



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



25.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 50.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., 21 al 25 de septiembre de 1998

Tema 4.5 del programa provisional

CSP25/11 (Esp.)

10 julio 1998

ORIGINAL: INGLÉS

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO

Anualmente, el tabaquismo causa tres millones de defunciones en todo el mundo, constituyendo uno de los más graves problemas de salud pública a nivel mundial. Según varios cálculos, el total de las defunciones atribuibles al tabaco que podrían haberse evitado en la Región de las Américas es de 670.000 al año. De estas, 135.000 corresponden a América Latina y el Caribe, 35.000 al Canadá y 500.000 a los Estados Unidos de América.

El nivel actual del consumo de tabaco se asocia con cambios en el perfil epidemiológico de la Región, que se ha caracterizado por un aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Hasta la fecha, el consumo de tabaco no ha respondido a las limitadas medidas que se han tomado para combatirlo.

En el presente documento se analiza la situación actual y se ofrece una actualización sobre las actividades nacionales e internacionales para el control del tabaquismo. Se proponen líneas de acción para fortalecer la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud con miras a reducir los problemas vinculados al tabaquismo en la Región.

El presente informe fue sometido a la consideración del Subcomité de Planificación y Programación y al Comité Ejecutivo en su 122.^a sesión, celebrada el pasado mes de junio. Se pide a la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que examine el documento, formule sus comentarios y apruebe las nuevas pautas de un plan de acción basado en información actualizada y en estrategias compatibles con la situación actual y las necesidades de los Estados Miembros. Asimismo, se le solicita que considere la conveniencia de aprobar el plan de acción que se recomienda y el proyecto de resolución redactado por el Comité Ejecutivo (CE122.R6).

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Resumen Ejecutivo.....	3
1. Introducción.....	4
2. Análisis de la situación	4
2.1 Prevalencia y consumo.....	4
2.2 Costos sanitarios y económicos.....	7
2.3 Legislación, reglamentos y tributación.....	9
3. Bases para la acción	12
3.1 Resoluciones y planes de acción de la OMS y la OPS.....	12
3.2 “Tabaco o salud”, Plan de Acción de la OMS, 1996-2000	12
3.3 Propuesta para un plan de acción actualizado de la OPS.....	14
Referencias	21
Anexo	

RESUMEN EJECUTIVO

En este documento se describe el consumo de tabaco en la Región y sus graves consecuencias para la salud, con miras a actualizar el plan de acción que la Organización y los Estados Miembros tal vez quieran adoptar para el período 1998-2000 y años ulteriores, a fin de combatir este problema más eficazmente. En el se analiza el consumo de tabaco en la Región, sus costos sanitarios y económicos, y las medidas tomadas en los Estados Miembros para controlar el tabaquismo. Se pone de relieve que el tabaquismo es la principal causa evitable de muerte en el mundo y ocasiona 670.000 defunciones en la Región de las Américas cada año.

En su 122.^a sesión, el Comité Ejecutivo consideró el plan de acción que se propone en el presente documento. Se pide a la Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe las recomendaciones del Comité Ejecutivo sobre dicho plan, cuya finalidad es lograr un nivel óptimo en el control del tabaquismo.

Se propone la adopción de los siguientes objetivos en la Región:

- los ministerios de salud y la OPS deben reconocer la lucha antitabáquica como una de sus principales prioridades;
- en cada ministerio u otra dependencia apropiada del gobierno debería nombrarse un coordinador a tiempo completo de las actividades para combatir el tabaquismo, que cuente con recursos suficientes y la debida autoridad;
- las coaliciones nacionales de lucha antitabáquica y el Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA) serán reconocidas tanto por los gobiernos como por los ministerios de salud, y participarán activamente en los programas de lucha antitabáquica;
- en todas las oficinas y otros edificios del ministerio de salud y sus organismos afiliados de todo el país estará prohibido fumar;
- la prevalencia del hábito de fumar entre los trabajadores de salud será reducida en 10% cada año;
- se elaborará un plan detallado, con fechas tentativas, para la eliminación de todas las formas de promoción del tabaco que influyen en los jóvenes;
- se elaborará un plan nacional integral para la lucha antitabáquica, incorporando los elementos mencionados en el presente documento.

1. Introducción

Aunque hay muchas variaciones dentro de América Latina y el Caribe, en general se observa que los niveles de consumo son bastante estables, hay una aceptación social generalizada del tabaquismo, el público está mal informado acerca de los efectos nocivos del tabaco, los programas de promoción de la salud presentan deficiencias y es poco el compromiso tanto de los Estados como de los trabajadores de salud. Además, son deficientes las medidas de lucha antitabáquica vigentes, como por ejemplo, prohibición de fumar en determinados lugares, restricciones en la publicidad y prohibición de la venta de productos de tabaco a menores de edad. Más aún, la publicidad y la promoción del tabaco por las empresas transnacionales, que siempre han tenido el objetivo de ampliar gradualmente sus mercados internacionales, probablemente van a aumentar con miras a capturar mercados nuevos para compensar las pérdidas de las empresas tabacaleras en los países de ingreso elevado. Esta tendencia puede verse favorecida por la situación actual de muchos países, en los que las políticas y los programas para el control del tabaco no son adecuados para atajar un mercado internacional muy vigoroso.

Otros factores importantes, según la Organización Mundial de la Salud, serán el gran tamaño de la cohorte de jóvenes, la urbanización, el aumento de los ingresos y la convergencia de los modelos masculino y femenino en materia de consumo de tabaco. Los problemas de salud asociados con ciertos modos de vida y las adicciones están en aumento en el mundo en desarrollo; el tabaco es un elemento clave en el cambio epidemiológico de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles. Los numerosos factores determinantes del consumo y la dependencia del tabaco están fuertemente ligados a formas de comportamiento humano que han resultado difíciles de modificar mediante métodos educativos tradicionales. De manera análoga, hay una gran aceptación de la idea de que la participación comunitaria y la intervención temprana de los padres para la adquisición de modos de vida sanos desde la niñez temprana son componentes fundamentales que es preciso fortalecer para controlar esta epidemia. El tabaquismo es causante de 28% de las defunciones en las personas de 35 a 69 años de edad en los países industrializados (5). No sin razón, se considera la más importante entre las causas evitables de muerte. La adopción de un criterio semejante en América Latina y el Caribe sería una buena política de salud pública. Afortunadamente, los elementos de una política de este tipo son conocidos, eficaces y factibles de ejecutar.

