

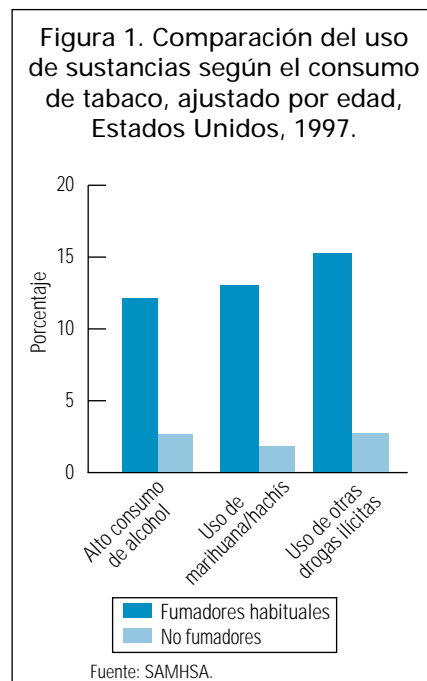
Uso de sustancias y adicción

La adicción y las enfermedades afines causan estragos cada vez mayores en la salud y el bienestar de la población del mundo entero. Las tendencias mundiales reflejan un aumento general del uso de drogas ilícitas y adictivas y de alcohol. Todavía más inquietante es el aumento del uso de drogas entre los sectores más jóvenes de la población. Según la Administración de Servicios Relacionados con el Consumo de Sustancias Químicas y Salud Mental de los Estados Unidos de América (US Substance Abuse and Mental Health Services Administration -SAMHSA-, 1999), el uso de drogas ha aumentado en forma gradual pero constante, sobre todo debido al mayor consumo entre los jóvenes de 12 a 13 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa sobre una tendencia similar entre los jóvenes de todo el mundo y destaca la edad cada vez más baja de iniciación en uso de drogas y la mayor disponibilidad de drogas ilícitas (World Health Organization -WHO-, 1996).

Tanto en los países industrializados como en desarrollo, el uso de sustancias inhalantes y alucinógenas ha aumentado mucho entre los jóvenes de 12 a 17 años, en particular entre los niños de la calle, los jóvenes indígenas y otros adolescentes marginados. Entre otras sustancias cuyo uso va en aumento cabe citar a la heroína, los opiáceos, la cocaína y el alcohol (WHO, 1996).

Por mucho tiempo se ha sabido que la nicotina, una potente sustancia adic-

tiva, sirve de droga de “entrada” que conduce al uso y abuso de otras sustancias adictivas como el alcohol y los estupefacientes. Por ejemplo, en los Estados Unidos, los datos de encuestas de hogares recolectados en 1997 revelan que la tasa de uso de drogas ilícitas entre los jóvenes que fumaban y consumían alcohol aumentó de 32,5% en 1996 a 42,8% en 1997 (SAMHSA, 1999). De hecho, un análisis más detallado muestra que el único aumento del uso de drogas durante ese período ocurrió entre fumadores adolescentes y consumidores de alcohol (figura 1).



El tabaco es peligroso para la salud no solo porque su uso lleva con frecuencia a iniciar el consumo de otras drogas más fuertes sino, lo que es más importante, porque el producto en sí pone en peligro la salud humana y su uso provoca adicción a la nicotina, las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y la muerte prematura de la mitad de los fumadores adultos. Como señaló la OMS en el informe titulado *The World*

En 1997, los fumadores de cigarrillos de 12 a 17 años de edad tenían posibilidades 12 veces mayores de usar drogas adictivas e ilícitas, y 23 veces mayores de convertirse en grandes bebedores, en comparación con los no fumadores.

(Administración de Servicios Relacionados con el Consumo de Sustancias Químicas y Salud Mental de los Estados Unidos de América)

Health Report 1999—Making a Difference (WHO, 1999), “la probabilidad conjunta de intentar fumar, convertirse en adicto y morir prematuramente es mayor que para cualquier otra adicción (como al alcohol, caso en el cual la posibilidad de adicción es mucho menor)”. Además, los especialistas consideran que la dependencia causada por los productos elaborados con nicotina (por ejemplo, cigarrillos, cigarros, pipas y tabaco sin humo) es mayor que la ocasionada por la heroína o la cocaína (WHO, 1999). Los estudios realizados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) revelan que alrededor de 70% de los fumadores desean abandonar el hábito, pero menos de 3% puede hacerlo y mantenerse sin fumar a largo plazo (US Centers for Disease Control and Prevention -CDC-, 1999 August).

