4	9,058.0
1998	18,656.6	9,555.8
1999	16,325.7	6,810.9

Fuente: Conindustria.

El papel de las importaciones de cigarrillos en el mercado nacional es muy modesto; para 1983 representaban el 0,1% del mercado nacional. En cambio, las exportaciones representan una parte importante de la industria; para 1999, se exportaba el 42% de la producción nacional. Es evidente que el comportamiento de la industria es cíclico adaptándose a la cambiante coyuntura económica nacional. El auge de la exportación de cigarrillos manufacturados puede tener dos lecturas; por una parte puede indicar que la industria es competitiva en los mercados foráneos. Por otra parte, puede ocultar la práctica de contrabando que de acuerdo a algunas fuentes no confirmadas, parecieran ser auspiciadas por las mismas compañías, ya que se declara que el tabaco se exporta, para luego reingresarlo en forma de contrabando. No existen datos que permitan evaluar este fenómeno, de modo que no es posible confirmar ni cuantificar este fenómeno.

El lugar de la industria tabacalera en el sector industrial es modesto; Para el año 1996 generó el 1,73 % de las ventas del sector industrial y empleó el 0,70% de su fuerza de trabajo (Véase Cuadro 2.3). Para 1997 este último porcentaje se había reducido al 0.40%. Por otra parte, el personal directamente ocupado por la industria es para los últimos años de alrededor de 3.000 personas, mostrando en el período reseñado una leve tendencia a la disminución.

Cuadro N° 2.3. Principales Indicadores de la industria tabacalera.

Variables	1989	1991	1993	1995	1997
Número de expendios	36	34	22	15	23
Personal ocupado (Número)	3.368	3.363	3.409	3.042	2.968
Valor materia prima (Miles de Bs.)	8.386.172	16.341.085	34.357.754	61.614.737	857.903.590
Valor agregado (Miles de Bs.)	1.409.371	3.424.346	5.183.989	14.450.181	13.857.976
Costo mano de obra (Miles de Bs.)	6.887.375	12.827.583	28.905.621	39.393.379	829.809.369
Capital fijo (Miles de Bs.)	761.172	1.142.283	2.770.312	3.778.066	5.723.282
Valor de ventas (Miles de Bs.)	1.010.539	2.431.586	3.094.138	7.637.290	9.488.738

Fuente: OCEI, Anuario Estadístico, 1997.

2.2.2. La comercialización de los cigarrillos.

La venta de cigarrillos se efectúa a través de una extensa red de expendedores, donde tienden a prevalecer, por el volumen vendido, los pequeños abastos y kioscos, que canalizan cerca del 43% de la oferta. El resto de la venta se efectúa a través de abastos medianos, supermercados, panaderías, restaurantes y bares, entre otros negocios.

Los precios de los cigarrillos han aumentado sensiblemente (Véase Cuadro 2.4) debido tanto a la elevación de los costos de producción como al aumento de los impuestos asociados a su consumo. Los impuestos han tenido una incidencia mayor en los cigarrillos de Categoría 1 que en las demás.

Cuadro N° 2.4. Precio de la cajetilla de cigarrillos en el lapso 1986-2000.

Fecha	Bolívares (Precio corriente)	US \$ (Precios Corrientes)
06-05-1986	8	0.47
30-01-1987	9	0.32
22-07-1987	10	0.36
29-02-1988	12	0.33
20-02-1989	16	0.41
22-05-1989	25	0.64
17-09-1990	28	0.59
17-12-1990	34	0.72
13-05-1991	39	0.69
13-07-1992	45	0.65
18-10-1993	69	0.75
01-01-1994	75	0.49
16-05-1994	85	0.55
01-08-1994	105	0.68
17-10-1994	115	0.75
02-01-1995	145	0.81
03-04-1995	160	0.89
06-07-1995	175	0.97
03-10-1995	190	1.06
15-01-1996	295	0.71
17-07-1996	390	0.94
06-10-1997	540	1.23
15-04-1998	630	1.19
13-07-1999	763	1.23
12-10-2000	950	1.37

Fuente: MSAS. Informe para la reclamación. Cálculos por los autores.

2.2.3. Exportaciones e importaciones de cigarrillos.

Venezuela exporta e importa tabaco. En el Cuadro N° 2.5 se muestran las importaciones y exportaciones de tabaco en hoja, de acuerdo a su peso y valor.

Sin embargo, la mayoría de las importaciones y exportaciones son de tabaco elaborado. En los Cuadros N° 2.6. y 2.7, se muestran las importaciones-exportaciones de tabaco elaborado, según sea rubio o negro. Como puede apreciarse, el grueso de las importaciones-exportaciones son de tabaco rubio.

En términos de cigarrillos exportados, las empresas productoras dan las cifras que se muestran en el Cuadro N° 2.8. En el Cuadro 2.9, se presentan los resultados de calcular los cigarrillos importados.

Cuadro N° 2.5. Importaciones y exportaciones de tabaco en hoja.

Año	IMPORTACIONES		
	Kilogramos	Bolívares	US. \$
1990	295.316	5.272.351	108.338
1991	1.502.341	21.682.161	378.698
1992	2.571.700	388.591.530	5.660.172
1993	4.051.281	753.987.189	7.995.756
1994	4.970.447	1.358.544.804	8.148.238
1995	8.678.148	2.709.503.423	15.649.573

Año	EXPORTACIONES		
	Kilogramos	Bolívares	US. \$
1991	1.126.037	187.381.235	3.269.664
1992	877.233	130.211.226	1.978.757
1993	64.797	4.019.568	47.685
1994	141.102	26.423.688	157.548
1995	68.220	98.351.976	579.983

Fuente: Ministerio de Agricultura y Cría. Memoria y Cuenta, varios años.

Cuadro N° 2.6. Exportaciones e Importaciones de tabaco rubio y sucedáneo del tabaco elaborado.

Año	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES	
	Volumen (Kg.)	Monto (US. \$)	Volumen (Kg.)	Monto (US. \$)
1994	5.030.293	2.088.020	10.308.491	62.475.805
1995	5.342.966	14.509.744	12.876.273	71.133.874
1996	8.901.219	23.772.158	16.677.880	84.809.445
1997	9.285.234	20.110.157	18.192.034	121.906.543
1998	9.812.978	16.132.711	17.539.763	149.555.470
1999	933.305	1.155.530	4.501.014	3.259.159

Fuente: Elaboración propia, tomando los datos del Ministerio de Producción y Comercio.

Cuadro N° 2.7. Exportaciones e Importaciones de tabaco negro y sucedáneo del tabaco elaborado.

Año	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES	
	Volumen (Kg.)	Monto (US. \$)	Volumen (Kg.)	Monto (US. \$)
1994	105.250	192.160	47.563	110.363
1995	162.001	399.265	16.402	35.323
1996	96.260	159.324	70.463	137.743
1997	20.212	78.085	16.394	92.664
1998	336.535	803.688	41	1.296
1999	126.795	266.489	4.600	34.000

Fuente: Elaboración propia, tomando los datos del Ministerio de Producción y Comercio.

Cuadro N° 2.8. Exportaciones de cigarrillo.

22

Año	Exportaciones Millones de cigarrillos
1995	7.557,1
1996	8.306,4
1997	9.058,0
1998	9.555,8
1999	6.810,9

Fuente: Conindustria.
Industria tabacalera nacional.

Cuadro N° 2.9. Cálculo de cigarrillos importados.

Año	Importaciones Kilogramos de tabaco	Importación equivalente en millones de cigarrillos
1994	5.030.293	2.820.135
1995	5.342.966	2.875.135
1996	8.901.219	4.789.880
1997	9.285.234	4.996.532
1998	9.812.978	5.280.052

Fuente: MSAS. Informe para la reclamación. Cálculos por los autores.

2.2.4. El Contrabando.

“El contrabando constituye un serio problema a nivel global, en el mundo el comercio del contrabando aumentó 110% entre 1990 y 1997...” (world Tobacco File, 1998, pag.1322). Este problema afecta el control efectivo de la epidemia del tabaquismo ya que impiden que las políticas fiscales tengan un mayor impacto en la reducción del consumo de cigarrillos y en la recuperación del ingreso fiscal por concepto de impuestos a estos productos, ya que, al frenar el aumento del impuesto o reducir el mismo como medida para frenar el contrabando se observa como el comercio ilícito sigue aumentando independientemente de los impuestos bajos, por lo que la respuesta adecuada al control del contrabando consiste en “destruir una actividad criminal”, Informe del Banco Mundial, la epidemia del Tabaquismo, los Gobiernos y los aspectos económicos del Control del Tabaco, WDC, Junio de 1999.

“Uno de cada cuatro cigarrillos que se consume en el país (para mayo del año 2000), procede del contrabando. Ingresan de manera ilegal por aeropuertos, puertos y la frontera terrestre, vulnerando la producción tabacalera nacional, el empleo y los aportes al fisco por concepto de impuestos”..., “Cada hora ingresan ilegalmente al país 21.872 cajetillas. Las empresas legalmente establecidas dejan de emplear a más de 500 personas. Se dejan de producir 4,2 MM de Kg. de tabaco. A la larga, se dejarían de cultivar 1.935 hectáreas y los cosechadores nacionales dejarían de percibir cerca de 8,5 millardos de Bolívares. Se verían comprometidos 320.000 jornaleros y se perjudicarían 10.000 empleos directos”...¹

Con estas cifras la industria tabacalera nacional expuso el problema del contrabando de cigarrillos en Venezuela; el cual desde “su punto” de vista representa además, “... una desaceleración de la inversión en el campo en el rubro tabaco cercana a los 8 millardos de Bolívares; una reducción de actividad en las procesadoras y el cierre de algunas fábricas, entre ellas la más antigua del país”...¹

Estiman que el contrabando asciende a 4 millardos de cigarrillos anuales, dentro de un consumo nacional anual de 16.000 millones de cigarrillos.

Entre los aspectos en los cuales el contrabando afecta a la economía nacional se encuentra el empleo, Las empresas tabacaleras argumentan que en el año 1999 se perdieron cerca de 3.000 empleos estables (2.000 en el campo y 1.000 en la industria).

Estas mismas fuentes refirieron que para el mes de noviembre del año 2000 habían ingresado a Venezuela 3.8 millardos de cigarrillos de contrabando con un valor de mercado cercano a los 144 millardos de Bolívares, impidiendo a las finanzas públicas obtener ingresos cercanos a los 77 millardos de bolívares por renta e Impuesto al Valor Agregado asociado. Cerca de un 20% del consumo nacional de cigarrillos representa actualmente el contrabando.

Los representantes de las tabacaleras argumentan que el principal motivo que produce el aumento desmedido del contrabando en los últimos años, el cual satisface en la actualidad el 24% de la demanda interna, debe atri-

¹ Ruedas de prensa de Conindustria y Consecomercio publicadas en los periódicos de circulación nacional durante el año 2000. El Nacional del 15-02, 4-03, 14-03, 1-04, 3-04, y 3-06 y El Universal del 17-02, 26-04; 8-05 y 3-11-2000.

buirse principalmente, a los altos impuestos al cigarrillo establecidos en Venezuela, que representan cerca del 54% del precio final de venta al público, aunado a la sobre evaluación de la moneda nacional. Consideran este impuesto como el más alto de los países andinos (en Ecuador representa el 48% del precio final, 39% en Colombia y 32 % en Bolivia y Perú).

Por otra parte, cabe destacar lo que la OMS/OPS (2000) reporta sobre el tema. La fuente señala el cambio de modalidad. Mientras el contrabando de cigarrillos en Venezuela se realiza en los últimos años con marcas desconocidas que se expenden a precios muy económicos (50% por debajo); años atrás, este comercio ilegal se hacía con cigarrillos producidos en el país (Belmont, Marlboro y Cónsul), que salían a países vecinos para evitar el pago de impuestos y luego reingresaban a territorio nacional de manera ilegal.

Destacan también como argumento, los resultados publicados recientemente por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (2000), sobre las implicaciones económicas del comercio lícito e ilícito- del cigarrillo y sus consecuencias en términos de costos en el sector salud y los sistemas de seguridad social, especialmente en los países pobres. Indica el estudio la necesidad de aplicar políticas tributarias altas con el propósito de disminuir el consumo; demostrando asimismo, que aún con elevadas tasas de contrabando, el aumento de los impuestos supone aumentos en los ingresos fiscales y disminución del consumo.

24

Países que han optado por reducir las cargas impositivas como medida para frenar el contrabando (Sudáfrica, Ecuador y Canadá entre ellos), vieron aumentar drásticamente el consumo de cigarrillos y disminuir sus ingresos fiscales; no siendo ello consistente con las altas erogaciones que deben hacer los países en materia de salud, para combatir las enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Estos ejemplos pueden estudiarse en "The Economics of Tobacco Control" de Iraj Abedian, Rowena van der Merwe y otros editores. Sin embargo, esta materia se ahondará en próximos capítulos.

En el caso particular de Venezuela, cabe destacar además, que en términos económicos y específicamente en todo lo relacionado con la población o mano de obra empleada por el sector (especialmente el manufacturero), como se ha señalado en los cuadros precedentes, el mismo no emplea grandes contingentes de personal. Lo que si se demuestra más adelante son los costos a ser cubiertos por el sector salud en aras de contrarrestar los efectos de la epidemia tabáquica, los cuales en las condiciones actuales de la economía venezolana, no son fáciles de afrontar.

Finalmente, debe señalarse sobre este particular, que corresponderá a los formuladores de las políticas públicas saber colocar en la balanza, cada uno de los elementos involucrados en la lucha antitabáquica, ya que la información existente permite cuantificar con precisión los resultados a obtener por la aplicación de cada una de las políticas públicas seleccionadas para ser implantadas en el sector.

2.2.5. El impuesto al cigarrillo.

Existen en todos los países impuestos que gravan directamente al tabaco y todos sus productos derivados, especialmente los cigarrillos manufacturados. Son impuestos muy populares por su fácil administración y además, suelen imponerse en casi todas las fases del procesamiento del tabaco.

En Venezuela, al tabaco se le aplica un impuesto especial, el cual se fija como un porcentaje del precio de venta al público. Hay que destacar que la promulgación de dicho impuesto fue resultado de una larga jornada de lucha iniciada a mediados de los años 1960, con el objeto de combatir el consumo de cigarrillos y demás productos derivados del tabaco.

“El impuesto sobre cigarrillos se fija en el cuarenta y cinco por ciento (45%) del precio de venta al público de la especie. El impuesto sobre tabaco y picaduras para fumar se fija en el treinta por ciento (30%) del precio de venta al público” (Art. 2).

“El impuesto a que se refiere esta Ley se causa al ser producida la especie y se hace exigible al ser retirada de los establecimientos productores” (Art. 3).

Sin embargo, los productos de tabaco producidos en el país y destinados bien sea a la exportación o a su comercialización en zonas francas, se encuentran exceptuados de dicho impuesto:

“No se causará el impuesto cuando los cigarrillos y demás especies gravadas de producción nacional sean destinadas a la exportación, o al consumo en zonas francas o puertos libres u otros territorios sujetos a régimen aduanero especial” (Art. 4).

Puede observarse que bajo esta disposición se pudiera estar amparando parte del circuito de contrabando existente en Venezuela.

Adicionalmente, al tabaco se le aplican las tasas impositivas adicionales como a cualquier otro bien de consumo en el país. Así, en septiembre del 1993, se introduce el Impuesto al Valor Agregado a nivel de mayoristas, transformado posteriormente en Impuesto a las Ventas al Mayor equivalente al 5%. A ello se agrega el Impuesto al Valor Agregado (IVA) a partir del año 1993, el cual ha evolucionado desde un 10% en 1993; 12.25% en 1995; 16.5% en 1994; 16.5% en 1996, hasta un 14.5% en el año 2000. Debe destacarse que la implantación general del IVA, significó la absorción del Impuesto a las Ventas al Mayor y al Consumo Suntuario. Estos tributos se aplican al precio de venta final del producto en forma de sobretasa, ya que es un impuesto agregado. Por último, a los cigarrillos y productos de tabaco importados se les aplica aranceles de importación fijados en un 20% y que gravan los cigarrillos desde 1992.

En definitiva, al tabaco en Venezuela se le aplican dos impuestos, pero los tributos específicos varían de acuerdo al origen del producto. Así, para el tabaco producido en el país se le aplica, por un lado, el impuesto específico al tabaco, el cual impone una composición al precio de venta final del producto, y, por otra parte, el IVA, en forma de tasa sobre el costo de producción. En cambio, al tabaco importado, se le aplica el arancel de importación, y el IVA en forma de tasa sobre el costo.

² Ley de Impuesto sobre Cigarrillos y Manufacturas de Tabaco, Gaceta Oficial Extraordinaria N° 2309; septiembre 1978.

Cuadro N° 2.10. Impuesto al cigarrillo en un grupo seleccionado de países, 1997.

País	% sobre el precio al detal
Argentina	68.3
Brasil	73.5
Paraguay	13.5
Uruguay	66.5
Chile	70.6
Colombia	28.6
Costa Rica	35.7
El Salvador	43.9
Ecuador	55.2
Guatemala	53.3
Honduras	39.9
México	47.8
Nicaragua	40.0
Panamá	37.6
República Dominicana	20.0
Venezuela	55.9
Estados Unidos	20.0-34.0
Canadá	53.0-70.0

Fuente: Iraj Abedian, Rowena van der Merwe y otros editores.
The Economics of Tobacco Control, 1998. pp. 344.

La presencia de estos impuestos determina que la recaudación fiscal tenga un gran peso en la composición final del precio del tabaco en Venezuela. Más de la mitad del valor del precio final de los productos de tabaco en Venezuela. En el contexto latinoamericano, Venezuela es el quinto país con impuestos altos, detrás de Brasil, Chile, Argentina y Uruguay (Véase Cuadro 2.10). Es de hacer notar que los niveles de impuestos a los cigarrillos son más altos en Venezuela que en países como México o Estados Unidos.

En el cuadro siguiente puede observarse tanto la evolución de los ingresos fiscales por concepto de cigarrillos en moneda nacional y en dólares americanos entre los años 1970 y 2000; como la relación de ingresos por concepto de Impuestos a la Venta de cigarrillos de producción nacional.

Cuadro N° 2.11. Ingresos fiscales por concepto de producción y consumo de cigarrillos en moneda nacional y dólares de los Estados Unidos de América (en millones).

Año	Millones Bs.	Millones US \$	Año	Millones Bs.	Millones US \$
1970	241,8	56,2	1986	2.535,9	150,4
1971	260,3	60,5	1987	3.120,0	11,8
1972	288,0	67,0	1988	4.356,8	119,3
1973	331,0	77,0	1989	2.136,3	54,9
1974	344,4	80,1	1990	4.158,9	88,2
1975	351,6	81,8	1991	7.829,8	13,6
1976	359,7	83,7	1992	10.977,6	158,6
1977	329,6	76,7	1993	16.462,7	178,5
1978	388,0	90,2	1994	29.226,8	189,8
1979	724,9	168,6	1995	41.861,4	232,6
1980	1.174,6	273,2	1996	65.050,7	156,0
1981	1.169,3	271,9	1997	87.328,0	185,8
1982	1.573,2	365,9	1998	123.600,2	219,0
1983	1.623,7	135,6	1999	185.651,2	286,4
1984	1.652,6	124,8	2000	222.330,7	317,7
1985	2.012,4	143,6			

Fuente: Ministerio de Hacienda, Ministerio de Finanzas. Memorias y Cuentas, varios años.

Para el año 1996 según estadísticas del Ministerio de Hacienda, los fumadores venezolanos aportaban el 4% de la renta interna, lo cual ubica al sector como uno de los más importantes contribuyentes industriales del país; situación ésta que en el diseño de políticas públicas orientadas al control del tabaquismo deberá ser tomada muy en cuenta.

Debe recordarse que el aumento de los impuestos a los productos derivados del tabaco, es una de las formas más utilizadas para disminuir el consumo, comprobándose también que ello no significa mermas importantes en los ingresos fiscales por ese concepto, sino todo lo contrario.

A partir de la promulgación de la Ley de Impuesto sobre Cigarrillos y Manufacturas de Tabaco, se aplican también en Venezuela, una serie de medidas de carácter legal orientadas al control del tabaquismo que de forma indirecta han incidido negativamente (según voceros interesados) sobre la recaudación fiscal; especialmente aquellas regulaciones referidas al control de la publicidad de los productos derivados del tabaco. Sin embargo diversos estudios han demostrado que el impacto sobre el fisco de estas regulaciones por una parte, no son negativos y por la otra, se ha comprobado que cualquier reducción en el consumo de tabaco y sus derivados, implican reducciones en los costos del Estado en el sector salud. A continuación se hace un recuento de los instrumentos regulatorios que aplican sobre el sector.

Ley de impuesto sobre cigarrillos y manufacturas de tabaco, publicada en la Gaceta Oficial N° 2.309 Extraordinaria del mes de septiembre de 1978. Reformada parcialmente en 1979 (GO N°2.497 del 27-08-79)

Decreto Presidencial contentivo del Reglamento de la Ley de Impuesto sobre cigarrillos y manufacturas de tabaco. Publicado en la Gaceta Oficial N° 2.497 del 27-08-79

Ley del Deporte publicada en la Gaceta Oficial N° 2.402 Extraordinaria del 17-08-79. Prohíbe en el Artículo 51 la promoción publicitaria en las instalaciones deportivas de bebidas alcohólicas y cigarrillos.

Decreto Presidencial 849 del 21-11-1980, publicado en la Gaceta Oficial N° 32.116 del 21-11-1980, mediante el cual se prohíbe la transmisión a través de todas las estaciones televisoras de publicidad comercial que induzca directa o indirectamente al consumo de cigarrillos.

Decreto Presidencial 996 del 19-03-1981, publicado en la Gaceta Oficial N° 32.192 del 20-03-81, mediante el cual se prohíbe la transmisión por las estaciones de radiodifusión sonora de toda publicidad comercial que induzca directa o indirectamente al consumo de cigarrillos y demás productos derivados del tabaco.

Resolución del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social del 23-10-84, publicada en la Gaceta Oficial N° 33.098 del 6-11-84, que establece un Consejo Nacional permanente Honorario adjunto a la División de Enfermedades Crónicas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, para estudiar los problemas de salud asociados con el consumo del tabaco, con el propósito de formular normas para la prevención del tabaquismo y de las enfermedades orgánicas que de él se derivan.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Normas destinadas a mejorar la eficiencia y productividad de la atención médica. Publicadas en la Gaceta Oficial N° 33.390 del 15-01-86. En el Artículo 16 de estas normas se contempla la prohibición de fumar dentro de todos los establecimientos asistenciales.

Ley de Monagas Libre de Humo aprobada por el Consejo Legislativo del estado Monagas en Agosto 2003, que establece la norma de protección de la salud de los no fumadores y fumadores de los daños producidos por la exposición al humo ambiental de cigarrillos y otros productos del tabaco mediante la creación y garantía de ambientes libres de humo tabaco, igualmente establece el consejo regional para la prevención y control del tabaquismo de carácter intergubernamental, y con participación organizaciones no gubernamentales científicas y comunitarias financiado por el Gobierno Regional y con mecanismos de financiamiento externo.

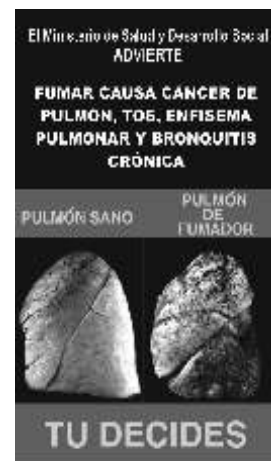
Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, Gaceta Oficial N.º. 37.332 del 26 de Noviembre del 2001, en su "Artículo 63", queda prohibida la colocación de vallas, anuncios, carteles o demás medios publicitarios que induzcan al consumo de bebidas alcohólicas o de cigarrillos, en las inmediaciones de carreteras y autopistas.

Resolución del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela, N # 109 publicada en la Gaceta oficial N # 37904 del 22 de Marzo del 2004, que establece la regulación y control sanitario de los cigarrillos y demás productos del tabaco, haciendo de obligatoriedad la presentación de informes sobre los compuestos, ingredientes y emisiones tóxicas de los cigarrillos y otros productos del tabaco que permiten al MSDS tener una información acerca de las manufacturas y producción de estos productos y establecer un monitoreo de los mismos.

Resolución del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela, N # 110 publicada en la Gaceta oficial N # 37904 del 22 de Marzo del 2004, que establece la utilización de un nuevo sistema de advertencias sanitarias acompañadas con sus pictogramas que facilitan la comprensión pública de los mensajes de salud contenidos en las advertencias y elimina la utilización de términos para la caracterización de los cigarrillos, como por ejemplo: suave, ligero etc., que confunden a los consumidores quienes asocian estos términos a cigarrillos mas seguros o menos peligrosos para la salud.

Actualmente se discute en la Asamblea Nacional un Proyecto de la Ley Orgánica de Salud, aprobada ya en primera discusión y una modificación de las leyes fiscales, que implican en el caso de la primera citada, la eliminación total de todo tipo de publicidad a los productos derivados del tabaco, prohibición de fumar en todos los lugares cerrados públicos o privados cualquiera sea su uso, en todo medio de transporte e instalaciones abiertas deportivas y culturales. En el segundo de los casos se discute la pertinencia o no de descentralizar la recaudación de los tributos aplicados al tabaco y sus derivados, así como la aplicación de nuevos tributos al sector por parte de los gobiernos locales.

Pictogramas de las Advertencias Sanitarias



LA ECONOMÍA DEL CONSUMO DE TABACO EN VENEZUELA.