2. Análisis de la situación

2.1 *Prevalencia y consumo*

A medida que se acerca el año 2000 y los peligros del consumo de tabaco se conocen cada vez mejor, es desalentador observar que el consumo de tabaco en la Región ha bajado solo moderadamente en los dos últimos decenios. Entre 1970-1972 y 1990-1992, el consumo per cápita en América Latina y el Caribe descendió solo 11%. Entretanto, lo que ocurre realmente es que algunos países están aumentando la fabricación de productos de tabaco, a pesar de que por cada 1.000 toneladas de tabaco producido para el consumo humano mueren 650 personas al año (10).

Aunque la exactitud de los datos de vigilancia es dudosa, parece que casi una tercera parte de los adultos de América Latina y el Caribe son fumadores, lo cual los coloca al mismo nivel que el Canadá y un poco por encima de los Estados Unidos de América (cuadro 1). Las tasas de prevalencia varían ampliamente, de 40% en Venezuela y la República Dominicana a 15% en el Paraguay.

Si bien la proporción de mujeres que fuman en América Latina (19%) está bastante por debajo de la cifra para el Canadá y los Estados Unidos (26%), la proporción para los hombres (40%) es mucho mayor que en los países industrializados (29%). Es muy probable que las mujeres en América Latina sean un nuevo objetivo fundamental para las empresas tabacaleras multinacionales, que también querrán mantener el número de hombres que fuman.

La edad promedio en que empieza el tabaquismo es entre 15 y 17 años, y en los años noventa esta edad ha venido disminuyendo de manera alarmante. Dado que la nicotina es una poderosa droga adictiva y que el consumo temprano conduce a una adicción más tenaz, es de prever que las empresas tabacaleras continúan intentando atraer a los jóvenes patrocinando espectáculos, concentrando selectivamente su publicidad y haciendo hincapié en el deporte, la moda y la música en sus actividades de mercadeo.

Si bien es cierto que el número de adultos que fuman en América Latina es mayor que en el Canadá o en los Estados Unidos, la cantidad de cigarrillos consumidos al día es menor. En América Latina, los fumadores consumen menos cigarrillos diarios (12) que en el Canadá (19) o los Estados Unidos (20), y el número anual de cigarrillos fumados per cápita en América Latina es menor que la mitad del nivel de esos dos países (cuadro 1). Sin embargo, la ventaja relativa de América Latina es mucho menor que hace 20 años, lo que es característico de las regiones en desarrollo en todo el mundo. De 1970-1972 a 1990-1992, el consumo per cápita bajó 35% en el Canadá y 28% en los Estados Unidos. En contraste, en América Latina es solo 11%.

Cuadro 1. Consumo de tabaco en la Región de las Américas

País	% total de fumadores	% hombres que fuman	% mujeres que fuman	Muestra, año de la encuesta	Número anual de cigarrillos per cápita
Argentina	31	40	28	Buenos Aires, 1992	1.720 +
Bolivia	38	46	29	ciudades, 1986	1.750 +
Brasil	33	40	25	1989	1.500 +
Canadá	30	31	29	1994-1995	2.540 +
Chile	31	38	25	1990	1.130
Colombia	27	35	19	edad 12+, 1992	1.750
Costa Rica	22	33	11	edad 14+, 1987	1.340
Cuba	36	49	25	1990	2.280
Ecuador	36	-	-	edad 20+, 1988	870 +
El Salvador	25	38	12	1988	1.010 +
Estados Unidos	26	28	23	edad 18+, 1994	2.670
Guatemala	27	38	18	ciudades, 1989	340 +
Honduras	23	36	11	Ciudades, 1988	850 +
Jamaica	28	43	13	1990	860
México	26	38	14	ciudades, 1990	1.500
Paraguay	15	24	6	1990	1.100 +
Perú	27	41	13	ciudades, 1989	350
Rep. Dominicana	40	66	14	diario, 1990	1.010
Uruguay	36	41	27	1990	1.700 +
Venezuela	40	42	39	1992	1.920

Fuente: WHO, *Tobacco or Health: A Global Status Report*, 1997.

1. Se incluyen los países que hayan notificado la prevalencia desde 1986, basándose en una muestra nacional de adultos (en general, de 15 años o mayores, a menos que se indique otra cosa).
2. Datos para 1990-1992 basados en la producción o importación. El signo “+” indica que la cifra es inferior que el consumo real, debido al contrabando.

2.2 Costos sanitarios y económicos

Los cálculos de la OMS sitúan el número anual de defunciones relacionadas con el cigarrillo en todo el mundo en más de tres millones en 1995. De estas, 135.000 ocurrieron en América Latina y el Caribe, 45.000 en el Canadá y 500.000 en los Estados Unidos (12).

En los países industrializados, donde las políticas de lucha antitabáquica contribuyeron a que las tasas de tabaquismo empezaran a disminuir hace 20 años, las enfermedades relacionadas con el tabaquismo están perdiendo importancia como causa de muerte. Sin embargo, hay excepciones dignas de mención: en el Canadá, donde las mujeres empezaron a fumar más tarde que los hombres y todavía las tasas de tabaquismo entre las mujeres no se han reducido al mismo grado que las de los hombres, el cáncer del pulmón es la única forma de cáncer que ha aumentado en años recientes. Las mujeres canadienses tienen ahora más probabilidades de morir de cáncer del pulmón que de otra forma de cáncer, incluso el de mama (2).