LA DEPENDENCIA QUE MATA

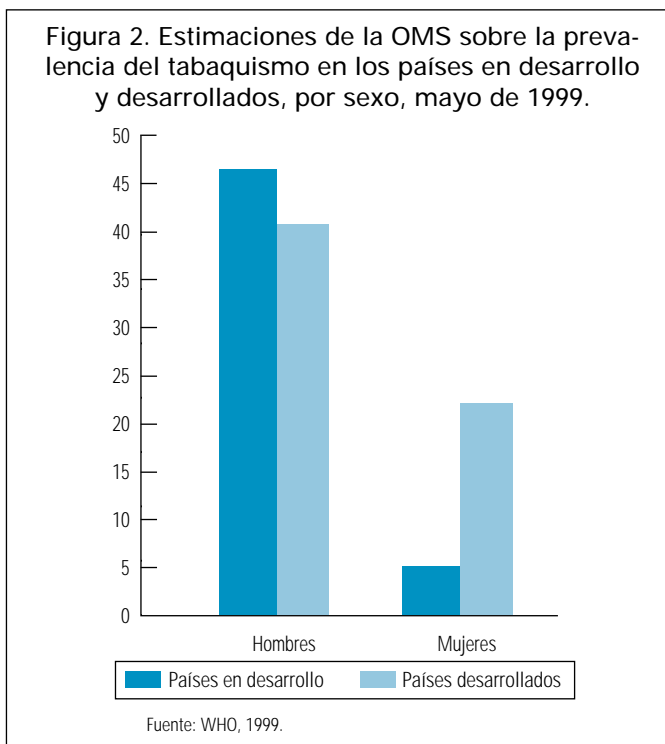
Han transcurrido más de 35 años desde que el Director General de Salud Públi-

ca de los Estados Unidos (*Surgeon General*) publicó el primer informe sobre los efectos nocivos del cigarrillo para la salud humana. En ese informe pionero, el Director General documentó que el hábito de fumar cigarrillos causa bronquitis crónica, cáncer de pulmón y cáncer de la laringe en los hombres (US Department of Health, Education, and Welfare -DHEW-, 1964).

En estudios ulteriores se ha documentado la relación que existe entre el uso de tabaco y más de 30 enfermedades adicionales, tales como la enfermedad cardiovascular, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de la boca, el esófago, la garganta, la vejiga urinaria, el cuello uterino y el páncreas, y, en los niños expuestos al tabaquismo de la madre, peso bajo al nacer y síndrome de muerte súbita del lactante.

La exposición al humo ambiental del tabaco también se ha vinculado a la muerte y la enfermedad. Un informe reciente de la OMS (WHO, 1999) sobre el humo ambiental del tabaco y la salud infantil revela una relación entre esa exposición y las manifestaciones de neumonía, bronquitis, tos, sibilancia, empeoramiento del asma e infecciones del oído medio en los niños. Además, el humo ambiental del tabaco se asocia con un riesgo mayor de cáncer de pulmón —y causa cerca de 3.000 defunciones al año en los Estados Unidos únicamente— y también aumenta el riesgo de cardiopatía (CDC, 1999).

El tabaco causa 3,5 millones de defunciones anuales y es la causa principal de muertes previsibles en todo el mundo. A pesar de los peligros del uso de tabaco, la gente sigue fumando y el número anual de defunciones sigue aumentando. De hecho, la OMS estima que hay 1.100 millones de fumadores en el mundo y 800 millones de ellos viven en los países en desarrollo (WHO, 1999) (figura 2). Si esa tendencia no cambia, el uso de tabaco causará 10 millones de defunciones anuales en el año 2030, 70% de las cuales se



presentarán en los países en desarrollo (WHO, 1998 April).

La prevención de esas defunciones reviste importancia crítica y constituye una prioridad para los profesionales de salud pública de todo el mundo.

Cuanto más tiempo consuma tabaco una persona, mayores serán los riesgos para la salud. La tasa de mortalidad de los fumadores es tres veces mayor que la observada en los no fumadores en todos los grupos de edad, desde el comienzo de la edad adulta. Las personas que se vuelven adictas a la nicotina en la adolescencia —casi 60% de los jóvenes que comienzan a fumar— tienen 50% de posibilidades de morir por causa del tabaco al convertirse en fumadores adultos, con una pérdida cercana a 22 años de esperanza normal de vida (US Department of Health and Human Services -DHHS-, 1994).

