

RESUMEN

Este artículo editorial describe el impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en el mundo subdesarrollado y los principales puntos del Convenio Marco para el Control del Tabaco acordados por 160 países en marzo de 2003 (legislación comercial e impositiva, medidas contra el tabaquismo pasivo, advertencias sanitarias, prohibición de la publicidad, fomento de las estrategias para el abandono del tabaco). Describe además las formas de presión implementadas por la industria tabacalera así como las claudicaciones de los gobiernos, particularmente en el tercer mundo y en Argentina.

INTRODUCCIÓN

El consumo mundial de tabaco está aumentando progresivamente. Estimaciones de 1999 indican que más de mil millones de personas (uno de cada tres adultos) son fumadoras, perteneciendo el 80% de ellas a los países más pobres y estimándose el número de fumadores para 2025 en mil seiscientos millones¹. Por otro lado, en 1990, de las tres millones de muertes mundiales relacionadas al tabaquismo, el 45% se produjeron en países en vías de desarrollo, estimándose que para las 8.4 millones de muertes previstas para 2020 la proporción aumentaría a 70%². Podemos decir, entonces, que el consumo de tabaco se proyecta como la principal causa de muerte en el mundo.

El traslado de la epidemia de tabaquismo de los países más ricos a los menos favorecidos se explica, en gran parte, porque la pobreza, la falta de información, la corrupción y la escasez de medidas de control del tabaquismo condicionan a una sociedad a sufrir mayores niveles de consumo.

La industria tabacalera es un negocio globalizado ya que la venta de tabaco y sus manufacturas, el contrabando de cigarrillos, la publicidad y las maniobras para evitar el control de sus actividades atraviesan fronteras.

EL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO

En 1999, para enfrentar esta crisis de la salud global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó al inicio de las negociaciones del primer tratado internacional de salud mundial de la historia, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)³. En Marzo de 2003 finalizaron en Ginebra las difíciles negociaciones entre los representantes de los más de 160 países participantes, incluyendo Argentina, acordándose un texto final⁴.

Podemos decir que el CMCT puede cambiar el futuro de la salud de la humanidad, principalmente porque aspira a globalizar las medidas de control del tabaco que ya benefician a los habitantes de muchos países, mayoritariamente del primer mundo. Lamentablemente, Argentina sirve para ilustrar cómo las políticas que impulsa el CMCT pueden escasear en un país del tercer mundo.

PUNTOS PRINCIPALES DEL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO

Salud y Comercio

Se logró que el tratado no quedara subordinado a acuerdos comerciales previos que podrían favorecer a la industria tabacalera y determina la protección a las políticas de salud por sobre los intereses comerciales (Art. 5).

En Argentina, 7% de lo recaudado en la venta de cigarrillos alimenta el Fondo Especial del Tabaco (180 millones de pesos anuales), subsidio administrado por funcionarios del estado que favorece el cultivo y la venta del tabaco.

Impuestos

Se promueve el uso de impuestos y políticas de precios como medidas eficaces para reducir el consumo de tabaco (Art. 6). El aumento del precio de los cigarrillos es la medida aislada más costo-efectiva para reducir las muertes por tabaquismo. Se estima que, en países pobres, un aumento de 10% podría reducir el consumo de cigarrillos un 8%¹.

Hablando de precios relativos, lamentablemente, en Argentina es demasiado barato fumar. Existe un índice que mide cuantos cigarrillos se pueden comprar en cada país por el precio de una hamburguesa Big Mac (un estándar de similar composición en todo el mundo). Este índice arroja un resultado de aproximadamente 10 cigarrillos por hamburguesa en Canadá, Gran Bretaña y Estados Unidos⁵, siendo en Argentina de 50 (según los precios de Abril de 2003).

Tabaquismo pasivo

Dispone que se apliquen medidas eficaces de protección contra el tabaquismo pasivo en lugares de trabajo y lugares públicos (Art.8).

A pesar de la evidencia del daño que provoca el tabaquismo involuntario^{6,7}, en Argentina se fuma hasta en los hospitales y se estima que 87% de los chicos de 13 a 15 años de Buenos Aires sufre exposición pasiva al humo del tabaco en lugares

públicos⁹. Por lo contrario, en Estados Unidos se festeja y se debate sobre la nueva prohibición de fumar en bares y restaurantes de la ciudad de Nueva York.