3.1. Determinantes de la demanda.

La demanda de tabaco a nivel del consumidor, está determinada, básicamente por cuatro variables; dos de las cuales son de naturaleza psico-social, mientras que las otras dos son de naturaleza económica.³ En primer lugar, el gusto individual que tiene el fumar en el individuo, este es un factor subjetivo, el cual es adquirido por el individuo con el uso de este bien. En segundo lugar, la naturaleza del bien; el cigarrillo es un bien que produce adicción debido a la presencia de ciertas sustancias que producen cierto “placer” en el consumidor. Estas dos variables se pueden resumir en el factor “hábito”, el cual refleja variables psicológicas y sociales tales como, por ejemplo, la presión social o el moldeamiento del individuo a través de los grupos sociales de referencia. Es importante señalar que dicho moldeamiento se realiza a edades tempranas, siendo el hábito un factor difícil de erradicar. La acción de estas dos variables, entonces, hace que el consumo de cigarrillos y productos del tabaco se mantenga e, incluso, aumentar en el tiempo.

Al lado de este factor psico-social, las variables de naturaleza económica juegan un papel de importancia. Entre ellas se encuentran, el precio del tabaco, en este caso cigarrillos, y el ingreso disponible por los consumidores. El consumo de tabaco es susceptible de ser analizado como cualquier otro bien; en este sentido, tenderá a variar de manera inversa al precio de venta y de manera directa al ingreso disponible por los consumidores. En otras palabras, ante un aumento del precio de los cigarrillos, los consumidores tenderán a consumir menos; mientras que si el ingreso de los consumidores aumenta, el consumo también lo hará.

Es evidente que ello será así, siempre y cuando, la adicción no intervenga. En la práctica se ha evidenciado que el consumo de tabaco responde de forma muy débil a los aumentos de precios. Ello se debe a la fuerza de los factores psico-sociales en la determinación de la demanda. En otros términos, el consumo de tabaco es inelástico, lo que implica que es poco sensible al precio, en cambio, el consumo es sensible al aumento de los ingresos de los consumidores.⁴ Esta conclusión supone que los patrones de consumo de tabaco varían poco entre grupos de edad o estratos socio-económicos de la población. En este punto, faltan evidencias basadas en estudios para el caso venezolano. Investigaciones realizadas en otros países, señalan que en estratos socio-económicos bajos, el consumo de tabaco es más sensible a los aumentos de precios en los estratos bajos que en los altos.⁵ Ello se debe a que el cigarrillo, al no tener sustitutos, es más susceptible de ser excluido de los bienes de consumo de un hogar pobre, cuando los ingresos disminuyen o cuando el precio aumenta significativamente. Sin embargo, ello no toma en cuenta el poder adictivo del cigarrillo.

³ Basado en Iraj Abedian, “The Optimal Policy Mix for Tobacco Control: a Proposed Framework” en Iraj Abedian, Rowena van der Merwe Edit. The Economics of Tobacco Control, Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town, South Africa, 1998, pp 5-14.

⁴ Véase Infra Sección 3.4.

⁵ Véase Joy Townsend “The Role of Taxation Policy in Tobacco Control” en Iraj Abedian, Rowena van der Merwe Edit., Op Cit, pp 85-101

Ello tiene implicaciones de relevancia para la política⁶ a ser aplicada para el control del consumo de tabaco. Si los factores psico-sociales son los que determinan en gran medida el hábito de fumar, entonces las medidas a ser adoptadas para disminuir el consumo de tabaco deberán tener un corte preventivo, enfocándose hacia aquellas condiciones que estimulan dicho hábito. Entre los instrumentos de política que entran en esta categoría se encuentran las campañas informativas, las regulaciones a la publicidad, campañas educativas dirigidas hacia niños y jóvenes, etc.

En cambio, si los factores económicos son los que más influyen en el hábito de fumar, las medidas fiscales son más eficientes que las campañas educativas para disminuir el consumo de tabaco. Las medidas fiscales consisten, principalmente, en la fijación de las tasas impositivas a ser aplicadas a los productos del tabaco. Un aumento en las mismas, determina un aumento de precio y, si el consumo es sensible al precio, una disminución en el consumo. Como efecto colateral, el Estado recibiría ingresos fiscales, lo que representa una fuente de beneficios sociales, ya que ese dinero puede ser invertido en diversos programas de salud. Sin embargo, las medidas impositivas tienen el efecto de reducir el consumo y, a la larga, la recaudación también pudiera disminuir, aparte que desestimula a la industria nacional del tabaco. El problema aquí reside en aplicar un nivel de impuesto que implique una disminución significativa del consumo de tabaco, sin que se vea afectada la recaudación fiscal ni desestimulada la industria tabacalera nacional.

3.2. Prevalencia.

La prevalencia global del tabaquismo en América Latina y el Caribe es muy variable, y no existe una sistematización de la información estadística, sino hasta años recientes, que permita analizar y comparar los indicadores de prevalencia en la Región, aún cuando constituye uno de los aspectos a cuantificar más importantes para entender la magnitud del problema, así como sus riesgos.

Como consideración previa se destaca que a efectos del presente trabajo, se considera la prevalencia del fumar como "la proporción de fumadores (diarios y ocasionales) en un momento determinado de tiempo, expresada generalmente como porcentaje, de la siguiente forma:

Prevalencia de fumadores = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de fumadores en la población encuestada}}{\text{Total de la población encuestada (fumadores o no fumadores)}}$.⁷

A efectos de presentar el caso venezolano, se ha tomado como referencia inicial la encuesta realizada por la OPS en 1971 (Joly, 1977)⁸ en ocho ciudades de América Latina, conocida como la encuesta Joly, la cual incluyó la ciudad de Caracas. Esta encuesta levantada sobre una muestra de población cuyos estratos de edad comprendían los grupos entre 15 y 74 años, reveló en su conjunto, una prevalencia de 36,9%; y en términos desagregados 48,6% para los hombres y 26,3% para las mujeres.

⁶ Se trata aquí de instrumentos de política orientados hacia la demanda, no hacia la oferta. Véase Iraj Abedian, "The Optimal Policy Mix for Tobacco Control: a Proposed Framework" en Iraj Abedian, Rowena van der Merwe Edit. The Economics of Tobacco Control, Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town, South Africa, 1998, pp 5-14.

⁷ OPS. OMS. Plan Interagencial Tabaco o Salud. Base de Datos Tos. pp 12.

⁸ OPS. Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992. pp 72y74.

De igual forma, se analizaron los datos globales contenidos en la encuesta realizada por la Organización Gallup para la American Cancer Society en 1988,⁹ la cual arrojó para el país los siguientes datos: prevalencia global 27%, hombres 32% y mujeres 23%.

Las mencionadas encuestas señalan asimismo para el caso específico de Venezuela, una proporción hombres-mujeres en la prevalencia del tabaquismo de 1,8 (OPS, 1971) y 1,4 (Gallup, 1988).

Es preciso destacar que las encuestas realizadas en América Latina y recopiladas por la OPS, difieren tanto en su estrategia de muestreo, así como en los métodos de ponderación utilizado, la definición de la población encuestada, los parámetros de consumo, la definición de fumadores y el tiempo que dicha población se ha mantenido fumando, entre otras consideraciones. Por esta razón, las comparaciones son difíciles, y se ha preferido trabajar con los datos brutos de prevalencia. Es el caso por ejemplo, de las encuestas precitadas: OPS y Gallup.

Por todo lo anterior, en algunos casos específicos solo se adelantaron revisiones globales. Tal es el caso por ejemplo, de la encuesta levantada en el año 1978 por un grupo de epidemiólogos del MSAS, para determinar la influencia del hábito de fumar en la población trabajadora venezolana, expuesta a riesgos pulvígenos y el micro clima laboral industrial, la cual cubrió un 6.7% de la población trabajadora del país (aproximadamente 300.000 trabajadores); así como la que en 1980 realizara entre la población escolar (10-20 años) y el personal docente en las ciudades de Caracas, Maracaibo y Porlamar, la Sociedad Anticancerosa de Venezuela.

En estos casos específicamente, se decidió no exponer sus resultados, por cuanto la primera no releva datos específicos sobre prevalencia, y la segunda solo fue contestada por el 29% de la población total seleccionada en la muestra, lo cual no se considera estadísticamente representativa.

Finalmente se presenta un análisis pormenorizado de los datos arrojados por las encuestas poblacionales que indagaban sobre las Características del Hábito de Fumar y uso de otras formas de Tabaco en Venezuela (adultos y jóvenes) levantadas en los años 1984, 1988, 1996 y 1997 por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1984-1988) y la Fundación Antitabáquica de Venezuela (FAVE), los años 1996 y 1997. Haciendo la salvedad de que en algunos casos hay datos que no son comparables, su análisis permiten hacer inferencias importantes sobre la investigación que se adelanta.

Estas encuestas fueron levantadas a escala nacional para las poblaciones mayores de 1.000 habitantes (1984 y 1988) y para las áreas urbanas mayores de 5.000 habitantes (1996 y 1997). Tomaron como modelo las dos primeras el formato elaborado por La Unión Internacional Contra el Cáncer; y las levantadas los años 1996 y 1997, fueron ampliadas con un test de Fagerstrom para medir la dependencia nicotínica y algunas preguntas orientadas a evaluar los resultados de campañas focalizadas en la lucha antitabáquica y el día de No Fumar.

A manera de síntesis, los cuadros 3.1 y 3.2, contienen la información agregada respecto a los indicadores básicos de prevalencia arrojados por las diferentes encuestas tanto de adultos, como de jóvenes elaboradas en diferentes años por diferentes organizaciones, y posteriormente se detallará información relevante derivada de las cua-

⁹ OPS. Tabaco o Salud. Situación en las Américas, 1992. pp 401-411.

tro encuestas conducidas tanto por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, como por la Fundación Antitabáquica de Venezuela.

Cuadro N° 3.1. Prevalencia del consumo de cigarrillos en adultos. Varios años.

SEXO	OPS 1971	GALLUP 1998	MSAS 1984	MSAS 1988	FAVE 1996	FAVE 1997
Masculino	48.6	32	45.4	42.9	37.4	
Femenino	26.3	23	34.1	25.2	23.8	
Ambos	36.9	27	39.8	33.9	30.6	36(*)

Fuente: OPS, MSAS y Fundación Antitabáquica de Venezuela.

(*) Dato en revisión, por cuanto la definición de "prevalencia" utilizada en ese año, difiere de la utilizada en los años 84, 88 y 96.

Cuadro N° 3.2. Prevalencia del consumo de cigarrillos en jóvenes. Varios años.

Sexo	MSAS - 1984	MSAS - 1988	FAVE - 1996	FAVE - 1997
Masculino	1.9	3.2	6.4	
Femenino	3.4	3.4	7.5	
Ambos	2.7	3.3	7.0	7.0 (*)

Fuente: MSAS y Fundación Antitabáquica de Venezuela.

(*) Dato en revisión.

3.2.1. Encuesta 1984.

En 1984 se realizó la primera encuesta sobre las características del hábito de fumar en el país.¹⁰ A tal efecto, la División de Enfermedades Crónicas adscrita a la Dirección de Epidemiología y Programas de Salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, levantó una encuesta según formatos divulgados por la OPS, sobre una muestra estratificada de 1.400 entrevistados en todo el territorio nacional (1.175 adultos y 225 jóvenes entre 12 y 15 años). Asimismo, apoyándose en el Método Grafar, la encuesta se segmentó por grupos socioeconómicos, sexo y edad según se muestra a continuación.

Para la encuesta de adultos la distribución socioeconómica fue la siguiente: Grupo A: 7.1%; Grupo B: 14.7%; Grupo C: 52.9% y Grupo D: 25.3%.¹¹ Por sexos; Masculino: 50.5% y Femenino: 49.5% y por Edad; 16-29 años: 48%; 30-49 años: 33% y mayor de 50 años: 19%.

¹⁰ MSAS. División de Enfermedades Crónicas no transmisibles. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en Venezuela. Caracas, 1984. pp17-22 y anexos estadísticos.

¹¹ A: Clase Alta; B: Clase Media; C: Clase Media-Baja y D: Clase Baja

Para los jóvenes la distribución fue como sigue; por grupos socioeconómicos se mantuvo igual que en la encuesta de adultos. Por sexos; Masculino: 47.6% y Femenino: 52.4% y por Edad; 13 años: 21.3%; 14 años: 27.1% y 15 años: 27.2%.

Entre los datos relevantes arrojados por la encuesta de adultos cabe destacar los siguientes: se estableció una prevalencia agregada equivalente al 39.8%, diferenciándose 45.4% para los hombres y 34.1% para las mujeres.

Por otra parte, del total encuestado que respondió afirmativamente (58.3%) a la pregunta ¿ha fumado Ud. diariamente durante 6 meses o más? se derivaron las distribuciones porcentuales siguientes: por nivel socioeconómico: 66.7% correspondieron a la clase A; 61.3% a la Clase B; 56.6% a la Clase C, y 57.3 a la Clase D. Por grupos de edad: 51.6% correspondieron al grupo entre 16-29 años; 67.7% al grupo entre 30-49 años y 54.5% al grupo mayor de 50 años; y respecto al sexo, 60.4% eran de sexo masculino y 55.2 del sexo femenino.

En el caso de los jóvenes la prevalencia se ubicó en un 2.7%. 1.9% para el sexo masculino y 3.4% para el sexo femenino.

En términos de la distribución del número de cigarrillos consumidos diariamente por la población adulta que respondió afirmativamente la precitada pregunta, pudieron obtenerse los datos presentados en el Cuadro N° 3.3, expuesto a continuación.

Cuadro N° 3.3. Encuesta sobre el hábito de fumar. 1984.

Distribución del consumo de cigarrillos por nivel socioeconómico, edad y sexo (%).

N° cig	Total	Estrato socioeconómico				Grupo de edad			Sexo	
		A	B	C	D	16 - 29	30 - 49	>50	Masc.	Fem.
1-10	42.1	30.4	46.0	37.7	50.0	52.3	31.6	42.9	31.2	57.6
11-20	39.3	47.8	40.0	42.2	31.9	31.1	50.4	32.1	45.5	30.3
21-30	5.0	8.7	6.0	5.8	2.1	6.1	5.3	1.8	5.8	3.8
31-40	5.6	4.3	4.0	7.1	4.3	0.8	8.3	10.7	7.9	2.3
>41	1.9	4.3	2.0	0.6	3.2	0.8	1.5	5.3	2.6	0.8
S/R *	6.1	4.3	2.0	6.5	8.5	9.1	3.0	7.1	6.9	5.3

Fuente: MSAS. Encuesta sobre el hábito de fumar en Venezuela, 1984.

* Sin respuesta

De esta encuesta también puede inferirse que del total de fumadores adultos, el 92.2% consume cigarrillos manufacturados (correspondiendo de este total al 94.7% a cigarrillos con filtro); 1.6% cigarrillos hechos a mano; 1.8% picadura para pipas y 3.7% tabacos (puros).

3.2.2. Encuesta 1988.

En En 1988 se realizó la segunda encuesta sobre las características del hábito de fumar en Venezuela¹² conducida por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En esta oportunidad, la muestra estratificada cubrió 1.500 entrevistados en todo el territorio nacional (1.000 adultos y 500 jóvenes entre 12 y 15 años), segmentada por grupos socioeconómicos, sexo y edad según se muestra a continuación. Para la encuesta de adultos la distribución socioeconómica fue la siguiente: Grupo A: 5.9%; Grupo B: 21.2%; Grupo C: 47.4% y Grupo D: 25.5%. Por sexos; Masculino: 49.6% y Femenino: 50.4% y por edad; 16-29 años: 44.8%; 30-49 años: 36.1% y mayor de 50 años: 19.1%.

Para los jóvenes fue como sigue; por grupos socioeconómicos: Grupo A/B: 11.3% y C/D 38.7%. Por sexos; Masculino: 50% y Femenino: 50% y por edad; 12 años: 20%; 13 años: 20.2%; 14 años: 22.4% y 15 años: 35.4%.

Entre los datos relevantes arrojados por la encuesta, cabe destacar los siguientes. En primer término estableció para el año, una prevalencia agregada para los adultos de 33.9%; diferenciándose 42.9% para los hombres y 25.2% para las mujeres. Para el caso de los jóvenes, estableció una prevalencia de 3.3%, correspondiendo 3.2% para los jóvenes y 3.4% para las jóvenes.

Por su parte, del total de personas encuestadas en el grupo de adultos que respondió afirmativamente (66.6%) a la pregunta ¿ha fumado Ud. diariamente durante los últimos 6 meses o más?, se obtuvieron las siguientes distribuciones.

En términos socioeconómicos, 73.5% de los entrevistados correspondieron a la clase A; 63.9% a la Clase B; 64.7% a la Clase C, y 70.2% a la Clase D. Por grupos de edad: 55.2% correspondieron al grupo entre 16-29 años; 72.9% al grupo entre 30-49 años y 74.3% al grupo mayor de 50 años. Respecto al sexo, 68.9% eran de sexo masculino y 63.1% del sexo femenino.

En relación a la distribución del número de cigarrillos consumidos diariamente, se presenta el siguiente cuadro sobre una base de 234 encuestas sobre el total de las encuestas de adultos.

Cuadro N° 3.4. Encuesta Hábito de fumar en Venezuela 1988
Distribución del consumo de cigarrillos por nivel socioeconómico, edad y sexo (%).

N° cig	Total	Estrato socioeconómico				Grupo de edad			Sexo	
		A	B	C	D	16 - 29	30 - 49	>50	Masc.	Fem.
1-10	54.7	50.0	37.2	61.2	57.3	63.2	48.6	52.8	45.6	70.6
11-20	37.2	44.4	51.2	31.6	34.7	31.0	43.2	33.3	42.3	28.2
21-30	2.1	0.0	2.3	2.9	2.7	1.1	2.7	2.8	3.4	0.0
31-40	3.4	0.0	7.0	3.1	2.7	3.4	2.7	5.6	4.7	1.2
>41	1.7	0.0	2.3	1.0	2.7	1.1	1.8	2.8	2.7	0.0
S/R*	0.8	5.6	0.0	1.0	0.0	0.0	0.9	2.8	1.4	0.0

Fuente: MSAS. Encuesta sobre el hábito de fumar en Venezuela, 1988.

*Sin Respuesta.

¹² MSAS. División de enfermedades crónicas no transmisibles. Encuesta sobre las características del Hábito de fumar en Venezuela. Caracas, 1988.

Se determinó asimismo en esta encuesta, que el 92,6% de los entrevistados fuman cigarrillos manufacturados; 0.4% cigarrillos hechos a mano, 2.8% picadura para pipas y 4.2% tabacos (puros)

3.2.3. Encuesta 1996.

La encuesta correspondiente al año 1996¹³ fue conducida por la Fundación Antitabáquica de Venezuela siguiendo el mismo formato de las encuestas anteriores, conducidas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Esta encuesta se formuló bajo los siguientes parámetros: muestra estratificada de tipo probabilístico para un total de 1.510 entrevistados (1.080 adultos y 430 jóvenes entre 12 y 14 años) distribuidos en los centros poblados con mas de 5.000 habitantes. Esta encuesta levantada entre el 15 y el 26 de julio se distribuyó en términos socioeconómicos, sexo y edad según se muestra a continuación.

Para la encuesta de adultos la distribución socioeconómica fue la siguiente; Grupo A/B (Alta-Media): 25.6%; Grupo C (Media): 44.8% y Grupo D (Marginal-Baja): 29.6%. Por sexos; Masculino: 50.3% y Femenino: 44.7%; y por grupos de edad; 15-17 años: 15.5%; 18-24 años: 20.7%; 25-34 años 24.9%; 35-49 años 23.1% y mayor de 50 años: 15.8%. Por su parte, la encuesta dirigida a los jóvenes (12,13 y 14 años) se caracterizó como sigue: por grupos socioeconómicos se mantuvo igual distribución que en la encuesta de adultos. Por sexos; Masculino: 50.7% y Femenino: 49.3%; y por Edad; 12 años: 32.8%; 13 años: 33.3% y 14 años: 33.9%.

Entre los datos relevantes arrojados por la encuesta de adultos cabe destacar los siguientes: se estableció una prevalencia agregada equivalente al 30.6%, diferenciándose 37.4% para los hombres y 23.8% para las mujeres. En el caso de los jóvenes, se determinó una prevalencia total del 7.0 %, distinguiéndose 6.4% para el sexo masculino y 7.5% para el femenino.

Por otra parte, del total encuestado que respondió afirmativamente (60.8%) a la pregunta ¿actualmente Ud. fuma o no cigarrillos?, se derivaron las distribuciones porcentuales que se presentan a continuación.

Por nivel socioeconómico: 55.9% correspondieron a la clase A/B; 65.3% a la Clase C; y 58.3 a la Clase D. Por grupos de edad: 65.9% correspondieron al grupo entre 15-17 años; 73.3% al grupo entre 18-24 años; 72.9% al grupo entre 25-34 años; 54.0% al grupo entre 35-49 años y 43.6% al grupo mayor de 50 años. Respecto al sexo, 63.2% eran de sexo masculino y 57.4 del sexo femenino.

En términos de la distribución del número de cigarrillos consumidos diariamente por la población adulta, pudieron obtenerse los datos presentados en el Cuadro N° 3.5, expuesto a continuación, sobre una base de 331 encuestas del total.

¹³ Fundación Antitabáquica de Venezuela. Encuesta sobre el hábito de fumar en Venezuela, 1996.

Cuadro N° 3.5. Venezuela: Encuesta sobre el hábito de fumar. 1996
Distribución del consumo de cigarrillos por nivel socioeconómico, edad y sexo (%).

N° cig	Total	Nivel socioeconómico			Grupo de edad					Sexo	
		AB	C	D	15 - 17	18 - 24	25 - 34	35 - 49	>50	Masc.	Fem.
1-5	26.9	23.7	29.4	25.3	44.4	30.2	26.7	21.6	22.9	24.1	31.3
6-15	39.6	47.4	33.1	44.2	40.7	38.1	41.0	34.1	47.9	41.9	35.9
16-25	22.1	17.1	25.0	21.1	11.1	23.8	23.8	25.0	16.7	21.2	23.4
>25	11.5	11.8	12.5	9.5	3.7	7.9	8.6	19.3	12.5	12.8	9.4

Fuente: Fundación Antitabáquica de Venezuela. Encuesta sobre el hábito de fumar en Venezuela, 1996.

3.2.3. Encuesta 1997.

En 1997 la Fundación Antitabáquica de Venezuela, nuevamente condujo la elaboración y recolección de los datos correspondientes a la cuarta encuesta sobre el "Hábito de Fumar en Venezuela".¹⁴ En esta oportunidad, la muestra estratificada cubrió 1.200 entrevistados en todo el territorio nacional (900 adultos y 300 jóvenes entre 12 y 14 años), segmentada por grupos socioeconómicos, sexo y edad según se muestra a continuación.

Para la encuesta de adultos la distribución socioeconómica fue la siguiente: Grupo A/B (Alta / Media): 11%; Grupo C (Media): 41% y Grupo D (Baja/Marginal): 48%. Por sexos; Masculino: 51% y Femenino: 49%; y por edad, 15-17 años: 17%; 18-24 años: 21%; 25-34 años: 24%; 35-49 años: 22% y mayor de 50 años: 16%. Para los jóvenes fue como sigue; por grupos socioeconómicos: Grupo A/B: 16%; C: 43% y D: 41%. Por sexos; Masculino: 49% y Femenino: 51% y por edad; 12 años: 34%; 13 años: 33% y 14 años: 33%.

En esta encuesta los resultados obtenidos sobre el nivel de prevalencia fueron los siguientes: para los adultos se estimó una prevalencia global de 36%; 47% para el sexo masculino y 28% para el femenino. En el caso de los jóvenes, estableció una prevalencia del 7.0%.

Seguidamente, se presentan una serie de consideraciones estadísticas derivadas de las respuestas correspondientes al grupo de personas encuestadas en el grupo de adultos que respondió afirmativamente a la pregunta ¿ha fumado Ud. durante 6 meses en forma consecutiva y lo hace actualmente? En términos socioeconómicos, 72% de los entrevistados correspondieron a la clase A/B; 75% a la Clase C y 74% a la Clase D. En relación a la distribución del número de cigarrillos consumidos diariamente, se presenta el Cuadro N° 3.6, sobre el total de entrevistados que respondieron afirmativamente a la pregunta arriba expuesta.

¹⁴ Fundación Antitabáquica de Venezuela. Encuesta sobre el hábito de fumar en Venezuela, 1997.

Cuadro N° 3.6. Encuesta sobre el hábito de fumar. 1997

Distribución del consumo de cigarrillos por nivel socioeconómico, Edad y sexo (%).

N° cig	Total	Nivel socioeconómico			Grupo de edad					Sexo	
		AB	C	D	15 - 17	18 - 24	25 - 34	35 - 49	>50	Masc.	Fem.
1-5	21	13	23	22	50	23	18	17	20	15	31
6-15	44	35	50	40	45	53	44	43	35	45	42
16-25	29	42	21	32	5	22	32	31	35	30	26
>25	6	10	5	6	0	2	6	9	10	10	1

Fuente: Fuente: Fundación Antitabáquica de Venezuela. Encuesta sobre el hábito de fumar en Venezuela 1997.

En esta encuesta en particular, a las preguntas relacionadas con el “mascado de tabaco” y el “masticado de chimo”, las respuestas fueron para el primer caso, un 3.0% lo hace ocasionalmente.

Respecto a la segunda pregunta un 1.0% contestó hacerlo diariamente y un 5.0% ocasionalmente. Por su parte un 1% afirmó fumar tabaco (puro) diariamente, 10% ocasionalmente; un 1% fuma diariamente pipa de picadura y un 4% lo hace ocasionalmente. Finalmente, un 87% respondió fumar cigarrillos rubios y 12% rubios light.

39

3.2.5. Consideraciones adicionales.

Analizando la información presentada y tratando de inferir estadísticamente algunas conclusiones, es preciso previamente tomar en consideración, los siguientes aspectos. En primer término, la data básica no es uniforme; por tanto en muchos casos no es comparable y por ende resulta difícil establecer la validez de las estimaciones declaradas. Por ejemplo, en la encuesta de la OPS del año 1971, la mayoría de los resultados se presentan sobre porcentajes estandarizados que permiten comparaciones entre las poblaciones encuestadas. No sucedió así con las otras encuestas.