Hoy en día, más de 20% de las defunciones en los Estados Unidos guardan relación con el uso de tabaco iniciado varios decenios antes, cuando la prevalencia del consumo en adultos era superior a 45%. Desde entonces, el uso de tabaco por adultos ha disminui-

do a cerca de 25% y se ha estabilizado hasta cierto punto en el último decenio. Sin embargo, la prevalencia del uso de tabaco entre adolescentes, a pesar de haberse reducido en el decenio de 1980, aumentó en el de 1990. En 1997, la tasa de tabaquismo en adultos jóvenes de 18 a 25 años se situó en 40,6%, cifra que representa un aumento en comparación con 34,6% tres años antes (SAMHSA, 1999).

Desde 1990, los CDC han realizado encuestas sobre el tabaquismo de los adolescentes en las escuelas de los Estados Unidos con el Sistema de Vigilancia de Comportamientos de Riesgo de los Jóvenes (*Youth Risk Behavior Surveillance System*). Los datos de 1997 muestran que 70% de los estudiantes encuestados habían fumado por lo menos una vez, 36% habían fumado un cigarrillo en los 30 días anteriores a la encuesta y 44,5% informaron que habían usado alguna forma de tabaco (cigarrillos, tabaco sin humo o cigarras) en el mes precedente (CDC, 1999).

Los costos del uso de tabaco —en términos humanos y económicos— causarán cada vez más estragos en las



De los 1.100 millones de fumadores en el mundo, 800 millones viven en los países en desarrollo. Si las tasas de tabaquismo siguen aumentando, 7 millones de personas de los países en desarrollo morirán por causas relacionadas con el tabaco en el año 2030.

naciones de todo el mundo a medida que aumente el número de nuevos fumadores. En términos de costos económicos, los gastos por concepto de atención médica para tratar las enfermedades relacionadas con el uso de

En América Latina y el Caribe, el tabaco causa 135.000 defunciones prevenibles al año, un costo humano muy elevado para compensar cualquier ganancia financiera de la producción de tabaco.

tabaco en los Estados Unidos se han estimado entre US\$ 50.000 y \$73.000 millones anuales (CDC, 1999). La OMS ha descrito la epidemia de tabaquismo como “una cuantiosa pérdida de los recursos financieros del mundo” y “una grave amenaza para el desarrollo sostenible y equitativo” (WHO, 1998a June).

EL USO DE TABACO EN AMÉRICA LATINA

Desde el punto de vista histórico, las poblaciones indígenas de las Américas han usado tabaco en sus prácticas de curación, ceremoniales y rituales. En la primera parte del siglo XX, se comenzó a consumir cada vez más tabaco al intensificarse la popularidad del cigarrillo después de la Primera Guerra Mundial (DHHS, 1992). En los dos últimos decenios, varios factores han comenzado a influir en el aumento del uso de tabaco en América Latina. El potencial del mercado de tabaco se ha ampliado con los cambios demográficos, que incluyen una reducción de las tasas de natalidad y mortalidad con el crecimiento demográfico subsiguiente; una mayor urbanización; mayor acceso a educación, seguido de un mayor índice de empleo y más poder adquisitivo, y una mayor proporción de mujeres que integran la fuerza laboral.

El hecho de que el tabaco se cultive en la Región también puede haber acelerado la tendencia al tabaquismo. En muchos países productores de tabaco (por ejemplo, la Argentina, Brasil, Cuba, Honduras y México) y fabricantes de cigarrillos (por ejemplo, el Brasil, Colombia y Venezuela), el tabaco y sus productos se traducen en elevados ingresos por concepto de exportación (WHO, 1997a). Es probable que los grupos de población vulnerables al atractivo del tabaco —como el de los adolescentes— estén más expuestos al tabaco si forman parte de la fuerza laboral dedicada a su producción y fabricación. Esa exposición diaria puede cimentar la idea de que el uso de tabaco está generalizado y es socialmente aceptable.

En los países en desarrollo de la Región de las Américas, el tabaco causa unas 135.000 defunciones prevenibles cada año (WHO, 1997a). Solo en México, se estima que 1 de cada 4 defunciones guarda relación con el uso de tabaco (México, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1997) (cuadros 1 y 2).

