

Tabaco o salud:

Situación en las Américas

Un informe de la
**Organización Panamericana
de la Salud**



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Tabaco o salud:

Situación en las Américas

**Un informe de la
Organización Panamericana
de la Salud**

Publicación Científica No. 536



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA

Publicada también en inglés (1992) con el título:
Tobacco or Health: Status in the Americas.
A report of the Pan American Health Organization
PAHO Scientific Publication No. 536
ISBN 92 75 11536 2

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud
Tabaco o salud : situación en las Américas :
un informe de la Organización Panamericana de
la Salud / Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C. : OPS, 1992. — 430 p.
(Publicación Científica ; 536)

ISBN 92 75 31536 1

I.	OPS	II. Título	III. (Serie)
1.		TABAQUISMO—previsión	
3.		TRASTORNO POR USO DE TABACO	3. AMERICA
NLM	QV137		

Debido a la necesidad de establecer una fecha de cierre para enviar este libro a imprimir nos hemos visto obligados a no incorporar algunos comentarios valiosos que lamentablemente llegaron después de dicha fecha

ISBN 92 75 31536 1

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Servicio Editorial, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud 1992

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

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

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

Contenido

Prefacio del Director de la Organización Panamericana de la Salud	v
Prefacio de la Cirujana General del Dpto. de Salud y Servicios Sociales de los EUA	vii
Agradecimientos	ix
Lista de países y otras entidades políticas incluidas en el informe	xiv
Visión general	1
Argentina	13
Bahamas	28
Barbados	37
Belice	46
Bolivia	52
Brasil	66
Canadá	85
Colombia	117
Costa Rica	135
Cuba	148
Chile	157
Departamentos y Territorios Franceses de Ultramar: Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica, San Pedro y Miquelón	172
Ecuador	181
El Salvador	193
Guatemala	200
Guyana	211
Haití	219
Honduras	224
Islas Vírgenes de los Estados Unidos de América	234
Jamaica	244
México	256
Nicaragua	270
Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS): Antigua y Barbuda, Dominica, Grenada, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas	278
Panamá	292
Paraguay	306
Perú	317
Puerto Rico	333
República Dominicana	344
Suriname, Aruba y Antillas Neerlandesas	352
Territorios Británicos: Anguila, Bermuda, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, e Islas Vírgenes Británicas	360
Trinidad y Tabago	372
Uruguay	385
Venezuela	400
Glosario	414

Prefacio
del Director,
Organización Panamericana de la Salud

Los problemas de salud asociados con el consumo de tabaco causan más de medio millón de muertes prematuras cada año en la Región de las Américas. Más aún, la carga que ocasionan en términos de enfermedad, invalidez, pérdida de productividad y uso de servicios de salud es incalculable.

Lamentablemente hay razones para temer que esta situación pudiera agravarse. Las grandes corporaciones transnacionales que dominan la industria tabacalera de América Latina y del Caribe han logrado saturar todo el continente con su publicidad, expandir sus mercados e imponer por doquier el consumo del tabaco "rubio".

Por otra parte, en mayor o menor medida, la población de la Región está envejeciendo, migrando hacia las zonas urbanas, las mujeres se están incorporando en mayor número a la fuerza laboral y se están cambiando las modalidades de vida de la población. Con ello se está aumentando el consumo de tabaco, lo que es particularmente notorio entre las mujeres y los jóvenes residentes de las áreas urbanas. Las consecuencias a largo plazo, en términos de enfermedad, invalidez y muerte podrían hacerse patentes en las próximas décadas.

Sin embargo, hay también razones para ser optimista porque hay países en este continente que están logrando reducir el consumo de tabaco en forma sostenida, lo que demuestra que la prevención y el control del tabaquismo son factibles y viables. Ha habido progreso, no solo en la toma de conciencia sobre el problema, sino que también en términos de la decisión política de los gobiernos, de mayor información para la opinión pública y de iniciación de amplios programas intersectoriales y multidisciplinarios de control del tabaquismo. Los países de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud ya están comprometidos en el desafío y están aunando sus voluntades para que las futuras generaciones vivan libres de tabaco.

El presente informe es el producto del esfuerzo de muchas personas y de numerosas agencias, cuya valiosa ayuda compromete nuestra gratitud. La publicación no solo aporta información descriptiva sobre el problema, sino que sirve de hito para medir el progreso alcanzado y de estímulo para acrecentar un esfuerzo concertado a nivel continental. La reducción y tal vez la eliminación del tabaquismo contribuirán significativamente al cumplimiento de la meta de salud para todos en el año 2000.

Carlyle Guerra de Macedo
Director

Prefacio
*de la Cirujana General,
Departamento de Salud y Servicios Sociales
de los Estados Unidos de América*

“El tabaquismo es peligroso para la salud”. Esa advertencia, pese a ser común hoy en día, es todavía invisible para muchos. Sigue existiendo una brecha entre lo que sabemos y lo que necesitamos lograr.

Ya no tenemos que detenernos en la demostración de los efectos nocivos del tabaquismo. Hemos informado al público al respecto y las encuestas en marcha demuestran que muchas personas han adquirido los conocimientos necesarios. Ahora debemos fomentar la acción basándonos en lo que hemos aprendido: el abandono del tabaquismo por parte de quienes fuman, la necesidad de evitar que empiecen a fumar quienes se proponen hacerlo y normalización del medio ambiente para todos.

Este informe, en el que se incluye un análisis de la situación del tabaquismo y de los programas de prevención del mismo en cada uno de los países de las Américas, es un pilar para esa acción. La información que contiene, recopilada durante varios años con la colaboración de todos los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, permite documentar la situación actual de las actividades de prevención y control del tabaquismo y, como debe ser, señala los triunfos y las deficiencias. El informe representa un punto de partida para desplegar un esfuerzo común, coherente y coordinado con el fin de eliminar el tabaquismo donde se haya arraigado y evitar que aparezca donde todavía no existe.

La publicación del presente informe coincide con la del Informe de la Cirujana General sobre Tabaquismo y Salud en las Américas, 1992, en el que se ofrece una visión panorámica del tabaquismo en el Hemisferio Occidental. Estos informes, relacionados entre sí, fueron el resultado de una continua actividad de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud y el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, en la que tengo el honor de haber participado. Espero con gran entusiasmo e ilusión la divulgación de estos informes y la adopción de las medidas que emanarán de nuestra colaboración.

Dra. Antonia C. Novello
Cirujana General

Agradecimientos

La preparación de este informe estuvo a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en colaboración con el Departamento de Salud y Servicios Sociales, Servicio de Salud Pública de los EUA bajo la dirección general de:

Carlyle Guerra de Macedo, Director, OPS

Francisco López-Antuñano, Director del Area de Desarrollo de Programas de Salud, OPS

Helena E. Restrepo, Coordinadora, Programa de Promoción de la Salud, OPS

Eric S. Nicholls, Asesor Regional en Enfermedades No Transmisibles, Programa de Promoción de la Salud, OPS

Thomas E. Novotny, Editor Principal, Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América y Consultor de la OPS

Los editores subregionales fueron los siguientes:

Aloysio Achutti, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, *Cono Sur y Brasil*

Neil Collishaw, Departamento de Salud y Bienestar Nacional, Canadá, *Canadá y el Caribe*

Sylvia Robles, Universidad de Costa Rica, *Centro América, Caribe Latino y México*

Margarita Ronderos Torres, Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, *Subregión Andina*

Bernadette Theodor-Gandhi, Centro de Epidemiología del Caribe, OPS, *Subregión del Caribe*

A continuación se enumeran los colaboradores en los países:

Argentina

Carlos Alvarez Herrera
Fundación Salud Pública
Buenos Aires, Argentina

Marcela Porcellana
Fundación Salud Pública
Buenos Aires, Argentina

Bahamas

Hanna Gray
Ministerio de Salud
Nassau, Bahamas

Barbados

Bernadette Theodor-Gandhi
Centro de Epidemiología del Caribe
Puerto España, Trinidad y Tabago

Belice

Claudia Cayetano
Hospital de la Ciudad de Belice
Ciudad de Belice, Belice

Bolivia

Jaime L. Ríos-Dalenz
Jefe del Departamento de Patología
La Paz, Bolivia

Brasil

Vera Luiza de Costa e Silva
Ministerio de Salud, Pro-Onco
Rio de Janeiro, Brasil

Canadá

Thomas Stephens
Consultor
Ontario, Canadá

Colombia

Margarita Ronderos Torres
Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, Colombia

Costa Rica

Gonzalo Vargas Chacón
Consejo Nacional de Cáncer
San José, Costa Rica

Cuba

Patricia Varona Pérez
Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología
La Habana, Cuba

Chile

María Cecilia Sepúlveda
Ministerio de Salud
Santiago, Chile

Departamentos y Territorios Franceses de Ultramar

Jocelyne Amourgon
Servicio de Programas de Salud
Basse-Terre, Guadalupe

Lowell Lewis
Ministerio de Salud
Montserrat

Jacques de Thoré
Centre Hospitaliers Regional Universitaire
Fort-de-France, Martinica

Ecuador

Nelson Edwin Samaniego S.
Ministerio de Salud Pública
Quito, Ecuador

El Salvador

Ernesto A. Urquilla Milián
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador, El Salvador

Guatemala

Romeo Lucas Medina
Ministerio de Salud
Ciudad de Guatemala, Guatemala

Guyana

Kenforth Danns
Georgetown, Guyana

Haití

Pierre Denicé
APAAC
Puerto Príncipe, Haití

Honduras

Carlos Alberto Fortín Metzger
Instituto Hondureño de Alcoholismo,
Drogadicción y Farmacodependencia
Tegucigalpa, D.C., Honduras

Islas Vírgenes Estadounidenses

Ann Hatcher
Departamento de Salud
St. Croix, Islas Vírgenes Estadounidenses

Jamaica

Loraine Barnaby
Ministerio de Salud
Kingston, Jamaica

México

Magdalena Labrandero
Instituto de Enfermedades Respiratorias
México, D.F., México

Organización de Estados del Caribe Oriental

Sheila Piggott
Ministerio de Salud
Antigua y Barbuda
Roderick Fortune
Ministerio de Salud
Goodwill, Dominica
Carl F. Brown
Ministerio de Salud y Medio Ambiente
Kingstown, San Vicente y las Granadinas
Debra Louisy-Charles
Ministerio de Salud
Castries, Santa Lucía
Angela Gittens
Ministerio de Salud
St. George's, Grenada

Panamá

Nilda Chong
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá, Panamá

Paraguay

Gilberto Chaparro Abente
Liga Paraguaya contra el Tabaquismo
Asunción, Paraguay

Perú

Edgar Amorín Kajatt
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Lima, Perú

Puerto Rico

Anabel Santiago
Departamento de Salud Pública
San Juan, Puerto Rico

República Dominicana

Tabaré de los Santos
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo, República Dominicana

Suriname, Aruba y Antillas Neerlandesas

Wim Bakker
Oficina de Salud Pública
Paramaribo, Suriname
Ferdinand A. Vorst
Ministerio de Salud
Oranjestad, Aruba

Territorios Británicos

Cecilia Staut
Pebbles Hospital
Roadtown, Islas Vírgenes Británicas
Alla Kumar
Ministerio de Salud
Islas Caimán

Vernice E. Hendrickson
Departamento de Salud
Basse-Terre, San Kitts y Nevis

Stephenson Rogers
Ministerio de Salud
Anguila

John Cann
Ministerio de Salud
Paget, Bermuda

Trinidad y Tabago

Gloria Beckles
Centro de Epidemiología del Caribe
Puerto España, Trinidad y Tabago

Uruguay

Roberto Silva Sosa
Ministerio de Salud
Montevideo, Uruguay

Venezuela

Manuel Adrianza
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Caracas, Venezuela

Natasha A. de Herrera
Centro Médico Docente La Trinidad
Caracas, Venezuela

A continuación aparece la lista de revisores y otros contribuidores:

Argentina

Enrique Nájera
Representante de la OPS/OMS
Buenos Aires, Argentina
Emma Balossi
Instituto Nacional de Servicios
Sociales para Jubilados y Pensionistas
Buenos Aires, Argentina

Bahamas

Barry Whalley
Representante de la OPS/OMS
Nassau, Bahamas

Belice

César Hermida
Representante de la OPS/OMS
Ciudad de Belice, Belice

Bolivia

Germán Perdomo
Representante de la OPS/OMS
La Paz, Bolivia

Brasil

Cesar Gómes Victora
Universidade Federal de Pelotas
Pelotas, Brasil
Rodolfo Rodríguez
Representante de la OPS/OMS
Brasilia, Brasil
José Rosenberg
Universidade Católica de Sorocaba
São Paulo, Brasil

Canadá

Murray J. Kaiserman
Departamento de Salud y Bienestar Nacional
Ottawa, Canadá
Wayne Millar
Centro Canadiense de Información de Salud
Ottawa, Canadá
Fernand Turcotte,
Departamento de Medicina Social y Preventiva
Universidad de Laval
Quebec, Canadá

Colombia

Antero Coelho Neto
Representante de la OPS/OMS
Bogotá, Colombia

Mauricio Restrepo
Instituto Nacional de Salud
Bogotá, Colombia

Juan Manuel Zea
Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá, Colombia

Costa Rica

Guido Miranda
Departamento de Salud Pública
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica
Raúl Penna Melo
Representante de la OPS/OMS
San José, Costa Rica

Cuba

Miguel Angel Márquez
Representante de la OPS/OMS
La Habana, Cuba
Nery Suárez-Lugo
Instituto Cubano de Investigaciones y
Orientación de la Demanda Interna
La Habana, Cuba

Chile

Sergio Bello
Coordinador Comisión de Tabaquismo
Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias
Santiago, Chile
Ernesto Medina
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile
Santiago, Chile
Gustavo Mora
Representante de la OPS/OMS
Santiago, Chile

Departamentos y Territorios Franceses de Ultramar

Monique Karan
Observadora Regional de Salud de la Guayana
Cayene, Guayana
J. L. Grangeon
Inspector Regional Médico de Salud
Fort-de-France, Martinica

Ecuador

Italo Barragán
Representante de la OPS/OMS
Quito, Ecuador
Carlos Salvador García
Presidente del CILA
Quito, Ecuador
Juan Carlos Zevallos
Consultorios Médicos Pichinchas
Quito, Ecuador

Estados Unidos de América

Carol Bean
Artemis Associates
Springfield, Virginia
Ronald M. Davis
Oficial Médico Principal
Departamento de Salud Pública de Michigan
Lansing, Michigan
Richard B. Rothemberg
Centro Nacional para la Prevención de Enferme-
dades Crónicas y Promoción de la Salud
Centros para el Control de Enfermedades
Atlanta, Georgia

Guatemala

Juan Antonio Casas
Representante de la OPS/OMS
Guatemala, Guatemala
Carlos Tejada
Universidad del Valle
Guatemala, Guatemala

Guyana

Peter R. Carr
Representante de la OPS/OMS
Georgetown, Guyana

Haití

Xavier Leus
Representante de la OPS/OMS
Puerto Príncipe, Haití

Honduras

Juan Almendares Bonilla
Comisión Nacional para el Control del Tabaquismo
Tegucigalpa, D.C., Honduras
Luis Antonio Loyola
Representante de la OPS/OMS
Tegucigalpa, Honduras

Islas Vírgenes Británicas

Cora Christian
Departamento de Salud
St. Croix, Islas Vírgenes Estadounidenses

Islas Vírgenes Estadounidenses

Ronald Aubert
Centros para el Control de Enfermedades
Atlanta, Georgia
Simon Jones Hendrickson
St. Thomas, Islas Vírgenes Estadounidenses
Frank Leroy Mills
Universidad de las Islas Vírgenes
St. Thomas, Islas Vírgenes Estadounidenses

Jamaica

Samuel Aymer
Representante de la OPS/OMS
Kingston, Jamaica
Carol Gayle
Ministerio de Salud
Kingston, Jamaica