Pudo detectarse asimismo, que los estudios definieron de manera diferente la categoría de “fumador” y prevalencia. Al tratar de comparar las características del hábito de fumar, tanto de jóvenes como de adultos desagregada por cohortes de edad y estrato socio económico, pudo observarse también la falta de continuidad en las definiciones. Por ejemplo, las encuestas de 1984 y 1988, trabajaron los rangos de edad siguiente: 16-29 años, 30-49 años y 50 y más años, y las encuestas de 1996 y 1997 segregaron la información etaria en los siguientes segmentos: 15-17 años; 18-24 años; 25-34 años, 35-49 años y 50 y más años, ocurriendo algo similar con la distribución por niveles socioeconómicos y la información sobre cigarrillos promedio consumidos.

Sobre prevalencia en adultos, debe señalarse que aún cuando las encuestas de los años 84, 88 y 96 iban mostrando un paulatino descenso a nivel global, puede observarse un repunte en el año 1997. Sin embargo, al no tener información más reciente, no podemos asegurar si esa es la tendencia predominante, aunque existe entre los técnicos de la Fundación Antitabáquica de Venezuela, la presunción de que dicha encuesta no fue procesada

correctamente. Para el caso de los jóvenes, es notorio el aumento desde 2.7% en el año 1984 a 7.0 en el año 1997.

Puede concluirse que la prevalencia para la población adulta en Venezuela ha venido experimentando una tendencia a la disminución (considerando que los datos arrojados por la última encuesta no son confiables) que deberá ser analizada a la luz de una nueva encuesta. No sucediendo lo mismo con la prevalencia en la población joven la cual ha experimentado un leve aumento.

Asimismo, pudo observarse una mayor incidencia sobre la población de mayores recursos económicos, la cual aparece como la mayor consumidora de cigarrillos en términos de cantidad. Los grupos etarios con la mayor incidencia son los ubicados entre los 20 y los 40 años, y el sexo masculino el que tiene los mayores valores, aunque se ha venido registrando un aumento paulatino en los indicadores de prevalencia para el sexo femenino.

En los próximos capítulos se tratarán de exponer algunas de las causas que han incidido en la disminución de los indicadores tanto del consumo de cigarrillos y otros derivados del tabaco, como de la prevalencia.

3.3 El consumo de cigarrillos.

En este aparte se aborda el consumo de cigarrillos y no el de tabaco, como sería lo lógico, ya que en Venezuela el 99,3% del consumo de derivados del tabaco, corresponde a cigarrillos elaborados con tabaco rubio y filtro. Cabe destacar que no existe en Venezuela una fuente única, completa ni totalmente confiable, para estimar el consumo de cigarrillos. Mucho menos, se dispone de estadísticas de consumo por niveles de ingreso, o por años de edad (salvo alguna información puntual contenida en las encuestas sobre el hábito de fumar en Venezuela, y cuya información fue presentada en el punto precedente), lo cual sería lo deseable a los fines de estimar los coeficientes de elasticidad precio e ingreso a la demanda. Para construir la serie de consumos anuales totales de cigarrillos a partir de 1970 al presente, tuvo que echarse mano a varias fuentes, a saber:

- Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 536. Tabaco o Salud. Este informe contiene una tabla de consumo anual de cigarrillos desde 1970 hasta 1989 y da a su vez como fuente a la Secretaría de Agricultura de los Estados Unidos, el Ministerio de Agricultura y Cría de Venezuela, N Henner y CELADE, 1990.
- Organización Mundial de la Salud. Tobacco and Health (1997). De esta fuente se extrajeron estadísticas de consumo de cigarrillos promedio anual para los lapsos 1970-1972; 1980-1982 y 1990-1992, que sirvieron para reajustar datos de la fuente (a) e incrementar el lapso de la serie anual.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Oficina de Venezuela (2000). De esta fuente se obtuvieron estadísticas de consumo de cigarrillos para los años 1990-1994.
- Organización Panamericana de la Salud. Secretariat Report 1998. State of Tobacco Control in Latin America. Se tomó de esta publicación estimados de consumo para los años 1990-1994.

- Adrianza, M., Delgado, A., N. Herrera y T. Villamizar. Indicadores de Tabaquismo en Venezuela 1984-1988-1996-1997. Información derivada de cuatro encuestas para los años de la referencia.
- Conindustria. Estadísticas de la Industria Tabacalera Nacional. Con base en información no publicada suministrada por Conindustria, a partir de datos sobre producción, exportación e importación suministrados por las empresas tabacaleras y cálculos propios, se estimó el consumo para los años 1995-1999.

Haciendo uso de las fuentes anteriores se elaboraron los Cuadros N° 3.7 y 3.8. Sin embargo debe alertarse, que en estas series no se incluyó el aumento del consumo debido al contrabando para los años 1995-2000, el cual se estimó en un 20% anual, según datos de la industria tabacalera. Debe apuntarse también, que los datos existentes para los años 1978 y 1979, resultan dudosos cuando analizamos las tendencias. Sin embargo, no se disponen de otras fuentes, que permitan verificarlos.

Cuadro N° 3.7. Consumo per cápita de cigarrillos manufacturados en Venezuela. 1970-2000.

Años	Consumo total (millones de cigarrillos)	Consumo per cápita de cigarrillos	Años	Consumo total (millones de cigarrillos)	Consumo per cápita de cigarrillos
1970	11.221	1.947	1986	17.327	1.558
1971	12.273	2.039	1987	16.442	1.475
1972	13.710	2.184	1988	17.124	1.489
1973	13.416	2.044	1989	16.400	1.382
1974	16.244	2.369	1990	24.000	1.320
1975	16.511	2.334	1991		1.320
1976	18.780	2.549	1992		1.320
1977	19.905	2.563	1993		1.100
1978	21.121	4.388	1994		1.000
1979	22.030	4.970	1995		983
1980	21.330	2.396	1996		897
1981	19.830	2.040	1997	27.616	894
1982	19.516	1.980	1998		957
1983	20.180	1.949	1999		957
1984	19.793	1.893	2000		950
1985	18.418	1.753			

Fuente: Elaboración por los autores.

Cuadro N° 3.8. Consumo per cápita de cigarrillos manufacturados en Venezuela. 1995-1999.

Año	Producción Miles de Kg.	Exportación Miles de Kg.	Importación Miles de Kg.	Población total (habitantes)	Consumo de cigarrillos per cápita
1995	18.387,4	7.557,1	2.875,1	21.844.496	983
1996	16.449,5	8.306,4	4.789,8	22.311.094	897
1997	17.226,4	9.058,0	4.996,5	22.777.152	894
1998	18.656,6	9.555,8	5.280,0	23.242.435	957
1999	16.325,7	6.810,9			790,8

Fuente: Conindustria y cálculos por los autores.

3.4. Elasticidad de la demanda de cigarrillos.

La elasticidad se define como el cambio porcentual experimentado por la demanda de un determinado bien en respuesta a la variación porcentual de su precio. Como se puede percibir, la elasticidad es una razón de cambios, por tanto, se pueden dar tres situaciones: si la elasticidad es igual a uno, la demanda de un bien variará en la misma proporción que su precio; si es menor que uno la demanda variará en una proporción menor que su precio; mientras que si es mayor a uno, la demanda variará en una proporción mayor que su precio. Tal como es posible calcular la elasticidad de un bien respecto a su precio, es posible calcularla de acuerdo al ingreso de la población. De manera análoga, se encontrarán tres situaciones posibles, definidas de la misma forma que la anterior. Normalmente, se le denomina a la primera elasticidad-precio y a la segunda elasticidad-ingreso. Sin embargo, hay que señalar que el vocablo elasticidad se refiere, de ordinario, a la elasticidad-precio.

Se suele clasificar a los bienes de acuerdo al tipo de elasticidad de la demanda. Los perfectamente elásticos son aquellos cuya elasticidad es igual a uno; los bienes inelásticos son aquellos cuya elasticidad es menor que uno, mientras que los bienes cuya elasticidad es mayor que uno, son bienes elásticos. Esta clasificación se aplica tanto a la elasticidad-precio como a la elasticidad-ingreso de un bien determinado, siendo que ambas no son siempre coincidentes. En otras palabras, pueden existir bienes elásticos respecto al precio, pero que sean inelásticos respecto al ingreso.

El tabaco es un bien que es inelástico respecto al precio, pero elástico respecto al ingreso. Ello implica que el consumo de tabaco no varía significativamente con respecto al precio, pero si lo hará cuando el ingreso lo haga. En otras palabras, cuando el precio aumente significativamente, el consumo de tabaco disminuirá, pero en una proporción menor, mientras que cuando el ingreso de los consumidores aumente, el consumo también aumentará en una determinada proporción.

Las elasticidades de los bienes se miden en términos de coeficientes de elasticidad. El coeficiente de elasticidad precio a la demanda mide el cambio porcentual de la cantidad demandada, en este caso cigarrillos, que resulta de un cambio porcentual en su precio. Como el precio y la cantidad demandada de cada bien tienen una relación inversa, el citado coeficiente tiene, obviamente, un valor negativo.

Por su parte, el coeficiente de elasticidad ingreso a la demanda mide el cambio porcentual en la cantidad consumida en una unidad de tiempo preseleccionada, en este caso usualmente un año, como resultado de un cambio porcentual en el ingreso del consumidor. En este contexto, dado que el consumo de cualquier bien y el ingreso tienen una relación directa, el coeficiente en cuestión suele tener un valor positivo.

Dichos coeficientes constituyen valiosos elementos para estimar la incidencia de las políticas públicas de control del tabaquismo y la evaluación de las variables macroeconómicas.

3.4.1. Información empleada y modelo de cálculo.

La estimación de los coeficientes de elasticidad se realizó, en este caso, en base a información estadística procedente de varias fuentes, en otras palabras, la elasticidad se estimó a partir del análisis de una serie temporal de

precios, consumo e ingresos. Las fuentes utilizadas plantean un problema de interpretación, ya que los diversos componentes del sistema estadístico nacional no siempre tratan la información de la misma manera, por lo que la calidad del dato no es homogénea para todas las fuentes. Ello trae como consecuencia la existencia de ciertas inconsistencias en la información base, por lo tanto, las conclusiones y los cálculos derivados del uso de esta información tiene un carácter aproximativo. La información utilizada fue la siguiente (ver Cuadro N° 3.9).

- a) Consumo per cápita de cigarrillos en la población mayor de 15 años, desde 1970 al 2000, de acuerdo a información contenida en el Cuadro N° 3.7. Debe hacerse notar, no obstante, que los consumos estimados para los años 1995-2000 fueron aumentados en un 20% para tomar en consideración el efecto del contrabando según los montos denunciados por la industria tabacalera nacional.
- b) Precio de la cajetilla de cigarrillos, contenidos en el Cuadro N° 2.4. Los precios de la cajetilla de cigarrillos a precios corrientes fue deflactada, mediante los índices de precio al consumidor, para tener una serie consistente con las restantes estadísticas que están expresadas a precios constantes, con base en 1984.
- c) Ingreso per cápita 1970-2000, según estadísticas del Banco Central de Venezuela.
- d) Remuneración al trabajo per cápita, según estadísticas del Banco Central de Venezuela y cálculos propios.

Cuadro N° 3.9. Base de cálculo.

Año	CPC	CP	PC	IPC	PR	PRC	RPC	RT
1970	1947	97.35	1.00	29.58	3.38	0.03	31,912.34	10672.1
1971	2039	101.95	1.00	30.54	3.27	0.03	31,984.62	10622.5
1972	2184	109.20	1.00	31.40	3.18	0.03	31,222.35	11008.4
1973	2044	102.20	1.00	32.70	3.05	0.03	33,392.22	10490.2
1974	2369	118.45	1.00	35.41	2.82	0.03	34,312.45	8913.6
1975	2334	116.70	1.00	39.04	2.56	0.03	33,591.26	10876.1
1976	2549	127.45	1.50	42.01	3.57	0.04	35,412.17	11763.6
1977	2563	128.15	1.50	45.28	3.31	0.03	36,096.74	12414.0
1978	2689	134.44	1.50	48.51	3.09	0.03	35,388.71	13422.8
1979	2941	147.04	2.00	54.50	3.66	0.04	34,762.65	12221.1
1980	2396	119.80	2.17	66.24	3.27	0.03	32,251.57	11460.4
1981	2040	102.00	2.72	76.87	3.57	0.04	30,779.51	11272.9
1982	1980	99.00	3.03	84.29	3.59	0.04	28,799.65	11272.9
1983	1949	97.45	3.10	89.64	3.45	0.03	25,965.97	10335.8
1984	1893	94.65	5.57	100.00	5.57	0.06	24,616.30	8638
1985	1753	87.65	6.46	111.36	5.80	0.06	24,217.36	8512
1986	1558	77.90	7.45	124.25	5.99	0.06	24,494.44	9367
1987	1475	73.75	9.60	159.21	6.02	0.06	25,437.06	9023
1988	1489	74.45	12.10	206.13	5.87	0.06	25,777.05	9747
1989	1382	69.10	23.00	380.23	6.04	0.06	24,237.01	7934
1990	1320	66.00	29.30	534.81	5.47	0.05	25,181.52	7522
1991	1320	66.00	40.80	717.74	5.68	0.06	26,491.48	8712
1992	1320	66.00	45.90	943.28	4.86	0.05	26,784.42	9585
1993	1100	55.00	65.00	1302.87	4.98	0.05	26,416.54	9207

Cuadro N° 3.9. Base de cálculo.

Año	CPC	CP	PC	IPC	PR	PRC	RPC	RT
1994	1000	50.00	110.20	2095.23	5.25	0.05	25,065.92	7986
1995	983	49.15	188.30	3350.76	5.61	0.06	25,081.53	8090
1996	897	44.85	411.70	6697.35	6.14	0.06	25,346.40	6408
1997	894	44.70	514.60	10048.72	5.12	0.05	26,409.54	7637
1998	957	47.85	654.80	13644.35	4.79	0.05	25,924.91	8283
1999	957	47.85	763.10	16860.31	4.52	0.05	23,870.37	7490.5
2000	950	47.50	921.74	19591.70	4.70	0.05	24,165.50	7614.14

Fuente: Cálculos por los autores.

CPC: Consumo per cápita anual de cigarrillos

CP: Consumo en cajas de cigarrillos (CPC/20)

PC: Precio de la cajetilla de cigarrillos de 20 unidades

IPC: Índice de precios al consumidor. Base 1984

PR: Precio Real (Bs)

PRC: Precio real de la cajetilla de cigarrillos = PC/IPC

RPC: Renta/cápita=PIB/Población

RT: Remuneración al trabajo.

44

Para calcular los coeficientes de elasticidad precio e ingreso a la demanda de cigarrillos se utilizó el siguiente modelo teórico:

$$CP = \beta_1 + \beta_2 * P + \beta_3 * I + \epsilon_i$$

donde:

CP: unidades consumidas de cajetillas per cápita anual

β_1 : Intercepto de la recta de regresión.

β_2 : Indica en cuantas unidades cambia el consumo cuando el precio del bien (cigarrillos) cambia en una unidad.

β_3 : Indica un cambio unitario en el consumo ante un cambio unitario en el ingreso de los individuos.

P: Precio real de la cajetilla de cigarrillos

I: Ingreso real o renta per cápita

ϵ_i : Término de error en todas las variables que no pueden ser incluidas en la regresión.

El modelo anterior puede utilizarse para estimar los coeficientes de elasticidad. La ecuación a utilizarse puede ser lineal, lineal-logarítmica (lin-log), logarítmica-lineal y logarítmica-logarítmica (log-log).

3.4.2. Estimación de la elasticidad del consumo de tabaco en Venezuela.

El modelo teórico mostrado se utilizó para estimación de la elasticidad del consumo de tabaco en Venezuela. En otras palabras, se relacionó el consumo per cápita de cigarrillos con el precio real de dicho bien, y el ingreso per cápita real de la población. Se utilizaron las distintas ecuaciones con el objeto de comparar el comportamiento de las diferentes variables. Las distintas ecuaciones exhibieron correlaciones que oscilaban entre 0,60 y 0,65, lo que implica que las variables precio e ingreso per cápita explicaban cerca de dos tercios de la variación del consumo de cigarrillos. Los coeficientes de elasticidad precio oscilaron entre -0.04 y -0.14 y los coeficientes de elasticidad ingreso entre 2.0 y 1.9.

Los valores anteriores del coeficiente de elasticidad precio a la demanda, son menores que los que se esperan en países en desarrollo. Se ha estimado que dicho coeficiente para los países en desarrollo pueden estar entre -0.6 y -1.0 (Banco Mundial-Organización Panamericana de la Salud, 1999 pp48). En países desarrollados se han efectuado estudios que han arrojado coeficientes de elasticidad precio a la demanda que varían entre -0.23 y -0.87 (Ver Cuadro N° 3.10). Y los coeficientes de elasticidad ingreso pueden oscilar entre 0.3 y 0.9 (Townsend, 1999), dependiendo de las condiciones del país.

Cuadro N° 3.10. Comparación de la elasticidad precio estimada del consumo de cigarrillos para un grupo de países.

Año	Referencia	País	Elasticidad estimada
1980	Fuji	USA	-0.45
1982	Lewwit y Coate	USA	-0.42
1984	Leu	Suiza	-0.50
1985	Bishop y yoo	USA	-0.45
1985	Radfar	UK	-0.23(SR) -0.39(LR)
1988	Godfrey y Maynard	UK	-0.56
1990	Chapman Richarson	Papua-Nueva Guinea	-0.71
1993	Keeler, Hu y otros	California	-0.3 a 0.5(SR)
1994	Sung, Hu y otros	USA (11 estados)	-0.40(SR) 0.48 (LR)
1994	Reekie	Sudáfrica	-0.877
1995	Tremblay y Tremblay	USA	-0.4
1996	Van Walbeek	SA (según base)	-0.32(SR)-0.53(LR) -0.66(SR)-1.52(LR)
1996 b	Tobacco control project	Sudáfrica	-0.57
1997 a	Abedian y Annett	Sudáfrica	-0.59(SR)-0.69(LR)

Fuente: Iraj Abedian, Rowena van der Merwe y otros editores.
The Economics of Tobacco Control: Towards an optimal policy mix, 1998. pp 12.

En vista de ello, se recurrió al expediente de sustituir el ingreso per cápita en la estimación de los referidos coeficientes, por la remuneración al trabajo per cápita. Esta variable se utiliza como proxy del ingreso, la cual es más representativa del ingreso, y se ha utilizado en múltiples ocasiones para estimar variaciones en el consumo de diferentes bienes. En este caso, las correlaciones aumentaron levemente, oscilando entre 0,62 y 0,68, mientras que el coeficiente de elasticidad-precio entre 0.29 y 0.36, y el coeficiente de elasticidad ingreso varío entre 1.10 y 1.22. El cambio de variable introdujo, pues, una cierta mejora en la estimación de los coeficientes de elasticidad, ya que robusteció el modelo y los coeficientes a estimar resultaron más acordes con las estimaciones realizadas a nivel internacional.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el tabaco es un bien que produce adicción sobre quien lo consume, por tanto en el modelamiento del consumo de tabaco hay que tomar en cuenta el ingrediente adictivo. Existen dos maneras de tomar en cuenta esta variable, por un lado asumiendo un nivel de consumo mínimo, por debajo del cual, se dice, existe una “necesidad imperiosa” de consumir tabaco; se asume que el consumo superior al nivel mínimo esta plenamente determinado por factores económicos, como precio e ingreso. Este enfoque tiene, sin embargo, una gran deficiencia; asume que la adicción se estabiliza en el tiempo y es, relativamente, fija a partir de un cierto nivel. La conducta observada en muchos fumadores lo desmiente y muestra, al contrario, que no existe dosis mínima a partir de la cual la adicción desaparece, sino que la adicción crece con las dosis suministradas.

46

Ello lleva a examinar la segunda manera de afrontar el problema de la adicción. Se ha observado que los niveles de consumo de los individuos en un año, están condicionados por el consumo de los años anteriores, es decir, la adicción puede ser creciente, es decir, el fumador cuánto más fuma, tenderá a fumar más en el futuro. Basado en esta idea, se procedió a estimar para cada uno de los coeficientes en cuestión, incluyendo como nueva variable, el consumo observado el año anterior.

En esta ocasión las correlaciones de los modelos fueron más robustas, oscilando entre 0,93 y 0,98; es decir, el modelo lograba explicar más del 90% de la variación observada en el consumo de cigarrillos. Para estos modelos, los coeficientes de elasticidad precio a la demanda oscilaron entre 0.13 y 0.20 y los coeficientes de la elasticidad ingreso oscilaron entre 0.13 y 0.22.

En el Cuadro N° 3.11 se muestran los estimados hechos del coeficiente de elasticidad precio a la demanda de cigarrillos según las diferentes hipótesis de cálculo y las variantes del modelo de regresión empleado. Por su parte, en el Cuadro N° 3.12 se muestran los mismos estimados para el coeficiente de elasticidad ingreso a la demanda.

Cuadro N° 3.11. Estimación de los coeficientes de elasticidad precio a la demanda de cigarrillos.

Variantes / Modelo	A	B	C
Lineal	-0.038	-0.303	-0.163
Lin-Log	-0.075	-0.358	-0.205
Log-Lin	-0.085	-0.287	-0.131
Log-Log	-0.138	-0.336	-0.162

A: relación entre consumo, precio e ingreso per cápita.

B: relación entre consumo, precio y remuneración al trabajo per cápita.

C: relación entre consumo rezagado un año, precio y remuneración al trabajo per cápita.

Cuadro N° 3.12. Estimación de los coeficientes de elasticidad ingreso, a la demanda de cigarrillos.

Variantes / Modelo	A	B	C
Lineal	2.027	1.202	0.220
Lin-Log	2.005	1.104	0.181
Log-Lin	1.948	1.223	0.179
Log-Log	1.895	1.143	0.132

A: relación entre consumo, precio e ingreso per cápita.

B: relación entre consumo, precio y remuneración al trabajo per cápita.

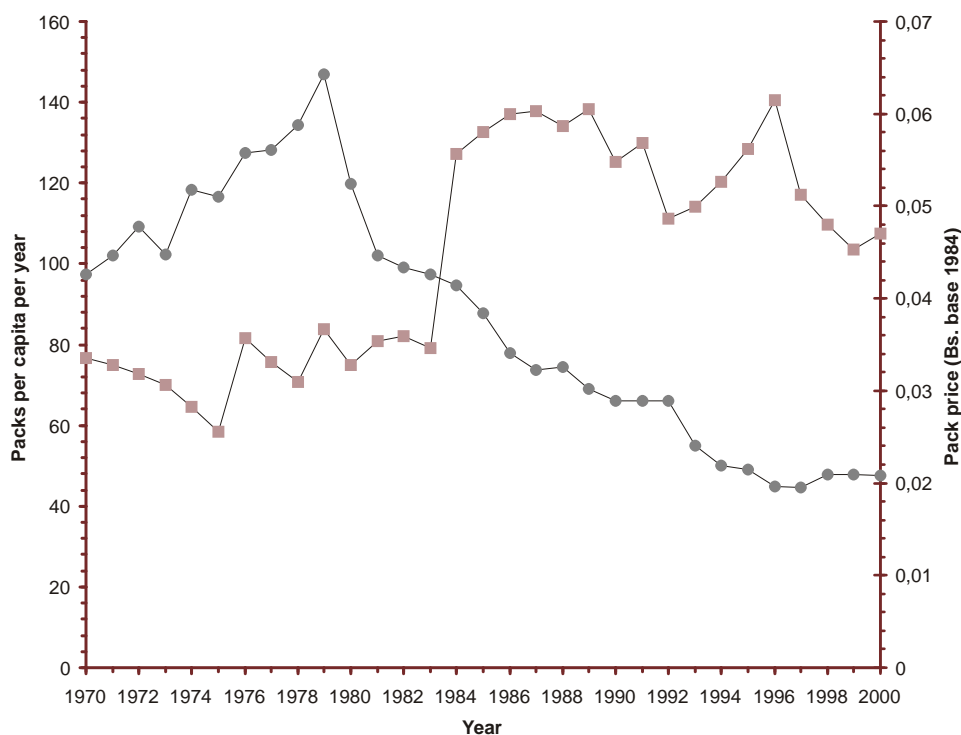
C: relación entre consumo rezagado un año, precio y remuneración al trabajo per cápita.

3.4.3. Discusión de los resultados.

A. Relaciones entre consumo de cigarrillos y precio.

Las estadísticas venezolanas muestran que existe una relación inversa entre el precio de los cigarrillos y el consumo per cápita. El Gráfico N° 3.1: Consumo per cápita de cigarrillos y precio real de los cigarrillos (a precios de 1984), muestra una clara relación entre ambas variables.

Gráfico 3.1. Venezuela, 1970-2000. Relación Consumo de Tabaco y Precio.