A diferencia de los Estados Unidos y el Canadá, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe carecen de sistemas de vigilancia normalizada específicos para observar de modo sistemático la prevalencia del tabaquismo o los estragos que causa a la salud y al bienestar humanos. Los datos de prevalencia más recientes disponibles en las Américas fueron presentados por medio de la iniciativa “Tabaco o Salud” lanzada por la OMS a mediados del decenio de 1990 (WHO, 1997a).

Cuadro 1. Defunciones causadas por el tabaco en la Región de las Américas, 1996.

Estados Unidos de América	500.000
América Latina	100.000
Caribe de habla inglesa	35.000
Canadá	35.000
Total	670.000

Fuente: WHO, 1997a.

Cuadro 2. Porcentaje de la población (> 12 años) que consume tabaco, por país.

	Al menos una vez	En el año anterior	En el mes anterior
Bolivia (1992)	46,8	34,1	24,9
Canadá (1994)	54,5	27,0	...
Chile (1996)	70,2	47,5	40,4
Colombia (1996)	38,8	25,9	22,2
Costa Rica (1995)	35,2	18,3	17,5
Estados Unidos (1994)	73,3	31,7	28,6
México (1993)	45,4	...	25,1
Paraguay (1991)	24,3
Perú (1997)	62,1	42,0	31,7
Venezuela (1996)	31,8	25,7	24,4

Fuente: OPS, 1998.

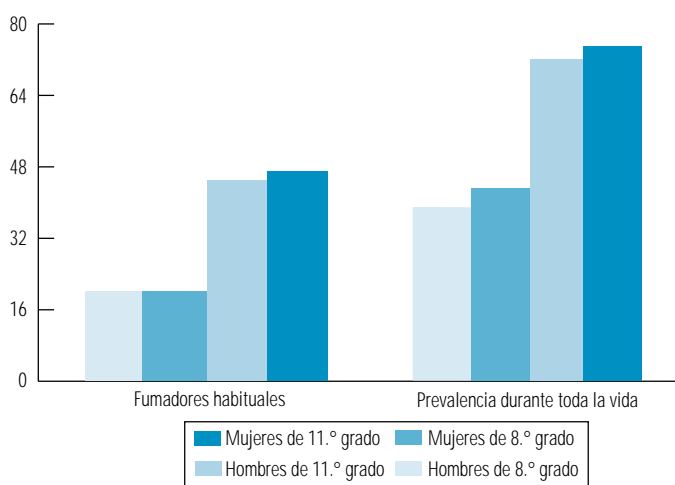
El análisis de esos datos, importantes pero limitados, revela que el consumo de cigarrillos per cápita por personas mayores de 15 años alcanzó un promedio anual de 1.300 unidades a comienzos del decenio de 1990. Los países de bajo consumo, como Guatemala y el Perú, declararon que su consumo anual per cápita era de solamente 350 cigarrillos y los países de consumo elevado, como Cuba y Venezuela, declararon que su consumo anual per cápita se acercaba a los 2.000 cigarrillos.

Según los cálculos de la OMS, 40% de los hombres y 21% de las mujeres fuman en los países en desarrollo de la Región de las Américas (WHO, 1998b); sin embargo, esa cifra oculta una variación considerable entre los países y grupos de población. Por ejemplo, los datos revelan que dos de cada tres hombres fuman en la República Dominicana y que hasta 25% de las mujeres fuman en el Brasil, Chile, Cuba y el Uruguay (WHO, 1997a) (figura 3).



El cultivo de tabaco en las Américas también puede haber ayudado a intensificar el aumento del uso de tabaco en América Latina y el Caribe. Los adolescentes que trabajan en la producción de tabaco están expuestos diariamente a ese producto, lo que puede cimentar la idea de que el uso de tabaco está generalizado y goza de aceptación social.

Figura 3. Porcentaje de fumadores habituales y prevalencia del tabaquismo durante toda la vida de 3.635 estudiantes, por grado de escolaridad y sexo, Argentina, 1997.



Fuente: Morello, 1997.

Una encuesta realizada por la OPS en 1992 mostró que en las zonas urbanas de la mayoría de los países más desarrollados de América Latina, los jóvenes —especialmente las mujeres— estaban comenzando a fumar más temprano que sus predecesores. Por ejemplo, se ha notificado que el tabaquismo de las mujeres adolescentes es casi igual al de los varones de ese grupo en la Argentina, Chile y Cuba (figura 4).