Los costos que lleva aparejados el hábito de fumar son considerables: en el Canadá, se calcula en US\$ 7.700 millones (\$2.100 millones en atención directa en 1993) (6); en los Estados Unidos, la cifra es de \$68.000 millones (\$20.000 millones en atención directa en 1990) (8). Aunque los impuestos sobre el tabaco sean sustanciales, no cubren estos costos. En el Canadá, por ejemplo, los impuestos al tabaco ascendieron a \$4.200 millones en 1993. Esto significa que el tabaquismo le cuesta \$3.500 millones al erario nacional (1). Los costos del hábito de fumar son tan elevados, que se calcula que los programas eficaces de prevención del tabaquismo destinados a los escolares ahorran \$16 por cada dólar gastado en su formulación y ejecución (7). Los costos de atención de salud relacionados con el tabaquismo y la productividad perdida son gastos que perjudican a las economías en desarrollo.

Aunque el Banco Mundial ha calculado, partiendo de supuestos moderados, que el tabaco causa una pérdida neta de recursos sobre la economía mundial de unos \$200.000 millones por año (10), los costos reales son mucho más altos.

También cabe señalar los resultados divulgados en 1994 por el Organismo de Estados Unidos para la Protección del Medio Ambiente (EPA) (9). Este Organismo emitió advertencias acerca de la presencia de nicotina y sobre no menos de otros 43 carcinógenos presentes en el humo de los cigarrillos, tanto el espirado como el que resulta de la combustión directa (humo secundario). De igual manera, se han identificado decenas de otras sustancias tóxicas e irritantes asociadas con enfermedades como el cáncer del pulmón, las infecciones respiratorias en niños y enfermedades cardiovasculares en adultos.

Las exportaciones de tabaco representan cerca de \$1.000 millones al año para el Brasil y \$5.000 millones para los Estados Unidos. Cinco países de la Región figuran entre los principales productores mundiales de tabaco no manufacturado: Estados Unidos (segundo), Brasil (cuarto), Canadá (decimocuarto), Argentina (decimoquinto) y México (decimosexto). El Brasil es el principal exportador de tabaco no manufacturado, mientras que los Estados Unidos ocupa el tercer lugar. Entre los exportadores de cigarrillos, los Estados Unidos ocupan el primer lugar en el mundo, seguido del Brasil (sexto), Venezuela (decimosexto), Canadá (decimonoveno) y Colombia (vigésimo). Es de prever que haya resistencia política a la lucha antitabacalera en estos países por parte de quienes se benefician de producir tabaco o fabricar cigarrillos.

2.3 Legislación, reglamentos y tributación

El Canadá forma parte de un grupo pequeño de países que estableció programas nacionales con políticas eficaces de lucha antitabáquica. Dentro de los Estados Unidos de América, los estados de California y Massachusetts también han sancionado programas integrales de control.

Todas estas jurisdicciones han experimentado marcadas disminuciones en materia de tabaquismo. Entre las medidas importantes que se han tomado se encuentran: restricciones en la publicidad, control de las ventas a menores, advertencias obligatorias sobre la salud en los paquetes de tabaco, prohibición de fumar en espacios cerrados, aumento sostenido de los impuestos sobre los productos de tabaco, educación continua sobre la salud en las escuelas y para el público general y apoyo a los esfuerzos para dejar de fumar.

En California y Massachusetts, los impuestos al cigarrillo son la fuente de ingresos para programas modernos y eficaces de comunicación de masas y educación sobre la lucha antitabáquica. Australia amplió el alcance de esta medida y ha reemplazado a las empresas tabacaleras como patrocinadoras con fondos procedentes de los impuestos al cigarrillo. Un aumento de los impuestos a los productos de tabaco podría significar un incremento neto de ingresos que podrían destinarse al presupuesto en América Latina y el Caribe, tal como ha ocurrido en el Canadá, donde los ingresos fiscales del cigarrillo casi se triplicaron desde 1981-1991 al mismo tiempo que el consumo bajaba en 40%.

Solo cinco países (Canadá, Cuba, Estados Unidos, Nicaragua y Venezuela) han aprobado leyes que prohíben totalmente la publicidad de cigarrillos en radio y televisión. En la mayoría de los países se estipulan el horario en que pueden transmitirse los anuncios,

mientras que muy pocos imponen restricciones a su contenido o al posible público destinatario (cuadro 2).

Cuadro 2. Publicidad directa de productos de tabaco en los Estados Miembros de la OPS a mediados de los años noventa

País	Transmisión (televisión, radio)			Restricciones en los medios impresos
	Prohibición total	Horario restringido	Contenido restringido	
Argentina		TV, R	TV, R	Prohibida en publicaciones para jóvenes
Bolivia		TV		
Brasil		TV, R		Prohibida en publicaciones para jóvenes
Canadá	TV, R			Advertencias sobre salud obligatorias
Chile		TV		Advertencias sobre salud obligatorias
Colombia		TV	TV	Prohibida en publicaciones científicas, anuncios en carteleras, transporte público
Costa Rica		TV, R		Prohibida en publicaciones para jóvenes y secciones deportivas de los periódicos
Cuba	TV, R			Prohibida
Ecuador		TV, R		Advertencias sobre salud obligatorias Prohibida publicidad dirigida a niños
El Salvador		TV	TV	
Estados Unidos	TV, R			Advertencias sobre salud obligatorias
Guatemala				
Honduras				Advertencias sobre salud obligatorias
Jamaica				
México		TV, R	TV, R	Prohibida asociación con deportes, jóvenes, actividades cívicas, religión
Panamá		TV	TV	No puede presentar a fumadores
Paraguay		TV	TV, R	Advertencias sobre salud obligatorias; asociación con deportes o niños prohibida
Perú		TV, R	TV, R	Advertencias sobre salud obligatorias
Rep. Dominicana		TV		
Uruguay			TV, R	Advertencias sobre salud obligatorias
Venezuela	TV, R			Advertencias sobre salud obligatorias

Fuentes: *Boletín CLACCTA: Legislación sobre el control del tabaquismo en América Latina*, enero de 1997.