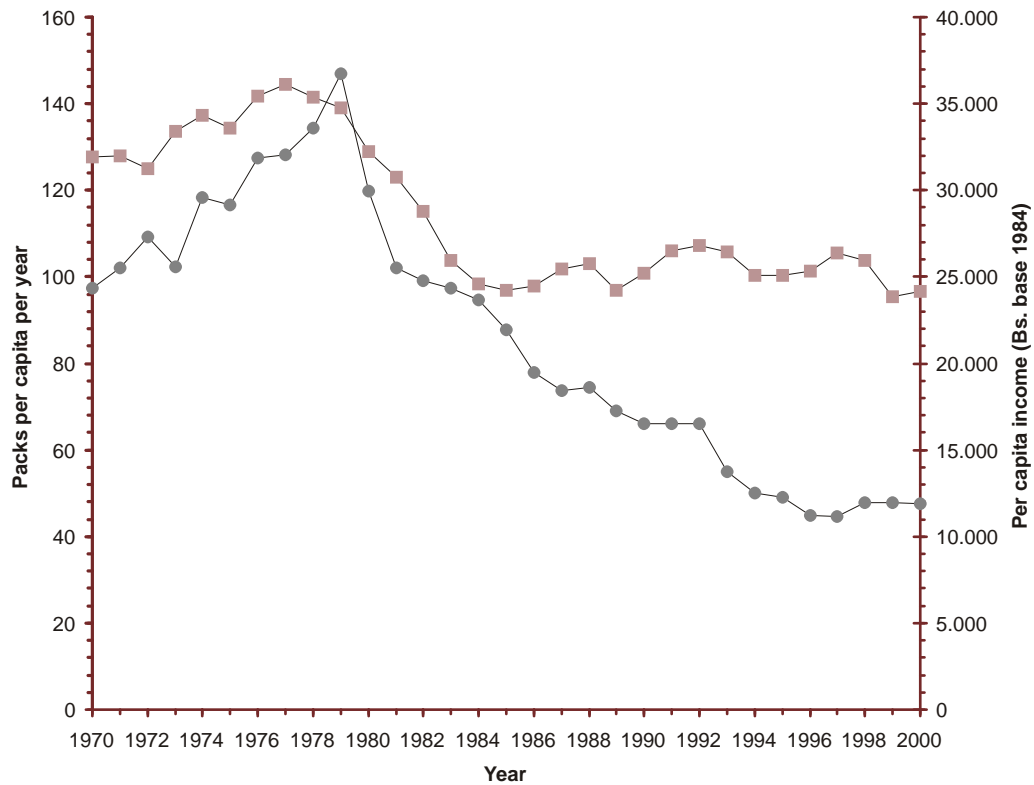


Fuente: Elaboración por los autores.

B. Relación entre consumo de cigarrillos e ingreso.

Igualmente muestran las estadísticas venezolanas que existe una clara relación positiva entre el aumento o disminución del ingreso y el aumento o disminución del consumo de cigarrillos. En el Gráfico N° 3.2 Consumo per cápita de cigarrillos e ingreso per cápita, se aprecia lo ocurrido entre 1970 y 2000. Los resultados son muy similares a lo observado en otros países. Si la relación se establece entre consumo per cápita de cigarrillos y la remuneración al trabajo per cápita se obtiene todavía un mayor grado de correlación como puede observarse en el Gráfico N° 3.3.

Gráfico 3.2. Venezuela, 1970-2000. Relación Consumo de Tabaco e Ingreso per cápita.



Fuente: Elaboración por los autores.

Gráfico 3.3. Venezuela, 1970-2000. Relación Consumo de Tabaco y Remuneración per cápita.



Fuente: Elaboración por los autores.

C. Coefficiente de elasticidad precio a la demanda de cigarrillos.

De la serie de estimaciones del coeficiente de elasticidad precio a la demanda de cigarrillos que se mostraron en el Cuadro N° 3.11, cabe formular las siguientes observaciones:

- No es conveniente hacer el análisis solamente comparando los resultados de los coeficientes elasticidad precio, sin considerar los correspondientes coeficientes de elasticidad ingreso.
- En otras palabras, resultados que bajo una hipótesis de cálculo pudieren parecer los más apropiados al compararlos con los de otros estudios, pueden arrojar valores para los coeficientes elasticidad ingreso que luzcan cuestionables con base a este mismo criterio.
- Al tomar en cuenta conjuntamente ambas series de valores (elasticidad precio y elasticidad ingreso) para las distintas hipótesis de cálculo (ver Cuadro N° 3.12 para los coeficientes de elasticidad ingreso a la demanda de cigarrillos), parecería ser que los resultados más apropiados son los dados para la hipótesis de cálculo en que se relacionaron consumos, remuneración al trabajo per cápita y precios reales.

- Estos resultados son coeficientes de elasticidad precio oscilando entre -0.29 y -0.36. Estos valores indican que ante un aumento de los precios de los cigarrillos de un 10.0% debe disminuir la demanda entre un 2.9% y un 3.6%. Estos valores son más bajos que los que se han supuesto probables para los países en desarrollo, donde sin embargo, se han hecho un menor número de estudios de esta naturaleza. Un estudio similar efectuado en Colombia arrojó resultados para los coeficientes de elasticidad precio a la demanda de -0.37 (CEDE, 1993). Para Latinoamérica y el Caribe, Chapman y Wong, 1990, estimaron un coeficiente de -0.49.

Varios aspectos del caso venezolano en estudio, merecen comentarse:

Los precios reales de la cajetilla de cigarrillos variaron entre 1970 y 1984 de Bs. 3.38 a Bs. 5.57. Esto representa una variación porcentual anual de aproximadamente 3,5 %. Sin embargo, entre 1984 y el año 2000, al contrario de lo que se esperaría, se reporta una leve disminución en los precios reales, al pasar de Bs. 5.57 a Bs. 4.70. En otras palabras con los precios de los cigarrillos ocurrió un comportamiento diferente a lo que ha ocurrido con la mayor parte de los bienes de consumo.

Entre los cuatro modelos de regresión empleados para el cálculo de los coeficientes de elasticidad ingreso a la demanda, no hay diferencias significativas en los resultados, por lo que puede concluirse que cualquiera de ellos es conveniente dentro de las condiciones del caso en estudio.

El resultado obtenido para el coeficiente elasticidad precio a la demanda de alrededor de -0.32 (promedio entre el máximo y el mínimo valor encontrado), confirman la naturaleza bastante inelástica de la demanda de cigarrillos, al arrojar un cambio proporcionalmente menor en la demanda (coeficiente de elasticidad precio < 1), característica propia de los bienes que crean adicción, y cuando el gasto a realizar en el bien resulta pequeño en relación a los gastos totales que efectúa al consumidor en otros bienes. De lo anterior se desprende también, que en Venezuela el precio de los cigarrillos no ha influido en gran medida en la determinación del nivel de la demanda, debiéndose esto quizás al hecho de que dichos precios se han mantenido más o menos constantes.

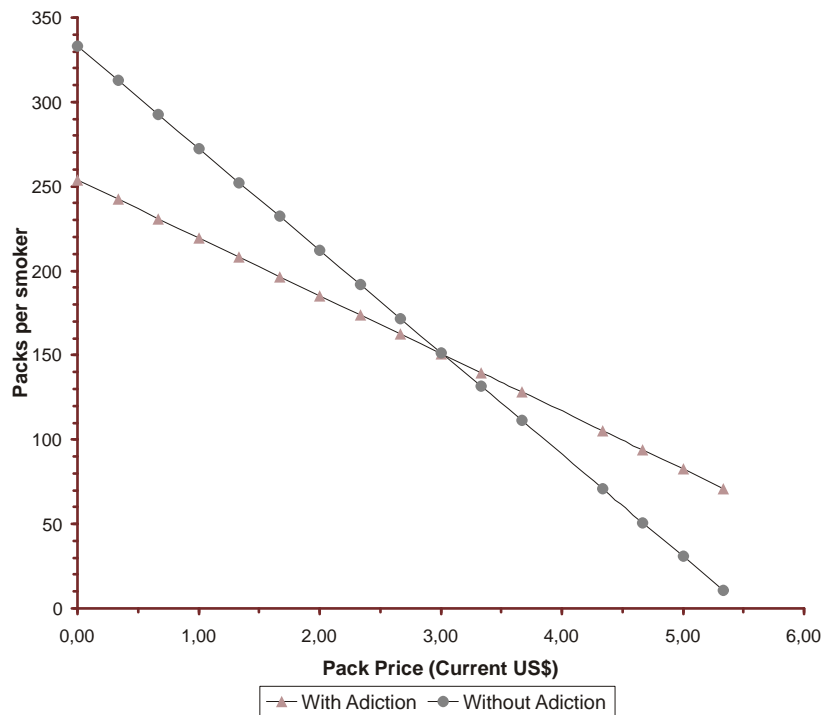
Como no existen estadísticas en Venezuela que relacionen consumo de cigarrillos con precios reales y niveles de ingreso, no es posible estimar los coeficientes de elasticidad precio a la demanda para los sectores de menores ingresos, lo cual podría ser muy conveniente para indagar sobre la sensibilidad de los estratos pobres ante la variación de los precios de los cigarrillos. En estos sectores es de esperar que dichos coeficientes sean mayores, como lo demuestran estudios efectuados en otros países. En otras palabras estos estudios demuestran una mayor contracción del consumo de cigarrillos entre los pobres, ante un incremento de los precios.

Tampoco es posible calcular en el caso de Venezuela, por inexistencia de estadísticas, los coeficientes de elasticidad precio a la demanda cruzada para estimar efectos en la demanda de otros bienes de consumo sustitutos. Igual comentario cabe formular en cuanto a la imposibilidad de estimar los coeficientes de elasticidad precio a la demanda para diferentes edades, lo que es útil para estudiar el comportamiento de los estratos más jóvenes de la población en cuanto al consumo de cigarrillos y la variación de precios.

En conclusión, en Venezuela la demanda de cigarrillos está influida, en una medida importante, por la adicción que este producto genera. La forma de las diferentes curvas de demanda de cigarrillos muestra la influencia del

componente adictivo en el consumo de cigarrillos (Véase Gráfico 3.4). Cuando la demanda de cigarrillos sin tomar en cuenta el componente adictivo, la curva es más inclinada que cuando se toma en cuenta dicho factor. Ello quiere decir, que el consumo de cigarrillos es más sensible a los precios cuando el componente adictivo no actúa en la determinación de la demanda. Se observa que la curva de demanda "Sin Adicción" es más inclinada que la curva "Con Adicción". En otras palabras, si el consumo de cigarrillos fuera determinado por factores económicos (precio del bien e ingreso del consumidor) la demanda exhibiría una elasticidad mayor que si entrara en juego el componente adictivo.

Gráfico 3.4. Venezuela, 1970-2000. Curvas de demanda del consumo de cigarrillos.



Fuente: Elaboración por los autores.

Sin embargo, el consumo de cigarrillos está más relacionado con la adicción que genera el cigarrillo que con factores de índole económico. Es decir, la mejor ecuación para estimar el consumo de cigarrillos incluye, además del precio de la cajetilla y el ingreso de los consumidores, el componente adictivo, medido a través del consumo observado históricamente. Por tanto, esta última ecuación será la que se utilizará para la estimación de la demanda de cigarrillos.

D. Coeficientes de elasticidad ingreso a la demanda de cigarrillos.

En el Cuadro N° 3.12 se mostraron los diferentes resultados obtenidos en el cálculo del coeficiente de elasticidad ingreso a la demanda de cigarrillos, según las variantes del modelo de regresión y las hipótesis de cálculo.

En el punto C anterior se expuso que entre las diferentes hipótesis de cálculo, la que parecía arrojar los resultados esperables de los coeficientes de elasticidad precio a la demanda, de acuerdo a estudios previamente efectuados en otros países, era la de adoptar como valor mas representativo del ingreso real, la remuneración al trabajo per cápita.

Para esa hipótesis de cálculo corresponden coeficientes de elasticidad ingreso a la demanda que varían entre 1.10 y 1.20. Ello debe interpretarse como que ante un incremento en el ingreso per cápita del 10.0% es de esperar un aumento en la demanda de cigarrillos prácticamente igual, o sea, entre 11.0% y 12.0%.

Estos valores contradicen en cierta medida los resultados de otros estudios. En el Cuadro N° 3.13 puede apreciarse que algunos de dichos estudios arrojan resultados para los coeficientes de elasticidad ingreso a la demanda entre 0.3 y 0.9. Sin embargo, examinando con detenimiento los resultados mencionados, se aprecia que el único dato correspondiente a un país en desarrollo (Papua-Nueva Guinea) es el de 0.90. ¿Puede inferirse de esto que en los países en desarrollo existe una proporcionalidad que se acerca a la unidad entre los aumentos del ingreso y del consumo de cigarrillos? No existe a la fecha un conjunto numeroso de estudios de esta naturaleza entre los países en desarrollo que ayuden a confirmar esta hipótesis. En el caso de Colombia ya comentado, los resultados del referido coeficiente fue de 0.435.

52

De acuerdo a la interpretación que puede dársele a los coeficientes de elasticidad ingreso a la demanda, un bien cuyo coeficiente está por arriba de la unidad, suele considerarse como un bien de lujo, por debajo de la unidad se considera un bien necesario. En el caso en estudio, los cigarrillos estarían resultando un bien entre necesario y de lujo, lo cual podría no estar alejado de la realidad.

Cuadro N° 3.13. Estimación de la elasticidad del ingreso a la demanda de cigarrillos.

Estudio	Datos	Elasticidad ingreso
Andrews and Franke (1991)	Meta-Análisis	
UK		0.4
USA		0.5
Otros		0.4
Post-1970		0.3
Townsend (1988)	Europa 1986-88	0.5
Chapman y Richardson	Papua.Nueva Guinea 73-86	0.9

Fuente: Iraj Abedian, Rowena van der Merwe y otros editores. The Economics of Tobacco Control. 1998. pp 88.

Otra observación que cabe hacer es sobre la situación muy particular que se presenta en Venezuela con relación a la evolución del ingreso per cápita. Como se aprecia en el Gráfico N° 3.2 (página xx) el ingreso per cápita estuvo creciendo sostenidamente entre 1970 y 1979. A partir de 1977 se inicia un proceso de disminución del ingreso per cápita que ha sido más o menos sostenido, con excepciones en algunos años, hasta el año 2000. Es un hecho real también que el consumo per cápita de cigarrillos empezó a disminuir a una tasa acelerada a partir de ese mismo año 1977 y se ha mantenido esta tendencia hasta el año 2000.

Como lo muestra la evolución de los precios reales de los cigarrillos, estos prácticamente se han mantenido constantes, con leve tendencia a la disminución a partir de 1984. Por lo tanto resulta casi obvio que la disminución de la demanda de cigarrillos en el país a partir de 1979 ha estado fundamentalmente afectada por la reducción del ingreso per cápita y la supresión parcial de la publicidad de cigarrillos, y no por la elevación de los precios reales de dichos bienes. Esta razón puede estar detrás del alto valor del coeficiente de elasticidad ingreso a la demanda encontrado en alrededor de 1.1. En todo caso, esta es una hipótesis que deberá confirmarse mediante investigaciones que rebasan el alcance de este estudio.

Ahora bien, el mismo alto valor encontrado para el coeficiente de elasticidad ingreso a la demanda constituye un alerta para los encargados de formular las políticas de control del tabaquismo. En efecto, lo que esto permite predecir, es que una vez que la economía venezolana recupere su capacidad para crecer en una forma sostenida, como es deseable y se reinicie la recuperación del ingreso per cápita, puede darse una tendencia al aumento acelerado del consumo de cigarrillos en forma directamente proporcional al crecimiento del ingreso per cápita. Ante esta posibilidad lo que procederá es un aumento igualmente importante de los precios de los cigarrillos, mediante la elevación de los impuestos para neutralizar los efectos del aumento del ingreso per cápita.

EXTERNALIDADES DEL TABAQUISMO

Las externalidades del tabaquismo consisten en todas aquellas consecuencias o efectos negativos o beneficiosos de la actividad, que son percibidos por la sociedad, mas allá del circuito productor directo, agrícola e industrial y de la comercialización. Las externalidades del tabaquismo pueden ser mensurables con valores económicos.

Entre los efectos del tabaquismo, revisten la mayor importancia, su incidencia sobre la salud humana a través de las enfermedades causadas. Existe abundante documentación científica acerca de las consecuencias del tabaco sobre la salud. Se ha encontrado que el consumo del tabaco trae como consecuencia un deterioro de la salud de los fumadores y de los no fumadores (fumadores pasivos) que se ven expuestos al humo producido por los cigarrillos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ha estimado (1989) que los fumadores tienen un riesgo relativo 16 veces mayor de morir de cáncer del pulmón que un no fumador (Townsend, 1998, pp. 93). En los Estados Unidos se ha estimado que el tabaquismo causa el 87% de las defunciones por cáncer de pulmón, 82% de las atribuidas a enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 21% de las ocasionadas por cardiopatía coronaria y 18% de las ocasionadas por accidentes cerebro vasculares (OPS, 1992).

IV

El humo proveniente de la combustión de los cigarrillos contiene cerca de cuatro mil elementos químicos nocivos a la salud. De estos los más activos en la generación de enfermedades son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono.

La cadena de efectos del tabaco sobre la salud se inicia con su adicción causada por la nicotina y continúa a través de la serie de enfermedades relacionadas directamente con su consumo.

La adicción al tabaco se adquiere con gran rapidez y desde temprana edad. La nicotina cumple todos los criterios que definen a una sustancia adictiva. Esto se debe a que la nicotina, un alcaloide vegetal, genera efectos psicoactivos en el sistema nervioso central, actuando como un reforzador del comportamiento. Este efecto genera el consumo compulsivo de los productos del tabaco observado en los fumadores, el cual persiste pese al deseo y los repetidos intentos de dejar de fumar (BM, OPS.2000).

La nicotina es un alcaloide que actúa sobre el sistema nervioso, produciendo adrenalina y noradrenalina que incide sobre el ritmo cardíaco, la elevación de la presión arterial y el aumento del consumo de oxígeno. Puede causar además arritmia cardíaca, elevar el contenido de ácidos grasos en la sangre y estimular la deposición de placas de colesterol en el sistema circulatorio.

El alquitrán se ha comprobado que es un agente cancerígeno que tiene efectos sobre el aparato respiratorio, causando cáncer de pulmón, bronquitis crónica y enfisemas y asociándose a otros tipos de cánceres, tales como los de vejiga, riñones, laringe, boca, páncreas y estómago. El alquitrán tiene incidencia también sobre enfermedades del sistema circulatorio que causan ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades de venas y arterias.

Por su parte, el monóxido de carbono generado por la combustión incompleta del tabaco, al inhalarse tiende a desplazar el oxígeno de los glóbulos rojos en la sangre, privando de este valioso elemento químico a los tejidos y contribuyendo a la formación de depósito de grasa en las arterias.

Desde el punto de vista económico, las principales externalidades (impactos) del tabaquismo tienen que ver con los aspectos señalados en el Cuadro N° 4.1.

Cuadro N° 4.1. IMPACTOS ECONÓMICOS DEL TABAQUISMO.

IMPACTO SOBRE	CONSECUENCIAS
ECONOMÍA DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento de los gastos para el tratamiento médico de las enfermedades generadas por el tabaquismo.
ECONOMÍA DEL HOGAR	<ul style="list-style-type: none"> ● Disminución del ingreso disponible para satisfacer necesidades básicas de la población. ● Pérdidas del ingreso por enfermedad o por muertes prematuras de fumadores.
ECONOMÍA PRODUCTIVA	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de productividad por incapacidad y ausentismo al trabajo causado por enfermedades relacionadas y muerte.
ECONOMÍA DE LOS BIENES	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdidas causadas por incendios de inmuebles, recursos forestales y de vegetación en general.

Fuente: Elaboración por los autores.

Sería muy deseable estimar el costo económico de los impactos señalados en el Cuadro N° 4.1. En Venezuela existen muchas limitaciones de información para alcanzar este objetivo.

En lo que sigue se ha tratado de recopilar la información existente sobre este particular o hacer estimaciones razonablemente sustentadas.

4.1. Costo sobre la economía de la salud.

Estos costos están representados por los gastos que tanto los fumadores activos como los deben erogar por concepto de tratamiento médico y hospitalización debido a enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

En Venezuela, al igual que en la mayoría de los países, los costos de la salud son responsabilidad tanto del estado como de entes privados. Para 1995, se estimaba que el 37% del gasto en salud correspondía al Estado y 63% a

entes privados (OPS, 1998). Para ese mismo año, el gasto en salud representaba, en Venezuela, el 9.6% de su Producto Interno Bruto (PIB), el equivalente a US\$ 344,8 por habitante (OPS, 2000). Para 1998, la importancia de los gastos en salud dentro del PIB había reducido a 8,7% del PIB y a 3% en el año 2000, lo que representa, para este último año, 62,2 US\$ por habitante.

El gasto en salud está muy relacionado con el patrón de mortalidad existente en un país, ya que los gastos en servicios médicos están determinados por las enfermedades o patologías a ser atendidas. Normalmente, un patrón de mortalidad en el que prevalecen las enfermedades crónicas, representa gastos en salud mayores que un patrón de mortalidad en el cual las pandemias son las principales causas de muerte. El cambio del patrón de mortalidad se relaciona, por otra parte, con la evolución de la estructura de edad de una población, ya que en poblaciones en proceso de envejecimiento, las enfermedades asociadas a hábitos de vida cobran una importancia mayor que otras patologías. El consumo de tabaco es un hábito que crea adicción y dependencia, por lo que tiene un efecto directo sobre las enfermedades de tipo crónico, ya que contiene ingredientes que aceleran la aparición de dichas patologías.

Como la mortalidad constituye el desenlace de un cierto estado de morbilidad de la población, puede suponerse que el costo de la atención médica de las enfermedades causadas por el tabaquismo, está relacionada directamente con el número de muertes causadas por dichas enfermedades. Ello ha permitido que las estimaciones del costo de las enfermedades producidas por el tabaco se base en el riesgo de muerte atribuible al tabaquismo. Así, estimaciones hechas por el Ministerio de Sanidad sobre número de muertes causadas en el país por el tabaquismo, coloca dicha cifra en los alrededores del 20% de las muertes totales.

Estudios muy detallados sobre la mortalidad causada por enfermedades generadas por el tabaquismo, hechos en los países desarrollados pertenecientes a la OECD, arrojan resultados para 1995 del 17,0%. Esta tasa de mortalidad afecta diferencialmente a hombres y mujeres dadas las distintas tasas de prevalencia. Para los hombres la mortalidad es superior, 25% que en las mujeres, 9,0%.

Si se analizan algunos países en particular, se encuentra que la mortalidad por las enfermedades señaladas en los Estados Unidos es de 24%; 26% hombres y 21% mujeres. En Canadá 23,0%; 28% hombres y 17% mujeres (Peto, López, Boreham, Thum and Heath, 1994). Estos mismos estudios arrojan que las personas fumadoras en la edad media pierden de 20 a 25 años de vida en promedio como consecuencia del tabaquismo.

Para el caso venezolano, se realizó una estimación de los costos médicos por patología asociada al tabaco para el año 1998. Con información obtenida, tanto de organismos públicos como de fundaciones privadas encargados de la lucha antitabáquica. Adicionalmente, se seleccionaron las patologías asociadas al tabaco y se les calculó el riesgo atribuible al mismo.

Cuadro N° 4.2. Venezuela, 1998. Costos médicos por paciente para patologías asociadas al tabaco.

Patología	Riesgo Atribuible	Estadía Hosp. (Días)	Costos Médicos (US \$ 2004)		
			Costo Hospitaliz.	Costo Hospitaliz.	Costo Hospitaliz.
Cáncer		12	904	3.837	4.692
Pulmón	0,85				
Estómago	0,14				
Otros	0,30				
Cardiovasculares		14	1.466	1.826	3.292
Corazón	0,22				
Cerebro-Vasculares	0,22				
Respiratorias		15	974	1.661	2.635
Enfisema	0,69				
Otros	0,69				
Embarazo/Perinatales		16	1.137	2.506	3.498
Combinado	0,50				

Fuentes: Baremos de los Hospitales Universitario de Caracas, Oncológico Padre Machado y Universitario de Coro.
Elaboración por los autores.

58

Con esta información se pudo calcular el gasto en salud derivado del uso del tabaco. En Venezuela, dicho gasto representaba para 1998, el 1,5% del PIB. Comparadas con las exhibidas por otros países, el nivel de Venezuela se acerca al promedio mundial. En el Cuadro N° 4.3 se muestran los costos de la atención médica generados por el tabaquismo en diferentes países como porcentaje del PIB. Cuando la comparación se hace en términos de porcentaje de los gastos de atención a la salud, se encuentra que “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” (Banco Mundial, OPS, 2000).

Cuadro N° 4.3. Estudios económicos sobre costos atribuidos al tabaquismo (% del PIB).

PAIS (Referencia)	Porcentaje del PIB
Australia (Robson y Single,1995)	1.4
Canadá (Robson y Single,1995)	1.9
China (Banco Mundial, sin publicar)	1.5
Japón (Goto y Watanabe, 1995)	1.1
Sud Africa (Yach, McIntyre, Saloojee, 92)	0.7
Estados Unidos (Robson y Single,1995)	2.0

Fuente: The role of governments in Global Tobacco Control, pp 41.

En los Estados Unidos se estima que el tabaquismo es responsable del 6% de sus gastos en salud. Los que han estudiado el tema estiman que esta cifra puede estar subestimada (Warner, 1998). Sin embargo, hay que tomar en cuenta que dicho porcentaje se calcula sobre un gasto de salud per cápita mayor que en Venezuela, pues la cobertura del sistema de salud norteamericano es mucho más amplio. Esto es, en un sistema de salud que atiende solo lo indispensable, suponer que un 20% esté destinado a la atención de enfermedades que por su naturaleza caen entre las más comunes, como son las causadas por el tabaquismo, nos parece razonable.

4.2. Costos para la economía del hogar.

La principal incidencia del tabaquismo sobre la economía del hogar está representada por la disminución del ingreso disponible para satisfacer las necesidades básicas al distraerse recursos para el consumo del tabaco y derivados. Por otro lado, un hogar deja de percibir ingresos debido al ausentismo laboral y por muertes prematuras causadas por enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

Lamentablemente la estadística sobre consumo masivo de la población en Venezuela presentan de una manera agregada los rubros correspondientes a bebidas alcohólicas y tabaco. Sin embargo, la empresa Datos Information Resources ha hecho una estimación para los últimos años (1996-1998) de la distribución porcentual de productos procesados de consumo masivo, que indica que el consumo de cigarrillos ha oscilado entre un 7 y un 6%.

Cuadro N° 4.4. Distribución porcentual de productos procesados de consumo masivo.

Rubro	1996	1997	1998
Alimentos	31	31	27
Bebidas no alcohol.	12	11	15
Licores	27	27	29
Cuidado personal	9	10	10
Cigarrillos	7	6	6
Mantenimiento hogar	7	7	6
Impulsivos	5	6	5
Misceláneos	2	2	2

Fuente: Datos. Store Audit Nacional, Capítulo VIII, pp 124.