No obstante, la diferencia en la prevalencia de tabaquismo entre las personas de uno y otro sexo es más acentuada en otros países. Por ejemplo, se informa que en Honduras, en 1995 menos de 10% de las niñas de edad escolar fumaban, en comparación con más de 35% de los varones de la misma edad (Honduras, Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia -IHPADFA-, 1996) (figura 5). En Bolivia, la diferencia en la prevalencia de tabaquismo entre los géneros fue tan marcada en las zonas urbanas (43% de fumadores frente a 18% de fumadoras)

como en las rurales (44% frente a 17%) (Centro Latinoamericano de Investigación Científica, 1998).

Aunque la edad notificada de iniciación del tabaquismo varía en la Región, en la actualidad parece estar disminuyendo. Así, según las mediciones de una encuesta nacional hecha en Cuba, más de 35% de los fumadores adultos entrevistados en 1995 comenzaron a fumar antes de los 14 años (Cuba, Ministerio de Salud Pública -MINSAP-, 1995). Una encuesta de estudiantes realizada en el Uruguay en los años ochenta reveló que la edad promedio de iniciación del tabaquismo era de 15 a 16 años (Ruocco *et al.*, 1989).

En parte como resultado de un comienzo más temprano del tabaquismo, el número de fumadores jóvenes adictos a la nicotina sigue aumentando en la adolescencia y la edad adulta (figura 6). En Cuba, casi la mitad de los fumadores adolescentes de 17 a 19 años de edad indicaron que habían tratado de abandonar el hábito por lo menos una vez (Cuba, MINSAP, 1995).

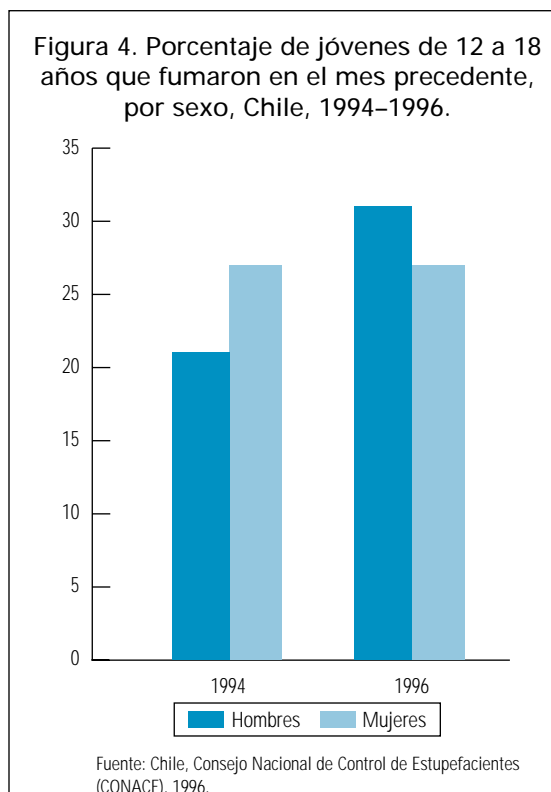
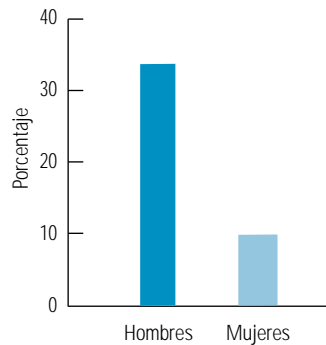
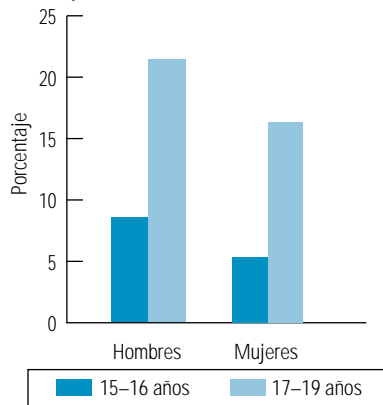


Figura 5. Porcentaje de niños en edad escolar que declararon haber fumado alguna vez, por sexo, Honduras, 1995.



Fuente: IHADFA, 1996.

Figura 6. Prevalencia del tabaquismo en jóvenes de 15 a 16 y de 17 a 19 años de edad, por sexo, Cuba, 1995.



Fuente: MINSAP, 1995.