WHO, *Tobacco or Health: A Global Status Report*, 1997.

Aun en los países donde la publicidad en radio y televisión está prohibida, en general se tolera la publicidad en los medios impresos. Los anuncios en grandes carteleras, en lugares de venta y en revistas destinadas a todos los grupos de intereses y edades son sumamente visibles en toda la Región. La publicidad indirecta, en forma de aval de productos y patrocinio de actividades deportivas y culturales, está reglamentada en muy pocos países y suele extenderse a toda la Región.

Los reglamentos en muchos países procuran limitar la exposición de los menores a esta publicidad excluyendo la presentación de los fumadores como modelos de comportamiento positivo, mediante cambios en el horario de proyección o prohibiendo los anuncios en lugares de alto riesgo. Recientemente, Chile, Costa Rica y Perú han aprobado leyes que restringen el horario y el contenido de la publicidad de cigarrillos, exige que se incluyan advertencias acerca de los riesgos para la salud del hábito de fumar y pide la incorporación de programas educativos sobre el tema en las escuelas y las comunidades. Por lo menos 12 países latinoamericanos han proseguido la enseñanza en materia de lucha antitabáquica y dos de ellos la hacen optativa.

Si bien la educación sanitaria es útil, por lo general no basta para desalentar el hábito de fumar. De manera análoga, tal vez no sea aconsejable respaldar un conjunto de medidas de control rígidas y restrictivas. La mejor opción parece ser un enfoque integral que incluya la participación temprana de los padres para fomentar los modelos positivos, así como una intervención decidida de las escuelas y la comunidad para desalentar los modos de vida que son malsanos. Pese a todo, el precio de los cigarrillos ha resultado un factor de disuasión eficaz en muchos países, entre ellos Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos (a nivel de los estados), Francia, Noruega, Nueva Zelandia, el Reino Unido y Sudáfrica.

En la Región, la cantidad de trabajo del jornal promedio necesaria para comprar un paquete de cigarrillos varía ampliamente, desde 10 minutos en los Estados Unidos a 160 minutos en Bolivia (cuadro 3). No resulta sorprendente, entonces, que los impuestos constituyan solo 30% del precio de los cigarrillos en los Estados Unidos y 61% en Bolivia. Pero estos países no representan los extremos en materia de tributación, que varía de 10% del precio total en el Paraguay a 75% en Brasil y Costa Rica. A pesar de la eficacia del aumento del precio como medida de lucha antitabáquica, ninguna ley o decreto nacional incluye de manera explícita la regulación de precios o el aumento del impuesto sobre los productos de tabaco.

La reducción del acceso de los jóvenes al tabaco puede ser eficaz para controlar el inicio del hábito y la adicción, pero solo unos cuantos países restringen las ventas a los menores (cuadro 3). Aun cuando existan restricciones, es necesario que estas se apliquen rigurosamente para que los minoristas acaten esas disposiciones; en general, esto no se

está haciendo. En el Canadá, por ejemplo, más de 50% de los minoristas del tabaco están dispuestos a vender tabaco a niños de 12 ó 13 años, aunque la ley requiere que el mínimo debe ser 18 años de edad (3).

Cuadro 3. Medidas de lucha antitabáquica en los Estados Miembros de la OPS a mediados de los años noventa

País	Impuesto en % del precio; minutos de trabajo para comprar 20 cigarrillos	Ventas a los menores prohibidas ¹	Lugares públicos donde está prohibido fumar, a nivel nacional ²
Argentina	70%		
Bolivia	61%, 160 minutos		Atención de salud, transporte, espacios públicos cerrados
Brasil	75%	X	
Canadá		X	Transporte, lugares de trabajo del gobierno federal
Chile	70%		Atención de salud
Colombia		X (edad 16)	Atención de salud, aviones, escuelas
Costa Rica	75%, 43 minutos	X	Transporte, esparcimiento, edificios del gobierno, lugares de trabajo
Cuba	150 minutos	X (edad 16)	Atención de salud, transporte, algunos edificios públicos
Ecuador			Aviones
El Salvador	43%		Oficinas del ministerio de salud
Guatemala			Autobuses
Honduras			Transporte, esparcimiento, edificios del gobierno, escuelas
Jamaica	42%, 44 minutos		
México			Institutos de salud, esparcimiento, algunas oficinas del gobierno
Panamá	60%		
Paraguay	10%		Atención de salud, transporte, algunas oficinas
Perú			Transporte, lugares públicos cerrados*
Rep. Dominicana	13%	X (edad 16)	
Estados Unidos	30%, 10 minutos	X	Transporte, departamento de salud
Uruguay	60%	X	Atención de salud, transporte, escuelas, oficinas del gobierno, ascensores

Venezuela	50%	X	Transporte, escuelas, cines
-----------	-----	---	-----------------------------

Fuente: WHO, *Tobacco or Health: A Global Status Report*, 1997.

1. Ventas prohibidas a menores de 18 años, a menos que se indique otra cosa.
2. Otras prohibiciones municipales vigentes en Argentina, Canadá, Estados Unidos, México y Uruguay. Muchos países tienen restricciones (pero no prohibiciones), que no se muestran aquí.

La gran mayoría de los países de la Región tiene alguna forma de prohibición sobre fumar en lugares públicos; los sitios más comúnmente protegidos son los establecimientos de asistencia sanitaria, escuelas, transporte público y lugares de esparcimiento en locales cerrados como los cines (cuadro 3). Sin embargo, la aplicación y el acatamiento siguen siendo esenciales para que esta medida tenga algún efecto. La toma de conciencia por el público sobre los peligros del humo de tabaco en el ambiente es un estímulo importante para la aceptación de tales prohibiciones.