Una forma de aproximarse a un estimado de la incidencia económica del consumo de cigarrillos es calculando el monto total en bolívares que representa dicho consumo anualmente, para lo cual existen estadísticas. Si se supone que en Venezuela para 1998 existían 4.843.200 hogares, puede decirse que la erogación anual promedio por este concepto es de alrededor de Bs. 95.437,90; y de aproximadamente Bs. 7.953,15 mensual.

Cuadro N° 4.5. Consumo anual de cigarrillos por familia.

Año	Consumo anual total de Cigarrillos		Número de hogares Miles	Gasto medio anual en cigarrillos por familia	
	MM Bs.	MM US \$		Bs.	US \$
1990	23,941	507,73	3.580,4	6.686,87	141,81
1991	34,818	604,77	3.912,5	8.899,22	154,58
1992	40,101	579,36	4.031,6	9.946,75	143,71
1993	48,246	523,12	4.131,7	11.677,14	126,61
1994	76,219	494,97	4.331,7	17.595,76	114,27
1995	130,480	725,00	4.399,2	29.659,94	164,80
1996	267,206	640,79	4.549,4	58.739,58	140,87
1997	320,797	682,53	4.750,7	67.526,44	143,67
1998	462,224	818,99	4.843,2	95.437,90	169,10

Fuente: Cálculos propios con cifras de OCEI.

(*)Se calcula multiplicando el consumo total por el precio de la cajetilla.

60

Para un hogar de bajos ingresos (salario mínimo de Bs. 100.000,00 (US\$ 177) mensual para el año 1998), el consumo de tabaco representa una sustracción de aproximadamente 8% de recursos, que podrían utilizarse en la satisfacción de otras necesidades básicas familiares. En otras palabras, representa cerca de un salario mínimo completo al año.

En lo que corresponde a pérdida de ingreso por incapacidad y ausentismo laboral causado por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, éste se estima a partir de los días de hospitalización, incluyendo la convalecencia de los pacientes fuera de los centros de salud. No existen estudios locales que permitan estimar el número de días de convalecencia que los pacientes afectados por problemas de tabaco permanecen inactivos. Estudios de otros países permiten establecer que, normalmente, los pacientes afectados por patologías asociadas al tabaco tardan hasta dos o tres veces el número de días de hospitalización en volver a un estado de productividad "normal".¹⁵ Hay que acotar que esta medida es un cálculo conservador; muchas veces, las enfermedades asociadas al tabaco no requieren hospitalización, por lo que esos casos no llegan a ser registrados en las estadísticas oficiales. Por otra parte, hay un número indeterminado de casos que ni siquiera llegan a ser atendidos en centros de salud "formales", sino que son tratados en sus hogares o se automedican. En este último caso, las consecuencias a largo plazo son graves, ya que la automedicación, normalmente, conlleva al empeoramiento de los síntomas y la aparición de otras enfermedades.

¹⁵ Véase McIntyre and Taylor "Economic Aspects of Smoking in South Africa" SAMT Vol 75, 1989, pág 433.

Cuadro N° 4.6. Costo promedio por persona del ausentismo laboral por patologías asociadas al tabaco.

Patología	Riesgo atribuible	Ausentismo		
		Ausentismo (Días)	Ingreso (US \$ / Día)	Costo Total (US \$ 2004)
Cáncer		36	4	205
Pulmón	0,85			
Estómago	0,14			
Otros	0,30			
Cardiovasculares		42	4	240
Corazón	0,22			
Cerebro-Vasc	0,22			
Respiratorias		45	4	257
Enfisema	0,69			
Otros	0,69			
Embarazo/Perinatales		48	4	274
Combinado	0,50			

Fuente: Elaboración por los autores.

En el Cuadro N°. 4.7, se incluyen los estimados de días de hospitalización atribuidos y relacionados con el cigarrillo. Para 1997 ese número de días estimado fue de 7.240.478.

61

Cuadro N° 4.7. Morbilidad registrada y estimada por enfermedades relacionadas al cigarrillo 1990-1997.

Año	Días hospital relacionados al cigarrillo	Días de hospitalización atribuidos al cigarrillo		
		Fumador Activo	Fumador Pasivo	Hospitalización por cigarrillo
1990	1.644.531	1.029.247	34.535	1.063.782
1991	1.843.212	1.153.582	38.707	1.192.189
1992	2.112.877	1.322.338	44.370	1.366.708
1993	2.435.016	1.523.933	51.135	1.575.068
1994	2.814.565	1.761.355	59.106	1.820.461
1995	3.260.176	2.040.218	68.464	2.108.682
1996	3.783.525	2.367.730	79.454	2.447.184
1997	4.396.695	2.751.452	92.331	2.843.783

Fuente: Ministerio de Sanidad. Informe para sustentar reclamación. 1998

La pérdida del ingreso para los hogares, generada por el ausentismo laboral correspondiente, depende del porcentaje de trabajadores con empleos informales, en cuyos casos al salario no es cubierto por los patronos o por la seguridad social y termina por significar una pérdida de ingreso. Si tomamos en consideración que en Venezue-

la el porcentaje de trabajadores informales ronda el 50%, puede decirse que la pérdida de ingreso a los hogares para 1997 (último año para el cual se dispone de estimado de días de hospitalización), pudo ser de alrededor de 9 Millardos de Bolívares a precios corrientes, suponiendo un ingreso promedio equivalente a Bolívares 75.000,00 mensuales (un salario mínimo para ese año).

A este ingreso sustraído a las familias, debe agregarse el representado por pérdidas causadas por la mortalidad prematura causada por tabaquismo, para lo cual tampoco existen estadísticas.

Aunado a lo anterior, conviene señalar que el ausentismo laboral también supone un costo para la economía de las empresas, puesto que sustrae días productivos al proceso de producción de las empresas. En este punto no existen estimaciones; todavía no se ha estimado las pérdidas que, a nivel de productividad agregada, genera el ausentismo laboral producto de las enfermedades del tabaco.

En este punto, también son válidas las consideraciones hechas más arriba. Cabría preguntarse ¿cuántos días de trabajo se pierden anualmente por enfermedades causadas por el tabaquismo que son tratados a nivel doméstico y que ocasionan ausentismo?. No es aventurado pensar que el grueso de las afecciones bronquiales no graves generadas por el tabaquismo, son tratadas a nivel doméstico, pero con una seria incidencia sobre el ausentismo laboral.

4.3. Costos sobre la economía de los bienes.

El capital construido por el hombre y el capital natural, pueden verse afectados como consecuencia de incendios ocasionados involuntariamente por fumadores de cigarrillos. Se conoce de la incidencia de incendios a nivel de los hogares, ocasionados por hábitos tales como el fumar en la cama o el bote de colillas de cigarrillos en las cestas de basura.

En los ambientes externos, la incidencia de incendios originados de esta forma son mucho mayores. Una parte importante de los incendios de vegetación durante la estación seca en las orillas de las carreteras, se originan por el bote imprudente de colillas de cigarrillos. En muchas ocasiones estos incendios se propagan y pueden afectar miles de hectáreas en perjuicio de la vegetación y de la fauna.

No existen estadísticas que permitan, ni remotamente estimar el costo que para la economía de los bienes significan estos riesgos, aunque se tiene la percepción que en ocasiones pueden representar pérdidas cuantiosas. Adicionalmente, se ha señalado que el uso de la leña en el curado del tabaco puede contribuir a la deforestación de los bosques y a la pérdida de la biodiversidad (Geist, 1998).

IMPACTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROL DEL USO DEL TABACO

El objetivo central de esta investigación es estimar el impacto que diferentes opciones de políticas públicas pueden tener sobre el consumo de tabaco por parte de la población del país. En lo que sigue se tratará de abordar el tema dentro de las limitaciones de información existente.

El camino a seguir, en primer lugar, será el de estimar la incidencia de diversas políticas públicas sobre el consumo del tabaco. En segundo término, se analizarán los posibles efectos de dichas políticas sobre otras variables económicas.

5.1. Incidencia de las políticas públicas sobre el consumo del tabaco.

Para analizar la incidencia que las diversas políticas impositivas tienen sobre el consumo de tabaco, se utilizó un modelo matemático inspirado en el expuesto por Abedian (1998):

$$C = f(P, I, G, E, N, O)$$

donde:

C, es el consumo de tabaco.

P, es el precio. El precio del tabaco a los consumidores se ha demostrado que es la variable más importante en la determinación del consumo. Cuando los precios de los cigarrillos aumentan, el consumo disminuye. Por lo tanto, cualquier modificación de los factores que determinan el precio, tales como: los costos de producción, márgenes de ganancia e impuestos, tiene repercusión en los niveles de consumo.

I, es el ingreso disponible por los consumidores. Esta es la segunda variable en términos de importancia en lo que respecta a su incidencia sobre el consumo de tabaco. En la medida que aumenta el ingreso disponible de los fumadores, hay propensión a aumentar el consumo de tabaco.

G, es el gusto o placer que los consumidores sienten por el tabaco. Este factor subjetivo, es adquirido en buena medida a través de la promoción y la propaganda que se hace sobre el cigarrillo.

E, es la educación formal o informal que los consumidores pueden recibir sobre las consecuencias nocivas que el tabaco les ocasiona.

N, es la naturaleza del producto. Se trata de un producto que crea adicción en los consumidores. La adicción o

vicio, que incita al consumo frecuente y en exceso del tabaco, tiende a aumentar en la medida que se dispone de un mayor ingreso disponible.

O, son todos los otros factores que pueden influenciar la demanda.

Para el caso venezolano, se decidió utilizar el modelo en el cual el consumo de tabaco se relaciona con los precios del mismo, la remuneración de los empleados y una proxy del componente adictivo (Véase Capítulo 3). Dicho modelo, permitirá medir la sensibilidad del consumo de tabaco a las diferentes opciones de política fiscal existente para su control. El modelo de demanda, pues, toma en cuenta como determinantes del consumo, los precios del tabaco, el ingreso de los trabajadores, y el consumo promedio de los fumadores en el período anterior al registrado.

5.1.1. Aumento de los impuestos.

Los impuestos al tabaco, además de ser una fuente de ingreso fiscal para los gobiernos, constituyen uno de los instrumentos más efectivos para disminuir el consumo de cigarrillos dada su incidencia sobre los precios. Opera en este caso la elasticidad-precio sobre la demanda; en la medida que aumentan los precios de los cigarrillos a los consumidores por la incidencia de los impuestos, disminuye la demanda agregada proporcionalmente al valor del coeficiente de la elasticidad-precio. De aquí la importancia de conocer dichos coeficientes para una economía determinada. En el caso de Venezuela, un aumento de los impuestos al tabaco que signifique una elevación de los precios a los consumidores del 10%, ocasionaría una disminución en el consumo del 3.2 %.

Los gobiernos suelen tener tres motivaciones para incrementar los impuestos al tabaco (Townsend, 1998). En primer lugar, para aumentar los ingresos fiscales. Segundo, para corregir externalidades, tales como la incidencia del tabaco sobre la salud. Y tercero, para disuadir el consumo.

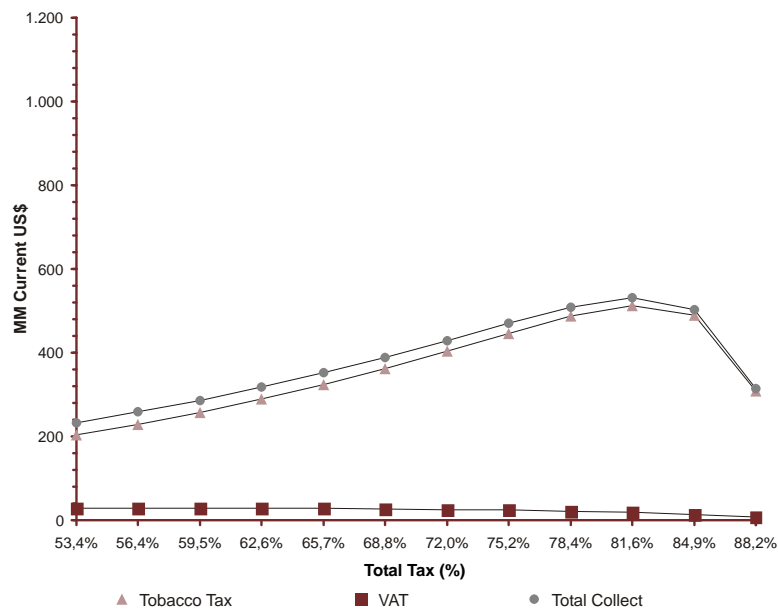
De lo anterior se infiere la importancia que tiene la política impositiva del tabaco desde la perspectiva de la salud y de la recaudación de impuestos. Encontrar la combinación más eficiente económicamente de ambos aspectos es por lo tanto materia del mayor interés para una sociedad. Lo deseable pareciera ser, incrementar al máximo los impuestos al tabaco para disminuir lo mas posible el consumo, sobre todo si una proporción importante del ingreso se orienta hacia el desarrollo de campañas educativas para demostrar lo nocivo del tabaco para la salud. Sin embargo, el objetivo de disminuir el consumo una vez se sobrepasen determinados niveles, va en contrario al del aumento de la renta fiscal. A la hora de formular las políticas públicas contra el tabaquismo esto último le plantea un dilema a la administración, que debe sortearse en términos convenientemente para toda la sociedad.

En la materia en cuestión, cabe considerar también la estructura impositiva del tabaco. Por lo general existen tres tipos de impuestos al tabaco. Uno primero, ad valorem. Esto es un porcentaje fijo sobre el precio de venta. Puede haber un segundo tipo de impuesto que es el impuesto específico por cigarrillo o peso del tabaco contenido, que se suma al precio base. Pero además, puede haber impuestos selectivos que se pagan de acuerdo al contenido de nicotina del tabaco.

El aumento de los impuestos no sólo significa una disminución en el consumo de tabaco, sino también un aumento en los ingresos que el estado obtiene de la recaudación fiscal. Adicionalmente, a nivel social, se generan ganancias derivadas de la externalidades positivas que la disminución del consumo de tabaco tiene en la sociedad. Ello puede ser considerado como el Beneficio Social derivado del consumo de tabaco.

Si el nivel de impuesto sobre el tabaco aumenta, el consumo bajaría, pero la recaudación aumentaría (Véase Gráfico 5.1). En otras palabras, aunque un aumento de los impuestos al tabaco signifique un aumento de los precios, con la consiguiente disminución de la demanda, el aumento en los ingresos obtenidos compensa la disminución en la base de recaudación.

Gráfico 5.1. Recaudación obtenida (US\$ 2004) del Impuesto al Tabaco.

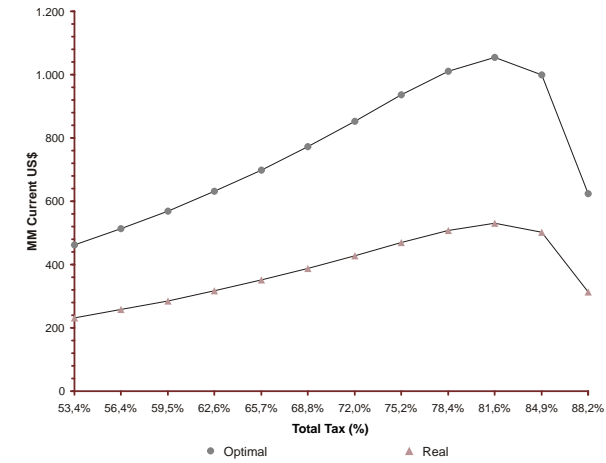


Fuente: Elaboración por los autores.

Este fenómeno no es así para todos los niveles impositivos. Se observa que el nivel de recaudación va aumentando, pero a una velocidad menor, hasta llegar un momento en el que se estabiliza y comienza a bajar. En otros términos, el crecimiento marginal de la recaudación fiscal es cada vez menor, hasta que la recaudación cae. Aquí, juega la ley de rendimientos decrecientes, es decir, a medida que el impuesto aumenta, el rendimiento marginal del mismo decrece continuamente hasta que se registra una caída en la recaudación.

La recaudación de impuestos no depende sólo del consumo del bien que se pecha, sino del rendimiento de las organizaciones encargadas de la administración de los tributos. Históricamente, el estado venezolano ha sido débil en la implementación de su política impositiva. El caso del tabaco, a pesar de su "relativamente" fácil recaudación, es emblemático (Véase Gráfico 5.2). Para el año 2000, de acuerdo a la prevalencia del consumo de tabaco en la población, el fisco podría haber obtenido, a precios actuales, más de US \$ 463 Millones (Bs. 889.100 Millones), pero realmente se recaudó US \$ 233 Millones (Bs. 447.000 Millones).

Gráfico 5.2. Recaudación obtenible (US\$ 2004) del Impuesto al Tabaco.

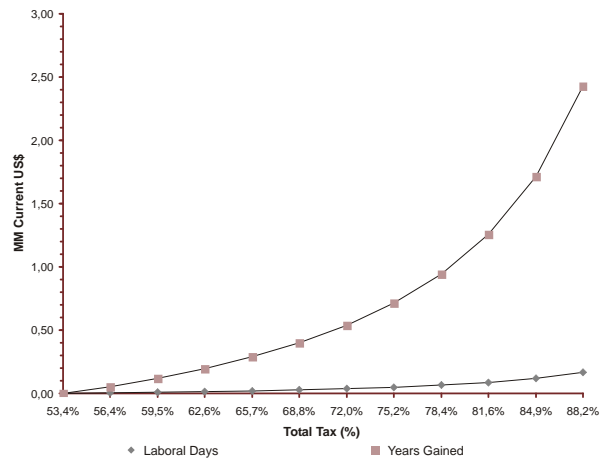


Luego, lo realmente obtenido representa casi el 50% de lo obtenible, lo que implica una brecha de recaudación importante. Esta brecha implica una pérdida de ingresos importante para el Estado, ingresos que pudiesen ser utilizados en el financiamiento de programas de salud dirigidos a los fumadores o programas educativos dirigidos a enfrentar el problema de la adicción al tabaco.

66

El aumento de los impuestos al tabaco trae beneficios a través de otra vía. La disminución del consumo implique que la mortalidad por patologías asociadas al tabaco disminuye. A consecuencia de ello, la expectativa de vida de las personas aumenta y bajan considerablemente el número de días laborales perdidos por efecto de los padecimientos atribuibles al tabaco. Estos dos efectos pueden ser cuantificados, ya que implican ingresos adicionales que las familias devengan producto de la caída en el consumo de tabaco (Véase Gráfico 5.3). Estos beneficios se relacionan de manera inversa con el nivel de consumo de tabaco y, por consiguiente se mueven en relación directa con el nivel impositivo del tabaco.

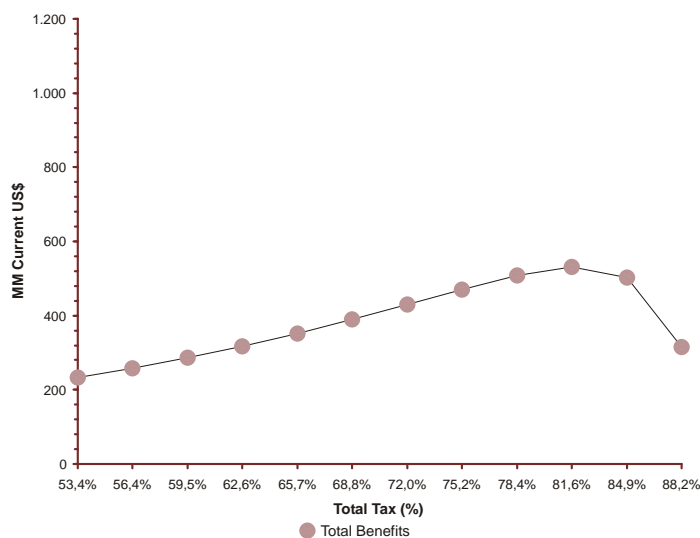
Gráfico 5.3. Beneficios Familiares (US\$ 2004) derivados del Impuesto al Tabaco.



Es decir, los beneficios familiares crecen a medida que el consumo de tabaco disminuye, como éste baja una vez que los impuestos suben, entonces los beneficios familiares crecen a medida que los impuestos al tabaco son más altos.

El beneficio social total derivado del impuesto al tabaco es la suma de ambos componentes, tanto la recaudación como los beneficios familiares. Como la recaudación fiscal tiene un volumen tan enorme, no es de extrañar que la dinámica del Beneficio Total refleje el comportamiento de la recaudación (Véase Gráfico 5.4). Es decir, los beneficios sociales del tabaco siguen la ley de los rendimientos decrecientes.

Gráfico 5.4. Beneficio Social Total (US \$ 2004) derivado del Impuesto al Tabaco.



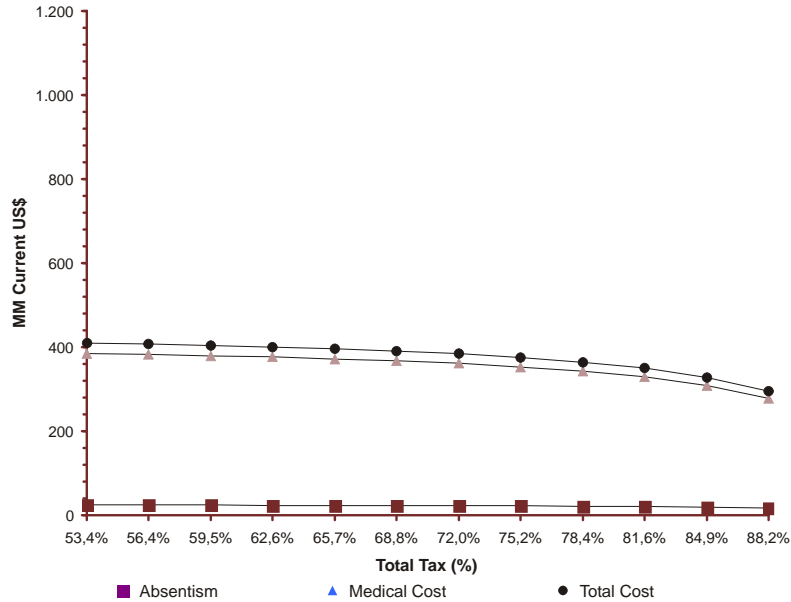
Fuente: Elaboración por los autores.

Por tanto, una medida de política fiscal sería elevar el impuesto al tabaco hasta el punto en que se maximizan los beneficios sociales. En este caso, los impuestos tendrían que representar el 81,5% del precio de la cajetilla de cigarrillos. En este punto los beneficios sociales serían los más alto posible. Sin embargo, para tomar una mejor decisión, hay que tomar en cuenta otros efectos del consumo de tabaco.

El consumo de tabaco produce, igualmente, externalidades negativas, las cuales pueden ser cuantificadas como Costos Sociales. Estos costos comprenden dos grandes aspectos. Por un lado, los costos de atención médica, hospitalaria y de tratamiento asociados al padecimiento de enfermedades asociadas al tabaquismo. Por el otro, el costo derivado del ausentismo laboral. Ambos aspectos pueden ser cuantificados y expresados en términos monetarios (Véase Capítulo 4).

Tanto el nivel de los costos médicos como el ausentismo laboral varían en la misma forma que la mortalidad asociada al tabaco. Es decir, a medida que disminuye la mortalidad estos costos lo hacen. Por tanto, la dinámica de estos costos es inversa a la elevación de los impuestos al tabaco (Véase Gráfico 5.5). En otras palabras, a medida que el impuesto al tabaco aumente, estos costos tienden a disminuir.

Gráfico 5.5. Costos Sociales (US\$ 2004) derivados del Impuesto al Tabaco.



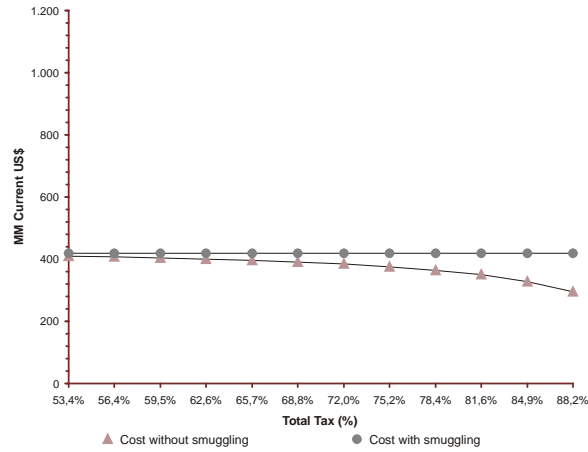
Fuente: Elaboración por los autores.

Como se aprecia, el nivel de los costos sociales provenientes de la atención sanitaria de las patologías asociadas con el tabaco es, con mucho, muy superior a los costos derivados de la falta de productividad ocasionada por el ausentismo laboral. Igualmente, hay que destacar que los costos médicos son más sensibles a los cambios de impuestos que los costos derivados del ausentismo laboral. Ello se debe a que una disminución de la morbilidad de patologías asociadas con el tabaco afecta, primero, a los costos de atención médica. Por ello, los costos médicos se muestran muy sensibles a los impuestos al tabaco.

Sin embargo, puede haber una situación en la cual los costos sociales sean insensibles al aumento de los impuestos al tabaco. El contrabando afecta tanto los beneficios como los costos sociales. Por el lado de los beneficios, representa un consumo de tabaco que no es pechado por el Estado, por lo que representa una ganancia no percibida. Además, el carácter ilegal de dicha práctica genera costos adicionales en los mecanismos de control de tráfico de productos de tabaco.