ACTIVIDADES DE CONTROL DEL USO DE TABACO

Los logros en materia de control del uso de tabaco varían de un país a otro en la Región de las Américas: los Estados Unidos y el Canadá han avanzado mucho en la reglamentación del tabaco, pero otros países han progresado menos en la reducción de su uso. Eso se observó a finales del decenio de 1980, cuando el uso de tabaco en América Latina tuvo solo una modesta reducción (11%), en tanto que en el Canadá y los Estados Unidos disminuyó 35 y 28%, respectivamente (Organización Panamericana de la Salud -OPS-, 1992).

Varios factores económicos y políticos parecen causar la disparidad entre las actividades de control del uso de tabaco en los países industrializados de América del Norte y las naciones en desarrollo de la Región. Estos últimos países pueden ver disminuida su capacidad de lograr un mejor control del tabaco por el hecho de que varios dependen mucho de los ingresos generados por la producción de tabaco o la fabricación de sus productos derivados.

La relativa falta de medidas nacionales de reglamentación en algunos países de la Región puede estar relacionada con el cuestionable poder de la industria tabacalera para estimular la economía y ser fuente de empleos e impuestos. Tanto el tabaco como el alcohol son "drogas legalizadas" que aportan, mediante políticas impositivas, un ingreso muy necesario para los países carentes de recursos. Con el fin de mantener ese ingreso, las instancias normativas suelen dejar de imponer restricciones a la promoción y al consumo de cigarrillos. En el mejor de los casos, la legislación contra el tabaco a menudo es mínima y raras veces se hace cumplir.

Aunque las pérdidas económicas provenientes del tabaco son asombrosas, no se ha difundido esa información con claridad. La OMS señala que casi todos los análisis de los efectos económicos del tabaco revelan que una disminución de la producción no se traduciría en un menor índice de empleo ni en menor producción económica general (WHO, 1999b April). Afirma además que "los presuntos beneficios económicos del tabaco son ilusorios y engañosos" cuando no se toman en consideración todos



Las actividades de control del uso de tabaco varían de un país a otro y comprenden desde las campañas de prevención hasta las restricciones de la publicidad y la legislación. Este aviso en un edificio de Costa Rica es un intento por hacer cumplir una ley que prohíbe fumar.

los costos relacionados con el producto. Por desgracia, las pérdidas económicas ocasionadas por esas drogas raras veces se miden y tampoco se incorporan como factores en la ecuación correspondiente.

Los beneficios económicos aparentes del tabaco también pueden ser parte de la razón por cual son tan pocos los gobiernos de los países en desarrollo de las Américas que han iniciado campañas integrales de control o prevención de su uso. Las organizaciones no gubernamentales han asumido gran parte de la responsabilidad de liderar actividades de control del tabaquismo como, por ejemplo, el Día Mundial sin Tabaco o los programas de abandono del hábito de fumar y de prevención del abuso de sustancias.

A pesar de la falta de progreso en el control del tabaco en comparación con los países vecinos industrializados, varios países en desarrollo de la Región han logrado avances significativos. Por ejemplo, se han introducido algunas restric-

ciones sobre la publicidad del producto en Chile, Colombia, Costa Rica, México y Panamá, y se ha prohibido fumar en la mayoría de los vuelos comerciales en la Región (WHO, 1999).

El Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA), fundado en 1985, ha trabajado activamente por motivar a los países de la Región para que adopten políticas de control del tabaco. Además, en 1995 se creó el Comité Interinstitucional para el Control del Tabaquismo en América Latina, que incluye la representación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Sociedad contra el Cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer (todos de los Estados Unidos), el CLACCTA, la Unión Internacional de Lucha contra el Cáncer, el Ministerio de Salud del Canadá y la Organización Panamericana de la Salud. La función principal del Comité es prestar apoyo financiero y técnico a los programas nacionales participantes

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO EN LA REGIÓN

Según el informe de la Reunión Regional sobre el Tabaquismo celebrada en Rio de Janeiro en agosto de 1998, el estado de los programas de prevención y control del tabaquismo en las Américas puede describirse de la manera siguiente:

- Casi todos los países de la Región tienen una infraestructura básica gubernamental o no gubernamental para la prevención y el control del tabaquismo.
- Los servicios de apoyo para abandonar el hábito de fumar suelen estar dirigidos por organizaciones eclesíásticas y comunitarias. Es raro el financiamiento por parte del Estado.
- En estos sistemas se emplea un enfoque multidisciplinario para la vigilancia del tabaquismo.
- En las actividades de control no se han empleado mucho los programas de educación escolar, aunque los estudios de evaluación indican que pueden ser eficaces.
- En casi todos los países se realizan actividades de información pública, pero se desconoce su eficacia y efecto en el comportamiento relacionado con el uso de tabaco.