México

Julio Frenk
Instituto Nacional de Salud Pública
México, D.F., México
Jaime Sepúlveda
Director General de Epidemiología
México, D.F., México
Juan Manuel Sotelo
Representante de la OPS/OMS
México, D.F., México

Nicaragua

Carlos Linger
Representante de la OPS/OMS
Managua, Nicaragua

Organización de Estados del Caribe Oriental

Stella Horsford
Secretaria Permanente
Ministerio de Servicios Sociales
The Valley, Anguila

Panamá

Vicente Bayard
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá, Panamá
Oscar Fallas
Representante de la OPS/OMS
Ciudad de Panamá, Panamá

Paraguay

Armando López-Scavino
Representante de la OPS/OMS
Asunción, Paraguay
Claudio Prieto
Círculo Paraguayo de Médicos
Asunción, Paraguay

Perú

Julio Burbano
Representante interino de la OPS/OMS
Lima, Perú
Elmer Huerta
Becario, División de Prevención y
Control del Cáncer
Instituto Nacional del Cáncer
Bethesda, Maryland (EUA)

Luis Pinillos Ashton
Presidente, Comité Latinoamericano Coordinador
del Control del Tabaquismo
Lima, Perú

Puerto Rico

Evelyn Santos de Rodríguez
Asociación Puertorriqueña del Pulmón
Hato Rey, Puerto Rico

John Rullan
Epidemiólogo Territorial
San Juan, Puerto Rico

Miguel Angel Sisamone Rodríguez
Sociedad Americana del Cáncer
San Juan, Puerto Rico

República Dominicana

Hugo R. Mendoza
Director CENISMI
Santo Domingo, República Dominicana

Mirta Roses
Representante de la OPS/OMS
Santo Domingo, República Dominicana

Suriname, Aruba y las Antillas Neerlandesas

Michael O'Carroll
Representante de la OPS/OMS
Paramaribo, Suriname

J. Lee-On
Ministerio de Salud e Higiene Ambiental
Willamsted, Antillas Neerlandesas

Trinidad y Tabago

Paul Ellis
Representante de la OPS/OMS
Puerto España, Trinidad y Tabago

Ralph Henry
Universidad de las Indias Occidentales
St. Augustine, Trinidad y Tabago

Merle Lewis Prevall
Ministerio de Salud Pública
Puerto España, Trinidad y Tabago

Uruguay

Helmut Kasdorf
Montevideo, Uruguay

Vladimir Rathouser
Representante de la OPS/OMS
Montevideo, Uruguay

Venezuela

Hernán Málaga
Representante de la OPS/OMS
Caracas, Venezuela

Simón Muñoz
Universidad Central de Venezuela
Caracas, Venezuela

Organización Panamericana de la Salud

Elías Anzola Pérez
Programa de Promoción de la Salud
Washington, D.C.

Mónica Bolis
Desarrollo de Políticas de Salud
Washington, D.C.

David Brandling-Bennett
Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias
Washington, D.C.

Halmond C. Dyer
Coordinador, Programa del Caribe
Bridgetown, Barbados

Knox Hagley
Programa de Promoción de la Salud
Bridgetown, Barbados

Ivette Holder
Centro de Epidemiología del Caribe
Puerto España, Trinidad y Tabago

James Hospedales
Centro de Epidemiología del Caribe
Puerto España, Trinidad y Tabago

Renate Plaut
Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias
Washington, D.C.

Janette da Silva
Desarrollo de Recursos Humanos
Washington, D.C.

Cesar Augusto Vieira
Desarrollo de Políticas de Salud
Washington, D.C.

Franklin M. White,
Centro de Epidemiología del Caribe
Puerto España, Trinidad y Tabago

Naciones Unidas

Clyde Applewhite
Director
Comisión Económica para América Latina
y el Caribe
Puerto España, Trinidad y Tabago

Lista de países y otras entidades políticas de las Américas incluidos en el informe

América Latina

Subregión Andina

Bolivia
Colombia
Ecuador
Perú
Venezuela

Subregión del Cono Sur

Argentina
Chile
Paraguay
Uruguay

Brasil

Centroamérica

Belice
Costa Rica
El Salvador
Guatemala
Honduras
Nicaragua
Panamá

México

Caribe Latino

Cuba
Haití
Puerto Rico
República Dominicana

Caribe

Anguila
Antigua y Barbuda
Antillas Neerlandesas
Aruba
Bahamas
Barbados
Bermuda
Dominica
Grenada
Guadalupe
Guayana Francesa
Guyana
Islas Caimán
Islas Turcas y Caicos
Islas Vírgenes Británicas
Islas Vírgenes Estadounidenses
Jamaica
Martinica
San Kitts y Nevis
San Vicente y las Granadinas
Santa Lucía
Suriname
Trinidad y Tabago

Norteamérica*

Canadá
San Pedro y Miquelón

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud ni del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

*Debido al cuantioso material que existe acerca del tabaquismo y la salud en los Estados Unidos (más de 60,000 artículos y 22 Informes del Cirujano General sobre el tabaco y la salud publicados anteriormente), este informe se centra en la situación del Canadá, Latinoamérica y el Caribe. La mayor parte de la información aquí presentada no está disponible en ninguna otra fuente única.

Visión General

Introducción

Fundamentación del informe

Antecedentes del informe

Metodología

- Función de los diversos contribuyentes
- Informes de los colaboradores en los países
- Fuentes centrales de datos y sus limitaciones
- Esbozo de los capítulos

Resultados generales

- Adelantos en la lucha contra el uso del tabaco en los Estados Unidos y el Canadá
- Cambios sociodemográficos
- La industria tabacalera
- Uso del tabaco
- Tabaquismo y salud
- Actividades de prevención y control del tabaquismo

Resumen y recomendaciones

Referencias

Introducción

El presente documento consta de varios informes individuales sobre el tabaquismo y la salud en las naciones, los territorios y otras entidades políticas de la Región de las Américas. Se preparó con la finalidad de recopilar la información disponible sobre el uso del tabaco, las enfermedades causadas por dicho producto y las actividades de prevención y control del uso del mismo en cada una de esas entidades políticas hasta fines de 1990. Se pretende emplearlo como complemento del informe de la Cirujana General de los Estados Unidos, 1992, titulado *Tabaquismo y salud en las Américas*, preparado en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Puesto que hay tanto material disponible sobre el tabaquismo y la salud en los Estados Unidos (más de 60 000 artículos y 22 informes previos del Cirujano General de los Estados Unidos sobre el tabaco y la salud), el presente informe se concentra en el Canadá, la América Latina y el Caribe. La mayor parte de la información que contiene este documento no se puede encontrar en una sola fuente.

Fundamentación del informe

El estilo de vida y los patrones de conducta personal son los principales factores determinantes de la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares y los tumores malignos (Mosley, 1990). Muchos de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como el uso del tabaco, se han generalizado más con la creciente urbanización y los cambios del estilo de vida. Sin embargo, casi todas las actividades de prevención primaria de las enfermedades en los países en desarrollo están orientadas todavía hacia las enfermedades infecciosas y agudas o los problemas de la salud materno-infantil. A medida que se controlan dichos problemas de salud, aumenta la longevidad y la población envejece. Estos cambios de los patrones de salud y enfermedad y los de los factores económicos y sociológicos determinantes, cuyo efecto es recíproco, constituyen lo que ha llegado a llamarse la "transición epidemiológica". Esta transición, en que las enfermedades crónicas no transmisibles desplazan a las infecciosas como causas principales de morbilidad y mortalidad, es evidente en los países desarrollados y está en evolución en los países en desarrollo (Omran, 1971).

Basándose en los cambios de la estructura por

edad de la población latinoamericana, es de esperar que la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos ascienda a más del doble de la de las enfermedades agudas en lactantes y niños pequeños (Mosley, 1990). El rápido surgimiento de la epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, particularmente de cáncer de pulmón, con las que posiblemente se enfrenten las naciones de las Américas en los próximos decenios, será una carga sobrepuesta en sistemas de salud destinados a controlar las enfermedades infecciosas y los problemas de salud materno-infantil (Lopez, 1990). Por tanto, es de suma importancia que las naciones de las Américas comprendan los aspectos históricos, económicos, políticos y de salud pública de la producción y consumo de tabaco. Ello facilitará la planificación de las medidas de control necesarias para aliviar la inminente carga que representan las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

Como reacción a la baja del volumen de ventas de tabaco en el mundo desarrollado, las compañías tabacaleras transnacionales han abierto nuevos mercados extranjeros. La historia de la penetración a esos mercados en la América Latina está bien documentada en el Informe de la Cirujana General de los Estados Unidos, 1992. Menos evidente es el efecto morboso del uso del tabaco en esas naciones. En gran parte, la morbilidad ocasionada por la exposición prolongada al tabaco está todavía por ocurrir en la mayoría de los países de las Américas. Sin embargo, son obvias las repercusiones de la mayor carga que para los sistemas de atención de salud representa la morbilidad causada por enfermedades crónicas debidas al tabaquismo. Lo que también debe ser obvio es la posibilidad de evitar gran parte de esa carga por medio de actividades concertadas de salud pública para combatir el uso del tabaco y otros factores de riesgo. A menudo, se asigna poca importancia a dichas actividades ante la percepción de los beneficios económicos asociados con el cultivo y la producción de tabaco en los países menos desarrollados (Barry, 1990).

La información y los conocimientos teóricos y prácticos que señalan al tabaquismo como un problema de salud pública son elementos esenciales de la actividad de prevención primaria contra las enfermedades relacionadas con el uso de tabaco. Esos elementos entrañan comprensión del actual medio sociodemográfico, acopio de datos sobre el uso del tabaco y sus factores determinantes, análisis de los resultados de la enfermedad causada por el uso del tabaco, normas y legislación, impuestos a los cigarrillos e inversiones directas en programas públicos

de control del tabaquismo. En los diversos capítulos del presente documento se resume la situación actual de las actividades de control del tabaquismo en el Canadá, la América Latina y el Caribe.

Antecedentes del informe

Aunque la OPS ha venido preocupándose por el tabaquismo desde comienzos de los años 70, las actividades de los programas pertinentes comenzaron a mediados de los 80. En 1984, la OPS convocó a una reunión en Punta del Este, Uruguay, sobre programas para el control de las enfermedades no transmisibles. Esa actividad fue seguida de la recomendación de un grupo asesor a efectos de que se celebraran talleres subregionales sobre el control del tabaquismo en los Países Miembros. Ulteriormente se celebraron talleres para los países del Cono Sur y el Brasil en 1985, la subregión Andina en 1986, el Caribe de habla inglesa en 1987 y Mesoamérica en 1988. En el último año citado, durante su 33ª Reunión, el Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución titulada "Lucha contra el tabaquismo" que fue respaldada por los Ministros de Salud de las Américas. En 1989, el Consejo Directivo de la OPS, en su 34ª Reunión anual celebrada en Washington, D.C., aprobó un Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control del Tabaquismo (Resolución CD 34/12) (véase *Tabaquismo y salud en las Américas*, capítulo 6 [USDHHS, 1992]). Este plan exige la realización de actividades de salud pública en los planos regional y nacional para prevenir y controlar el uso del tabaco y proteger la salud de los no fumadores. El plan incluye formulación de políticas, planes y programas nacionales, movilización de recursos, manejo y difusión de información, adiestramiento, investigación y establecimiento de servicios de asesoramiento técnico.

Como resultado de las actividades del Programa de Promoción de la Salud de la OPS para apoyar el plan regional y los intereses internacionales de la Oficina de Tabaquismo y Salud (OSH) de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), se prepararon informes detallados sobre el tabaquismo y la salud en las Américas. El presente informe es parte de un proyecto de mayor envergadura iniciado en 1988 por C. Everett Koop, antiguo Cirujano General de los Estados Unidos, y Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS. La Oficina de Tabaquismo y Salud, el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, CDC, el Servicio de Salud Pública y el Programa de Promoción de la Salud de la OPS

(Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud) proporcionaron personal y apoyo para el proyecto.

El informe de la Cirujana General de los Estados Unidos, 1992, fue publicado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América con asistencia de la OPS. Contiene un amplio análisis general de los aspectos históricos, sociales, económicos y legislativos del tabaquismo en las Américas y define las actividades en marcha para el control del tabaquismo en los países de las Américas. Este informe de la situación regional es publicado únicamente por la OPS.

Metodología

Función de los diversos contribuyentes

Numerosos contribuyentes han participado en la preparación del presente informe. La responsabilidad general de la producción del mismo se asignó al Programa de Promoción de la Salud de la OPS y a uno de sus elementos, el Programa de Tabaco o Salud. Los principales contribuyentes fueron individuos identificados en cada país o entidad política, que tenían conocimientos específicos sobre asuntos y programas relacionados con el tabaco. Estos "colaboradores de país" eran generalmente trabajadores de salud pública o epidemiólogos. En todos los casos, la OPS solicitó la cooperación de cada Ministerio de Salud para apoyar a esas personas. En el caso de los territorios y dependencias del Caribe, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), una entidad de la OPS localizada en Puerto España, Trinidad y Tabago, ayudó a seleccionar colaboradores. En el caso de los territorios de los Estados Unidos (las Islas Vírgenes y Puerto Rico), se estableció contacto con los departamentos de salud territoriales para que suministraran los nombres de los colaboradores. La principal responsabilidad de estos últimos era llenar un detallado formulario de encuesta que contenía preguntas sobre diversos aspectos del tabaquismo.

Debido a la vasta extensión de la Región, se seleccionaron editores subregionales para que supervisaran la recopilación de datos y prepararan borradores iniciales de los capítulos sobre determinados países. Después de acopiar los datos preliminares, los colaboradores se reunieron con el personal de la OPS, el de la Oficina de Tabaquismo y Salud, los editores subregionales y otros miembros del personal de apoyo en febrero y marzo de 1990. Tras un examen de los datos preliminares, los cola-

boradores completaron su recopilación de datos y presentaron informes finales a los editores subregionales. Se emplearon fuentes centrales de datos, descritas más adelante, para suplementar los informes de los colaboradores. A continuación, los editores prepararon el borrador inicial de los diversos capítulos que la OPS tradujo al inglés cuando fue necesario. Los editores revisaron esos capítulos y los correspondientes a los países de habla hispana se tradujeron al español para efectos del proceso de revisión. Cada uno fue revisado luego por el colaborador seleccionado en cada país, el representante de la OPS en cada País Miembro (quien solicitó comentarios a los Ministerios de Salud), uno o más expertos en tabaquismo de cada país o entidad política y un grupo de revisores de la Sede Regional de la OPS. Los comentarios de la revisión fueron incorporados por los editores. Véase la lista de editores, colaboradores, revisores y otros contribuyentes en la sección que contiene la nota de agradecimiento.

Informes de los colaboradores en los países

Los funcionarios de la OPS y de la Oficina de Tabaquismo y Salud (OSH) prepararon un cuestionario detallado en el que se indicaron los datos que deberían proporcionar los colaboradores de cada país. Dicho cuestionario fue examinado por un grupo de expertos internacionales y traducido al español por la OPS y al francés por el Departamento de Salud y Bienestar del Canadá. En el cuestionario se incluyó información específica sobre la vigilancia del uso del tabaco por parte de adultos y adolescentes, la actitud y los conocimientos del público en relación con el tabaquismo, diversas formas de uso del tabaco y la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el tabaquismo. Además, se notificaron datos sobre el consumo per cápita de cigarrillos, los impuestos a los cigarrillos y la industria tabacalera. Se presentaron resúmenes de las leyes promulgadas para controlar el uso del tabaco, limitar la propaganda de productos del tabaco, restringir el acceso de los jóvenes al mismo, indicar el contenido de alquitrán y nicotina de los cigarrillos vendidos en el comercio y exigir que se imprimieran advertencias en los envases del producto. Por último, se describieron diversas actividades de prevención y control del tabaquismo realizadas por entidades públicas y privadas.