Pero el efecto más grande del contrabando es por el lado de los costos sociales. En términos económicos, el contrabando implica la disponibilidad de un bien a un precio menor que el del mercado; el precio es menor, ya que el contrabandista deja de pagar ciertos costos (aranceles, impuestos, etc.), por lo que puede ofrecer ese bien a un precio menor sin sacrificar su tasa de ganancia. En el presente caso, si el contrabando interviene, el nivel de consumo de tabaco se volverá insensible al impuesto y se mantendrá constante, ya que los consumidores tenderán a consumir tabaco de contrabando, antes que el tabaco nacional. En consecuencia, la recaudación disminuye, pero los costos sociales del tabaquismo se mantienen constantes (Véase Gráfico 5.6). Al mismo tiempo, la importancia del contrabando en el consumo total de tabaco en Venezuela, crecerá a medida que el impuesto sobre este bien aumenta. .

Gráfico 5.6. Efecto del contrabando en los Costos Sociales (US\$ 2004) .

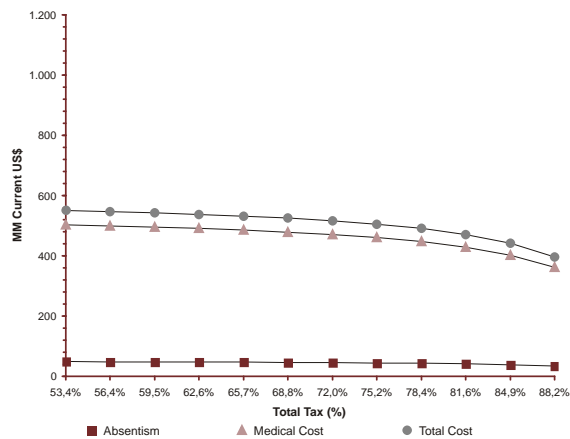


Fuente: Elaboración por los autores.

Ello es así, debido a que el consumo va a “migrar” del mercado legal al ilegal. El efecto será mayor a medida que aumenta el nivel impositivo. Así, a niveles actuales (impuesto es el 53,4% del precio del bien) el contrabando representa el 15% del mercado. Pero si el impuesto ascendiera al 81,5% del precio, el contrabando representará un tercio del consumo de cigarrillos a nivel nacional.

Estos resultados suponen que el sistema de atención sanitaria goza de una cierta calidad en el servicio de prestación de salud. Sin embargo, en el caso venezolano existen indicios que apuntan hacia la existencia de cuellos de botella en el prestación de servicios de salud. Entre los problemas que se observan están la falta de insumos y equipos, la insuficiencia presupuestaria, etc. Esta ineficiencia del sistema implica que los costos de atención médica aumenten. Para modelar este fenómeno, se asumió que los días de estadía hospitalaria y ausentismo laboral se duplicaban. Esta modificación trajo como consecuencia que los costos sociales atribuidos al tabaco aumentarían casi en un 35% (Véase Gráfico 5.7).

Gráfico 5.7. Costos Sociales (US \$ 2004) derivados del Impuesto al Tabaco Situación de Sistema de Salud Ineficiente.

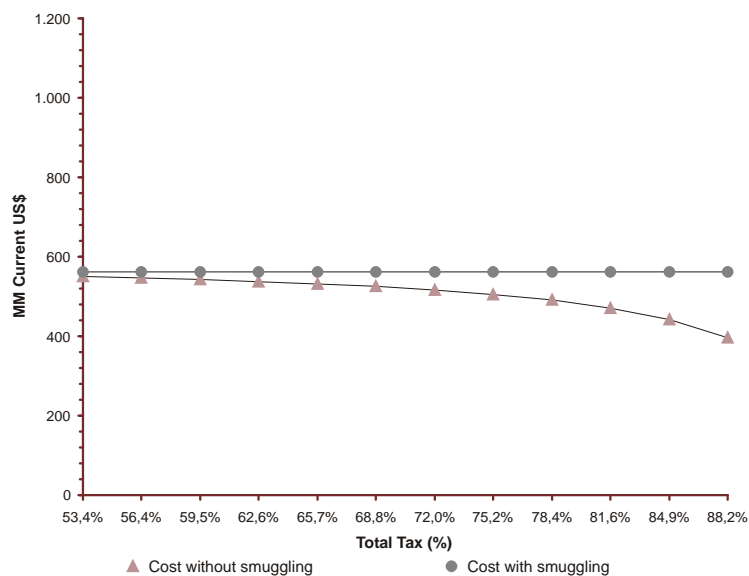


Fuente: Elaboración por los autores.

La sensibilidad de los costos sociales respecto al nivel impositivo aplicado al tabaco sigue el mismo patrón que el descrito anteriormente; a medida que el nivel de impuesto aumenta, los costos sociales disminuyen, siendo el efecto más pronunciado para los costos de atención médica. (Véase Gráfico 5.7). Esta tendencia se mantiene, ceteris paribus, es decir, si el sistema de atención sanitaria conserva sus características de ineficiencia. Es posible, sin embargo, que los costos de atención médica puedan volverse muy rígidos debido a condiciones estructurales del servicio de atención médica, ya que un sistema ineficiente tiende a volverse más ineficiente en el transcurso del tiempo, lo cual, unido a la disminución de la demanda del mismo, se traduce en el mantenimiento de un costo de funcionamiento constante.

Este es el mismo efecto que se obtiene cuando se considera el contrabando (Véase Gráfico 5.8). Como ya se ha observado antes, el efecto del contrabando es la rigidez del costo, ya que se vuelve insensible al nivel de impuesto aplicado al cigarrillo. En una situación de ineficiencia en la prestación de los servicios de salud, el contrabando hace que el costo se mantenga constante en niveles altos.

Gráfico 5.8. Efecto del contrabando en los Costos Sociales (US \$ 2004)
Situación de Sistema de Salud Ineficiente.



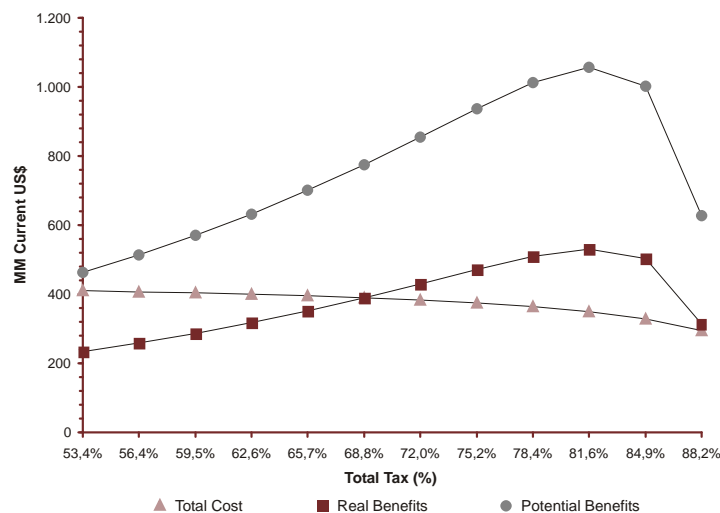
Fuente: Elaboración por los autores.

Estos dos aspectos de la economía del tabaco están, evidentemente, muy relacionados, pero el nivel impositivo óptimo debe determinarse tomando en cuenta tanto los costos como los beneficios sociales. A grandes rasgos, puede decirse que existen dos situaciones extremas; por un lado los beneficios sociales pueden ser muy superiores a los costos derivados del consumo de tabaco. En ese caso, el resultado es una ganancia neta, por lo que el nivel impositivo es adecuado. En esta situación, un aumento de los impuestos, con el consecuente aumento de precio del tabaco, conllevaría a una disminución del consumo, de modo que la recaudación (y, por ende los beneficios sociales), disminuirían más que los costos sociales, haciendo que el resultado neto fuese menor que en la situación anterior, es decir, hay una disminución de la ganancia neta.

Por otra parte, puede suceder que los costos sociales del tabaco fuesen muy superiores a los beneficios, por lo que existe una pérdida neta. En este caso. Un aumento en los impuestos al tabaco tendría como efecto una relativa disminución en dicha pérdida, incluso se puede llegar a un punto en el cual se comiencen a generar ganancias netas. La política impositiva respecto al tabaco es, por tanto, más eficiente en la esta situación que en la primera, ya que siempre se generaría una mejora marginal respecto a la situación de partida. Sin embargo, para lograr estos resultados, se requiere que otras variables no varíen de una forma significativa.

La situación Venezolana, para el año 2000, es de una pérdida neta en lo que se refiere a la política fiscal del tabaco. Es decir, los costos sociales asociados al tabaco son mayores a los beneficios que se obtienen de su consumo (Véase Gráfico 5.9). Al nivel impositivo existente al año 2000 (53,4% del precio) los costos constituyen el doble de los beneficios obtenidos por el consumo de tabaco.

Gráfico 5.9. Costos y Beneficios Sociales (US \$ 2004) del Impuesto al Tabaco. Situación sin contrabando.



Fuente: Elaboración por los autores.

Esta situación es, como se ha dicho, favorable para el aumento de los niveles de impuesto al tabaco. Así se puede apreciar que el nivel de beneficios sociales obtenibles del consumo de tabaco aumenta, al mismo tiempo que aumenta el nivel de impuesto, ello se debe a que una parte importante de los beneficios sociales derivados del tabaco es, justamente, la recaudación fiscal. El consumo de tabaco, en efecto disminuye, ya que el precio aumenta, pero, ceteris paribus, esta disminución se ve compensada por un aumento significativo de los ingresos que se obtienen del consumo de cigarrillos. En otras palabras, los fumadores actuales, al mismo tiempo que fuman menos, pagan más al fisco por lo que consumen.

Paralelamente, esta disminución del consumo genera una disminución en los costos asociados al tabaco. Como se observa, esta disminución es, ciertamente, lenta pero sostenida. A consecuencia de ello, el equilibrio entre

Costos y Beneficios sociales se alcanzará, *ceteris paribus*, cuando los diferentes impuestos representen el 68,8% del costo del tabaco. A partir de allí, se comenzarán a generar ganancias marginales, las cuales alcanzarán su máximo cuando los impuestos representen el 81,6% del precio de venta del tabaco, se obtendrá, en este punto la ganancia óptima..

A partir de este aquí, un aumento del nivel impuesto causa un aumento de precio tal que el consumo disminuye significativamente, al punto que no genera un crecimiento en la recaudación fiscal. Ello implica que el nivel de ganancia progresivamente disminuye, aunque exista una disminución paralela en el nivel de gasto social. A pesar de ello, aunque el impuesto represente casi el 90% del precio del tabaco, es posible encontrar una situación de ganancia social.

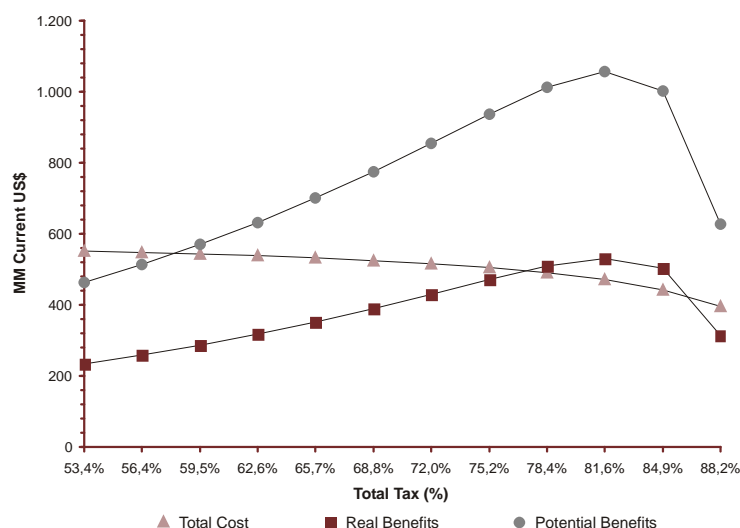
Este análisis será cierto en un escenario en el cual no se introduzcan significativas mejoras en el funcionamiento del entramado institucional, de modo que el nivel de recaudación fiscal se mantenga similar al actual. Si se introducen mejoras a los mecanismos de recaudación fiscal, la situación inicial, en vez de ser de pérdida, sería de ganancia social neta, ya que los beneficios superan a los costos. El punto óptimo también cambiaría, ya que se identificaría con el punto de mayor beneficio. Aquí se obtendría la ganancia óptima potencial, ya que es donde, idealmente, se alcanzaría el máximo.

72

Las anteriores consideraciones serán válidas si se toma en cuenta una situación de eficiencia en la prestación del servicio médico. La situación actual del sistema de prestación de los servicios de salud en Venezuela se caracteriza por la existencia de cuellos de botella que generan ineficiencias y altos costos al mismo. En esta situación, a los niveles impositivos actuales la pérdida neta es muy grande; incluso si se lograran corregir la debilidad institucional existente en los organismos recaudadores de impuestos, la situación actual es de pérdida neta. Sin embargo, a corto plazo no es posible acometer este tipo de reforma, por lo que para alcanzar el equilibrio entre beneficios y costos sociales, hay que aumentar los impuestos hasta altos niveles; sólo cuando el impuesto al tabaco represente el 77,1% del precio del mismo, los costos sociales igualarán a los beneficios sociales (Véase Gráfico 5.10). A partir de este punto, es posible obtener ganancias netas, hasta llegar al punto de ganancia óptima, el cual se alcanza cuando los impuestos representen el 81,6% del precio de venta final de los productos de tabaco.

Al análisis precedente hay que añadir la incidencia del contrabando sobre el consumo de tabaco. Para tomar en cuenta este factor, se estimó el contrabando como aquel consumo que sería observable en caso que no existiera impuestos al tabaco.

Gráfico 5.10. Costos y Beneficios Sociales (US \$ 2004) del Impuesto al Tabaco. Situación de Sistema de Salud Ineficiente y sin contrabando.

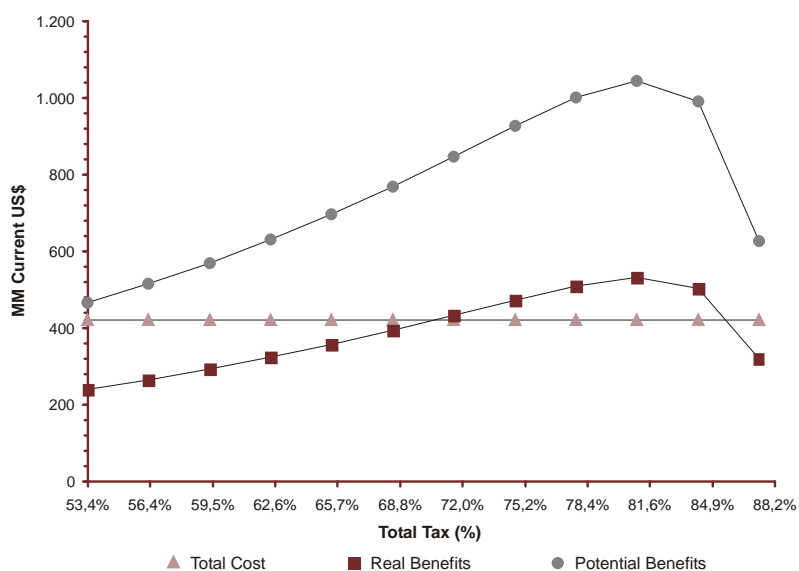


Fuente: Elaboración por los autores.

En los niveles impositivos actuales, el contrabando puede estimarse entre el 15 y el 16% del consumo total de tabaco en Venezuela. Para los efectos presentes, el contrabando tiene el efecto de petrificar, el consumo de cigarrillos en un nivel fijo. Igualmente, los costos sociales permanecen constantes, pues estos se determinan en base al consumo de tabaco. Sin embargo, la recaudación fiscal se resiente, pues a medida que los impuestos aumentan, el precio del tabaco legal aumenta, el tabaco de contrabando mantiene su mismo precio. Ello resulta en un desplazamiento del consumo del tabaco legal al tabaco ilegal, aumentando la importancia de este último.

En el marco en que se está analizando la política fiscal respecto al tabaco, la introducción del contrabando, implica que el punto de equilibrio entre costos y beneficios se alcanzará cuando el impuesto equivalga al 77,0% del precio del tabaco, pero cuando este impuesto equivalga al 86.2%, volverá a ocurrir que los costos sociales sean superiores a los ingresos (Véase Gráfico 5.11). Mientras tanto, la importancia del contrabando como suplidor del mercado de tabaco se incrementará en forma sensible; al nivel de equilibrio, el 27% del mercado estará constituido por tabaco ilegal, mientras que en la situación de pérdida social más del 60% del tabaco comercializado provendrá del contrabando. Así, en esta situación se tendrán altos niveles de consumo con un alto contrabando y una baja recaudación.

Gráfico 5.11. Costos y Beneficios Sociales (US \$ 2004) del Impuesto al Tabaco. Situación con contrabando.

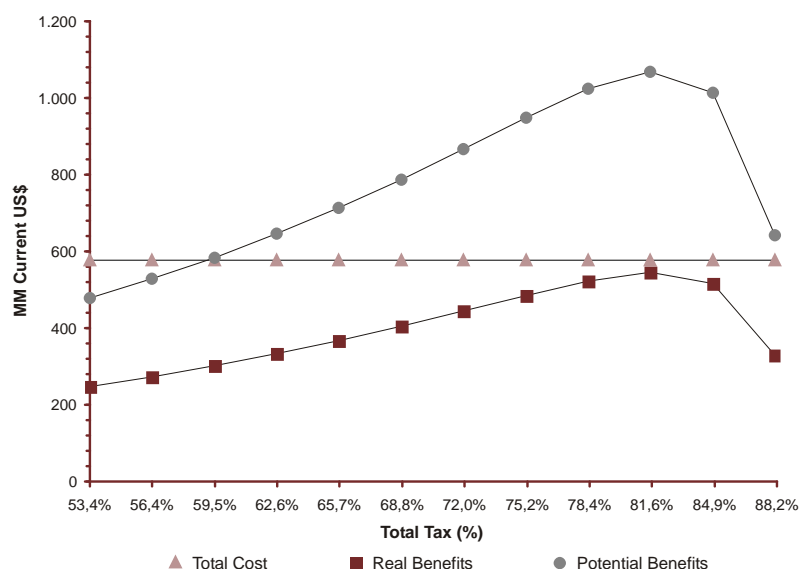


Fuente: Elaboración por los autores.

Por tanto, el contrabando afecta los niveles de ganancia social de la política fiscal del tabaco, ya que no sólo hace que los puntos de equilibrio se desplacen hacia niveles superiores de impuesto, sino que reduce los niveles de ganancia social.

La ineficiencia en la prestación de los servicios de salud incrementa el efecto negativo del contrabando (Véase Gráfico 5.12). Recuérdese que la ineficiencia de los servicios de salud incrementa sus costos, mientras que el contrabando los vuelve rígidos y poco sensibles ante el aumento de impuestos. En esta situación el equilibrio entre costos y beneficios sociales no es posible de alcanzar, ya que ningún aumento de impuestos logrará compensar los costos derivados del consumo de tabaco. Para que la política fiscal tenga efecto, necesariamente tendrá que actuarse sobre la estructura de recaudación existente, mejorando su eficiencia y haciendo una reforma institucional significativa. Sólo así logrará aumentarse la recaudación fiscal y, por ende, los beneficios sociales a niveles tales que logren equilibrar y compensar los efectos negativos de los altos costos sociales derivados del consumo de tabaco. Igualmente, pueden ejecutarse una política de reforma en el sistema de prestación de servicios de salud, la cual apuntará a mejorar la eficiencia del sistema, de modo que los costos de atención médica puedan disminuir a unos niveles tales que puedan equilibrarse los costos sociales con los beneficios derivados del consumo de tabaco.

Gráfico 5.12. Costos y Beneficios Sociales (Bs. base 1984) del Impuesto al Tabaco. Situación de Sistema de Salud Ineficiente y con contrabando



Fuente: Elaboración por los autores.

El análisis precedente puede especificarse de acuerdo a los diferentes grupos de fumadores. La incidencia de los precios al cigarrillo sobre el consumo no es igual para todos los fumadores. La edad y el nivel socioeconómico juegan un papel muy importante. Ya se ha observado que la prevalencia del consumo de tabaco suele ser mayor dentro de la población más pobre, aunque este no es el caso de Venezuela según lo demostraron las encuestas de prevalencia (Ver 3.2). Por lo tanto, el aumento del precio de los cigarrillos derivada de la incidencia fiscal puede tener consecuencias importantes sobre la población de menores ingresos quien ve disminuir por esta vía su ingreso real.

Venezuela no dispone de estadísticas que permitan estimar la elasticidad de la demanda de tabaco para distintos niveles socioeconómicos. Sin embargo, con base a los estudios hechos en otros países puede anticiparse que dichos coeficientes en el caso de los estratos más pobres serán muy superiores al promedio, en la Gran Bretaña en 1987 se rondando en algunos casos el valor 1.0 y hasta de 1.3 en la Gran Bretaña, según lo reporta Townsend en 1987. Esto es, por cada incremento del 10% en el precio de los cigarrillos, disminuye en 10% o en 13% la demanda entre los sectores de menores recursos. Así, a medida que el nivel social es mayor, la respuesta del consumo de cigarrillos al precio es menor, es decir, el consumo de tabaco se hace más inelástico. De esto puede inferirse, que si bien puede haber una merma en el ingreso de ciertos fumadores pobres, como consecuencia de la elevación de los impuestos al tabaco, en el agregado la medida tiende a ser neutral desde ese punto de vista.

Igualmente, se han hecho estudios en otros países para tratar de estimar la incidencia de los precios de los cigarrillos en grupos de fumadores de diversas edades o de distinto nivel socioeconómico. Dada la importancia desde el punto de vista sanitario de evitar que los jóvenes adquieran la adicción al tabaco, se han hecho estudios sobre elasticidad-precio y elasticidad-ingreso de los fumadores de menor edad, encontrándose coeficientes de elasti-

cidad a la demanda mayores que 1.0, lo que indica que son estos sectores los que más se benefician de una elevación de impuestos, pues disminuye el consumo de cigarrillos en una medida mayor que proporcionalmente (Townsend, 1998).

Al analizar los efectos de las políticas públicas de control del uso del tabaco a través de la elevación de impuestos a los cigarrillos, merece particular atención por sus consecuencias socioeconómicas y los efectos de dichas medidas sobre la población de menores ingresos. Ello se relaciona con el carácter de los impuestos al tabaco. Muchos han destacado el carácter regresivo de los impuestos al tabaco. Esto es, su efecto negativo, proporcionalmente mayor, sobre el ingreso en los estratos de menores recursos. Esto por lo tanto constituye otro factor a considerar al estudiar la elevación de los impuestos a los cigarrillos. Sin embargo, la regresividad de los impuestos al tabaco es un asunto que más que económico, tiene que ver con las políticas sociales del gobierno, que consideran aspectos filosóficos, éticos o de otra naturaleza (Warner, 1998).

Por otra parte, conviene resaltar que es dentro de los estratos más humildes donde la morbilidad y mortalidad causada por el tabaquismo hace mayores estragos. Lo anterior plantea un dilema entre impactar negativamente el ingreso disponible de algunos pobres, elevando los impuestos al cigarrillo o afectar su salud disminuyendo su bienestar general. Como en otras situaciones, deben determinarse los niveles de impuestos que resulten más favorables ante la situación planteada.

76

Ello exige, estudiar los efectos del tabaquismo en cada grupo socioeconómico. La escasez de estadísticas ya indicadas, se hace más difícil la evaluación de las políticas públicas de control del uso de tabaco sobre los estratos pobres. Sin embargo, como la mortalidad y la mortalidad ocasionada por el tabaquismo se relaciona directamente con la cantidad de cigarrillos consumidos por la población, puede inferirse que un aumento en los precios de los cigarrillos del 10%, como resultado de establecer mayores impuestos, generará una mejora del 3.2 % en las condiciones de salud causadas por el tabaquismo. Esta condición está avalada por numerosos estudios efectuados en otros países con mejor acervo estadístico.

Otro aspecto a considerar es la respuesta de las empresas tabacaleras ante el aumento de los impuestos. En primera instancia, tratarán de mantener bajos los precios de los cigarrillos, de manera que disminuya la incidencia del impuesto en su precio de venta. De esto se desprende la necesidad de planificar cuidadosamente la estrategia impositiva al tabaco para que se alcancen en la medida de lo posible las metas que se aspiran en materia de salud, sin desmedro de los estimados de ingreso fiscal.

Otra estrategia es el aumento del contrabando, principalmente, el de "ida y vuelta", es decir el contrabando como subterfugio para eludir las cargas impositivas al tabaco. Si la elevación de los precios de los cigarrillos como consecuencia del aumento de impuestos crea diferencias importantes con los precios del tabaco en países vecinos, se estimula el contrabando. Ello conspira evidentemente contra las metas de recaudación fiscal, pero también a favor de incrementar el consumo de cigarrillos.

Existen acusaciones aparentemente fundadas de que en muchas situaciones las grandes empresas tabacaleras son promotoras del contrabando de su producción, para eludir el pago de impuestos en el país, a la vez que protegen el consumo. Primero, obtienen sus ganancias normales al vender legalmente sus productos a distribui-

dores. Los cigarrillos después encuentran su camino hacia el mercado negro, donde son vendidos a precios muy reducidos, dado que no pagan impuestos, con lo cual se estimula adicionalmente la demanda.

La industria tabacalera suele utilizar entonces la información sobre el delito cometido por los contrabandistas y sus efectos negativos para la economía y la salud, para presionar a los gobiernos de manera que no incrementen o reduzcan los impuestos al tabaco, incidiendo así favorablemente sobre la demanda.

Adicionalmente, los cigarrillos de contrabando que son interceptados por las autoridades y eliminados del circuito comercial deben ser reemplazados, con lo cual se aumentan todavía más las rentas (Joossens, 1998).

Todo esto es lo que hace evidente, es que el contrabando de cigarrillos debe ser perseguido y castigado con fuertes sanciones administrativas y penales. Actualmente la Organización Mundial de la Salud está promoviendo una convención internacional marco, sobre el control del uso del tabaco, mediante la cual se limita estrictamente el comercio internacional de tabaco.