La mayoría de los países tienen solo un par de advertencias que aparecen todo el tiempo, y hay pocos reglamentos que rigen el tamaño de las advertencias o su prominencia en el paquete de cigarrillos. La redacción varía desde muy débil (“Este producto puede ser nocivo para su salud”) a la muy fuerte (“El tabaquismo puede matarlo”). Solo cuatro países de la Región requieren que los fabricantes de cigarrillos describan el contenido de alquitrán y los niveles nicotínicos en sus paquetes, y solo Cuba controla la cantidad de sustancias tóxicas y carcinogénicas en los productos de tabaco (cuadro 4.)

3. Bases para la acción

3.1 *Resoluciones y planes de acción de la OMS y la OPS*

Durante el período 1969-1997, se aprobaron 14 resoluciones de la OMS y cuatro de la OPS relativas a la lucha antitabáquica. Durante los períodos 1988-1995 y 1996-2000 se elaboraron planes de acción para la OMS, la OPS y sus Estados Miembros. Estos incluyen un plan regional de acción de la OPS (1989) y un plan interinstitucional (1994).

3.2 *“Tabaco o salud”, Plan de Acción de la OMS, 1996-2000*

Este plan contempla el liderazgo continuo de la OMS en materia de reducción y prevención mundial del consumo de tabaco y en la promoción de sociedades sin tabaco. Los objetivos del programa durante este período son: promover la elaboración y el fortalecimiento de programas nacionales e internacionales para evitar y reducir el consumo de tabaco; promover el concepto de sociedades sin tabaco; y recopilar, preparar y difundir

información válida sobre la epidemiología de los problemas de salud relacionados con el tabaco y sobre las estrategias para controlar el consumo de tabaco.

Cuadro 4. Advertencias en cajas/paquetes de cigarrillos en los Estados Miembros de la OPS, a mediados de los años noventa

País	Advertencias sobre riesgos para la salud		Información sobre los niveles de:	
	Rotatoria ¹	Fija ²	Alquitrán	Nicotina
Argentina		X		
Bolivia		X		
Brasil	X			
Canadá	X		X	X
Chile	X		X	X
Colombia		X		
Costa Rica		X		
Cuba		X		
Ecuador		X		
El Salvador		X		
Estados Unidos	X		X	X
Guatemala		X		
México	X	X	X	X
Panamá		X		
Paraguay		X		
Perú		X		
Rep. Dominicana		X		
Uruguay		X		
Venezuela		X		

Fuentes: *Boletín CLACCTA: Legislación sobre el control del tabaquismo en América Latina, enero de 1997; WHO, Tobacco or Health: A Global Status Report, 1997.*

1. Rotatoria: diferentes advertencias aparecen de vez en cuando.
2. Fija: la misma advertencia aparece todo el tiempo.

3.3 *Propuesta para un plan de acción actualizado de la OPS*

En esta sección se presenta una propuesta de plan de acción, basado en siete objetivos para el año 2000, y se proporciona un marco para la acción continua después del año 2000. El plan incorpora las enseñanzas aprendidas por los países que han tenido éxito en la lucha antitabáquica y da cabida a las variaciones nacionales dentro de la Región con el objeto de abordar las diferentes prioridades y aprovechar los puntos fuertes locales.

3.3.1 *Principios y premisas*

- El tabaquismo es la primera causa evitable de enfermedad y muerte en la Región; las enfermedades relacionadas con el tabaco están cobrando cada vez mayor importancia. Aun más, el tabaquismo ocasiona pérdidas económicas netas en todos los países. De no emprenderse una lucha antitabáquica eficaz, estos costos aumentarán en años venideros.
- Los programas de lucha antitabáquica pueden ser eficaces para aplazar el inicio del hábito de fumar, disminuir la prevalencia y los niveles del consumo, y proteger la salud de la niñez y otros no fumadores. Los países con programas avanzados de lucha antitabáquica muestran disminuciones notables en la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el tabaquismo.
- Un método integral de lucha antitabáquica —que combine medidas educacionales, legislativas, reglamentarias y fiscales— es más eficaz que cualquier medida individual. En particular, la educación sobre los peligros del consumo de tabaco, aunque necesaria, no basta para combatir eficazmente el consumo de tabaco.
- Los métodos integrales pretenden lograr: a) la prevención del tabaquismo, b) el estímulo para dejar de fumar, y c) la protección de los no fumadores. Las medidas realmente eficaces lograrán dos o tres de estos resultados simultáneamente (por ejemplo, la prohibición efectiva del acto de fumar en lugares públicos protege a los no fumadores, insta a que la gente cese de fumar y contribuye a la prevención).
- Las leyes que rigen el acceso a los productos de tabaco deben reflejar la gravedad del daño asociado con su uso.
- La decisión de una persona de consumir productos de tabaco, sea esta un usuario real o en potencia, debe estar fundamentada en sus conocimientos y no provenir de coacciones.

- Los que no usan productos de tabaco deben poder contar con protección para su salud, sus derechos y su bienestar.
- Las leyes deben controlar los productos de tabaco mismos mediante el establecimiento que impida el uso de aditivos dañinos.
- Cualquier medida que reduzca la aceptación social del hábito de fumar contribuye positivamente a la lucha antitabáquica.
- La lucha antitabáquica eficaz comienza con medidas que se hallan dentro de la jurisdicción del ministerio de salud, y de allí pasa a las medidas que requieren colaboración interministerial e intersectorial.
- Las coaliciones en las que participan gobiernos y ONG son esenciales para hacer frente a una industria tabacalera internacional bien organizada y con abundancia de recursos. Las alianzas eficaces y la creación de capacidad local en materia de lucha antitabáquica son vitales para el éxito de estas iniciativas.
- Se necesitarán otros recursos para apoyar la puesta en práctica de planes nacionales integrales en toda la Región.
- La cooperación internacional es esencial para compartir mejores métodos y reducir al mínimo las consecuencias no intencionales (por ejemplo, aumentos de impuestos que estimulan el contrabando).
- El éxito de la lucha antitabáquica en Canadá, los Estados Unidos y Europa occidental significa que se necesitan urgentemente medidas enérgicas en otros lugares del mundo hacia los que se volcará la industria tabacalera en busca de nuevos mercados.