En la mayoría de los casos, no se pidió a los colaboradores que proporcionaran la información ya existente en las fuentes centrales de datos (véase la sección sobre fuentes de datos más adelante),

pero, en algunos, como sucedió con los datos de producción de tabaco y fabricación de cigarrillos, los colaboradores presentaron información obtenida localmente para confirmar la validez de la proveniente de las fuentes centrales. Se pidió a los colaboradores que proporcionaran copias de informes, encuestas, legislación y publicaciones que hubieran empleado en sus informes.

Fuentes centrales de datos y sus limitaciones

Se utilizaron varias fuentes de datos para la producción del presente informe. El Centro de Información Técnica de la Oficina de Tabaquismo y Salud y la OPS realizaron búsquedas bibliográficas en la literatura médica publicada en inglés y español; los artículos que fue posible conseguir por medio de esas búsquedas se enviaron a editores subregionales para que los emplearan en sus respectivos informes. Se obtuvo información sobre indicadores económicos y de salud de carácter general relativos a cada país en varios documentos publicados por el Banco Mundial (1989-1990), el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (1990) y la OPS (1986, 1990). Se obtuvieron datos sobre mortalidad en determinados países en el banco de datos de la OPS para el análisis de mortalidad causada por el tabaquismo. Por regla general, en los capítulos de los países se incluyeron solo los datos de los 10 años anteriores al informe (de ordinario, de 1978 ó 1979).

Los datos sobre producción, importación, exportación, fabricación y consumo de tabaco se tomaron de la base de datos computadorizados del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, 1990). Esos datos son acopiados por emisarios enviados al exterior por el USDA como agregados a las Embajadas de los Estados Unidos. Además, los datos sobre la industria tabacalera de cada país se tomaron de informes de la Asociación de Comerciantes de Tabaco (1989), el Informe Maxwell para el Consumidor (1989), el grupo Euromonitor Consultancy (1990), Agroecconomics and Tabacosmos, Ltd. (1987) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (1990). Siempre que fue posible, se compararon estos datos con los acopiados por los colaboradores de los países.

Por último, se incluyeron como referencias informes de diarios, publicaciones de la industria tabacalera (como *Tobacco Journal International*), informes del USDA (*World Tobacco*) e informes inéditos de encuestas sobre el uso del tabaco.

En muchos casos, la metodología de las en-

cuestas notificadas por los colaboradores de los países no estaba normalizada ni documentada; por tanto, fue imposible confirmar la validez de los resultados de varias encuestas. En algunos casos, se puso en tela de juicio la aparente validez de los datos sobre consumo y producción. Por ejemplo, en muchos países pequeños, los datos del USDA sobre producción han sido exactamente los mismos durante varios años consecutivos; a veces se notifican grandes aumentos de consumo o producción, que pueden ser debidos a cambios en la notificación y que dificultan el análisis específico de un año a otro.

Muchos países de las Américas tienen problemas en lo que respecta a la representatividad nacional de los datos de mortalidad. Esos problemas resultan del subregistro de defunciones, la falta de certificación del médico sobre la causa de defunción y las deficiencias de codificación. Estos asuntos se han examinado detalladamente en informes pasados de la OPS (por ejemplo, *Las condiciones de salud en las Américas* [OPS, 1990]) y son importantes para entender el verdadero efecto morboso del uso del tabaco. En particular, los datos de mortalidad de los ancianos y los residentes en las zonas rurales son objeto de subregistro y de falta de precisión en cuanto a la causa de defunción. Puesto que la mortalidad relacionada con el tabaquismo afecta principalmente a las personas de más edad, es difícil estimar con precisión el efecto morboso del tabaco basándose en la mortalidad notificada. Algunos países y determinadas regiones dentro de ellos tienen excelentes datos de mortalidad; por tanto, se presentaron las tendencias de la mortalidad relacionada con el tabaquismo en esos países.

Esbozo de los capítulos

Por causa de las dificultades mencionadas anteriormente, es posible que los capítulos de los países no sean uniformes en cuanto a los datos y a las materias cubiertas. Además, por conveniencia, se unieron muchos países y territorios pequeños de la subregión del Caribe. Esos capítulos mixtos incluyen los de la Organización de los Estados del Caribe Oriental (Antigua y Barbuda, Dominica, Grenada, San Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas); los departamentos y territorios franceses de ultramar (Guadalupe, Martinica, la Guayana Francesa y St. Pierre y Miquelon en América del Norte); Suriname, Aruba y las Antillas Neerlandesas; y los territorios británicos (Anguila, Bermuda, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán y las Islas Turcas y Caicos). Los territo-

rios de los Estados Unidos (las Islas Vírgenes y Puerto Rico) se presentaron en capítulos aparte debido a la mayor cantidad de información disponible.

Cada capítulo tiene el siguiente esbozo básico:

Características generales: Esta sección contiene información geográfica, demográfica, de salud en general y económica tomada de fuentes centrales de datos. El Cuadro 1 ofrece siempre un resumen de esos datos en cada país. A veces, se presentan también pirámides de población.

La industria del tabaco: Esta sección contiene información sobre cultivo y producción de tabaco, empleo en la industria tabacalera, manufactura y comercio, publicidad y mercadeo, y medidas tributarias.

Prevalencia y consumo: Esta sección contiene información sobre el consumo per cápita (generalmente de las personas de 15 años y más), la prevalencia de fumadores adultos y adolescentes y la actitud y las creencias del público acerca del tabaquismo.

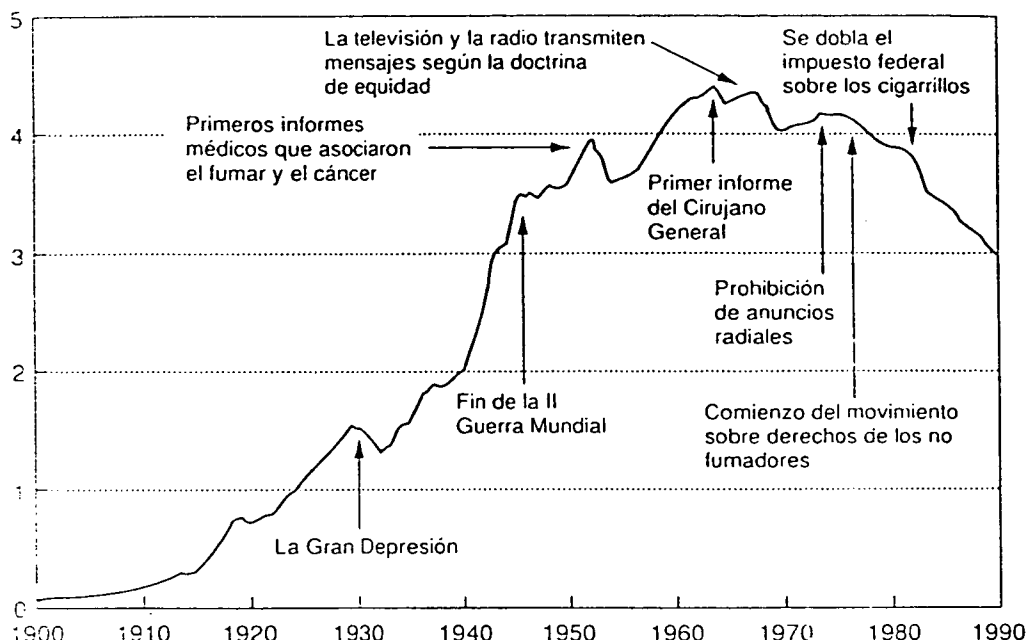
Tabaquismo y salud: En esta sección se presentan datos sobre las tendencias de la mortalidad, la mortalidad proporcional y la atribuible a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Cuando existen, se notifican datos sobre morbilidad hospitalaria y costos económicos relacionados con las enfermedades crónicas causadas por el tabaquismo.

Actividades de prevención y control del tabaquismo: En esta sección se presenta la información sobre la estructura y organización de los programas de control del tabaquismo. También se presentan todas las actividades de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los organismos voluntarios, que incluyen programas educativos en las escuelas y los medios de comunicación, programas de ayuda para dejar de fumar y políticas pertinentes. Se incluye además la legislación destinada a regular el uso del tabaco, el acceso de los menores a dicho producto, la propaganda del mismo y la necesidad de imprimir advertencias en los envases y, en algunos casos, una sección sobre la *industria tabacalera*.

Resumen y conclusiones: Se presenta un breve resumen del capítulo con tres conclusiones o más por país. Se han derivado conclusiones similares con respecto a muchos países.

Referencias: Todos los capítulos contienen referencias por autor y fecha de los datos que se presentan. Muchas referencias provienen de publicaciones oficiales y datos inéditos. Estas referencias fueron proporcionadas, de ordinario, por los colaboradores de cada país y no se han incluido todavía en

Figura 1. Consumo per cápita (en miles) de cigarrillos por adultos y principales acontecimientos, Estados Unidos, 1900 a 1990



Fuente: U.S. Department of Agriculture, 1990.

la literatura médica. Los ejemplares de los informes de los colaboradores y de la mayoría de los inéditos se han guardado en la base de datos del Programa de Promoción de la Salud de la OPS.

Resultados generales

La Región de las Américas es heterogénea con respecto al uso del tabaco, su economía, el efecto de las enfermedades que causa y las medidas de control pertinentes. Sin embargo, surgen varios temas comunes de los informes de cada país. Aunque dichos temas se tratan con mayores detalles en el informe de la Cirujana General de los Estados Unidos, 1992, algunos se resumen a continuación.

Adelantos en la lucha contra el uso del tabaco en los Estados Unidos y el Canadá

En los Estados Unidos y el Canadá se ha reconocido la epidemia causada por el uso del tabaco y su secuela de enfermedades y se le ha confrontado de diversas maneras. Los resultados de las actividades de salud pública destinadas a prevenir y controlar el uso del tabaco se hacen cada vez más visibles en esas naciones y se ha escrito mucho sobre este tema, particularmente en los Estados Unidos.

En el informe del Cirujano General de los Es-

tados Unidos, 1989, se hizo hincapié en los adelantos logrados para combatir el tabaquismo en ese país en los 25 años transcurridos desde que se publicó el primer informe del Cirujano General del Servicio de Salud Pública en 1964 (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos [USDHHS], 1989). El consumo anual per cápita de cigarrillos por parte de adultos (de 18 años y más) se redujo 26%, de 4345 cigarrillos en 1963 a 3196 en 1987 (Figura 1). La prevalencia del tabaquismo se redujo mucho en los hombres y un poco menos en las mujeres, pero no disminuyó casi nada en las personas con poca escolaridad. Ya en 1987, casi la mitad de las personas que habían fumado cigarrillos alguna vez habían dejado de hacerlo. Lamentablemente, debido a las diferencias entre el número de personas que dejan e inician el tabaquismo, se pronostica que a mediados de los años 90, la prevalencia en los Estados Unidos será mayor en las mujeres que en los hombres (Pierce, 1989).

Además de los cambios de conducta relativa al uso del tabaco, o posiblemente como resultado de los mismos, desde 1964 han ocurrido cambios importantes en el conocimiento del público acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud. En la actualidad, la gran mayoría de los residentes en los Estados Unidos cree que el tabaquismo es nocivo para la salud y causa de enfermedades graves.

La mayoría está a favor de las políticas que restringen el consumo de tabaco en lugares públicos y sitios de trabajo, prohíben la venta de cigarrillos a menores y aumentan el impuesto a los cigarrillos para apoyar la atención de salud. Alrededor de la mitad del público apoya una prohibición de la propaganda de los cigarrillos. Estas acciones en materia de política han aumentado mucho en los últimos decenios, pero la promulgación de leyes efectivas para limitar el acceso de los jóvenes al tabaco sigue siendo limitada (Choi, 1992).

El tabaquismo causa 87% de las defunciones por cáncer de pulmón, 82% de las atribuidas enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 21% de las ocasionadas por cardiopatía coronaria y 18% de las causadas por apoplejía en los Estados Unidos. En 1988, el tabaquismo ocasionó 434 000 muertes prematuras, o sea casi una quinta parte de la mortalidad en los Estados Unidos (CDC, 1991). Sin embargo, debido a cambios del estilo de vida y a la mejora del tratamiento médico, la mortalidad por cardiopatía isquémica se ha reducido mucho desde los años 60 y la causada por cáncer de pulmón en los hombres ha disminuido desde 1985 (Rothenberg, 1990). A causa de la reducción del uso del tabaco en los Estados Unidos, se estima que entre 1964 y 1985 se evitaron o aplazaron 789 000 defunciones (USDHHS, 1989). Por el prolongado intervalo que media entre la exposición de la población al tabaco y la mortalidad atribuible al mismo, el tabaquismo seguirá siendo por varios decenios la causa de mortalidad prevenible de mayor importancia en los Estados Unidos.

A pesar de los adelantos en las políticas de control y del amplio alcance de los programas de ayuda para dejar de fumar, la educación para la salud impartida en las escuelas y las campañas de información pública, los Estados Unidos carecen de un programa coordinado por parte del Gobierno para prevenir el uso del tabaco y sus ulteriores efectos para la salud. La naturaleza estatal del sistema de servicios de salud pública en los Estados Unidos llevó a fomentar, en fecha reciente, extensas actividades de prevención y control del uso del tabaco iniciadas por diversos estados (Novotny, 1992). La práctica del control del tabaquismo en el sector de salud pública se localizará con frecuencia cada vez mayor en el plano estatal.

La actividad antitabaquica más importante que ha emprendido el sector de salud pública bajo el patrocinio del Gobierno de los Estados Unidos comenzó en 1991. Esta actividad conocida como "ensayo de intervención para la erradicación del tabaquismo en los Estados Unidos", es un proyecto

de \$US117 millones financiado por el Instituto Nacional de Cáncer para apoyar a 17 de los 50 estados en la realización de intervenciones comunitarias (McKenna, 1989). Además, el Estado de California inició una intervención en 1989 por medio de un incremento de \$US0,25 por cajetilla en el impuesto a los cigarrillos, destinado parcialmente a impartir enseñanzas para combatir el uso del tabaco. El presupuesto estatal para el primer año de esta actividad fue de \$US155 millones. Los resultados preliminares indican que es posible que en California se haya reducido el número de fumadores en cerca de 750 000 desde que entró en vigencia el impuesto y se inició la campaña educativa en 1989. La prevalencia del tabaquismo se redujo a 21,2% en 1990 de 26,3% en 1987 (Universidad de California, San Diego, 1990).

A fines de los años 60 se inició en el Canadá una amplia actividad intersectorial para controlar el uso del tabaco. La estrategia nacional incluyó incentivos a los agricultores para que dejaran de cultivarlo, elevados impuestos a los productos del tabaco, severas restricciones del consumo de tabaco en lugares públicos y sitios de trabajo, educación para la salud y promoción de esta enfocada en los grupos de alto riesgo, aprovechamiento de recursos de comunicación e información y vigoroso apoyo gubernamental a un medio social que desestimula el tabaquismo.

El apoyo prestado por el Gobierno del Canadá a las actividades de prevención del tabaquismo se manifiesta en recientes actividades legislativas. En virtud de la Ley de Control de los Productos del Tabaco y de Defensa la Salud de los no Fumadores, promulgadas en 1989, hubo un aumento sustancial de los impuestos federales al tabaco, asignados a medidas de salud pública (Rogers, 1991). Además, es posible que las severas restricciones en materia de propaganda y normas sobre advertencias en los envases, recién impuestas, hayan tenido algún efecto en el tabaquismo. Dichas restricciones han sido recusadas en los tribunales canadienses por compañías tabacaleras multinacionales, pero el fallo desfavorable ha sido apelado por el Gobierno.

Después de una reducción de 50% en 1965 a 34% en 1985, la proporción de fumadores entre la población canadiense cambió poco de 1985 a 1989. Sin embargo, la cantidad de tabaco consumido diariamente se redujo en ese período (Taylor, 1991). Las tasas de mortalidad masculina relacionadas con el tabaquismo comienzan a reducirse, pero las de mortalidad femenina siguen aumentando. En 1989, más de 38 000 defunciones fueron atribuibles al tabaquismo en el Canadá (Collishaw, 1991).