Finalmente, debe llamar la atención que una política impositiva orientada a disminuir el consumo de tabaco, puede perder efectividad si ocurre en una economía inflacionaria, dentro de la cual la incidencia real de los impuestos al tabaco se va erosionando con el tiempo. Esto ha ocurrido en algunos países. De allí la preferencia a la aplicación de impuestos ad-valorem sobre los impuestos específicos.

77

5.1.2. Control de la promoción del consumo de tabaco.

Al inicio del presente capítulo se señaló que una de las variables determinantes del consumo de tabaco es la promoción que hacen las empresas productoras, del placer de fumar. Existen estudios que muestran la relación entre el incremento del gasto en publicidad y propaganda de cigarrillos, y el aumento del consumo (Prabhat, J., Novotny T., and R. Feachem). Las empresas tabacaleras tienden a negar los resultados de estos estudios, exponiendo que el objetivo de la publicidad es desplazar otras marcas que compiten en el mercado y no aumentar el consumo agregado del tabaco. Sin embargo, los hechos son contrarios a esta argumentación.

Igualmente, se ha establecido que la prohibición absoluta de la publicidad y propaganda al consumo de tabaco repercute negativamente sobre este. Cuando la prohibición de la propaganda es solo parcial (algunos medios de publicidad exclusivamente), los efectos de la medida son poco eficaces (Prabhat, J., Novotny T., and R. Feachem).

Se han hecho estimaciones del efecto de una prohibición total de la publicidad y propaganda del tabaco, que muestran que la caída del consumo puede ser del 7 al 10 %. En la Unión Europea se ha estimado que como resultado de la instrumentación de sus regulaciones sobre propaganda de tabaco, puede alcanzarse una reducción del 7 % del consumo en dichos países, reduciéndose la prevalencia en 5 % y la cantidad consumida por fumador en un 2% (Townsend, 1998).

En Venezuela desde 1978 se ordenó la impresión de la advertencia "Se ha determinado que el fumar cigarrillos es nocivo para la salud" en los paquetes de cigarrillos. Luego en 1981, se impuso una prohibición de pro-

mover el hábito de fumar por la radio y la televisión. A estas medidas se le atribuye en parte la disminución del consumo de cigarrillos que se ha observado posteriormente, aunque no ha sido posible diferenciar cuanto de la reducción ocurrida se debe a la recesión económica que ha afectado a Venezuela a partir de 1980.

Se considera que esta última ha tenido mucho mayor influencia que las limitaciones a la propaganda. Más, cuando estas limitaciones han sido solo parciales, pues no afectan otro tipo de publicidad, como la hecha a través del cine, vallas, periódicos y revistas.

Los crecientes gastos de las empresas tabacaleras en publicidad y propaganda se desconocen, ya que estas consideran dicha información como confidencial.

Otra de las medidas contrarias a la promoción del consumo de tabaco ha sido el establecimiento de áreas de "no fumar", en oficinas, espacios y transporte público. Existen estudios que demuestran la relación inversa entre el aumento de áreas en que se prohíbe fumar y la disminución del consumo de tabaco (Wagner, 1998). Por otra parte, la proliferación de estos espacios "libres de tabaco" tienen una influencia mas positiva sobre los fumadores pasivos quienes no se ven así expuestos a los daños que produce el humo del cigarrillo.

5.1.3.- Educación e información sobre consecuencias nocivas del tabaco.

Existen numerosos estudios que muestran que uno de los medios más efectivos para disminuir el consumo de tabaco es la educación formal e informal, centrada en dar a conocer los efectos nocivos sobre la salud y la economía personal. Sin embargo, no se conocen estudios sistemáticos para determinar la efectividad de dichas campañas en términos de sus costos dada la complejidad implícita en estas investigaciones (Wagner, 1998).

La educación formal desde la escuela, enseñándole a los niños y jóvenes en forma pedagógica y bien ilustrada los efectos nocivos para su salud de fumar, constituye una vía efectiva para desestimular su inicio en el vicio de fumar. Esto es muy importante, ya que la experiencia indica que es más fácil prevenir la adquisición del hábito de fumar, que volver no fumador a una persona que ha adquirido adicción al cigarrillo.

La educación contra el uso del tabaquismo requiere, no obstante, la enseñanza científica adecuada a los maestros y profesores y el dotarlos de material escrito y audiovisual focalizado sobre el objetivo que se persigue, escrito de manera fácilmente comprensible y bien ilustrado, para hacerlo atractivo a la audiencia.

En la oportunidad de requerir fondos presupuestarios para adelantar campañas de educación formal e informal, contra el hábito de fumar, es conveniente destacar los costos al fisco que representa la atención médica a las enfermedades causadas por el tabaquismo. Esto es muy importante dada la competencia que siempre existe por obtener recursos presupuestarios.

Para concluir este punto, debe señalarse que las campañas educativas en contra del consumo del tabaco deben diseñarse tomando en consideración las estrategias de publicidad y propaganda que emplean las empresas tabacaleras para aumentar la prevalencia. Esto es, debe focalizarse muy bien la población objetivo sobre la cual de-

be actuarse prioritariamente. Por las razones expuestas anteriormente, dicha población debe ser preferiblemente la joven para prevenir su iniciación en el hábito de fumar y los segmentos más pobres de la sociedad en los cuales la prevalencia tiende a ser mayor y la atención médica de las enfermedades generadas por el tabaquismo, la más deficiente. Esto último constituye una expresión de la equidad con que deben planificarse dichas campañas.

5.2. Otras consecuencias de las políticas públicas de control del uso del tabaco.

5.2.1. Impacto sobre el empleo.

Tal como se expuso en los puntos 2.1 y 2.2, la agricultura y la industria del tabaco emplean en Venezuela según fuentes de la industria tabacalera, directamente un contingente que se ha estimado en 30.000 personas aproximadamente (CONINDUSTRIA). La preservación de este empleo, especialmente en circunstancias en que los índices de desempleo son relativamente altos en el país, puede constituir uno de los argumentos fundamentales del oligopolio tabacalero para oponerse a cualquier medida tendente a disminuir el consumo de cigarrillos por la población. No cabe duda que esta es una razón de peso.

Pero la incidencia de las políticas de control del uso del tabaco no puede evaluarse, como si ellas fueren a generar sus frutos en corto tiempo, produciendo una interrupción abrupta y dejando cesante la importante masa laboral señalada.

Con base a las experiencias tenidas en otros países (Collins and Lapsley, 1998), puede predecirse que la disminución del consumo de tabaco, va aparejada al incremento en el consumo de otros bienes y servicios que también satisfacen necesidades de la población. La producción de tales bienes y servicios demandará una fuerza laboral adicional, lo que lleva a concluir que en el fondo lo que ocurre es una transformación de la estructura del empleo hacia otras ramas industriales. Es más, dicha transformación puede significar un aumento absoluto del empleo, si se toma en cuenta que la industria tabacalera moderna es capital-intensiva y otras industrias productoras de otros bienes de consumo común no lo son. Los datos de la industria tabacalera venezolana así lo demuestran dada su alta productividad por persona ocupada.

En efecto, estudios hechos en Escocia, EEUU, Canadá, Gran Bretaña y Sur Africa, muestran que al contrario de lo señalado por las empresas tabacaleras, el empleo en otras actividades aumentaba en una proporción mayor que las disminuciones ocurridas en la producción de tabaco, como consecuencia de la reducción del consumo de cigarrillos (Merwe, 1998). En cuanto al sector agrícola, la reconversión del empleo pudiera ser más problemática, dada la dificultad de los productores de tabaco para adaptarse a otros tipos de cosechas. Sin embargo, en el caso de Venezuela, hay que tomar en cuenta que por lo general el tabaco se siembra en tierras de buena calidad para la agricultura. Por lo tanto, su aprovechamiento con otros cultivos de alto rendimiento es cuestión que puede preverse con adecuados programas de asistencia técnica a los agricultores del tabaco.

5.2.3.-Impacto sobre la balanza de pagos.

Aunque Venezuela ha venido incrementando durante sus últimos años las exportaciones de tabaco, se considera que es un país cuya producción tabacalera está orientada mayormente a satisfacer la demanda nacional del producto. En efecto, cerca de un 90% de la producción tiene este destino.

En estas circunstancias, la disminución del consumo nacional de tabaco antes que perjudicar la balanza de pagos podría favorecerla, pues quedaría un excedente mayor para la exportación, que es lo que en realidad ha venido ocurriendo a partir de 1979 cuando empieza a observarse la disminución del consumo de tabaco en Venezuela.

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA DE CONTROL DEL USO DEL TABACO

Es prioritario para Venezuela, contar con una política para el control del tabaquismo. Dicha política para que sea exitosa debe tener objetivos explícitos, los cuales deben ser discutidos de manera amplia entre el Estado y la sociedad. De esta manera, la política antitabáquica será fruto de un amplio acuerdo nacional sobre la materia. De aquí la importancia de que la misma reciba una amplia divulgación para que sus propósitos y aspectos constitutivos, sean conocidos, discutidos y modificados por los diversos grupos sociales involucrados en la lucha antitabáquica.

La política de control del uso del tabaco debe ser integral. Tal como pudo apreciarse en los capítulos anteriores, son múltiples los aspectos implícitos, que tienen incidencia en el consumo de tabaco por la población.

Entre estos, obviamente poseen una relevancia extraordinaria los aspectos referidos a la salud pública, pero también sociales, económicos y fiscales, entre otros. La política de control del uso del tabaco debe, por lo tanto, atender a todos estos aspectos.

Dentro de una sociedad democrática se hace indispensable además, conocer anticipadamente las consecuencias positivas y negativas de las políticas públicas que se formulen. Por lo tanto, es necesario disponer de una evaluación de los impactos generados por la política de control de uso del tabaco.

Lo anterior está estrechamente asociado a la viabilidad de la política. Por bondadosa que ella pueda ser teóricamente, si una política no es fruto de un consenso entre los grupos sociales que se ven afectados por ella, nunca logrará su implantación en la realidad. Nuevamente, una campaña de consulta pública, la cual implica un efectivo plan comunicacional, es un ingrediente estratégico para lograr que este consenso se materialice y la política antitabáquica sea viable.

Finalmente, hay que destacar que la política de control de uso del tabaco, debe disponer de instrumentos de seguimiento y control, ya que así podrá realizarse una evaluación continua de sus logros. De esta manera se podrán detectar los problemas de implementación y tomar medidas para hacer los reajustes necesarios oportunamente.

6.1.- Objetivo de la política

A. Objetivo general.

El objetivo general de la política de control de uso del tabaco es coadyuvar al mejoramiento de las condiciones generales de salud de la población, a través de la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad ocasionados por el tabaquismo, tanto en los consumidores como en la población expuesta.

B. Objetivos específicos.

- Disminuir en una medida importante, el consumo y la prevalencia tabáquica en el mediano plazo.
- Instrumentalizar programas que impliquen una disminución del número e importancia de los fumadores adolescentes y jóvenes, así como la postergación de la edad de inicio al hábito de fumar.
- Implantar programas de información y educación dirigidos a la población sobre los riesgos a la salud producidos por los productos del tabaco, así como su carácter adictivo; estos programas deberán focalizarse sobre los sectores poblacionales más vulnerables: los jóvenes, adolescentes y jóvenes adultos (tanto hombres como mujeres).
- Introducir legislaciones que tiendan al control y prohibición de la publicidad de los productos del tabaco, así como el patrocinio de eventos deportivos, culturales o de otro tipo.
- Fortalecimiento de medidas y programas de protección de las poblaciones expuestas al humo ambiental del tabaco, así como consecuencias a terceros.
- Implementación de programas de control sanitario de los productos del tabaco. Esto incluye la adopción de un sistema de advertencias sanitarias., la implantación de un registro sanitario de los productos del tabaco, lo que permitirá el diseño de mecanismos de vigilancia de tóxicos y medidas de reducción de riesgos.
- Implantar programas que mejoren el acceso a técnicas y métodos para que la población fumadora deje de fumar y/o abandone el uso del tabaco en cualquiera de sus formas. Estos programas serán integrales, considerando los aspectos farmacológicos, psicológicos, sociales y comunitarios del problema, y estarán basados en evidencia científica.
- Desarrollar programas que permitan disminuir los costos de la atención médica pública y privada causados por la epidemia tabáquica y, en general, los costos de la salud dentro del sistema de seguridad social.
- Diseñar una política fiscal que contribuya al aumento y la estabilidad de los ingresos tributarios derivados del consumo de tabaco, y, al mismo tiempo, disminuya el consumo y la prevalencia.
- Introducir reformas en las instituciones públicas a fin de aumentar la eficiencia de la recaudación tributaria causada por los productos del tabaco.
- Desarrollar programas educativos de forma que contribuyan a que la disminución en el consumo de tabaco tenga un impacto real en la economía de las familias, especialmente en los sectores más pobres.
- Formular e implantar programas integrales e interinstitucionales que tiendan a controlar el contrabando de tabaco eficazmente..

6.2. Estrategias

Para alcanzar los objetivos generales y específicos de la política de control del uso del tabaco, se proponen una serie de estrategias. Estas estrategias constituyen conjuntos de decisiones condicionales que definen los actos a realizar en función de las circunstancias susceptibles de presentarse en el futuro (Masse, 1968).

Las áreas definidas a los fines de formular el conjunto de estrategias son la fiscal, educativa, sanitaria, medios de comunicación social, reconversión agrícola e industrial y lucha contra el contrabando.

6.2.1. Estrategia fiscal

En el marco de la política para prevención y control del tabaquismo, los aspectos fiscales deben jugar un papel central. Como antes se expuso al discutir sobre la economía del tabaco, en la medida que aumenta el precio de los cigarrillos, tiende a disminuir el consumo por parte de las personas que han adquirido la dependencia de fumar. Sin embargo, la elevación de los precios per se aisladamente no soluciona el problema, éste tiene que formar parte de una estrategia global multifactorial de control y prevención del tabaquismo.

En el Capítulo 3 sobre la Economía del Consumo del Tabaco en Venezuela, puede apreciarse (Cuadro N° 3.9), la variación de los precios de los cigarrillos durante el período 1970-2000. En el lapso en referencia, los precios aumentaron en términos reales alrededor de un 3.5 % anual entre 1970 y 1984. Esos aumentos obedecieron mayormente a las elevaciones de las tasas impositivas y a factores propios de la economía de producción.

Sin embargo, en el lapso 1984-2000, prácticamente no se registran aumentos reales en los precios de los cigarrillos y más bien puede decirse que se produjo una leve disminución, al pasar la cajetilla de Bs. 5.57 a Bs. 4.70 a precios de 1984. En otras palabras, durante un prolongado período de tiempo, los precios de los cigarrillos se han mantenido constantes en términos reales; es lógico que el Estado ejecute un ajuste fiscal.

El problema es el monto de este ajuste. Se ha visto que, actualmente, la recaudación fiscal por concepto de consumo de cigarrillos no compensa el monto del gasto. Una buena recomendación es aumentar los impuestos que gravan el consumo de cigarrillos hasta que representen el 71,6% del precio de los mismos. En este nivel los beneficios derivados de la recaudación fiscal equilibrarían los gastos médicos y otros costos sociales derivados del consumo de tabaco. En términos reales, se estaría aumentando el precio de los cigarrillos en un 60%. En cuanto al tipo de impuesto a aumentar, es recomendable variar el impuesto especial al tabaco, antes que el Impuesto al Valor Agregado, ya que la incidencia de este último abarca a todos los bienes y servicios.

Esta medida tiene impacto en, al menos, dos aspectos relevantes. En primer lugar, desde la perspectiva de su incidencia sobre el consumo de cigarrillos. Dada la inelasticidad de la demanda de cigarrillos (Véase Capítulo 3), un aumento del 60% en el precio de los cigarrillos representa una disminución del 18% en el consumo. Esta contracción sería un componente importante de la meta total del 20% de la reducción del consumo de tabaco, pro-

puesta para la presente década en los objetivos específicos. Si se tiene en consideración el impacto del hábito de fumar sobre la salud de los venezolanos y sus consecuencias sobre los costos de atención médica, una disminución de esta magnitud debido a la elevación de los precios, es lo mínimo a que puede llegar a aspirarse dentro de una campaña de control del tabaquismo.

En segundo término, debe considerarse la incidencia de tal medida sobre la economía de los consumidores. Una elevación de los precios de los cigarrillos de la magnitud indicada, naturalmente generará reacciones adversas en el ámbito de los consumidores, pero se considera que la medida es justificable si se demuestran los beneficios sobre la salud de los venezolanos, y se explica como a lo largo de 15 años prácticamente los precios reales de los cigarrillos no variaron. Además, los precios de la cajetilla de cigarrillos resultantes de la referida elevación de impuestos (menos de US\$ 1), son aún muy bajos comparados con los precios equivalentes en otras partes del mundo (Véase Cuadro N° 6.1.). Por otra parte, no es necesario que la elevación impositiva en cuestión se haga toda en una oportunidad. Es posible paliar sus efectos sobre la opinión de los fumadores, escalando los aumentos durante dos años consecutivos, hasta alcanzar la meta establecida.

Cuadro N° 6.1. Tabla comparativa de carga fiscal a los cigarrillos en un grupo seleccionado de países.

84

País	Monto del Impuesto (US \$ por 20)	Impuesto (% del precio al detal)	Precio al detal (US \$ por 20)
Noruega	5.69	71	8.00
Canadá	2.92 (max) 1.18 (min)	72-54	4.04-2.18
Islandia	2.80	72	3.86
Nueva Zelandia	2.66	68	3.92
Australia	2.65	64	4.11
Hong Kong	1.87	52	3.62
Suiza	1.56	56	2.76
Singapur	1.53	48	3.16
Japón	1.20	62	1.94
Malta	1.16	66	1.75
Barbados	1.14	55	2.09
Argentina	1.09	68	1.60
Sri Lanka	1.07	79	1.36
Uruguay	0.99	67	1.49
Croacia	0.95	66	1.44
Chile	0.93	71	1.32
Fiji	0.79	45	1.76
Jamaica	0.77	35	2.21
Corea del Sur	0.75	65	1.15
Polonia	0.58 (max) 0.36 (min)	47-62	1.17-0.62

Fuente: Iraj Abedian, Rowena van der Merwe y otros editores. The Economics of Tobacco Control. Towards an optimal policy mix, 1988. pp 290.

6.2.2. Estrategia educativa.

La estrategia educativa debe constituir el otro elemento central de la campaña de control del tabaquismo. Esta estrategia con consecuencias mucho más profundas sobre el hábito de fumar, puede arrojar resultados muy prometedores en el mediano y en el largo plazo si se formula inteligentemente y se instrumenta con eficacia.

El objetivo general de esta estrategia es evitar que la población no fumadora adquiera el hábito, y persuadir lo mas temprano posible a los fumadores, de abandonarlo. Entre la población correspondiente a la primera categoría, existen dos subcategorías. Aquellos que son propensos a adquirir el hábito de fumar como es el caso de los jóvenes en general, y los que no fuman porque están convencidos de sus consecuencias nocivas. Por lo tanto, la estrategia educativa debe diseñarse para abordar específicamente a cada una de las categorías señaladas. Esta campaña debe recurrir a tres vías principales para su instrumentación:

- La educación formal impartida a través del sistema educativo y del sistema de salud.
- La educación informal a través de los medios de comunicación social
- Las medidas legales que sirven para fortalecer los mensajes educativos.

En este punto, solo se abordarán los aspectos referentes a la educación formal, dejando los otros para ser tratados en los acápites correspondientes a la estrategia de medios de comunicación social y a la estrategia sanitaria.

85

En todo caso, es importante resaltar la conveniencia de que el Estado disponga de un comando único para planificar la estrategia educativa. Tal comando puede estar constituido por representantes de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social; de Educación, Cultura y Deporte y de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales con influencia en la problemática, tales como las asociaciones que representan a los medios de comunicación social (Cámara de Radio y Televisión, Bloque de Prensa, y agencias publicitarias, entre otras), y otras organizaciones de la sociedad civil interesadas en el tema del control del tabaquismo.

Los detalles de la estrategia de educación formal trascienden el alcance de este estudio, pero es posible exponer algunas de sus directrices básicas.

- Se trata de una estrategia de educación formal que debe ser concebida por las autoridades del sistema educativo, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte con el asesoramiento de las autoridades sanitarias, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, para ser luego instrumentada a través del primero de dichos sistemas.
- La estrategia en cuestión debe plantearse como un componente permanente de los contenidos educativos y no como una campaña.
- Entre la población escolar la estrategia de educación formal debe estar focalizada con mayor intensidad hacia los jóvenes entre 10 y 16 años de edad. Esta es la población mas predispuesta a iniciarse en el hábito de fumar. Hacia estos segmentos es que las empresas tabacaleras dirigen con mayor perspicacia su actividad de mercadeo social.

- A los jóvenes, debe explicárseles desde muy temprana edad las consecuencias nefastas del vicio de fumar, los efectos negativos demostrados científicamente sobre la vida, acercando la muerte y sus otras consecuencias desde el punto de vista económico o de daños que se infligen a la población no fumadora.
- El mensaje educativo formal debe transmitirse a través de todos los medios disponibles en el ámbito de la educación básica (a partir del 4° grado) y diversificada. Esto es las lecciones orales, textos, trípticos, afiches y apoyos audiovisuales.

6.2.3. Estrategia sanitaria.

Es muy importante que el Ministerio Salud y Desarrollo Social adopte como aspecto prioritario de sus políticas sanitarias, la de control del uso del tabaco. Las vías principales de instrumentación de dicha política deben ser a través de un programa de educación sanitaria orientado a todos los usuarios del sistema de salud, y de la promoción de medidas legales que incidan sobre el hábito de fumar.

Las directrices básicas de la estrategia sanitaria deben ser:

- El personal comprometido en la atención a la salud que está en contacto con la población paciente del Sistema de Salud, comenzando por los médicos hasta el personal paramédico, debe recibir entrenamiento como difusores de la campaña antitabáquica.
- No debe existir un solo paciente usuario del Sistema de Salud y esto es válido para todas las edades y especialmente para las mujeres embarazadas, que no reciba un mensaje oral, escrito y gráfico pertinente al tema.
- Los enfermos afectados por enfermedades causadas por el tabaquismo deben recibir como parte de la terapéutica indicada, recomendaciones claras sobre la necesidad de cesar el hábito de fumar.
- A través de los servicios ambulatorios de salud, es preciso que se implemente un sistema de clínicas antitabáquicas con personal entrenado para aplicar tratamientos para el abandono del hábito de fumar. A todos los enfermos víctimas de enfermedades generadas por el tabaquismo, debe poder ofrecérseles la asistencia de las clínicas antitabáquicas, para que reciban una atención contribuyente a la cesación del vicio de fumar.
- En el ámbito de la estrategia sanitaria, es necesario proseguir con la identificación de espacios públicos y sitios de trabajo susceptibles de recibir la calificación de áreas de no fumar, para que las mismas sean declaradas como tales a través de los instrumentos administrativos pertinentes (leyes, decretos, ordenanzas, etc.). La experiencia en otros países ha demostrado ser muy positiva en cuanto al efecto beneficioso de esta medida, que aparte de contar con la simpatía mayoritaria de los ciudadanos que son los no fumadores, contribuyen a la disminución de la prevalencia tabáquica.
- Conjuntamente con las empresas aseguradoras debe analizarse la posibilidad de establecer un sistema de "premiums", en el otorgamiento de pólizas de vida y de hospitalización, para los no fumadores.
- Promover por medios legales la prohibición de la venta de cigarrillos a jóvenes menores de 18 años.

6.2.4. Estrategia con los Medios de Comunicación Social.

Es casi redundante insistir en la trascendencia que pueden tener los medios de comunicación social en la política de control del uso del tabaco. Como se dijo anteriormente, este constituye el vehículo por excelencia para adelantar la educación no formal de la población.

En líneas generales, la estrategia con respecto a los medios de comunicación social deben tener dos vertientes. Una primera, con carácter proactiva, de involucramiento de los medios en la difusión y divulgación, de los mensajes de la campaña antitabáquica. La segunda, de regulación de la publicidad que promociona el hábito de fumar.

Las principales directrices de la estrategia con los medios de comunicación social son:

La campaña a través de los medios.

Los medios de comunicación social deben ser consustanciados con los fines de la campaña antitabáquica y recibir un tratamiento cónsono con su carácter de instrumentos directos de la misma. Con los medios debe establecerse una alianza estratégica mutuamente conveniente para las partes.

Diseño científico mediante técnicas de mercadeo social, de campañas para persuadir al público sobre la conveniencia de no fumar. Los segmentos focales de esta campaña deben ser los jóvenes, la población de menores recursos y los llamados fumadores pasivos.

Las campañas orientadas a los jóvenes deben tender a neutralizar el "estilo de vida" de los fumadores, que promocionan las empresas tabacaleras, asociándolo con la asertividad, la personalidad del deportista y la imagen del éxito, entre otras características.

Debe prohibirse legalmente el regalar cigarrillos a los jóvenes como parte de las campañas de promoción que adelantan las empresas tabacaleras.

Con respecto a la población de menores recursos, las campañas deben poner énfasis en destacar lo costoso en términos económicos que resulta el hábito de fumar.

Los llamados fumadores pasivos deben individualizarse en las campañas de control del uso del tabaco, destacando las consecuencias nocivas que para ellos tiene el tener que convivir con fumadores y, motivándolos a reclamar sus derechos de vivir en ámbitos sanos.

Las campañas publicitarias de la lucha antitabáquica deben ser financiadas conjuntamente entre el Estado y el sector privado, individualizándose el crédito a los representantes de este último sector. Hay que estar conscientes que en la campaña en cuestión, además de sus objetivos directos, debe buscarse una compensación económica a los medios, por la merma de espacios publicitarios que conllevan las regulaciones a establecer.

La regulación de la publicidad.

Prohibición de la publicidad de cigarrillos a través de todos los medios de comunicación social, escritos, radiales, televisivos y vallas, entre otros.