3.3.2 *Objetivos propuestos para el año 2000*

Los objetivos que siguen se consideran factibles, fundamentales y urgentes. La mayoría de estos objetivos abordan necesidades esenciales inmediatas de “infraestructura” (1, 2, 3) mientras dos (4, 5) son sustantivos y dos (6, 7) sientan las bases para el progreso futuro.

1. La OPS y todos los ministerios de salud reconocerán la lucha antitabáquica como una de sus primeras prioridades.

2. En cada ministerio de salud u otra dependencia apropiada del gobierno se nombrará una coordinación a tiempo completo de las actividades para combatir el tabaquismo y se le asignarán recursos suficientes y la autoridad necesaria.
3. Las coaliciones de lucha antitabáquica y CLACCTA serán reconocidas por los Estados Miembros de la OPS y por los ministerios de salud y participarán activamente en los programas de lucha antitabáquica.
4. Todas las oficinas del ministerio de salud y sus locales en todo el país serán ambientes libres del tabaco.
5. La prevalencia del hábito de fumar entre los trabajadores de salud se reducirá en 10% cada año.
6. Se elaborará un plan detallado, con fechas de ejecución, para la eliminación de todas las formas de promoción del tabaco dirigida a los jóvenes.
7. Se elaborará un plan nacional integral para la lucha antitabáquica, que incorpore los elementos esbozados a continuación.

3.3.3 *Elementos de un plan integral de lucha antitabáquica*

Un método integral de lucha antitabáquica consta de medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales, acompañado de un programa de vigilancia constante. La promoción de la salud y la participación comunitaria son también elementos esenciales para fomentar modos de vida exentos de tabaco. La meta de las medidas de lucha antitabáquica es prevenir el inicio del hábito del tabaquismo, instar a la cesación del hábito y proteger a los no fumadores; a veces es posible procurar los tres resultados con la misma medida. Por ejemplo, la restricción del acto de fumar en lugares públicos no solo protege a los no fumadores del “humo de tabaco en el ambiente”, sino que también puede fomentar la cesación y la prevención, ya que se hace más difícil fumar y se ve a menos personas que fuman. La vigilancia es esencial para evaluar el progreso y orientar las medidas futuras.

3.3.4 *Medidas que podrían generar cambios en la situación*

En las siguientes secciones se describen ejemplos de algunas medidas que podrían tomarse de inmediato. Estas aparecen en la publicación de la OMS *Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic (11)*.

Medidas que restringen el acceso a los productos de tabaco: El precio de los productos de tabaco debe aumentarse mediante cambios en las tasas impositivas a fin de que dichos productos sean menos asequibles. La experiencia en muchos países ha demostrado que el aumento de los impuestos probablemente sea la manera más eficaz de reducir el consumo de tabaco. En muchos países de América Latina, el crecimiento acelerado de la economía ha aumentado el poder adquisitivo de la gente y ello estimula el consumo de tabaco. Los ministros de salud pueden desempeñar una función clave al influir en la política tributaria mediante contactos con los ministros de hacienda, a fin de que estos no solo fomenten el aumento de los impuestos, sino que se ponga fin a ciertas prácticas (como exenciones fiscales para el tabaco que se lía a mano) que favorecen un mayor consumo generalizado.

Debe haber restricciones en cuanto a los lugares donde se venden los productos de tabaco. Algunos lugares de venta son inapropiados. Por ejemplo, resulta incompatible con los conocimientos científicos actuales sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco permitir que estos productos se vendan en establecimientos de atención de la salud, instituciones educativas, farmacias y centros deportivos. Las ventas en esos lugares crean la falsa impresión en el público de que los productos de tabaco no son perjudiciales para la salud.

No debe haber ningún tipo de autoservicio de productos de tabaco. Dada la magnitud del daño y el nivel de la adicción asociada con estos productos, es inadecuado que se pongan al alcance del público en distribuidores automáticos u otras formas de autoservicio.

Deben cesar las ventas de productos de tabaco a los niños. Los productos de tabaco producen adicción, lo que anula el libre albedrío. Por consiguiente, los menores deben estar protegidos de quienes puedan suministrarles estos productos. Esto puede hacerse mediante el otorgamiento de licencias y la inspección de establecimientos comerciales y creando incentivos financieros para las empresas tabacaleras para impedir que los niños usen esos productos.

Medidas para promover el consentimiento con conocimiento de causa. En vista de que la industria tabacalera, mediante la mercadotecnia y publicidad, crea una impresión muy falsa de los productos que vende, debe prohibirse la divulgación de mensajes engañosos, según los hayan definido las entidades normativas especiales, en anuncios, promociones, patrocinio de espectáculos y de deportes, etiquetado y empaçado.

Es necesario que en los paquetes de tabaco y en los puntos de venta se incluya, de manera destacada, información detallada y frecuentemente actualizada. Las medidas para impedir que lleguen al público mensajes engañosos tienen que complementarse con el

suministro de información exacta. Esto puede hacerse exigiendo que en todos los productos de tabaco se facilite información completa, enmarcada en un contexto cultural apropiado.

Todos los productos tóxicos y aditivos del tabaco deben revelarse cabalmente. Los consumidores tienen derecho a saber lo que están consumiendo y los funcionarios de salud pública tienen necesidad de saber lo que se encuentra en los productos de tabaco para explicar los riesgos a la gente.