El Canadá ha desempeñado una audaz función de liderazgo por ser uno de los pocos países del mundo con un programa de sustitución de cultivos apoyado por el Estado para reducir la dependencia económica de los agricultores con respecto al tabaco (Rogers, 1991). Debido a la importancia y al carácter innovador del programa canadiense de control del tabaquismo, en el presente informe se ha dedicado un capítulo a la información descriptiva y analítica sobre el Canadá.

Cambios sociodemográficos

En todos los países, especialmente en los más desarrollados, se observan varios cambios sociodemográficos importantes, tales como reducción de las tasas de mortalidad por todas las causas, mortalidad infantil y fecundidad y aumentos de la esperanza de vida al nacer y del envejecimiento de la población. Estos cambios son el resultado de una mejoría de las condiciones de salud, el control de las enfermedades infecciosas y los adelantos en la lucha contra los problemas de salud materno-infantil. Dichos cambios posibilitan la manifestación de las enfermedades crónicas no transmisibles como causa predominante de enfermedad, discapacidad y defunción en la mayoría de los países de las Américas. Además, la urbanización, el mayor índice de alfabetismo y la entrada de las mujeres a formar parte de la población económicamente activa han facilitado la adopción de patrones de consumo más semejantes a los de los países desarrollados; estos patrones incluyen, entre otros, un mayor uso del tabaco. Sin embargo, casi todos los países, especialmente los de América Central y del Sur, experimentaron graves crisis económicas a fines de los años 80, que podrían estar relacionadas con la disminución del consumo per cápita de cigarrillos manufacturados. Obviamente, para los fumadores de la América del Sur y del Caribe se observa una potente elasticidad negativa de la demanda con respecto al precio. De hecho, como política de salud en el Tercer Mundo (Warner, 1990) se han citado los efectos de los precios altos en el menor consumo como base para aumentar los impuestos al tabaco.

La industria tabacalera

Es evidente que las compañías tabacaleras multinacionales dominan el mercado en la mayoría de los países de las Américas y los recientes cambios sociodemográficos en esos países han facilitado la expansión de los mercados de cigarrillos manufacturados. Antes de la generalizada difusión y adopción del uso de tabaco rubio (mezcla de va-

riedades de Virginia, tabaco brillante y tabaco rubio), el consumo de tabaco negro predominaba en las Américas. En la mayoría de los países, particularmente en los de América del Sur, se ha reducido el consumo de tabaco negro y ha aumentado el de tabaco rubio. Los cigarrillos que contienen tabaco rubio predominan ahora en la mayoría de los mercados de las Américas y su comercialización y propaganda proliferaron en los años 70 y 80.

Hoy en día, las compañías tabacaleras multinacionales saturan el medio ambiente de todo el Hemisferio con sus anuncios de productos de tabaco. Además, dichas compañías emplean actividades culturales y deportivas y aun la atención de salud para fomentar su prestigio y la identificación con sus productos. En fecha reciente, algunas naciones optaron por limitar la propaganda de productos del tabaco. El Canadá ha prohibido toda clase de publicidad, pero dicha prohibición se ha recusado en los tribunales. Venezuela prohibió la propaganda de productos del tabaco por la televisión, pero se vio obligada a cerrar las estaciones de televisión cuando las compañías tabacaleras emplearon propaganda indirecta (presentación de logotipos sin mencionar el tabaco) para anular el efecto previsto de esa regulación.

El efecto económico de la industria tabacalera en varios países oscila entre negativo, debido a una balanza comercial desfavorable para los productos del tabaco y sustancial en países como el Brasil con importantes industrias manufactureras y exportadoras de tabaco. Casi todos los países informan que un porcentaje mínimo de la fuerza laboral agrícola e industrial se dedica a la producción y manufactura de tabaco. Es imposible realizar análisis de costo-beneficio del uso del tabaco en los países de las Américas porque no se han examinado a cabalidad los costos por concepto de atención de salud por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, discapacidad, mortalidad prematura, pérdida de productividad y desvío de otros gastos.

Uso del tabaco

Aunque la OPS patrocinó una encuesta normalizada sobre el uso del tabaco y de sus factores determinantes en ocho ciudades de América Latina en 1971 (Joly, 1977), con posterioridad se han notificado pocas encuestas de esa naturaleza sobre el uso del producto por parte de adultos y adolescentes en las Américas, con excepción del Canadá y de los Estados Unidos. Las encuestas cubren, en su mayoría, determinadas ciudades, poblaciones urbanas o subgrupos específicos, como los empleados del de-

partamento de salud. Por tanto, pocos de los datos notificados son representativos de la situación nacional o son comparables. Sin embargo, se pueden hacer varias afirmaciones generales sobre el tabaquismo en países distintos de los Estados Unidos y del Canadá. El tabaquismo predomina más en las zonas urbanas que en las rurales, es más común en los grupos de mayores ingresos que en los de menor grado de escolaridad y bajas condiciones económicas y comienza a disminuir algo en los hombres pero ha registrado un aumento sustancial en las mujeres. Por lo general, los fumadores de América Latina y del Caribe consumen un menor número diario de cigarrillos que los de los Estados Unidos y el Canadá. Los datos sobre el consumo de cigarrillos notificados por el USDA y otras fuentes quizá representan una gran subestimación del consumo verdadero debida a ventas no declaradas, comercio ilícito de cigarrillos y un gran volumen de ventas libres de impuestos (particularmente en el Caribe).

Pocos países notifican datos nacionales representativos del uso de tabaco por parte de adolescentes y casi todas las encuestas se han realizado únicamente en poblaciones escolares. El uso de tabaco por parte de adolescentes se incluye en varias encuestas sobre el uso de drogas hechas por los países de América Latina y del Caribe. Por lo general, los adolescentes notifican un bajo porcentaje de consumo diario de cigarrillos. Sin embargo, la iniciación del tabaquismo y el consumo de cigarrillos a manera de ensayo parecen ser más comunes a mediados y en los últimos años de la adolescencia, como sucede en los Estados Unidos y el Canadá.

En términos generales, en las pocas encuestas sobre actitudes, creencias y conocimientos relativos al tabaco y sus efectos para la salud en los países de las Américas distintos del Canadá y de los Estados Unidos se indicó que se conocen bien los efectos del tabaquismo para la salud. Sin embargo, también fue evidente que había tolerancia del tabaquismo y falta de preocupación por el riesgo personal. En la mayoría de los países de las Américas, el tabaquismo parece ser todavía socialmente aceptable.

Tabaquismo y salud

Debido a las limitaciones relativas a la calidad de los datos de mortalidad existentes en muchos países de la América Latina y el Caribe, los análisis de tendencias, los análisis de mortalidad proporcional y los cálculos de la mortalidad atribuible al tabaquismo son difíciles de interpretar. Cuando los datos de mortalidad fueron adecuados, se deter-

minó que las estimaciones de la mortalidad atribuible al tabaquismo, es decir, la proporción de defunciones prevenibles cuando la población no fuma, eran similares a las de los Estados Unidos (donde 20% de todas las defunciones se atribuyen al tabaquismo). Al emplear los datos de los registros de cáncer, algunos países o regiones pudieron demostrar, con el paso del tiempo, un aumento de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón y otras clases de cáncer relacionadas con el tabaquismo. Estos patrones son típicos de las poblaciones muy expuestas al tabaco durante los 20 a 30 años precedentes.

Varios países notificaron tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres y hombres de 45 a 54 y de 55 a 64 años. En esos grupos de edad, es poco probable que haya habido alguna causa de defunción por cáncer de pulmón distinta del tabaquismo. De esa forma, estos datos pueden ayudar a demostrar el efecto del tabaquismo en las poblaciones de países donde la notificación de la mortalidad es incompleta o inexacta. Casi todos los países que notifican esos datos muestran crecientes tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres, pero no en las mujeres.

La enfermedad cardiovascular parece ser una de las causas de defunción más comunes en los países de las Américas. Gran parte de esa mortalidad se debe a factores relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo, pero es imposible separar los efectos de los diversos factores de riesgo y mejoras en el tratamiento médico sin estudios longitudinales en poblaciones definidas. Sin embargo, los aumentos pasados del consumo de cigarrillos en las Américas contribuyeron a la manifestación de esas enfermedades en los años 80, pero en menor proporción que a la de cáncer de pulmón y de otras clases de cáncer. Las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular están comenzando a disminuir en algunos países latinoamericanos y caribeños, al igual que en los Estados Unidos y el Canadá. La reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los Estados Unidos y el Canadá se ha atribuido a la disminución del tabaquismo, a cambios de otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y a la mejora del tratamiento médico (Rothenberg, 1990).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

En la mayoría de los países de las Américas, no se ha asignado al uso del tabaco la misma impor-

tancia como problema de salud pública que al control de las enfermedades infecciosas o los problemas de la salud materno-infantil. Algunos países han establecido estructuras gubernamentales para el control del uso del tabaco pero, por lo general, ha sido escasa la dotación de fondos y de personal para esas actividades. A veces, se han empleado las rentas provenientes de los impuestos a los cigarrillos para sufragar el costo de investigaciones sobre el tabaquismo o intervenciones para combatirlo. En muchos países, las Organizaciones no gubernamentales (ONG) como asociaciones médicas, sociedades de lucha contra el cáncer e iglesias han ido a la vanguardia en materia de políticas, educación escolar e información al público sobre problemas relacionados con el tabaquismo. Han sido raras las evaluaciones específicas de los efectos de estos programas, debido en parte a la falta de datos sobre el uso del tabaco en las poblaciones seleccionadas.

Por lo general, casi todos los países tienen una estructura básica capaz de enfocar la prevención y el control del tabaquismo como materia de salud pública. Muchos han promulgado leyes destinadas a limitar el consumo de tabaco en lugares públicos, la propaganda de productos del tabaco y el acceso a este por parte de los jóvenes. Sin embargo, por lo general, no se ha podido comprobar el cumplimiento con esas leyes. La propia existencia de estas actividades de control del uso del tabaco, ya sean de naturaleza educativa o legislativa, indica que existe un medio favorable para cambiar las actuales normas sociales que toleran el tabaquismo. Es indispensable tener recursos financieros y humanos complementarios y mejorar el sistema de acopio de datos para fortalecer esos esfuerzos.

Resumen y recomendaciones

Para el presente informe sobre la situación regional del control del tabaquismo en las Américas se acopió información de centenares de individuos y publicaciones que nunca habían aparecido antes en un solo documento. El proceso de acopio de datos y de colaboración por parte de tantas entidades, gobiernos y personas diferentes, en sí, ha servido para percatarse más de que el tabaquismo es uno de los problemas de salud pública más graves de las Américas en los años 90. En decenios recientes, la comunidad de salud pública ha concentrado la mayor parte de su atención en enfermedades transmisibles y en la mortalidad infantil, pero es obvio, por lo expuesto en el presente in-

forme, que las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular las causadas por el tabaquismo, deberán ser abordadas de una manera más dinámica por los gobiernos y las organizaciones internacionales de salud.

El presente informe servirá de fuente de datos básicos particularmente para las naciones de América Latina y el Caribe cuando aborden los complejos asuntos relativos a la prevención y al control del tabaquismo. Obviamente, la epidemia de cáncer de pulmón y de otras enfermedades causadas por el uso del tabaco, que ha tenido lamentables manifestaciones en los Estados Unidos y el Canadá, no necesita repetirse en el resto del continente antes de poner en práctica las actividades de prevención. Los países de las Américas pueden aprender unos de otros y unirse para combatir una industria que prospera en la complacencia y la dependencia económica.

En los últimos años ha sido impresionante el adelanto logrado en la lucha contra los problemas de salud pública causados por enfermedades infecciosas y por los de la salud materno-infantil en las Américas. Sin embargo, estos problemas nunca fueron una fuente de utilidades para las empresas multinacionales ni los gobiernos ni se fomentaron con cuantiosos gastos en propaganda y promoción de actividades sociales, como programas deportivos y culturales. Fue relativamente fácil determinar que eran nocivos para el progreso nacional, el bienestar personal y la productividad. Resulta más difícil puntualizar el uso del tabaco como problema de salud pública cuando en los anuncios hechos por televisión y radio y en carteleras, avisos colocados en la calle y kioscos de todo el Hemisferio se proyecta comúnmente una imagen favorable del tabaquismo. Muchos gobiernos, agricultores y comerciantes minoristas dependen de las utilidades del tabaco.

En varios países, las personas con un mayor grado de escolaridad e ingresos más elevados (incluso los médicos), que son presuntamente los agentes de cambio para introducir un estilo de vida saludable, fuman en mayor proporción que los de una clase socioeconómica más baja. Las consecuencias del tabaquismo para la salud tal vez no se manifiesten claramente en América Latina y el Caribe porque faltan datos para demostrar los efectos que tiene el tabaquismo para la salud de la población. Tampoco hay datos suficientes para demostrar los cambios de conducta y actitud necesarios para reducir el uso del tabaco. Por último, no se asignan en la debida proporción los recursos ni el personal

para abordar el asunto del tabaquismo y la salud, aun cuando los indicadores de salud muestren con frecuencia cada vez mayor el potencial de graves efectos morbosos en el futuro.

La Región de las Américas puede emplear los datos del presente informe de la situación regional y los del de la Cirujana General de los Estados Unidos, 1992, para formar una coalición internacional contra lo que puede ser el problema de salud pública más grave de los años 90. Basándose en los datos del presente informe, se pueden formular varias recomendaciones sobre medidas pertinentes:

1. Se necesita mejorar y normalizar la recolección de datos sobre patrones de conducta, actitudes, conocimientos y creencias relativos al tabaquismo. Estos datos se habrán de publicar regularmente y emplear para fomentar cambios de opinión pública y acción política para prevenir el uso del tabaco.
2. Es preciso mejorar, recolectar y analizar sistemáticamente los datos sobre mortalidad y morbilidad en las naciones de las Américas para poder entender y dar a conocer la carga actual y futura de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Sin esos datos, el público y las autoridades encargadas de formular políticas no comprenderán la carga que para la salud pública representa el uso del tabaco.
3. Se necesita apoyar los esfuerzos desplegados por asignar recursos económicos y humanos para reducir la dependencia con respecto a la producción y manufactura de tabaco, pese a que los costos pueden ser considerables a corto plazo.
4. Hay que fortalecer y hacer cumplir las políticas y la legislación que prohíben fumar en lugares públicos, la propaganda y promoción de productos del tabaco y el acceso a este por parte de los jóvenes. Estas medidas sirven para reducir la aceptabilidad social del tabaquismo y son indispensables para cambiar la conducta individual.
5. Es preciso incrementar los impuestos *ad valorem* a los cigarrillos como medio de reducir el consumo.
6. Las organizaciones de salud pública deberán movilizar los recursos monetarios y humanos destinados a la prevención y al control del uso del tabaco. Es indispensable ampliar la importancia de las actividades de control del tabaquismo para cambiar la conducta individual y prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con el uso del tabaco.

7. Deben establecerse programas intersectoriales y multidisciplinarios globales de prevención y control del tabaquismo, incluyendo actividades innovativas de control en las escuelas.