Advertencias sanitarias

Se dispone que el 50% y nunca menos del 30% de las superficies principales expuestas de los paquetes de cigarrillos estén ocupadas por advertencias sanitarias rotativas que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco, pudiendo incluir o consistir en pictogramas (Art. 11).

En Argentina las advertencias no son rotativas ni incluyen pictogramas y ocupan, a lo sumo, 20% de las superficies.

Publicidad

Se determina la implementación en un plazo máximo de cinco años de la prohibición completa de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Art.13).

En 1992, el ex presidente Carlos Menem vetó una ley anti-tabáquica que habría prohibido la publicidad y limitado fuertemente el tabaquismo pasivo. Investigaciones posteriores revelaron, que como parte de un proyecto Latinoamericano para debilitar el control del tabaco, dos multinacionales contrataron a un médico argentino para realizar actividades de lobby que fueron importantes para el veto presidencial⁹. Actualmente, el tabaco se publicita en Argentina en todos los medios de comunicación masiva y casi sin restricciones.

Dependencia y abandono del tabaco

Promueve que se adopten estrategias nacionales para tratar la dependencia del tabaco, incluyendo fácil accesibilidad a los tratamientos farmacológicos (Art. 14).

En Argentina no existen políticas nacionales de cesación tabáquica, los fármacos sustitutos de la nicotina no se consiguen fácilmente y su costo es prohibitivo para la mayoría de los fumadores.

Dr. Javier Saimovici [Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires]

Agradezco al Dr. Eduardo Bianco, Director del Programa de Control del Tabaco de la Fundación Interamericana del Corazón por su aporte bibliográfico.

Bibliografía:

1. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: World Bank, 1999. Disponible en www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
3. Towards a WHO framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization, 1999 (Documento nro. A52/VR/9).
4. Texto en español del CMCT disponible en <http://www.who.int/gb/ctcr/PDF/inb6/sinb65.pdf>
5. Lal A, Scollo M. The Big Mac index of cigarette affordability. *Tobacco Control* 2002;11:289-82.
6. Jiang HE, Vupputuri S, Allen K, y col. Passive smoking and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340:920-6.
7. Zhong L, Goldberg MS, Parent ME, y col. Exposure to environmental tobacco smoke and the risk of lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer* 2000;27:3-18.
8. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross country comparison. *Tobacco Control* 2002;11:252-270.
9. Barnoya J, Glantz S. Tobacco industry success in preventing regulation of secondhand smoke in Latin America: the "Latin Project". *Tobacco control* 2002;11:305-314.
10. Waxman HA. The future of the global tobacco treaty negotiations. *N Engl J Med* 2002;346:936-9.

EL FUTURO INMEDIATO

En todo tratado internacional, el texto que se negocie entre los países puede determinar la aplicación posterior de las políticas. Por ejemplo, no es igual "prohibir el humo de tabaco en el ambiente" (texto que no se logró incluir en el tratado) que "proteger de la exposición al humo" (mucho más ambiguo).

El CMCT podría haber sido más fuerte, pero la industria tabacalera lo debilitó, principalmente a través de la delegación de Estados Unidos, que cambió su posición inicial más favorable a la salud por otra más pro tabaco al asumir la administración Bush, que habría recibido siete millones de dólares de las tabacaleras para la campaña presidencial¹⁰.

El tratado debe ser ratificado en la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Mayo de 2003 por los delegados gubernamentales de los países y luego, firmado.

Los contenidos deben transformarse en leyes nacionales para su aplicación en la sociedad.

Sin embargo, la industria tabacalera seguirá operando sobre la ciudadanía y sus representantes para debilitar el Convenio y tratar de evitar su implementación.

CONCLUSIÓN

Depende de toda la sociedad, pero especialmente de la presión que ejerzan las organizaciones no gubernamentales y los profesionales de la salud que trabajan para mejorar el bienestar de la población, que los funcionarios políticos representen los intereses de la salud y no otros.

Como dijo la Dra. Brundtland, Directora General de la OMS:

"...el texto del CMCT constituye un hito y una herramienta invaluable que puede cambiar la evolución de la epidemia de tabaquismo si lo países la aplican adecuadamente..."

Lamentablemente falta un arduo camino por recorrer para que las importantes medidas de control del tabaco incluidas en el texto final del CMCT sean aplicadas en Argentina y en Latinoamérica.