Las iniciativas en materia de educación sanitaria para el público, en especial las que se emprenden para educar al común de la gente acerca de las actividades de la industria tabacalera, deben ser obligatorias. En razón de la magnitud del problema actual y futuro que representan las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, es necesario complementar la información sanitaria que figura en los paquetes de cigarrillos con campañas de educación masiva de más amplio alcance. El gobierno y la sociedad por igual deben ser conscientes de que el depender del patrocinio de la industria tabacalera para actividades culturales, deportivas y artísticas se convierte en un medio muy poderoso de cabildeo para dicha industria, que de esta manera da la falsa impresión de ser benefactora de los grupos o comunidades favorecidos con su apoyo.

Debería garantizarse la asistencia para las personas que desean dejar de usar productos de tabaco y para quienes, luego de haber sido usuarios del tabaco, buscan compensación por los daños a su salud. No se lograrán muchos beneficios sencillamente dando a los usuarios información exacta acerca de los efectos del hábito de fumar, si estos no se sienten capaces de dejar el hábito. Es importante dar ayuda a quienes desean dejar de fumar, mediante estrategias comprobadas y accesibles. También lo es, apoyar a los fumadores para buscar compensación de las empresas tabacaleras por el daño que estas han causado.

Medidas para proteger a los que no usan los productos de tabaco: Es necesario velar para que estén libres del humo de tabaco los espacios públicos, los lugares de trabajo y el transporte público. El humo de tabaco en el ambiente (HTA) es una causa comprobada de enfermedades y molestias, por lo que es importante adoptar progresivamente políticas culturalmente apropiadas para reducir la exposición. Estas políticas suelen aplicarse en primer lugar en establecimientos de salud, educativos y gubernamentales, en los medios de transporte público y en lugares donde se practican deportes. También deben aplicarse en los lugares de trabajo, los comercios y los sitios públicos de reunión. Estas medidas son a la vez protectoras y educativas. A la vez que se brinda protección, se educa al público acerca del daño del humo del tabaco y se eliminan modelos que no deben imitarse (como los maestros que fuman en el aula).

Debería haber resarcimiento garantizado y simplificado para los que han sufrido daños debido al HTA. En los casos en que la industria tabacalera ha desorientado al público acerca del daño del HTA, en especial por no haberlo advertido, debiera haber maneras sencillas para que los perjudicados reciban compensación de la industria. Al obligar a las empresas tabacaleras a responsabilizarse económicamente por haber omitido información, un país crea incentivos para que estas empresas digan la verdad.

El público debe ser protegido de incendios y otros daños al medio ambiente causados por los productos de tabaco. Estos ocasionan problemas ambientales que varían desde la deforestación (debido a la madera que se usa para curar la hoja de tabaco) hasta los incendios causados por cigarrillos y el exceso de basura. Esto puede remediarse mediante cambios en las leyes que rigen los métodos de cultivar el tabaco y por medio de normas sobre las propiedades de ignición de los cigarrillos. También es posible tener alguna influencia sobre estos problemas mediante una mejor educación del público.

Medidas para controlar los productos de tabaco: Los gobiernos deben tener la capacidad de prohibir determinadas categorías de productos que liberan nicotina. Los productos de tabaco son dispositivos de liberación de nicotina sumamente “sucios”. Hay otras maneras de dar nicotina a quienes la necesitan, sin ocasionarle tantos efectos sobre la salud. Mediante el control de los productos de tabaco considerándolos como un medicamento, medida que se está poniendo en práctica en los Estados Unidos, debería ser posible sacar paulatinamente del mercado los productos más letales.

También es necesario fijar normas que estipulen cuáles son los aditivos que los fabricantes o importadores pueden agregar a sus productos. Los gobiernos también deben tener la capacidad para exigir cambios en el producto, en especial sobre el uso de ciertos aditivos, si estos pueden reducir la mortalidad debida al tabaco. Actualmente, hay poco control de lo que hacen las empresas tabacaleras cuando elaboran sus productos. Esta situación es muy diferente de la relativa a la de los productos alimentarios o las preparaciones farmacéuticas, y coloca a los consumidores en mayor riesgo. El control de los aditivos puede evitar que se agreguen productos tóxicos que aumentan la tasa general de enfermedades, y podría obligar a incluir aditivos que quizá disminuyeran esas enfermedades.

Hay que controlar los niveles de ingredientes tóxicos en los productos de tabaco. Algunos países tienen productos de tabaco con concentraciones extraordinariamente altas de carcinógenos y otras sustancias tóxicas. Los países deben poder determinar los máximos niveles permisibles de dichas sustancias como una manera de reducir los daños generales.

Los gobiernos deben tener la capacidad de exigir modificaciones en los productos de tabaco. Además de limitar las sustancias tóxicas existentes, es factible que se puedan concebir nuevas tecnologías capaces de reducir el inicio del hábito del cigarrillo en los niños, limitar la exposición a sustancias tóxicas conocidas o facilitar a quienes ya fuman que dejen el hábito.

3.3.5 Necesidad de ampliar y diversificar el apoyo de la OPS a fin de prestar una cooperación técnica eficaz

La magnitud de las repercusiones del tabaquismo sobre la salud y sus consecuencias económicas debería convencer a los gobiernos de la Región de que deben tomar la iniciativa en el control del tabaquismo. Solo una actuación pública concertada tiene el alcance y la autoridad para revertir los niveles nocivos que tiene actualmente el consumo de tabaco. Al mismo tiempo, esta actuación debe ser promovida y apoyada por individuos, grupos, ONG y organizaciones bilaterales e internacionales. La experiencia ha demostrado la importancia del liderazgo adecuado para el éxito de las políticas y programas de control a nivel mundial, nacional y comunitario.