Referencias

- AGRO-ECONOMICS SERVICES, LTD. *The Employment, Tax Revenue, and Wealth that the Tobacco Industry Creates*. Agro-Economics Services, Ltd., Septiembre de 1987.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989*. New York: Oxford University Press, 1989.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.
- BARRY, M. The influence of the U.S. tobacco industry on the health, economy, and environment of developing countries. *New England Journal of Medicine* 324(13): 917-920, 1990.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Smoking-attributable mortality and YPLL—United States, 1988. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 40:60-71, 1991.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. No. 45. Santiago, Chile, enero de 1990.
- CHOI, W.S., NOVOTNY, T.E., THIMIS, A.T. Restricting minors' access to tobacco: a review of state legislation, 1991. *American Journal of Preventive Medicine* 8(1):19-21, 1992.
- COLLISHAW, N.E., LEAHY, K. Mortality attributable to tobacco use in Canada, 1989. *Chronic Diseases in Canada* 12(4):46-49, 1991.
- EUROMONITOR CONSULTANCY. *The World Market for Tobacco: Strategy 2000*. Volumes I-II, agosto de 1989.
- JOLY, D.J. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación científica 337, 1977.
- LOPEZ, A.D. Causes of death in the industrialized and the developing countries: Estimates for 1985. *Health Sector Priorities Review HSPR-20*. Washington, D.C.: Population, Health and Nutrition Division, Population and Human Resources Department, The World Bank, noviembre de 1990.
- MAXWELL, J.C. *The Maxwell Consumer Report. International Tobacco 1989*. Wheat First Securities, Butcher and Singer, 1990.
- MCKENNA, J., CARBONE, E. Huge tobacco control project begun by NCI, ACC. *Journal of the National Cancer Institute* 81:93-94, 1989.
- MOSLEY, W.H., JAMISON, D.T., HENDERSON, D.A. The health sector in developing countries: problems for the 1990s and beyond. *Annual Review of Public Health* 11:335-358, 1990.

NOVOTNY, T.E., ROMANO, R.A., DAVIS, R.M., MILLS, S.E. The public health practice of tobacco control: lessons learned and directions for the States in the 1990s. *Annual Review of Public Health*, 1992 [en prensa].

OMRAN, A.R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49:509-538, 1971.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION. *Tobacco Supply, Demand, and Trade Projections, 1995 and 2000*. FAO, Economic and Social Development Paper 86. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas—edición de 1990*. Washington, D.C.: OPS, Publicación científica 524, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas—1981-1984*. Washington, D.C.: OPS, Publicación científica, 500, 1986.

PIERCE, J.P., FIORE, M.C., NOVOTNY, T.E., HATZIANDEU, E.J., DAVIS, R.M. Trends in cigarette smoking in the United States: projections to the year 2000. *Journal of the American Medical Association* 261:61-65, 1989.

ROGERS, B. Public health gains against smoking and the economic health of the Canadian tobacco industry. *Chronic Diseases in Canada* 12(4):53-55, 1991.

ROTHENBERG, R.B., KOPLAN, J.P. Chronic disease in the 1990s. *Annual Review of Public Health* 11:267-296, 1990.

TAYLOR, L., STEPHENS, T. Smoking in Canada—1989: down but not out. *Chronic Diseases in Canada* 12(4):63-64, 1991.

TOBACCO MERCHANTS ASSOCIATION OF THE U.S., INC. *Special Report—Production and Consumption of Tobacco Products for Selected Countries 1979-1988*. Special Report 89-3. Princeton, New Jersey: Tobacco Merchants Association of the U.S. 28 de septiembre de 1989.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN DIEGO. *Tobacco Use in California—1990*. Sacramento: California Department of Health Services, 1990.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE (Datos inéditos). Washington, D.C.: Tobacco, Cotton, and Seeds Division, Foreign Agricultural Service, U.S. Department of Agriculture, abril de 1990.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Smoking and Health in the Americas—A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; DHHS Publication No. (CDC) 92-8420, 1992.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking—25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General 1989*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989.

WARNER, K.E. Tobacco taxation as health policy in the third world. *American Journal of Public Health* 80(5):529-530, 1990.

Argentina

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Manufactura, producción y comercialización
- Publicidad y comercialización
- Impuestos

Prevalencia y consumo

- Datos del consumo
- Encuestas de la conducta
 - Prevalencia del consumo de tabaco entre la población adulta
 - Prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes
 - Actitudes y creencias acerca del consumo de tabaco

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Acción del Gobierno y legislación
- Actividades educativas
- Servicios para el abandono del tabaquismo

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

La Argentina es una república federal situada en el litoral atlántico de América del Sur. La población estimada a mediados de 1991 era de 32 370 298 (Datos inéditos, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1991). La estructura de la población se está haciendo cada vez más urbana. En 1980, un 83% vivía en comunidades de más de 2000 habitantes y se proyecta que, para el año 2000, dicha cifra alcance el 88%. La mayoría de los residentes viven en la capital, Buenos Aires. La estructura de edad de la población es similar a la de los países más industrializados: el 69,9% tiene más de 15 años, y los grupos de edad que muestran el crecimiento anual mayor son los de la población de 65 años o más (27,6%) y los del grupo de 5 a 14 años de edad (23%) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990).

El producto interno bruto per cápita (PIB) (\$US2640 en 1989) se encuentra entre el nivel medio superior de la comunidad económica mundial (Banco Mundial, 1990); aun así, la deuda externa (\$US56 813 millones en 1987) es proporcionalmente muy alta (68% del producto nacional bruto). La inflación fue especialmente grave durante la década de los 80, variando de 82% en 1986 a 372% en 1988. La tasa anual media de inflación para el período 1980-1987 fue de 298,7%, tres veces la tasa media de todos los demás países pertenecientes al mismo subgrupo económico. En las Américas, solo Bolivia tuvo una tasa más alta durante el mismo período (OPS, 1990). Por otro lado, el PIB per cápita disminuyó en un 15,2% entre 1981 y 1988 (OPS, 1990).

A pesar de las graves condiciones económicas mencionadas, los indicadores económicos y de salud de la Argentina se han mantenido dentro de unos niveles relativamente satisfactorios (Cuadro 1). Por ejemplo, el alfabetismo entre las personas de 15 años o más es de 94,9%; la esperanza de vida al nacer aumentó en general, de 65,5 años en 1960 a 71,4 años en 1990 (68,1 para los varones y 74,8 para las mujeres); y la mortalidad infantil disminuyó de 59,7 por 1000 nacidos vivos en 1960 a 28,8 en 1990 (CELADE, 1990). La disponibilidad de la atención médica es muy alta: la relación entre la población y las camas de hospital es de 186 a 1, mientras que la relación entre la población y el número de médicos es de 370 a 1 (Enciclopedia Británica, 1989).

En 1983, después de un largo período de dictadura militar e inestabilidad socioeconómica, la Argentina adoptó un gobierno de carácter civil, por elección directa. La privatización y una economía más abierta caracterizan ahora a este sistema polí-

Cuadro 1. Indicadores económicos y de salud, Argentina, decenio de 1980

Indicador	Año	Valor
Población	1991	32 370 298
Porcentaje < 15 años de edad	1988	30,1
Porcentaje urbano	1988	86,0
Porcentaje alfabetizado (≥ 15 años)	1988	94,9
Tasa global de fecundidad	1988	2,9
Tasa bruta de mortalidad por 1000 personas	1988	9,0
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1989	28,8
Esperanza de vida al nacer		
Hombres	1990	68,1
Mujeres	1990	74,8
Producto interno bruto (\$US millones)	1988	83,0
per cápita (\$US)	1989	2640
Tasa anual de inflación	1980-1987	298,7
Personas/médicos	1985	370:1
Personas por cama hospitalaria	1980	186:1

Fuentes: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1991; Banco Mundial, 1990; Encyclopedía Britannica, 1989.

tico (OPS, 1990). Desde 1982, las exportaciones han sobrepasado a las importaciones, resultando en una balanza comercial favorable (\$US3,3 mil millones en 1988).

La industria del tabaco

Agricultura

La Argentina es uno de los mayores productores de tabaco del Continente (Maxwell, 1990). Tanto la producción como la exportación del tabaco sin procesar aumentaron de manera sistemática a lo largo del último decenio, junto con una disminución en las importaciones y el consumo doméstico (Cuadro 2). En 1946, se importaba casi el 60% del tabaco consumido en el país. En 1955, sin embargo, las importaciones empezaron a ser reemplazadas por la producción nacional. En la actualidad, se ex-

Cuadro 2. Producción, exportación y consumo nacional de tabaco en hoja en toneladas métricas, Argentina, 1979-1989

Año	Producción anual	Exportaciones	Importaciones	Consumo
1979	68 558	21 635	266	40 600
1980	61 839	17 402	1094	40 400
1981	50 680	16 938	1322	35 064
1982	65 667	26 281	205	35 506
1983	70 717	29 156	515	37 385
1984	77 925	24 963	487	37 468
1985	60 453	28 531	315	37 790
1986	60 361	22 363	154	33 883
1987	70 231	23 487	27	36 874
1988	72 235	27 292	103	33 559
1989	80 455	30 927	1	33 915

Fuente: USDA, 1990.

porta casi la mitad del tabaco producido, principalmente a los Estados Unidos e Inglaterra (Misdorp, 1990b). El valor del tabaco exportado en 1989 alcanzó los \$US54 millones.

En 1988, 110 000 agricultores participaron de algún modo en el cultivo de tabaco. Este valor equivalía a 43 900 agricultores (1,2% de la fuerza laboral agrícola) a tiempo completo de trabajo en 52 267 ha. (0,14% de la superficie de tierra cultivable (Alvarez-Herrera, 1990). La producción se lleva a cabo casi por completo en la porción subtropical del norte del país. Tres provincias (Jujuy, Salta y Corrientes) producen casi el 75% de la producción total (Misdorp, 1990a). Las ventas de tabaco representan el 7,4% del PIB industrial de la Argentina (Banco Velox, 1988).

En respuesta a las tendencias nacionales e internacionales del mercado, incluido el creciente número de mujeres fumadoras, el porcentaje de tabaco negro cultivado ha descendido. A mediados de la década de los 70, el 40% del tabaco cultivado era tabaco negro; en la década de 1980, este porcentaje descendió a la mitad de ese nivel (Tobacco Merchants Association [TMA] 1989). En el mismo período, el porcentaje de tabaco negro consumido descendió de casi un 25% en 1975 a 14% en 1989 (Maxwell, 1990).

Las hojas de tabaco son adquiridas por las cooperativas agrícolas provinciales para la exportación o por dos empresas argentinas que las manufacturan para el consumo interno. Las cooperativas proporcionan asistencia técnica a los agricultores, ayudándoles también a establecer cultivos de invierno complementarios como tomates, pepinos y

melones. Por lo tanto, la asistencia técnica agrícola proporcionada por la industria tabacalera no se limita únicamente al tabaco (Bickers, 1990). Por otro lado, no existe un programa del Gobierno para sustituir al tabaco con otros cultivos. De hecho, el Presidente de la República recaló recientemente la importancia socioeconómica de expandir la producción de tabaco (Misdorp, 1990c).

Manufactura, producción y comercialización

La Argentina constituye un buen ejemplo del modelo anexionista y oligopolista de la agroindustria del tabaco (United Nations Conference on Trade and Development [UNCTAD] 1980). En los años 20, la industria argentina del tabaco comprendía aproximadamente 30 empresas locales y una empresa británica. Hacia la década de los 60, las empresas más pequeñas se habían fusionado gradualmente para formar cinco grandes empresas. Finalmente, en la década de los 80, se consolidaron aún más en dos empresas multinacionales (OPS, 1986). Estas empresas comparten el mercado casi por igual: Nobleza-Picardo, asociada con la British-American Tobacco Co. posee el 54,8% del mercado nacional, y Messalin-Particulares, asociada con la Philip Morris Co., el 45,2% de dicho mercado.

En 1985, los productos del tabaco de la Argentina fueron manufacturados por 127 fábricas (Alvarez-Herrera, 1990). Según un análisis de la industria tabacalera, el 2,6% de la fuerza laboral no agrícola se ocupa, de algún modo, en la manufactura del tabaco (Agro-Economía, 1987).

Entre 1978 y 1988, la producción media de cigarrillos disminuyó 0,9% por año. Sin embargo, en

Cuadro 3. Producción, exportación, importación, consumo total y per cápita de cigarrillos en millones de unidades, 1979-1989

Año	Producción	Exportaciones	Importaciones	Consumo	Consumo per cápita
1979	38 168	34	114	38 248	2000
1980	37 972	200	400	38 172	2000
1981	35 204	10	416	35 610	1800
1982	32 455	0	32	32 487	1600
1983	34 576	26	0	34 550	1700
1984	38 926	31	3	38 898	1900
1985	39 105	28	0	39 077	1900
1986	40 108	30	0	40 078	1900
1987	37 694	7	0	37 687	1800
1988	34 267	5	6	34 268	1600
1989	32 618	6	168	32 780	1500

Fuentes: U.S.Department of Agriculture, 1990; Maxwell, 1990.

solo un año (la temporada de 1987-1988), la producción cayó en casi 3,5 mil millones de unidades, una disminución de casi el 9,1% (TMA, 1989; USDA, 1990) (Cuadro 3).

El Gobierno no tiene asignado un programa oficial de desarrollo para la industria del tabaco. Desde 1972, sin embargo, el Consejo Industrial del Tabaco, una Comisión Nacional Asesora Permanente del Tabaco, integrada por fabricantes, productores y funcionarios del Gobierno, ha definido las políticas de precios para el tabaco (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO], 1990).

A pesar del cese de las importaciones en 1985, existe en la Argentina un amplio comercio ilegal de cigarrillos (Alvarez-Herrera, 1990). Según la Cámara de la Industria del Tabaco (CIT), la Argentina forma parte de un amplio circuito de mercado negro que incluye a Panamá, Cuba, Chile, Colombia, Brasil, Paraguay y Antigua (The Washington Times, 1990; CIT, 1991). El comercio ilegal de cigarrillos constituye 12% de la venta de cigarrillos en la Argentina (CIT, 1991).

Publicidad y comercialización

En la Argentina se permite todo tipo de publicidad y actividades de promoción. Sin embargo, los anuncios de tabaco en la televisión y radio no están permitidos entre las 8 a.m. y 10 p.m. (Chapman, 1990). En 1988, la Philip Morris Co. gastó un total de \$US25 millones y BAT Industries unos \$US16 millones en publicidad; estos gastos los colocaron en el primer y tercer lugar, respectivamente, en

la lista de los 10 anunciantes principales en la Argentina.

Impuestos

En diciembre de 1989, el 75% del precio medio de un paquete de cigarrillos representaba impuesto federal. No se gravan impuestos locales o estatales. Según un entrevistado perteneciente a la industria del tabaco (Misdorp, 1990c), los ingresos fiscales del tabaco representan 15% de los ingresos totales del Gobierno (aproximadamente \$US1000 millones), un aumento respecto al 10% notificado en 1986 (OPS, 1986). Este aumento puede explicarse tanto por un aumento absoluto del impuesto sobre el consumo entre 1986 y 1990, como también por una disminución de otras fuentes de ingresos fiscales. La inflación rápida también puede afectar a la estimación de los porcentajes. Desde 1967, aproximadamente el 7% de los ingresos fiscales del tabaco han sido dedicados a un Fondo Especial de Tabaco, cuyo fin es apoyar los precios de los cultivadores.

Prevalencia y consumo

Datos del consumo

En 1989, el consumo de 1500 cigarrillos per cápita entre la población de más de 15 años en la Argentina fue mayor que en los demás países latinoamericanos, excepto Uruguay (1800) y Cuba (3500, aproximadamente), y fue alrededor de la mitad del consumo per cápita de los Estados Unidos (2800). El consumo per cápita aumentó 3% entre 1970 y 1985 (Chapman, 1990), pero descendió sus-

tancialmente entre 1975 y 1989 (de 2100 a 1500). Esta tasa de disminución (2% anual) fue igual a la tasa media anual de la disminución observada en los Estados Unidos durante el mismo período (Maxwell, 1990; Cuadro 3). El consumo global de cigarrillos per cápita cayó 4,1% por año entre 1974 y 1976 y de 1984 a 1986 (FAO, 1990). La tendencia en el consumo a comienzos de la década de los 80 (5 años de disminución marcada seguida de un período de recuperación) guarda una gran semejanza con la tendencia observada en el Brasil y en otros países exportadores de tabaco. Esto sugiere que tales tendencias se hallan dirigidas por un mecanismo común independiente de los cambios internos en el plano socioeconómico. Es probable que estas tendencias también reflejen condiciones económicas similares en varios países de las Américas.