Es cierto que la imposición de esta última estrategia por parte del Estado provocará reacciones de tono elevado por parte de las empresas tabacaleras, quienes argumentarán que sus campañas publicitarias solo tienen como fin promover la competencia entre diferentes marcas de cigarrillos. Esto está demostrado que es parcialmente cierto, pero dichas campañas publicitarias tienen definitivamente una incidencia sobre la prevalencia tabáquica que debe tratar de evitarse.

Las empresas publicitarias naturalmente, se opondrán también a las restricciones de esta naturaleza. Los efectos económicos sobre ellas podrán no obstante mitigarse, como antes ha sido expuesto, a través de las campañas promocionales del hábito de no fumar, que pueden ser fomentadas y financiadas a través de múltiples entes públicos y privados si se hace el trabajo de convencimiento adecuado.

Al considerar estos aspectos, que obviamente pueden significar esfuerzos políticos importantes por parte del Estado, hay que estar conscientes que la estrategia propuesta se está imponiendo alrededor del mundo, como está demostrado, sobretodo en los países desarrollados. Por lo tanto, lo que se trata es de adherirse a tendencias globales que benefician al conjunto de la sociedad, colocando el derecho a una vida sana por arriba de los intereses de los sectores productores de tabaco que son minoritarios, en el marco de un estado social de derecho.

88

6.2.5. Estrategia de reconversión agrícola e industrial.

Al implementar la política de control del uso del tabaco hay que tomar en consideración sus implicaciones económicas y sociales sobre los agricultores cultivadores de tabaco y sobre las empresas productoras de cigarrillos. Por elevados que sean desde el punto de vista social los fines de la campaña antitabáquica, hay que tomar en consideración que el fin del Estado es beneficiar en la medida de lo posible a todos los ciudadanos. Por lo tanto, hay que pensar como paliar los efectos adversos que la campaña puede tener, sobre determinados segmentos productivos.

Al respecto, hay que tener en cuenta que los efectos de una campaña antitabáquica sobre el consumo de cigarrillos, ni es instantánea, ni radical. En el mejor de los casos, se trata de dar inicio a un proceso gradual de disminución de la prevalencia tabáquica cuyos efectos sobre los entes productores se sentirán paulatinamente, lo cual da tiempo para que se instrumenten las medidas de reconversión adecuadas.

En Venezuela, como se dijo anteriormente, el tabaco se siembra en tierras de muy buena calidad que están dotadas de riego o están ubicadas en zonas climáticamente favorables al cultivo. Dichas tierras son susceptibles de ser aprovechadas con otros cultivos altamente rentables, si los agricultores reciben la extensión apropiada y sobretodo, el apoyo financiero y técnico adecuado y oportuno.

Por lo tanto, el Ministerio de Producción y Comercio puede formular un programa de este tenor que contribuya a la reconversión gradual de las áreas de cultivo tabacalero, sin que se genere mayores consecuencias de carácter económico o social, sobre los agricultores.

Otro tanto cabe señalar con relación al plantel industrial dedicado a la producción de cigarrillos. En este caso, como se expresó en el punto 2.2.1, el empleo directo generado por estos establecimientos ha estado durante los últimos años bordeando las 3.000 plazas. Por lo general se trata de trabajadores bien entrenados que con cierta asistencia pueden encontrar empleo dentro del sector manufacturero.

Sin embargo, no se considera que este último será el caso más frecuente. Dada la gradualidad del proceso de reducción del consumo del tabaco, el cual por otra parte es compensado parcialmente por el crecimiento demográfico, lo que se anticipa no es un proceso de despido de trabajadores en su edad productiva, sino más bien de eliminación de los cargos vacantes dejados por el personal jubilado o que voluntariamente decide probar otras oportunidades de empleo.

Existe bibliografía sobre estos procesos de reconversión industrial donde se señala como los impactos socioeconómicos sobre la masa laboral pueden pasar prácticamente desapercibidos, sobretodo cuando ellos se producen dentro de economías en expansión.

En el ámbito internacional se observa como la propia industria tabacalera consciente de la inevitabilidad de estos procesos, se va diversificando preferentemente, hacia el sector de consumo de alimentos masivos como forma de disminuir la vulnerabilidad de sus negocios.

Además, dicha industria debe tomar ventajas de las posibilidades de aumentar las exportaciones y aprovechar así el excedente de producción liberado.

6.2.6. Estrategia de lucha contra el contrabando.

La lucha contra el comercio ilícito de cigarrillos es la otra estrategia que debe ocupar posición preferente dentro de la política de control del uso del tabaco. La eliminación del contrabando de cigarrillos debe ser vista desde dos ángulos diferentes.

En primer lugar, y no es como se ve el problema generalmente solo en términos económicos/fiscales, se trata igualmente de una estrategia sanitaria. Toda medida tendente a encarecer el uso del tabaco, como se ha expuesto anteriormente, tiene consecuencias favorables desde el punto de vista de la protección de la salud de los ciudadanos.

El contrabando es atractivo para los que lo practican, pues además de permitirles obtener ganancias exorbitantes a través de la evasión impositiva, les permite colocar sus ventas con facilidad al poder hacerlo a precios inferiores al del mercado para productos de similares características. La lucha contra el comercio ilícito de cigarrillos, por lo tanto, tiende a disminuir la oferta de cigarrillos de más bajo precio.

En segundo lugar, el control del comercio ilícito de cigarrillos tiene un claro propósito fiscal. La protección de las fuentes de recursos fiscales es prioritaria para todos los gobiernos.

De aquí entonces que sea indispensable planificar una estrategia lo más amplia posible de control del contrabando en las aduanas o las otras vías de acceso informal al país.

Se cree además, que una lucha efectiva contra el contrabando debe comprender una política de regulación y control sanitario de los productos del tabaco y una acción permanente de decomiso de los productos internados ilícitamente a lo largo de las cadenas de comercialización.

6.3. Impacto de la política.

El fin de toda política pública es el de producir beneficio para la sociedad. Dicho beneficio ha de ser el balance entre los impactos positivos y adversos de la política. De allí que sea pertinente tratar de evaluar los diferentes impactos que puede generar la política de control del uso del tabaco, cuyas líneas maestras se han descrito anteriormente.

6.3.1. Impacto sobre la población.

La política propuesta arrojará una serie de beneficios sobre la población. El primero de estos es el derivado del ahorro de ingreso de las familias que dejan de ser fumadoras. En el acápite 4.2 se presentaron las estadísticas de gasto medio por familia en cigarrillos, el cual asciende, para 1998, a US \$ 175 (Bs. 95.437,00).

De acuerdo con las cifras de prevalencia en Venezuela (ver acápite 3.2), puede suponerse que no todas las familias son fumadoras, ya que este porcentaje es de alrededor de un 30 % entre los adultos. Ello induce a pensar que en la realidad el gasto promedio anual de una familia fumadora según la información de 1998, podría llegar a aproximadamente a US \$ 425,00 anuales (Bs. 300.000,00).

Esta última cifra es muy importante cuando se considera el presupuesto de una familia que percibe el salario mínimo o las que están en un nivel inferior de pobreza.

Si como resultado de la política de control de uso del tabaco, un 20 % de las familias fumadoras dejan de serlo, entonces el ahorro para dichos núcleos puede ser apreciable.

A los beneficios económicos antes expuestos deben agregársele otros, que tal como se dijo anteriormente, son más difíciles de estimar debido a la carencia de las estadísticas requeridas. Se refiere por ejemplo, a la merma de ingreso para los hogares generada por el ausentismo laboral, ocasionado por las enfermedades causadas por el tabaquismo.

Estas pérdidas pueden ser cuantiosas sobretodo, en el caso de tratarse de trabajadores que no son empleados formales y no están por lo tanto amparados por el sistema de seguridad social.

En una economía como la venezolana en que más del 50 % del empleo es actualmente informal, el ausentismo laboral tiene una repercusión directa sobre el ingreso de los trabajadores. Por otra parte hay que considerar los gastos en compra de medicinas para atender las enfermedades causadas por el tabaquismo.

Además de estos beneficios económicos, debe considerarse el bienestar general que para la población significa el liberarse de una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad.

6.3.2. Impacto sobre el sistema de salud

La política de control del uso del tabaco tiene repercusiones directas sobre la economía de la salud. Una de ellas, quizás la más importante es el ahorro en los gastos de atención a la salud. Dichos gastos son incurridos por el sistema de salud y por la población en general.

Es cierto que los ahorros en atención a la salud derivados de la disminución de la prevalencia tabáquica, no se causan de manera sincronizada con la misma; sino años después, dado el período largo de gestación que tienen las enfermedades originadas por el hábito de fumar. Sin embargo, se trata de ahorros económicos que pueden ser a la larga muy importantes en vista de los costos inherentes a cierto tipo de dolencias.

Una disminución en el consumo de cigarrillos del orden del 20 % sobre los niveles actuales, producto del conjunto de estrategias expuestas en el punto 6.2, deberá arrojar en el mediano plazo un ahorro anual.

Además de los ahorros en referencia, el Sistema Nacional de Salud se beneficiará al ver liberado en cierta medida su capacidad actualmente limitada para atender otras enfermedades diferentes a las originadas por la epidemia tabáquica.

6.3.3. Impacto fiscal

Como lo demuestra la experiencia en otros países, la elevación de los impuestos a los cigarrillos repercute en una forma directa e inmediata en la elevación del ingreso fiscal.

Es cierto que en la medida que disminuya el consumo, decrece el ingreso fiscal y por ende el incremento antes señalado también se achica; sin embargo, la proporción de decrecimiento no guarda relación. Por otra parte, este segundo efecto tiende a ocurrir gradualmente en el tiempo.

De igual forma, debe tomarse en consideración también la incidencia fiscal positiva que tendrá la lucha contra el comercio ilícito de cigarrillos. Si el contrabando fuere reducido en un 50%, el fisco percibiría unos 45 millardos de Bolívares adicionales al año.

6.3.4. Impacto sobre la economía de los entes productores de tabaco y cigarrillos.

Este impacto, obviamente negativo desde el punto de vista económico, lo recibirán los agricultores dedicados al cultivo del tabaco y las empresas productoras de cigarrillos. Sin embargo, debe reiterarse lo señalado anterior-

mente. Por una parte la disminución esperada en el consumo de cigarrillos de aproximadamente un 20 % no ocurrirá de un año para el otro. Por otra parte, la misma gradualidad da oportunidad para que se produzca la re-conversión adecuada agrícola e industrial en forma progresiva, sin que sus efectos sobre el empleo puedan tener significación.

EL ENTORNO NACIONAL

A lo largo del estudio de Evaluación Económica de Políticas Públicas para el Control de Tabaquismo en Venezuela, se analizan una serie de aspectos relevantes, los cuales dan pie a numerosas conclusiones. En lo que sigue se incluyen las principales conclusiones.

Asimismo, se proponen un conjunto de recomendaciones que van orientadas hacia la formulación e instrumentación de la política pública de control del uso del tabaco propuesta.

7.1. Conclusiones.

La producción y el mercado del tabaco.

1. Venezuela ha sido un productor tradicional de tabaco. A partir de 1979 la producción de tabaco, entró en una fase de estancamiento tanto en la superficie cultivada como en la productividad. La producción de tabaco abastece en gran medida el mercado nacional. La agricultura tabacalera, emplazada generalmente en tierras de muy buena calidad, da empleo a una mano de obra no fija de alrededor de 25.000 jornaleros.
2. La industria del tabaco para la producción de cigarrillos, que constituye la forma preferente del consumo, está representada por dos corporaciones transnacionales. Dichas industrias general alrededor del 1.7 % de las ventas del sector industrial y emplean directamente unas 3.000 personas.
3. La comercialización de cigarrillos se efectúa a través de una extensa red de expendedores, donde tienden a prevalecer los pequeños abastos y kioscos que canalizan el 43 % de la oferta. Los precios de los cigarrillos al detal a precios constantes de 1984, habían venido elevándose progresivamente a una tasa de aproximadamente el 3.5 % anual, entre 1970 y 1984. A partir de este último año y hasta el presente, los precios reales han estado prácticamente estancados o muestran una leve disminución.
4. Venezuela es exportador e importador de tabaco. Las importaciones son principalmente de tabaco en hojas, aunque también se importa tabaco elaborado en forma de cigarrillos y puros. Las exportaciones que han venido aumentando en las últimas décadas, representando alrededor de 150 Millones de dólares anuales.
5. Existen numerosos testimonios de que la escala del comercio ilícito de cigarrillos ha adquirido una magnitud importante durante los últimos años. Las empresas tabacaleras estiman que la demanda nacional de cigarrillos se suple del contrabando en una magnitud que puede estar cercana al 20 %.

6. Los cigarrillos están afectados por dos tipos de impuestos. Un impuesto específico al precio de venta al público, que representa el 50 %; y el impuesto al valor agregado (IVA), que para inicios del 2000 alcanza el 14.5 %. En conjunto, dichos impuestos ascienden a la cantidad del 53.4 %.

La economía del consumo de tabaco.

7. La prevalencia de fumadores a lo largo del período 1970-2000 muestra una tendencia general al decrecimiento, que coincide con la disminución del consumo per cápita de cigarrillos. Según las últimas encuestas confiables, para fines de 1996 la prevalencia global de fumadores representa una cifra cercana al 30 %. La desagregación de la prevalencia entre hombres y mujeres muestra una mayor incidencia de fumadores entre los hombres (alrededor del 37 %), que en las mujeres (alrededor del 24 %).

Aunque los resultados deben ser confirmados con encuestas posteriores que respondan a una metodología uniforme, la mayor prevalencia de fumadores tiende a presentarse en los estratos socioeconómicos A y B (mayores ingresos). La prevalencia de fumadores entre los jóvenes es inferior, aunque al analizar su evolución a lo largo del tiempo, se aprecia una leve tendencia al aumento.

8. El consumo de cigarrillos durante el período 1970-2000 en términos per cápita anual, muestra dos subperíodos con tendencias contrarias (ver Cuadro N° 3.7). De 1970 a 1979, el consumo per cápita se elevó aceleradamente al pasar de unos 2000 cigarrillos per cápita en 1970, a 5000 en 1979. Sin embargo, este último valor y el correspondiente a 1978 (4388) son dudosos, ya que no se encuentra la causa de una elevación tan brusca de un año para el otro, sobre los valores de 1977 (2563). Lo prudente es considerar para 1979 un consumo per cápita de alrededor de los 3000 cigarrillos.

A partir de 1979 se inicia un período de lento pero sostenido decrecimiento, pasando el consumo per cápita de cigarrillos a unos 1000 per cápita en el año 2000, valor este que puede incrementarse en un 20 % para tomar en cuenta el contrabando. Dicho decrecimiento debe estar causado por la disminución del ingreso per cápita ocurrido a partir de 1977 y la aprobación de las regulaciones contra la publicidad de los cigarrillos.

9. Existe una clara correlación entre el consumo per cápita de cigarrillos y su precio real a lo largo del tiempo (ver Gráfico N° 3.1). El coeficiente de elasticidad precio a la demanda es de alrededor del 0.32.
10. Puede apreciarse también una buena correlación entre consumo de cigarrillos e ingreso per cápita real (ver Gráfico N° 3.2) o remuneración al trabajo (ver Gráfico N° 3.3). El coeficiente de elasticidad ingreso a la demanda es de alrededor de 1.15, o sea que para los consumidores venezolanos, los cigarrillos constituyen un bien que ocupa una posición intermedia entre bien necesario y de lujo.

Externalidades del tabaquismo.

11. El costo del consumo anual de cigarrillos por familia para 1997 fue de Bs. 95.437. Si se toma en cuenta que no todas las familias venezolanas consumen cigarrillos, ya que la prevalencia de fumadores es de un 30 %, puede inferirse que el costo anual de dicho consumo para las familias fumadoras, fue del orden de los Bs.

300.000. De acuerdo con el precio de la caja de cigarrillos para el mismo año (Bs. 540), la cifra anterior equivale a un consumo diario por familia de cajetilla y media, lo cual se considera normal en estos casos. La incidencia de este gasto en un hogar de bajos ingresos es considerable.

Impacto de las políticas públicas de control del uso del tabaco.

12. A nivel conceptual, el consumo de tabaco está condicionado por los siguientes factores: el precio, el ingreso disponible por los fumadores; el gusto que los consumidores sienten por el tabaco, el cual puede motivarse a través de la publicidad; la educación de los consumidores sobre las consecuencias nocivas del tabaco; la naturaleza del producto que crea adicción y demás factores que marginalmente pueden influir sobre el consumo. Una política de control del uso del tabaco debe tomar en consideración los factores anteriores y sus interrelaciones.
13. La elevación de los precios del tabaco como resultado de la aplicación de impuestos a dicho producto, repercute en una disminución del consumo, de acuerdo a los mecanismos de elasticidad precio a la demanda. En virtud de los coeficientes de elasticidad precio a la demanda determinados para Venezuela, a un aumento de los precios del tabaco por vía impositiva del 10 %, debe corresponder una contracción en el consumo de alrededor del 3.2 %.
14. El regular la promoción del hábito de fumar a través de la publicidad, se ha demostrado que repercute negativamente sobre el consumo de tabaco.
15. Uno de los medios más efectivos para disminuir el consumo de tabaco es la educación formal e informal, acerca de los efectos nocivos de los cigarrillos sobre la salud y la economía.
16. Si bien el aumento de los impuestos al tabaco tiene como consecuencia la disminución de su consumo, esta medida repercute en un incremento en el costo a mediano plazo, sobre el ingreso fiscal.
17. El impacto gradual de la reducción del empleo en la agricultura e industria del tabaco, como consecuencia de la disminución del consumo de dicho producto, puede compensarse a través de las medidas apropiadas de reconversión de estas actividades productivas.
18. La disminución del consumo interno de tabaco, puede tener una repercusión favorable sobre las exportaciones del producto y por ende en la balanza de pagos, al quedar un mayor excedente de dicho producto para ser exportado.

Propuesta de política pública de control del uso del tabaco.

19. El objetivo general de la política pública de control del uso del tabaco debe ser el de coadyuvar al mejoramiento de las condiciones generales de salud de la población, a través de la reducción de los índices de mor-

bilidad y mortalidad ocasionados por el tabaquismo. Se estima posible disminuir el consumo y la prevalencia tabáquica en un 20 % durante la presente década si se aplica el conjunto de estrategias propuestas.

20. Una segunda estrategia que se considera fundamental es la educativa. Esta estrategia comprende la educación formal, educación informal y medidas legales. La estrategia de educación formal debe encontrar expresión concreta a través de los contenidos programáticos del sistema educativo nacional.
21. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social debe instrumentar un programa de educación sanitaria sobre las consecuencias nocivas del uso del tabaco. Dicho programa debe orientarse hacia todos los usuarios del sistema de salud, y deberá complementarse con otros instrumentos, tales como las clínicas antitabáquicas dedicadas a atender los pacientes que tienen adicción tabáquica, dispensándoles tratamientos para el abandono del vicio de fumar.

Como parte de la estrategia sanitaria deberá ampliarse el universo de espacios públicos y de trabajo sujetos a la prohibición de fumar.

22. La estrategia de educación informal a través de los medios de comunicación social debe tener dos vertientes básicas. Una primera de carácter proactiva, de difusión y divulgación de los mensajes de la campaña anti-tabáquica a través de los medios. La segunda, de prohibición de la publicidad que promociona el hábito de fumar. Al respecto, se propone la prohibición de la publicidad de cigarrillos a través de todos los medios de comunicación escritos, radiales, televisivos y vallas, entre otros.
23. El Ministerio de Producción y Comercio deberá instrumentar un programa de reconversión para los entes agricultores e industriales, dedicados a la producción y comercialización del tabaco, de manera de paliar los efectos socioeconómicos que gradualmente puede generar una disminución del consumo de tabaco.
24. El Estado venezolano debe definir e instrumentar un programa ad-hoc de control del contrabando de cigarrillos por sus efectos adversos sanitarios y fiscales.

Impacto de la política de control del uso de tabaco propuesta.

25. La política propuesta tendrá repercusiones económicas muy favorables sobre los presupuestos de los hogares de las familias fumadoras, especialmente los correspondientes a los estratos más humildes de la población, debido al ahorro del gasto en cigarrillos y en el tratamiento de enfermedades causadas por el tabaquismo y a la pérdida de ingresos por ausentismo laboral.
26. El Sistema Nacional de Salud puede beneficiarse de un ahorro importante por disminución de los gastos causados por la atención a los enfermos que padecen de enfermedades causadas por el hábito de fumar. Actualmente se considera que el 20 % de los gastos de dicho Sistema debe dedicarse al tratamiento de enfermedades ocasionadas directa o indirectamente por el hábito de fumar.

27. La elevación del ingreso fiscal generado por el aumento en los impuestos al cigarrillo propuesto, puede ser del orden de los 75 Millardos de Bolívares anuales. Si a esta cifra se agrega lo que puede significar reducir en un 50 % el contrabando, el aumento en el ingreso fiscal puede ser del orden de los 115 Millardos de Bolívares anuales.
28. Los efectos socioeconómicos adversos de la política propuesta con respecto a los productores, fabricantes y comercializadores de cigarrillos pueden ser de menor cuantía si se diseñan los programas de reconversión apropiados.

7.2. Recomendaciones

De la lectura del estudio se desprenden múltiples recomendaciones asociadas a los diferentes aspectos tratados. Aquí, sin embargo, solo se incluyen las recomendaciones que se consideran absolutamente prioritarias para la instrumentación de la política de control del uso del tabaco en Venezuela. Estas recomendaciones son:

1. Formular una política nacional de control del uso del tabaco por la población, que fije claros objetivos y metas, y que considere el conjunto de estrategias propuestas en este estudio y los pasos pertinentes para su instrumentación.
2. Establecer una agenda de investigación que permita mejorar el conocimiento científico y estadístico de la epidemia tabáquica, especialmente en cuanto a la incidencia de las enfermedades causadas por el hábito de fumar, su repercusión en los gastos de atención médica, los porcentajes de prevalencia según los estratos etarios y socio económicos, los índices de morbilidad y mortalidad, la economía del uso del tabaco, la idoneidad de las campañas educativas y en general sobre todos los aspectos sociales y económicos asociados a la problemática en cuestión.
3. Establecer dentro del Ministerio de Salud y Desarrollo Social una unidad con la jerarquía necesaria para dirigir y evaluar la instrumentación de la política de control del uso del tabaco. Dicha unidad será el punto focal dentro del sector público para coordinar todo lo que concierne a la lucha contra la epidemia tabáquica.

Tomar las previsiones para que un porcentaje elevado del aumento de la recaudación fiscal por concepto del aumento del impuesto al cigarrillo, sea destinado al financiamiento de la estrategia educativa antitabáquica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abedian, I (1998). The Optimal Policy Mix for Tobacco Control: a Proposed Framework. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
2. Adrianza, M., Delgado, A y T. Villamizar. (1998). Indicadores de Tabaquismo en Venezuela, 1984-1988-1996-1997. Caracas.
3. Banco Mundial-Organización Panamericana de la Salud. (2000). La epidemia de tabaquismo. Publicación Científica N° 577. Washington.
4. Baptista, A. (2000). Un buen número = Una buena palabra. Venezuela siglo XX. Visiones y Testimonios. Fundación Polar. Caracas.
5. CEDE. Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico. Facultad de Economía. Universidad de Los Andes (1993). Evaluación económica de estrategias para el control del tabaquismo en Colombia. Bogotá.
6. Chapman, S and Wong W.L. (1990). Tobacco Control in the Third World. International Organization of Consumers Unions. Penang, Malaysia.
7. Collins, D and H. Lapsley. (1998). Estimation and Disaggregating the Social Costs of Tobacco. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town. pp 169
8. Departamento de Salud y Servicios Sociales de los estados Unidos de América (1992). Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe de la Cirujana General, 1992, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud. Washington.
9. Fundación Polar (1999). Diccionario de Historia de Venezuela. 2° Edición. Caracas.
10. Geist, H. (1998). How Tobacco Farming Contributes to Tropical Deforestation. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
11. Joossens, L. (1998). Tobacco Smuggling: an Optimal Policy Approach. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town.
12. Merwe, R. (1998). The Economics of Tobacco Control in South Africa. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town. pp 203-207.

13. OCEI. (1998). Anuario Estadístico 1997. Caracas.
14. OPS. (1992). Tabaco o Salud: Situación de las Américas. Washington. pp 402
15. OPS. (1998). State of Tobacco Control in Latin America. Secretariat Report. Washington.
16. OPS. (2000). Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2000. Washington.
17. Peto, R., A.D. López, J. Boreham, M. Thun and C. Heath. Jr. (1994). Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. New York, NY: Oxford University Press.
18. Prabhat, J., Novotny T., and R. Feachem. (1998). The Role of Governments in Global Tobacco Control. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town. pp 39.
19. Townsend, J. (1998). The Role of Taxation Policy in Tobacco Control. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town. pp 88.
20. Townsend, J. (1998). The Role of Taxation Policy in Tobacco Control. Op. cit. pp 93.
21. Townsend, J. (1998). The Role of Taxation Policy in Tobacco Control. Op. cit. pp 95.
22. Townsend, J. (1998). UK Smoking Targets: Policies to Attain Them and Effects on Premature Mortality. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town. pp 39.
23. Townsend, J. (1998). UK Smoking Targets: Policies to Attain Them and Effects on Premature Mortality. Op. cit. pp 188-191.
24. Universidad Católica Andrés Bello. (1999). Proyecto Pobreza. Volumen I. Caracas. pp 99.
25. Venezuela (1998). Información requerida para sustentar la reclamación de Venezuela ante las compañías tabacaleras de los Estados Unidos de Norteamérica, para que sean reembolsados los gastos ocasionados al Estado venezolano por la atención médica de las personas afectadas con enfermedades atribuidas al consumo activo o pasivo de cigarrillos y de otros productos industrializados derivados del tabaco. Caracas.
26. Warner, K. (1999). The Economics of Tobacco and Health: an Overview. The Economics of Tobacco Control. Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town. pp 60-69.
27. Warner, K. (1999). The Economics of Tobacco and Health: an Overview. Op. cit. pp 60.