Por consiguiente, es esencial que los planes de acción establezcan y fortalezcan el liderazgo de las coaliciones nacionales según se ha propuesto en el Plan Interinstitucional sobre Tabaco o Salud para América Latina. Al mismo tiempo, se considera importante incorporar y coordinar las actividades con los centros colaboradores y con diferentes grupos, como los institutos para el tratamiento del cáncer y de las enfermedades respiratorias, así como con sociedades profesionales, como homólogos y copartícipes, bajo la orientación y el apoyo de los ministros de salud. La actuación concertada se considera esencial para crear o fortalecer movimientos contra el tabaco. De modo parecido, la Secretaría y todos los Estados Miembros deben llevar a cabo su misión de control del tabaquismo con un gran sentido de liderazgo y de trabajo conjunto.

Para unificar y acelerar las actividades orientadas hacia la prevención y el control del tabaquismo en la Región de las Américas, en 1994 la OPS y CLACCTA formaron una coalición para ejecutar el Programa Interinstitucional para América Latina. El Programa funciona actualmente bajo el auspicio de la OPS, la Asociación Estadounidense de Lucha contra el Cáncer (ACS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y, desde 1995, el Gobierno del Canadá, entidades que están aportando su apoyo técnico y financiero.

En materia de recursos, cabe señalar que la OPS cuenta actualmente con un Asesor Regional en Tabaco o Salud, dentro de la División de Promoción y Protección de la Salud en la Sede, como parte del Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental. Este profesional dedica aproximadamente 60% de su tiempo a la gestión y el apoyo

técnico del componente de tabaco, y el 40% restante lo dedica a temas relacionados con el abuso y la dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas. Además, los cargos de dos consultores interpaíses que trabajan en Argentina y en Venezuela se financian en parte con fondos extrapresupuestarios aportados por los Estados Unidos y el Canadá. Si llegaran a conseguirse otros fondos de este tipo, se designarían otros dos puntos focales subregionales, uno en México y el otro en el Caribe de habla inglesa. Actualmente, la Secretaría proporciona un secretario de tiempo completo y un presupuesto operativo de \$30.000 anuales, pero agregará recursos a medida que aumenten las actividades de control del tabaquismo.

Será esencial movilizar otros recursos extrapresupuestarios para que esta propuesta sea viable. Esto requerirá que se establezcan vínculos estrechos con los organismos interesados en Canadá y los Estados Unidos como parte de las alianzas estratégicas para buscar soluciones conjuntas a nivel internacional.

Una vez que se ponga en práctica el plan futuro, será necesario optimizar la coordinación dentro de las divisiones y programas de la OPS, tales como los de comunicación para la salud, escuelas y comunidades sanas, enfermedades crónicas no transmisibles, adolescencia, y políticas de salud.

Se pide a la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana que examine el presente documento, formule las observaciones que juzgue convenientes y apruebe las nuevas pautas para un plan de acción, así como el proyecto de resolución correspondiente presentado por el Comité Ejecutivo, basados en información actualizada y estrategias compatibles con la situación y las necesidades actuales de los Estados Miembros.

Referencias

1. MacEachern S, Stephens T, Kaiserman MJ. *The Economic Costs of Smoking: a Major Contributor to Budgetary Deficits*. Ponencia presentada en la segunda Conferencia Nacional en pro de un Canadá libre del Tabaco, Ottawa, 1 de noviembre de 1996.
2. National Cancer Institute of Canada. *Canadian Cancer Statistics, 1997*. Toronto: The Institute, 1997.
3. Nielson, A. C., Co. *Measurement of Retailer Compliance with respect to Tobacco Sales-to-Minors Legislation, Wave 3 Results, 1997*. Prepared for Health Canada, Office of Tobacco Control, 1997.

4. OPS, *Lucha contra el tabaquismo*, resolución CD33.R22, 33.º Consejo Directivo, septiembre de 1988.
5. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. *Mortality from Smoking in Developed Countries, 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
6. Single E, Robson L, Xie X, Rehm J. *The Costs of Substance Abuse in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 1996.
7. Stephens T, Kaiserman MJ, McCall DJ, Sutherland-Brown C. *School-based Smoking Prevention in Canada: A Cost-benefit Analysis*. Aceptado para publicación.
8. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Estimate on Tobacco Cost*. 1990.
9. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. USEPA Document No./600/6-90/006F.
10. World Bank. *Bellagio Statement on Tobacco and Sustainable Development*. June 1995.
11. WHO. *Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. En prensa.
12. WHO. *Tobacco or Health: A Global Status Report*. 1997.

Anexo

CE122.R6

PREVENCION Y CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO

LA 122.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el informe del Director sobre prevención y control del consumo de tabaco (documento CE122/12) y la resolución CD34.R12 (1989),

RESUELVE:

Recomendar a la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana la aprobación de una resolución redactada en los términos siguientes:

LA 25.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el informe del Director sobre prevención y control del consumo de tabaco (documento CSP25/11) y la resolución CD34.R12 (1989);

Reconociendo la gravedad de la epidemia de consumo y dependencia del tabaco como problema prioritario de salud en la Región, especialmente en los niños y adolescentes, y

Consciente de la necesidad de adoptar de inmediato medidas eficaces para la prevención y control de esta epidemia,

RESUELVE:

1. Aprobar las recomendaciones presentadas en el documento CSP25/11.

2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que tomen medidas urgentes para proteger a los niños y adolescentes por medio de la reglamentación de la publicidad, para la aplicación de leyes y ordenanzas para suprimir la venta de los productos del tabaco a menores y para el establecimiento de programas preventivos eficaces;
 - b) a que designen oficialmente a un funcionario o unidad responsable de la coordinación intra e interministerial de los programas de prevención y control del tabaquismo en el ámbito nacional;
 - c) a que elaboren y pongan en práctica un plan de acción, con medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales, para la prevención del consumo y control de tabaco.
3. Recomendar al Director que incremente los esfuerzos de la Organización hacia la movilización adecuada de recursos presupuestarios y extrapresupuestarios para apoyar y fortalecer los programas regionales de control del tabaquismo.

*(Aprobada en la quinta reunión,
celebrada el 24 de junio de 1998)*