Casi todos los cigarrillos consumidos en la Argentina tienen filtro (97%). El contenido de alquitrán de la marca principal de cigarrillos (Jockey Club; con una participación en el mercado del 33%) es de 18,1 mg. Es interesante señalar que el contenido de alquitrán de la segunda marca principal de cigarrillos (Marlboro; con una participación en el mercado del 10,2%), es de 25,5 mg (Hauger-Klevene, 1989). En los Estados Unidos, donde Marlboro es la principal marca de cigarrillos, la Comisión Federal de Comercio de los EUA informa que su nivel de alquitrán es de 16 a 17 mg (FTC, 1988). Por lo tanto, es posible que los argentinos hayan alterado su patrón de consumo en respuesta a varios factores económicos, publicitarios y culturales. Los niveles de alquitrán, curiosamente, son mucho mayores para las marcas de cigarrillos comercializados en la Argentina que para las mismas marcas comercializadas en los Estados Unidos; el significado de este resultado no es claro.

De todo el tabaco consumido, se estima que 7% se halla en forma de tabaco de corte flojo usado para cigarrillos rodados a mano; las pipas y los puros representan cada uno un 1% adicional del consumo total de tabaco. Aproximadamente el 90% del tabaco consumido en la Argentina consiste de cigarrillos manufacturados (Alvarez-Herrera, 1990).

Encuestas de la conducta

En la Argentina se dispone de varias fuentes de datos sobre la prevalencia del tabaquismo (Cuadro 4). Cada una de estas encuestas está limitada a una ciudad o a una pequeña muestra de la población. Debido al hecho de que existe poca información disponible acerca de la metodología del muestreo en la mayoría de las encuestas, no resulta

posible efectuar generalizaciones a nivel nacional y es difícil establecer comparaciones entre las encuestas.

Prevalencia del consumo de tabaco entre la población adulta

El estudio de Joly (1977) incluía una encuesta basada en la población de la ciudad de La Plata. Debido a las uniformidades de la metodología y del muestreo, resulta posible hacer comparaciones entre las ocho ciudades latinoamericanas encuestadas por Joly simultáneamente (1971). La muestra del estudio de La Plata estaba constituida por 1540 hombres y mujeres entre los 15 y los 74 años.

La frecuencia global de fumadores actuales era de 54,4% entre los hombres y de 20,0% entre las mujeres, mientras que la prevalencia de exfumadores fue de 15,3% y 2,8% para los hombres y las mujeres, respectivamente. La frecuencia del consumo de tabaco para los fumadores variaba desde un 56,8% entre los hombres y 31,1% entre las mujeres en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, hasta un máximo del 68,8% entre los hombres y 31,1% entre las mujeres en el grupo de edad comprendido entre los 25 y los 39 años. La prevalencia era inferior en las personas de los grupos de más edad (Cuadro 5). De las ocho ciudades encuestadas en el estudio de Joly, La Plata presentó la tasa más alta de fumadores entre los hombres y la tercera tasa más alta entre las mujeres.

El número de cigarrillos consumidos por día por parte de los fumadores masculinos era mayor en La Plata comparado con las otras ciudades encuestadas en la Región: 38,2% de los fumadores consumía 20 o más cigarrillos por día. Solo los fumadores de São Paulo y Caracas presentaron una proporción más alta de fumadores excesivos (51,5 y 50,9%, respectivamente). Entre las mujeres, la mayoría fumaba menos de 20 cigarrillos por día; solo el 17,5% de las mujeres fumadoras consumían 20 o más cigarrillos por día. Casi todos los fumadores (92,2%) fumaban cigarrillos con filtro (Joly, 1977).

El segundo estudio consistió de una encuesta telefónica de 306 adultos de la ciudad de Buenos Aires entre los 15 y los 74 años de edad (Alvarez-Herrera, 1981). La proporción de fumadores entre los hombres (39,1%) era menor de la notificada por Joly 10 años antes, aunque fue mayor entre las mujeres (27,2%) (Cuadro 6). De nuevo, se encontró que las proporciones más altas correspondían al grupo de los adultos jóvenes: 57,1% entre los hombres y 53,1% entre las mujeres de 25 a 34 años de edad.

Cuadro 4. Encuestas sobre el comportamiento en el consumo de tabaco, Argentina, 1971-1990

Año	Autor (Patrocinador)	Area de muestra	No.	Grupo de edad	Prevalencia (%)	
					Fumadores	Exfumadores
1971	Joly	La Plata	1540	15-74	36,2	8,7
1980	Hauger-Klevene	La Plata	217	12-17	13,9	
1981	Hauger-Klevene	La Plata (hombres)	455	12-15	12,6	
1981	Alvarez-Herrera	Buenos Aires	306	15+	32,6	
1981	LALCEC	Buenos Aires, escuelas	ND	15-21	13,5	
1982	Balossi	Zárate	899	15-80	34,8	
1986	Boddewyn	Niños	1008	7-15	1	
1987	Hayes	Distrito 9 de Julio (mujeres)	94	20-59	8,5	
1988	Gallup	Buenos Aires	826	15+	35,0	17,0
1988	Costa de Robert	Zárate, obreros	873	20-64	43,0	
1988		Hospital pediátrico, personal	128	20-55	48	
80-90	Maxwell	ND	ND	ND	37,0-32,0	
1990*	Misdorp	ND	23 634	ND	58	
1991	Catterberg y asoc.	Buenos Aires	800	18-80	34	
1991	LALCEC (INZA)	Azul	2490	Estudiantes de secundaria	14,5	

*Año notificado; se desconoce el año real de la encuesta.
ND = No disponible.

Cuadro 5. Prevalencia de fumadores actuales y exfumadores (porcentaje), por grupo de edad y sexo, La Plata, Argentina, 1971

Categoría	Grupo de edad	Fumadores actuales	Exfumadores
Hombres		54,4	15,3
	15-24	56,8	5,3
	25-39	68,8	9,5
	40-54	52,9	17,8
	55-74	39,4	27,5
Mujeres		20,0	2,8
	15-24	31,1	2,1
	25-39	31,2	6,1
	40-54	14,3	1,5
	55-74	6,1	1,6
Ambos	15-74	36,2	8,7

Fuente: Joly, 1977.

Balossi informó sobre un tercer estudio de 899 personas en la Provincia de Buenos Aires (Zárate) en 1982 (Balossi, 1987). De esta muestra urbana, 46,8% de los hombres y 22,9% de las mujeres fuma-

Cuadro 6. Prevalencia de fumadores actuales (porcentaje), por sexo y grupo de edad, Buenos Aires, Argentina, 1981

Grupo de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
15-74	32,6	39,1	27,2
15-19	23,7	31,0	16,7
20-24	54,3	56,5	32,2
25-34	55,0	57,1	53,1
35-44	45,5	62,9	34,0
45-54	27,5	32,7	22,6
55-64	22,1	25,7	19,0
65-74	11,7	16,1	8,7

Fuente: Alvarez-Herrera, 1981.

ban por lo menos tres cigarrillos al día. La proporción más alta de tabaquismo por edad notificada fue entre los hombres de 31 a 35 años (69,2%) y entre las mujeres de 26 a 30 años (53,1%).

La cuarta fuente de datos disponible es la de la Encuesta Gallup de 1988, estudio encargado por la Sociedad Americana del Cáncer (Gallup, 1988). La

Cuadro 7. Prevalencia de fumadores y exfumadores (porcentaje), por sexo, grupo de edad, nivel de educación y económico, Buenos Aires, 1988

Categoría	Grupo de edad	Fumadores actuales	Exfumadores	No.
Total	18-50+	35	17	826
Hombres	18-50+	45,3		403
Mujeres	18-50+	30,5	9	423
Hombres	18-24	54	4	59
	25-34	48	25	86
	35-49	48	19	106
	50+	32	38	152
Mujeres	18-24	31	10	49
	25-34	47	7	71
	35-49	29	15	137
	50+	15	5	166
Educación primaria		32	16	534
Educación secundaria		40	18	245
Educación superior		32	21	47
Nivel socioeconómico alto		38	17	86
Nivel socioeconómico bajo		30	20	169

Fuente: Gallup, 1988.

encuesta estuvo dirigida a los adultos de Buenos Aires de 18 años a 50 años o más. La frecuencia de fumadores entre los hombres (45,5%) resultó similar a la notificada en Zárate en 1982 (Balossi, 1987) y en 1987 (Hauger-Klevene, 1987) (Cuadro 4) y mucho más alta que la notificada por Joly en 1971. Entre las mujeres, dicha tasa (30,5%) era 4 puntos porcentuales más alta que la señalada en la encuesta de Alvarez de 1981 (Cuadros 6, 7) y la de Balossi en 1982. La falta de información metodológica para la encuesta de Gallup no permite sacar conclusiones en cuanto a si estas diferencias son reales o simplemente una deficiencia del muestreo. Parece probable, sin embargo, que el aumento de la frecuencia del tabaquismo entre las mujeres durante los últimos dos decenios sea real, similar al registrado en otros países sudamericanos, como Chile y Uruguay.

Resulta particularmente interesante la mayor proporción de fumadores (54%) observada entre los hombres de 18 a 24 años de edad, comparadas con los hombres de más edad de la encuesta de Gallup: 48% en el grupo de 25 a 49 años, y 32% entre los de más de 50 años. En 1971, la tasa más alta de fumadores se encontraba entre los hombres comprendidos entre los 25 y 39 años (68,8%); en 1981, la proporción más alta de fumadores entre los hombres se encontraba también en el grupo de 25 a 34 años de edad (57,1%). La mayor proporción entre

los hombres jóvenes encontrada en 1988 sugiere que estos comenzaron a fumar a tasas más altas en 1988 que en el pasado. Entre las mujeres de la encuesta de Gallup, la proporción más alta de fumadoras se observó entre las pertenecientes al grupo de edad comprendido entre los 25 y los 34 años (47%), una tasa similar a la de los hombres (48%) en el mismo grupo de edad. Entre las personas menores de 25 años de edad, en 1981, la proporción de fumadores era marcadamente mayor entre los hombres que entre las mujeres, mientras que la proporción de fumadores era similar para los hombres y las mujeres en el grupo de 25 años o más. La encuesta de Gallup señaló también que la proporción de exfumadores entre los hombres era mayor que entre las mujeres, un patrón similar al observado en la encuesta de Joly de 1971.

La tasa de fumadores, clasificada por educación y "clase social" (no se proporcionó la definición), en la encuesta Gallup entre personas con un nivel de educación más alto y de "clase social" alta era mayor que la de aquellos con niveles más bajos y de clase social inferior (40% entre las personas con educación secundaria versus un 32% entre las personas con educación primaria; 38% entre los miembros de la "clase social alta" versus 30% entre los miembros de la "clase social baja"). Estos datos difieren de los observados para 1971. En aquella fecha, las tasa de consumo de tabaco entre los hom-

bres se hallaba en relación inversa con la educación (39,2% entre hombres con educación primaria, 33,3% entre hombres con educación secundaria y 26,4% entre los que tenían educación universitaria). Entre las mujeres, la proporción más alta fue observada para aquellas con educación secundaria (42,5%) comparada con aquellas que poseían educación primaria (29,1%) o educación universitaria (26,3%). Este cambio sugerido por la distribución del tabaquismo puede estar vinculado, de hecho, a los recientes cambios socioeconómicos ocurridos en la Argentina, así, las personas en los estratos socioeconómicos inferiores quizás no tengan en 1988 la misma capacidad adquisitiva respecto a los bienes de consumo, tales como el tabaco, como la que tenían en 1971.

En 1988, se realizó una encuesta sobre el consumo de tabaco por medio de entrevistas personales, entre 128 funcionarios de 20 años o más pertenecientes al Hospital de Pediatría de Buenos Aires (Hospital de Pediatría, 1988). La proporción, por sexo, de fumadores era similar para los hombres y las mujeres: 48 y 49%, respectivamente (Cuadro 8). Los administradores y los médicos presentaban tasas de consumo corriente más altas (68 y 46%) que la del personal de enfermería y los técnicos (40 y 31%, respectivamente). Estos datos apoyan la idea de que el consumo de tabaco, en la Argentina, es más común entre las personas con el nivel socioeconómico más alto. Casi todos los entrevistados en esta encuesta fumaban menos de 20 cigarrillos al día.

En 1990, un analista de la industria del tabaco proporcionó una serie de datos de prevalencia sin documentación metodológica adjunta (Maxwell, 1990). Dichos datos sugieren una tendencia descen-

Cuadro 8. Prevalencia (porcentaje) de tabaquismo entre el personal del Hospital de Pediatría, por sexo y categoría, Buenos Aires, 1988

Categoría	Prevalencia actual de tabaquismo	No.
Hombres	48,0	52
Mujeres	49,0	76
Médicos	45,7	
Técnicos	31,0	
Enfermeras	40,0	
Personal administrativo	68,0	

Fuente: Hospital de Pediatría, 1988.

Cuadro 9. Prevalencia de tabaquismo actual (porcentaje), por sexo, Argentina, 1980-1988

Año	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1980	37,0	46,0	28,0
1981	38,0	48,0	29,0
1982	37,0	49,0	27,0
1983	34,0	47,0	23,0
1984	36,0	47,0	25,0
1985	No se dispone de datos		
1986	35,0	43,0	29,0
1987	No se dispone de datos		
1988	32,0	38,0	25,0

Fuente: Maxwell, 1990.

dente entre 1980 y 1988 en la tasa de fumadores entre los hombres y un nivel relativamente estable de fumadoras entre las mujeres (Cuadro 9). Las tasas presentadas por Maxwell (1981) eran más altas para ambos sexos (48% entre los hombres y 28% entre las mujeres) que las proporcionadas por el estudio de Alvarez-Herrera y más bajas que las de la encuesta de Gallup de 1988 (38% entre los hombres y 25% entre las mujeres). Es difícil evaluar la calidad de estos datos sin documentación metodológica que los sustenten. Otra fuente de la industria del tabaco (Misdorp, 1990c) obtuvo datos de una muestra de 23 634 argentinos, aunque, de nuevo, la metodología y el marco de muestreo son desconocidos. Las tasas de tabaquismo entre los hombres (58%) y las mujeres (42%) basadas en esta encuesta, son mucho mayores que las que se basan en los estudios anteriormente citados.

Dos estudios relacionados con factores de riesgo cardiovascular incluyeron datos sobre la prevalencia del tabaquismo (Hayes, 1990; Costa de Robert, 1990). En una pequeña muestra de mujeres en el Distrito 9 de Julio, Hayes informó que solo 8,5% de la muestra fumaba en 1987; la mortalidad por cardiopatías es relativamente baja en este distrito, y la prevalencia del tabaquismo, al igual que otros factores de riesgo, es también comparativamente baja (Hayes, 1990). En contraste, Costa de Robert informó que entre los empleados de la industria papelerera de Zárate, 43% fumaban en 1988 y que la cantidad media de cigarrillos que consumían al día aumentó con la edad (de 15,3 cigarrillos por día entre las personas de 20-29 años a 24,2 entre las de 60 a 64 años (Costa de Robert, 1990).

Cuadro 10. Prevalencia (porcentaje) de tabaquismo actual, por sexo, grupo de edad y nivel de educación, Buenos Aires, Argentina, 1991

Categoría	Prevalencia actual de tabaquismo
Total	34
Hombres	40
Mujeres	28
Grupo de edad	
18-24	31
24-34	48
35-54	39
55-80	15
Nivel de educación	
Bajo	27
Medio	42
Alto	32

Fuente: Catterberg y Asociados, 1991.

Por último, Catterberg (1991) condujo una encuesta entre 800 adultos elegidos al azar en Buenos Aires (18 a 80 años). Esta encuesta recogió también información importante sobre conocimientos y actitudes frente al control de fumar y al uso del tabaco, tal como restricciones publicitarias. La proporción global de fumadores fue de un 34%, 40% entre los hombres y 28% entre las mujeres (Cuadro 10). Estos niveles son casi idénticos a los de la encuesta de Gallup en 1988. La prevalencia más alta de fumadores notificada fue para las personas de 25 a 34 años de edad (48%).

Prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes

Existen diversas fuentes de datos sobre el consumo de tabaco entre los adolescentes argentinos (Cuadro 4). La Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC) ha realizado dos estudios especiales. En 1981 se llevó a cabo una encuesta en una muestra de estudiantes entre los 15 y 21 años de edad pertenecientes al tercer, cuarto y quinto grados de una escuela secundaria de Buenos Aires. La proporción global de fumadores entre los estudiantes entrevistados fue de un 13,5%. Los datos de la encuesta también sugirieron una correlación positiva de consumo entre padres fumadores y adolescentes fumadores (LALCEC, 1981). En 1991, LALCEC realizó una encuesta de 2490 estudiantes

de secundaria en Azul, Buenos Aires. La prevalencia global de los que fumaron alguna vez fue similar (14,5%) (Inza, 1991).

Hauger-Klevene informó sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular entre estudiantes de Mar del Plata en 1980 y 1981 (Cuadro 4). En 1980, la prevalencia de tabaquismo en estudiantes de ambos sexos de 12 a 17 años de edad fue de 12,6% solamente (Hauger-Klevene, 1984). La misma investigadora informó, en 1981, que la prevalencia de fumar entre estudiantes varones, de 12 a 15 años, procedentes de familias obreras, fue similar (12,6%) (Hauger-Klevene, 1985).

Otra encuesta patrocinada por la industria del tabaco, intentaba explicar "por qué fuman los adolescentes". En gran medida como una justificación para la publicidad de tabaco, esta encuesta de 1986 fue realizada por la Asociación Internacional de Publicidad, empleando una muestra de 1008 jóvenes con edades comprendidas entre los 7 y los 15 años (Boddewyn, 1987). Según este estudio, solo el 1% de los entrevistados fumaban al menos un cigarrillo por semana, una tasa similar a la juventud de Hong Kong e inferior a la encontrada en otros siete países. La encuesta de 1971 (Joly, 1978) afirmaba que el 36,6% de los fumadores se iniciaban antes de los 16 años, mientras que un 37,6% comenzaba a fumar entre los 16 y los 20 años. Basado en esta fuente fiable de datos, es poco probable que la proporción de fumadores de un cigarrillo por semana fuera tan solo del 1% en las áreas urbanas de Argentina en 1987.

Actitudes y creencias acerca del consumo de tabaco

En el estudio de Joly, se hicieron varias preguntas a los entrevistados referentes a las actitudes y creencias acerca del consumo de tabaco. La razón principal para iniciarse dada por los fumadores masculinos era la presión del grupo de compañeros (75,4%); esta razón solo fue dada por el 56,2% de las mujeres. De los fumadores, 47,2% de los hombres y 35,6% de las mujeres se habían propuesto dejar de fumar. Este nivel de intención era intermedio entre los fumadores de las otras ocho ciudades del estudio. Con respecto a los efectos peligrosos del consumo de tabaco, 53,7% de los fumadores masculinos y 58,4% de las fumadoras respondieron que el consumo de tabaco "no era peligroso". Esta proporción aumentó al 75% entre los hombres y al 86% entre las mujeres con educación inferior a enseñanza secundaria (Joly, 1977).

Catterberg (1991) informó que 98% de los en-

cuestados en Buenos Aires sabían que el fumar es peligroso para la salud. Además, 88% (incluido 85% de los fumadores) creía que los anuncios publicitarios de cigarrillos deben incluir la advertencia de que es peligroso para la salud, pero solamente 48% pensaba que la publicidad de productos de tabaco debería prohibirse.

Tabaquismo y salud

Los datos sobre mortalidad para Argentina, en años recientes, constituyen aparentemente un indicador fidedigno de salud. En 1982, aproximadamente 3% de las defunciones se debieron a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (CIE 780-799); en 1986, esta cifra era 2%. Esta proporción, que refleja la calidad general de los datos de mortalidad, puede compararse favorablemente con los países más desarrollados del Continente. Proporcionalmente, las causas más comunes de defunción en la Argentina son las que pudieran estar asociadas con el consumo de tabaco: las cardiopatías (CIE 390-429, 32,6%), los tumores malignos (CIE 140-208, 18,1%), y las enfermedades cerebrovasculares (CIE 430-438, 10,4%) (OPS, 1990). Balossi informó, en 1991, que la enfermedad cardiovascular fue la principal causa de defunción en la Argentina, con 36,1% de todas las defunciones (Balossi, 1991). Además, observó que las tasas de mortalidad de las enfermedades infecciosas y los accidentes, violencia e intoxicaciones disminuyeron de manera significativa (52,4% y 55,0%, respectivamente) en tanto que la mortalidad de la enfermedad cardiovascular disminuyó algo en los hombres (9,4%) y aumentó ligeramente en las mujeres (1,3%). Este patrón de mortalidad sugiere que la Argentina ha experimentado la transición epidemiológica de un país en el que la mortalidad se encuentra dominada por las enfermedades infecciosas a uno en el que las enfermedades crónicas vinculadas a los factores de riesgo derivados de la conducta son las causas dominantes de muerte.

La mortalidad por cáncer de pulmón (CIE 162) es un indicador específico de la repercusión del consumo de tabaco en una población. En 1986, se registraron en la Argentina 7193 defunciones debidas al cáncer de pulmón, representando el 3% de todas las defunciones. La tasa ajustada por edad para esta causa de defunción (12,3 por 100 000 personas) estaba entre las más altas de los países de las Américas, sobrepasada solo por los Estados Unidos (21,2 por 100 000), Canadá (21,1 por 100 000), Cuba (16,2 por 100 000) y Uruguay (16,0 por 100 000). Por

lo tanto, la Argentina, con una larga tradición de consumo de tabaco entre su población, demuestra los efectos mortales de esta exposición, al igual que otros países que, con altas tasas de tabaquismo, un alto consumo de cigarrillos per cápita, fuertes intereses económicos tabacaleros y avanzadas condiciones socioeconómicas, han demostrado los mismos efectos.

Las tendencias en las tasas de mortalidad, ajustadas por edad, de la enfermedad cardiovascular en la Argentina sugieren que varios factores de riesgo relacionados con esta causa han disminuido en los dos decenios pasados. Balossi informó en 1987 que la tasa de mortalidad, ajustada por edad, de la enfermedad coronaria había aumentado 36,1% entre los hombres y 33,4% entre las mujeres de 35 a 64 años de edad, de 1962 a 1978. Este aumento se debió, en parte, al aumento durante este período en el consumo de cigarrillos. En 1990, no obstante, Kauger-Klevene informó que la tasa de mortalidad, ajustada por edad, de enfermedad coronaria en la Argentina disminuyó de 1977 a 1985, en 51,1%, lo que ella atribuyó a una disminución en los factores de riesgo relacionados con la alimentación y otros, incluido el tabaquismo (Hauger-Klevene, 1990).

En 1986 debido a las semejanzas entre la historia de la exposición al tabaco de los argentinos y de los residentes de los Estados Unidos, se realizó un cálculo de los riesgos atribuibles al tabaco, empleando los riesgos atribuibles obtenidos en estudios llevados a cabo en la década de los 50 y en la de los 60 en los EUA. Este informe, basado en la mortalidad de la población argentina de 1981, estimó que 49 128 de las 242 000 defunciones (20,3%) eran atribuibles al consumo de tabaco. Se realizó un estudio, con fines de comparación, empleando factores similares de riesgo sobre los datos de mortalidad de los EUA de 1984, en el que se estimó que el 15,6% de todas las defunciones eran atribuibles al tabaquismo (Centers for Disease Control, 1987). El estudio argentino puede haber sobreestimado el total, al incluir ciertas causas de muerte debidas a enfermedades gastrointestinales (defunciones atribuibles al tabaquismo = 3 781), pero las fracciones atribuibles al consumo de tabaco debidas al cáncer, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y condiciones perinatales pueden proporcionar una estimación razonable del número de defunciones que podrían retrasarse o se prevenirían si se eliminara el consumo de tabaco en la Argentina (OPS, 1986). El número total de defunciones atribuibles al tabaquismo para estas condiciones fue de 43 648, o 18% de todas las defun-

ciones en 1981. Ya que la Argentina puede demostrar una exposición "madura" al tabaco, resulta razonable esperar que una proporción alta de las defunciones adultas sea causada por el tabaco, la principal causa de muerte prevenible en los Estados Unidos y el Canadá.

El seguimiento, llevado a cabo en 1988, al estudio sobre la mortalidad atribuible al tabaquismo empleó datos actualizados de los Estados Unidos sobre los riesgos relativos (U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS, 1989), dio como resultado que 38 375 defunciones fueron atribuidas al tabaquismo (Fundación de Salud Pública, 1991). Por tanto, los cálculos usando metodologías y datos de prevalencia diferentes demuestran que, entre los argentinos, el peso de la mortalidad atribuida al fumar, es sustancial.

Un estudio sobre tabaquismo y embarazo entre 545 mujeres embarazadas en la Argentina encontró una correlación inversa entre el número de cigarrillos fumados por día y el peso al nacer. Más importante aún, la tasa de mortalidad perinatal era de 9,1 veces más para los niños nacidos de fumadoras de 20 o más cigarrillos por día comparada con la de las no fumadoras (Aguirre, 1984).

No se ha informado de ningún otro estudio longitudinal o de control sobre tabaquismo y mortalidad en la Argentina, si bien análisis adicionales de los datos de mortalidad para Argentina pueden encontrarse en el documento *Tabaquismo y salud en las Américas: Informe de la Cirujana General, 1992*, capítulo 3.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

La Argentina cuenta con uno de los movimientos más desarrollados para la prevención y el control del tabaquismo en las Américas. La mayoría de las actividades y campañas contra el tabaquismo se originan a través de organizaciones no gubernamentales (ONG). Entre estas se encuentran, la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC), la Fundación de Salud Pública y la Unión Antitabáquica Argentina que incluye a 40 representantes de organizaciones sociales, como asociaciones médicas, el Rotary Club, la Fundación Mainetti y la Fundación Favalaro así como a profesionales de la salud (Alvarez-Herrera, 1990). El impacto de estas organizaciones puede verse en la legislación Federal que prohíbe la publicidad de los productos de tabaco en la televisión y radio antes de las 10 de la noche y que obliga a colocar advertencias en los paquetes de cigarrillos fabricados en la Argentina (Consumidores y Desarrollo, 1991). Además, varias provincias y ciudades han aprobado legislación restringiendo el tabaquismo en los lugares públicos (Cuadro 11).

Acción del Gobierno y legislación

La Argentina no tiene una oficina financiada de manera oficial, dedicada a la prevención y el control del tabaquismo. Sin embargo, las acciones legislativas relacionadas con el control del tabaquismo han sido particularmente dignas de men-

Cuadro 11. Lista de legislación de provincias y ciudades que restringe el fumar en lugares públicos, Argentina

Lugar	No. de Ley	Fecha
Ciudad de Buenos Aires	(Varias)	Desde 1984
Provincia de Jujuy	4292	Junio de 1987
Provincia de Buenos Aires	10.600 (transporte)	Noviembre de 1987
Ciudad de Balcarce	222/87	Diciembre de 1987
Ciudad de Córdoba	8425	Octubre de 1988
San Isidro-Valle Viejo	366	Octubre de 1988
Ciudad de San Luis	2057	Octubre de 1988
Provincia de Mendoza	5.374	Diciembre de 1988
San Fernando del Valle	1912	Agosto de 1989
Provincia del Chaco	3515	Noviembre de 1989
Bahía Blanca	1119	Noviembre de 1989
Posadas	44	Mayo de 1990
Pinamar	803	Agosto de 1990

Fuente: Alvarez-Herrera, 1990.

ción. En 1970, se aprobó la ley No. 18.604 en el Congreso Nacional, por la que se prohibía toda publicidad relacionada con los cigarrillos durante un período de un año. La ley no fue renovada debido a la falta de interés público hacia el problema y debido a la fuerte presión política ejercida por la industria del tabaco.

En 1972, se aprobó la ley No. 19.800 para reglamentar la producción y la comercialización del tabaco en el país. Esta ley estaba diseñada para proteger al productor y a los intereses de los fabricantes. Estableció la Comisión Nacional Asesora Permanente del Tabaco, formada por los representantes de los trabajadores y los comerciantes. Esta comisión reglamenta los precios pagados a los cultivadores, y puede hacer uso de un Fondo Especial de Tabaco (financiado por un impuesto del 7% sobre el tabaco) para apoyar los precios de los cultivadores. La ley No. 3.764 reglamenta los impuestos al consumo de cigarrillos, los cuales se fijan a un 66,5% del precio de venta tanto de los cigarrillos producidos localmente como de los cigarrillos importados.

La Argentina, junto con el Perú, posee uno de los pocos impuestos exclusivos sobre los cigarrillos en las Américas. En 1984, la Ley No. 23.102 creó el Fondo de Asistencia de Medicamentos, que está subvencionado en parte por una sobretasa del 2% sobre los cigarrillos (OPS, 1986).

En 1986, la ley No. 23.344 del 31 de julio, hizo obligatorio incluir advertencias de salud en los paquetes de cigarrillos. La advertencia "El tabaco es lesivo para su salud" aparece únicamente en los paquetes de cigarrillos; las vallas publicitarias, los carteles y otras formas de propaganda se hallan exentas de este requisito.

Numerosas actividades contra el humo de tabaco en el ambiente surgieron en la Argentina durante la década de los 80. La Academia Argentina de Ciencias del Ambiente propuso una legislación nacional para proteger al no fumador, citando las consecuencias negativas sobre la salud producidas por los componentes del humo del tabaco en el ambiente. Esta ley habría prohibido el consumo de tabaco en los teatros, los restaurantes, las escuelas, los establecimientos de atención de la salud y otros lugares públicos. El Municipio de Buenos Aires aprobó una legislación restringiendo el consumo de tabaco por parte de los estudiantes en las escuelas, en los taxis y en los transportes públicos al transportar sustancias inflamables, en instalaciones deportivas, en los teatros, en los centros de procesamiento de alimentos y en fábricas. Esta legislación es particularmente importante

dado que gran parte de la población del país vive en la ciudad capital. Otros Gobiernos municipales y provinciales también han restringido el consumo en las establecimientos de salud, en las escuelas, en el transporte público y en las áreas públicas cerradas (Cuadro 11).

En 1990 la Unión Antitabáquica Argentina propuso una legislación integral que reglamentaría el fumar en los lugares públicos así como las ventas de tabaco a los menores. La legislación también proponía un programa de educación pública y garantías al derecho de los no fumadores a respirar un aire libre de humo. La ley fue aprobada por la Cámara de Diputados y considerada por el Senado argentino a finales de 1991 (Consumidores y Desarrollo, 1991).

Actividades educativas

En 1981, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud y Acción Social y la LALCEC se unieron para llevar a cabo un programa educativo contra el consumo de tabaco. Bajo la supervisión de una Comisión de Docentes se coordinaron 561 instituciones educativas (93% eran escuelas secundarias), y se designó un instructor para coordinar las actividades en cada institución. La Comisión proporcionó el adiestramiento y la distribución del material de instrucción y científico a través de estos coordinadores en cada lugar (OPS, 1986). Un 30% del total de las instituciones participaron en el programa, más de la mitad de las cuales se encontraban en la capital. La mayoría de las instituciones incluían los materiales en actividades curriculares y la mayoría afirmó que dichos materiales resultaron útiles para la enseñanza de la prevención contra el consumo de tabaco. Además, se realizaron otras encuestas de los estudiantes y funcionarios, en conjunción con el programa educativo.

En 1978 y 1983, una campaña nacional contra el tabaquismo apoyada por la LALCEC estuvo dirigida a la juventud, empleando el lema "Por nuevas generaciones de argentinos no fumadores". Junto con esta campaña, la LALCEC desarrolló varias actividades de divulgación en los medios de comunicación y en las escuelas, incluyendo una organización nombrada "chau-pucho". Esta campaña fue financiada parcialmente por el Ministerio de Salud en 1979, 1980 y 1982. Desde 1990, la Secretaría de Prevención y Ayuda para la Drogadicción incorporó material sobre el tabaco en el currículo de las escuelas primarias. Esta acción demuestra un gran adelanto en reconocer al tabaco como una droga adictiva.