Research for International Tobacco Control, 1998.

que reduzcan la oferta y la demanda de tabaco. En 1995, el Comité Interinstitucional estableció las siguientes cinco metas para los países participantes:

- aumentar en 10% el número de ex fumadores en un período de cinco años,
- reducir en 10% la incidencia de uso de tabaco entre los jóvenes de 12 a 16 años en un plazo de cinco años,
- aumentar en dos años la edad en la que se permite el consumo de tabaco en un plazo de cinco años, y
- reducir en 5% las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles causadas por el tabaco en un plazo de 10 años.

El compromiso de apoyo en materia de política y la asistencia de las organizaciones privadas y gubernamentales revisten fundamental importancia para alcanzar esas metas, a pesar de la oposición organizada de la industria tabacalera.

PRÁCTICAS DE LA INDUSTRIA TABACALERA EN LAS AMÉRICAS

A medida que se hace más estricto el control del uso de tabaco en los países industrializados, las compañías tabacaleras multinacionales han aumentado estratégicamente su penetración en los países de la Región carentes de recursos, donde pueden dirigir sus actividades hacia mercados potencialmente lucrativos, vulnerables al atractivo del tabaco, como los constituidos por los adolescentes y las mujeres.

Por lo general, esos grupos no están suficientemente protegidos por reglamentos que limiten la promoción del tabaco o el acceso a ese producto. La comercialización y propaganda de la industria que se enfoca en esos grupos siguen realizándose sin ninguna oposición en la mayoría de los casos. La industria tabacalera en los países en

EL CASO DE MÉXICO

En su obra *Addicted to Profit: Big Tobacco's Expanding Global Search* (1998), Ross Hammond describe el ascenso de las "grandes compañías tabacaleras" (a saber, Philip Morris y British American Tobacco) en México a raíz de la apertura de sus mercados a la inversión extranjera. En julio de 1997, los dos gigantes de la industria pagaron un total de US\$ 2.100 millones por dos fábricas de cigarrillos de México.

El informe explica que México tiene particular atractivo para los productores multinacionales de cigarrillos por el bajo costo de la mano de obra, la calidad de la hoja de tabaco, la población joven y las pocas restricciones al tabaco. Los críticos de la industria creen que una de las principales metas de la compra de empresas es establecer una plataforma en ese país desde la cual se puedan producir cigarrillos a bajo costo para exportar a otros países en desarrollo.

Aparentemente, sin embargo, el potencial de desarrollar el mercado mexicano (que ocupa el 15.º lugar entre los mayores mercados mundiales de cigarrillos) no ha pasado desapercibido. Las subsidiarias extranjeras han elevado el gasto en comercialización y afinado su estrategia publicitaria para indicar que su producto se ciñe a los deseos de los consumidores mexicanos en lo que respecta a prestigio internacional, fantasía y rebelión.

desarrollo —cuyos recursos financieros a menudo son superiores a los de los gobiernos nacionales— ha organizado un poderoso grupo de presión en pro del uso de tabaco. Como resultado de una dinámica estrategia de promoción del tabaco destinada a aumentar el consumo en la Región, ha logrado impedir que se promulgue legislación de control del tabaco en países como la Argentina y el Uruguay (Weissman, 1998 [citado en Hammond, 1998]).

La promoción de productos derivados del tabaco entraña no solamente presión contra la imposición de control del tabaco, sino también una enorme inversión en campañas de publicidad y comercialización que, de hecho, minan el efecto de cualquier política nacional vigente que trate de reglamentar el producto. La publicidad es un elemento muy importante de la estrategia de la industria tabacalera y se usa en todo el mundo para mantener la demanda de tabaco. En 1996, la Comisión Federal de Comercio de los Estados Unidos estimó que los gastos anuales de promoción de la industria tabacalera en el país se acercaban a US\$ 5.000 millones.

Dicha industria ha alegado tradicionalmente que su enorme inversión en campañas de publicidad y comercialización no se destina a aumentar el consumo sino a proteger su participación en el mercado, a mantener la lealtad de los fumadores a una determinada marca y a promover el consumo de cigarrillos con bajo contenido de alquitrán y nicotina. Sin embargo, como muy pocos fumadores cambian de marca de productos, este enorme esfuerzo y gasto apenas parecen justificarse.

El empleo de la publicidad como instrumento estratégico para aumentar el uso de tabaco está generalizado en los países en desarrollo de la Región, donde las extensas actividades de publicidad y promoción del tabaco se han vuelto comunes. Los productos distribuidos con fines de promoción, como relojes,

encendedores, exhibiciones y carteles atractivos, han llegado a los pueblos y puestos de venta más aislados. Asimismo, el hecho de que la mayoría de los deportes televisados (como las carreras automovilísticas y los partidos de fútbol) y varias actividades culturales hayan sido patrocinados por la industria tabacalera por decenios, hace que las ligas deportivas dependan mucho del dinero que proviene del tabaco.

Además de promover el uso de productos potencialmente mortales, las compañías tabacaleras también se valen de campañas de publicidad para tratar de proyectar la imagen pública de una industria preocupada por la salud de los adolescentes. Esas campañas comprenden a menudo la creación de alianzas entre los fabricantes de tabaco o los minoristas y los Ministerios de Salud y Educación, las organizaciones de control del tabaco o la Oficina de la Primera Dama de un determinado país. Como resultado de esas alianzas, las organizaciones gubernamentales, universitarias o sin fines de lucro que se han unido a la industria tabacalera tienen luego poco poder para reducir el consumo de tabaco por medio de estrategias orientadas contra la industria. Por desgracia, esas alianzas son demasiado comunes en los países en desarrollo de la Región.

Los países industrializados comenzaron a reconocer recientemente las consecuencias del enfoque de la industria tabacalera en los países en desarrollo sobre la carga mundial de morbilidad y están empezando a ayudar a esos países a promover medidas nacionales y locales de control del tabaco. Asimismo, algunos países en desarrollo como Guatemala, Nicaragua y Venezuela, han seguido el ejemplo de los Estados Unidos y están empezando a asignar responsabilidad a las compañías tabacaleras multinacionales y exigir indemnización por los costos de la atención de salud derivados de la muerte y la enfermedad causadas por el tabaco.

PRÁCTICAS DE LA INDUSTRIA TABACALERA

Comercialización

Los cigarrillos se pueden promover intensamente con imágenes muy favorables que fomentan la idea de que el tabaquismo es aceptable, aun saludable, o que el comportamiento arriesgado es atractivo. Además, se ha permitido que las compañías tabacaleras tengan con frecuencia un comportamiento muy engañoso que tranquiliza a los fumadores y los mantiene en el mercado del tabaco. Esas compañías, a menudo sin ninguna restricción de los gobiernos, manipulan la dependencia de los fumadores justificando la continuación del hábito y comercializando alternativas para impedir su abandono.

Relaciones públicas

Ya sea directamente o por medio de grupos financiados “de primera línea”, las compañías tabacaleras a menudo atacan las pruebas científicas sobre los efectos del tabaquismo. La industria también adopta la postura de que fumar no es tan perjudicial como otras actividades, o de que “todo” es nocivo. Esas estrategias de relaciones públicas suelen estar tan alejadas de la realidad científica que no surtirían efecto para la mayoría de los productos de consumo. Pero el tabaco, por la dependencia que crea, no es como otros productos. Por lo general, los fumadores están profundamente motivados a buscar formas de justificar la continuación del hábito y mientras otros podrían reconocer que esas estrategias son un intento por engañar a los consumidores, los fumadores pueden considerarlas como un rayo de esperanza en su empeño por justificar la continuación del hábito, con lo que evitan la dificultad de tratar de abandonarlo.

Empaque y rotulación

Los cigarrillos se venden en envases atractivos y se ofrecen en pequeñas cantidades, en cajetillas con un número suficiente para un día. Si se exige incluir mensajes sobre el peligro para la salud en el envase y la propaganda, las compañías tabacaleras frecuentemente logran que sean lo más pequeños y discretos posible y raras veces se actualizan, con lo que minan profundamente el efecto de las advertencias.

Productos

La falta de normas sanitarias para los productos significa que los cigarrillos pueden fabricarse como sistemas de distribución de nicotina de gran eficacia. Es posible manipular la concentración de nicotina con facilidad y dar a los cigarrillos un mejor sabor con la mezcla de la hoja de tabaco y el uso de aditivos.

OPS, 1999.



Aunque son un requisito legal, las advertencias de peligro para la salud impresas en las cajetillas de cigarrillos a menudo son discretas o difíciles de leer. Nótese el contraste entre la claridad y precisión de la marca en la parte frontal de la cajetilla y la advertencia casi ilegible en la parte lateral.