La Fundación de Salud Pública desarrolló y

produjo varios anuncios de radio y televisión de 40 segundos. Además, varias instituciones han proporcionado comunicados de prensa comentando las consecuencias nocivas del tabaco sobre la salud.

Servicios para el abandono del tabaquismo

Los programas para el abandono del tabaquismo han sido llevados a cabo por la Fundación de Salud Pública, la Unión Antitabáquica Argentina y la LALCEC. La Iglesia Adventista del Séptimo Día proporciona su curso de abandono del tabaquismo de cinco días, como lo hace en muchos otros países de las Américas.

La evaluación de 383 clases de abandono del tabaquismo dirigidas por la LALCEC desde 1978 a 1983 mostró una tasa de éxito y una tasa de recaída, después de seis meses, de 40%. En 701 clases de abandono del tabaquismo patrocinadas por la Iglesia Adventista entre 1978 y 1985, se obtuvo una tasa de éxito a corto plazo de 85% entre 70 759 participantes (Alvarez-Herrera, 1990).

Resumen y conclusiones

Es evidente que en la Argentina existe un importante compromiso con el cultivo y la exportación de tabaco así como un movimiento principal, fundamentalmente no gubernamental, con el fin de educar a los argentinos acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud. Según han demostrado las encuestas casi todos los residentes de Buenos Aires reconocen al menos dichas consecuencias. Sin embargo, en la actualidad más de un tercio de la población urbana fuma. Los patrones de mortalidad por cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas con el tabaquismo indican que el efecto del tabaquismo sobre las enfermedades de la población es enorme. La prevalencia creciente del tabaquismo en las mujeres y una prevalencia en disminución entre 1971 y 1991 para los hombres, sugiere que la carga del tabaquismo no ha llegado a su punto máximo para las mujeres. Para los hombres esa carga persistirá durante decenios debido a que la prevalencia del tabaquismo es todavía muy alta entre los hombres jóvenes.

Se notifican adelantos importantes en el control de la publicidad y del fumar en los lugares públicos y están pendientes leyes antitabáquicas de alcance nacional.

En base a los datos notificados en este capítulo se pueden sacar las conclusiones siguientes:

1. A pesar de los serios problemas económicos de-

bidos a la inflación y a la deuda externa, la Argentina presenta un alto nivel de salud.

2. La Argentina es uno de los productores y consumidores de tabaco más grande de las Américas, aunque el consumo de tabaco disminuyó en el decenio de 1980. La prevalencia de tabaquismo es más alta entre los jóvenes (hombres y mujeres) y entre los de nivel de educación y estrato socioeconómico alto que entre los de un nivel de educación y situación socioeconómica más bajo.

La prevalencia de tabaquismo entre las mujeres aumentó entre 1971 y 1991.

3. El patrón de mortalidad de las enfermedades asociadas con el tabaquismo es similar al de los países con poblaciones muy expuestas al tabaquismo. Se calcula que la mortalidad anual atribuible al tabaquismo es de 38 000 a 49 000 defunciones, aproximadamente. Puede que el tabaquismo cause tanto como el 20% de las defunciones en la Argentina. La tasa de mortalidad de los hijos de madres fumadoras es nueve veces la de los hijos de madres no fumadoras.

4. El movimiento para la prevención y el control del tabaquismo en la Argentina es uno de los más desarrollados de las Américas. La mayoría de las actividades las inician los organismos no gubernamentales como la Unión Argentina contra el Tabaquismo y la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer.

5. Existen restricciones legislativas que prohíben los anuncios de tabaco en la televisión antes de las 10 p.m. Numerosos actos legislativos provinciales y locales restringen el fumar en muchos lugares públicos. Está en estudio a nivel nacional una legislación integral para restringir la venta de tabaco a menores y el fumar en lugares públicos.

Referencias

AGRO-ECONOMICS SERVICES, LTD. *The Employment, Tax Revenue, and Wealth that the Tobacco Industry Creates*. Agro-Economics Services, Ltd., septiembre de 1987.

AGUIRRE E.B. *Tabaco y embarazo*. Doctoral Thesis in Medicine. Faculty of Medicine. University of Buenos Aires. Buenos Aires, 1984.

ALVAREZ-HERRERA, C. Country Collaborator Report, Argentina. Datos inéditos. Organización Panamericana de la Salud, 1990.

ALVAREZ HERRERA, C. Prevalencia del hábito de fumar en la República Argentina. Estimación a principios de 1981. Manuscrito inédito. Buenos Aires, 1981.

- BALOSSI, E.C., HAUGER-KLEVENE, J.H. Mortalidad por enfermedad isquémica coronaria en la República Argentina (1962-1978): su relación con los factores de riesgo cardiovascular. *Revista Argentina de Cardiología*, 55(4):196-200, 1987.
- BALOSSI, E.C., HAUGER-KLEVEN, J.H. Tendencias de la mortalidad por grandes grupos de causas. Argentina (1977-1985). *La Semana Médica* 175(4):67-73, 5 de abril de 1991.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.
- BANCO VELOX. La industria del tabaco. *Reseña Año IV*, No. 48. Mayo de 1988.
- BICKERS, C. Argentine growers reap cash rewards. *World Tobacco*, marzo de 1990, p. 55.
- BODDEWYN. *Why Adolescents Smoke*. International Advertising Association. 1987
- CAMARA DE LA INDUSTRIA DEL TABACO. *Revista Noticias*. Junio de 1991.
- CATTERBERG Y ASOCIADOS. Survey of 800 Buenos Aires Residents. Informe inédito, mayo de 1991.
- CELADE. Boletín Demográfico. No. 45. Santiago, Chile, enero de 1990.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost. United States—1984. *Morbidity Mortality Weekly Report* 36(42):693-697, 30 de octubre de 1987.
- CONSUMIDORES Y DESARROLLO. Estrategias legislativas para controlar la epidemia mundial del tabaquismo. ¿Por qué legislar? *Consumidores y Desarrollo* Vol. 5, junio-julio p. 1-6, 1991.
- COSTA DE ROBERT, S., GENTILLINI, N., VEROQUI, L., BARROS, C. Cardiovascular risk factors among workers of the paper industry of Zárate, Argentina (1988). *CVD Newsletter* 46:115, 1990.
- CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. Penang: International Organization of Consumers Unions, 1990.
- ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. Year Book—1989.
- FUNDACION SALUD PUBLICA. Mortalidad por causa, sexo y edad. Datos inéditos, 1991.
- GALLUP ORGANIZATION, INC. *The Incidence of Smoking in Central and Latin America*. Princeton, New Jersey, 1988.
- HAUGER-KLEVENE, J.H., BALOSSI, E.C. La adolescente fumadora: estudio Mar del Plata, 1980. *Boletín Epidemiológico Nacional* 1:3-6, 1984.
- HAUGER-KLEVENE, J.H., BALOSSI, E.C. Descenso de la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria. Argentina, 1977-1985: posibles explicaciones. *Revista Argentina de Cardiología*, julio-agosto 58(4):170-176, 1990.
- HAUGER-KLEVENE, J.H., BALOSSI, E.C. Prevalence of cardiovascular risk factors: The Mar del Plata Study, 1981. *CVD Epidemiology Newsletter* 38:165, 1985.
- HAUGER-KLEVENE, J.H., BALOSSI, E.C. Prevalence of the smoking habit in an urban community of Argentina. *CVD Epidemiology Newsletter* 42(55), 1987.
- HAUGER-KLEVENE, J.H., BALOSSI, E.C. Tobacco in Argentina. Manuscrito inédito, 1989.
- HAYES, M., MELI, S., HAUGER-KLEVENE, J.H. Trends in cardiovascular mortality and prevalence of coronary risk factors in women of District 9 de Julio, Argentina (1987). *CVD Epidemiology Newsletter* 46:115, 1990.
- HOSPITAL DE PEDIATRIA. Encuesta sobre el tabaquismo en el Hospital de Pediatría. Documento inédito, Buenos Aires, 1988.
- INZA, F.A., LANDENA, J., PAGLIER R. Encuesta de tabaquismo en los colegios secundarios de la ciudad de Azul. *Boletín LALCEC*, pp. 13-14, 1991.
- JOLY, D.J. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Publicación Científica 337. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1977.
- LALCEC. Observaciones sobre un estudio en escuela secundaria sobre el hábito de fumar en estudiantes y sus familias. Documento inédito. Buenos Aires, 1981.
- MAXWELL, J.C. *The Maxwell Consumer Report. International Tobacco 1989 Part One*. Wheat First Securities, Butcher and Singer, 18 de mayo de 1990.
- MISDORP, S. Jujuy has the right stuff to produce quality tobaccos. *Tobacco International*, 1 de junio, pp. 38-41, 1990a.
- MISDORP, S. Record production and exports continue to be set off by inflation. *Tobacco International*, 1 de junio, pp. 42-45, 1990b.
- MISDORP, S. Tobacco contributes heavily to revenue in Argentina. *Philip Morris Magazine*, 1 de mayo, p. 64, 1990c.
- ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION. *Tobacco: Supply, Demand and Trade Projections, 1995 and 2000*. FAO Economic and Social Development Paper 86. FAO, Roma, 1990.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas—Edición de 1990*. Publicación Científica 524. Washington, D.C., 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Control del hábito de fumar. Taller sub-regional para el Cono Sur y Brasil, 18-22 de noviembre de 1985. Informe Técnico No. 2.* Washington, D.C., 1986.

REPUBLICA ARGENTINA. Ley No. 23.344. *Boletín Oficial de la República Argentina del 29 de agosto de 1986.*

TOBACCO MERCHANTS ASSOCIATION OF THE U.S., INC. *Special Report—Production and Consumption of Tobacco Products for Selected Countries 1979-1988. Informe especial 89-3, 28 de septiembre de 1989.*

U.N. CONFERENCE ON TRADE AND DEVELOPMENT. *Marketing and Distribution of Tobacco.* Geneva: United Nations, 16 de junio de 1978.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco production, imports, exports, and total domestic consumption. U.S. Department of Agriculture, Foreign Agricultu-

ral Service, Tobacco, Cotton, and Seeds Division. *Tabulaciones inéditas, abril de 1990.*

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking—25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General.* U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS publication no. (CDC) 89-8411. Enero de 1989.

U.S. FEDERAL TRADE COMMISSION. *Federal Trade Commission Report. "Tar," Nicotine, and Carbon Monoxide of the Smoke of 272 Varieties of Domestic Cigarettes.* Diciembre de 1988.

WASHINGTON TIMES. Trail of phony Winstons leads to Noriega, Cuba. 5 de julio, p. A3, 1990.

Bahamas

Características generales

La industria del tabaco

Prevalencia y consumo

Datos sobre consumo

Encuestas sobre patrones de comportamiento

Prevalencia del tabaquismo en la población adulta

Prevalencia del tabaquismo en los adolescentes

Conocimientos y actitudes hacia el tabaco

Tabaquismo y salud

Datos sobre mortalidad

Morbilidad

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Estructura y política del Gobierno

Legislación

Desincentivos económicos

Actividades educativas

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

La Mancomunidad de las Bahamas es un archipiélago formado por unas 700 islas y cayos situado al sur de la costa de la Florida. Solo 29 de estas islas están habitadas y la capital, Nassau, se encuentra en la más poblada de ellas, Nueva Providencia. A mediados de 1987, se estimó una población de 240 000 habitantes (Cuadro 1). Solo el 4,5% de los bahameños tienen 65 años o más y, en general, la población es muy joven: 38% son menores de 15 años. Aunque casi todo el territorio es rural, el 82% de la población total reside en los núcleos urbanos de Nueva Providencia y Gran Bahama. La esperanza de vida de los habitantes se ha elevado desde los 65 años en 1970 a los 70 años en 1988, y el índice de fecundidad global ha sufrido un descenso durante el mismo período. En consecuencia, la población de las Bahamas está experimentando un rápido envejecimiento (Ministry of Health, 1986).

En 1987, la tasa bruta de natalidad fue de 25,7/1000 habitantes. Ese mismo año, la tasa de mortalidad infantil fue de 29,3/1000 nacidos vivos. La tasa bruta de mortalidad fue de 5,7/1000 habitantes (Department of Statistics, Ministry of Finance, 1990). Sin embargo, las estadísticas vitales no son muy fidedignas y tal vez no correspondan al conjunto de la población, pues en las islas y cayos más alejados no se registran todos los nacimientos o defunciones. Las Bahamas es un miembro independiente de la Mancomunidad británica, por lo que su Ministerio de Salud es el responsable de la puesta en práctica de las políticas de salud y de la prestación de atención de salud.

Las Bahamas tiene una economía extraordinariamente abierta, basada en el turismo y en la banca

y el comercio externos. Con un producto interno bruto (PIB) de \$US2863,2 millones en 1988, los ingresos por turismo constituyeron el 75% de toda la actividad económica (Gray y Fountain, 1990).

La industria del tabaco

En las Bahamas no se cultiva ni se manufactura tabaco. Todos los cigarrillos destinados al consumo local y al amplio comercio turístico libre de impuestos son importados. Las marcas importadas principales son Rothman's, Salem, Kool, Marlboro, Winston, Benson and Hedges y DuMaurier. El contrabando de tabaco, tan importante en otros países del Caribe, es aparentemente mínimo en las Bahamas (Gray y Fountain, 1990).

Los tres millones de turistas que acuden a las islas cada año compran grandes cantidades de cigarrillos libres de impuestos. Sin embargo, los destinados al consumo doméstico sufren un fuerte recargo tributario. En 1988, 47,5% del precio medio al por menor, equivalente a \$US2,65 por paquete de 20 unidades, correspondía a los impuestos. Los cigarrillos son la forma fundamental de consumo de tabaco en las islas. Sin embargo, los cigarrillos puros y cigarrillos constituyeron el 10% (en dólares) de todo el tabaco vendido en las Bahamas en 1988; el tabaco de pipa y el tabaco sin humo representaron el 1,1% y el tabaco de picadura para cigarrillos caseros alcanzó el 0,2% del total (Gray y Fountain, 1990).

No existen leyes que limiten la publicidad de los productos del tabaco en las Bahamas, pero las compañías tabacaleras suelen patrocinar eventos deportivos (Gray y Fountain, 1990). Por ley, todos los anuncios impresos o transmitidos por medios

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Bahamas, años 1980

Indicador	Año	Valor
Población	1987	240 000
% < 15 años	1980	38
% ≥ 65 años	1980	4,5
% población urbana	1990	82
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes	1987	5,7
Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes	1987	25,7
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1987	29,3
Esperanza de vida al nacer	1988	70 años
Producto interno bruto (PIB), en millones	1988	\$ EUA 2.863,2
PIB per cápita	1986	\$ EUA 9.378

Fuente: Gray y Fountain, 1990; OPS, 1990; Departamento de Estadística, Ministerio de Hacienda, 1990.

electrónicos deben ser portadores de la siguiente advertencia sanitaria:

“Advertencia—Fumar puede producir enfermedades del corazón y cáncer de pulmón, entre otras enfermedades”

Los paquetes de cigarrillos de importación destinados a la venta también deben mostrar dicha advertencia (Ministry of Health, 1976). No se sabe con seguridad si los cigarrillos destinados a la venta libre de impuestos deben presentar la advertencia ni cuál es el grado de cumplimiento de esta ley, aunque se ha establecido una multa de \$100 para los infractores.

Prevalencia y consumo

Datos sobre consumo

Los datos sobre consumo per cápita de cigarrillos por personas de 15 años o más indican que los bahameños consumieron de 700 a 1000 cigarrillos por adulto entre 1979 y 1988, sin cambio o tendencias evidentes (Figura 1). Los índices exageradamente altos de consumo per cápita obtenidos para 1980, 1982 y 1983 podrían ser debidos a que los turistas compraron mayor cantidad de cigarrillos tasados durante esos años. También es posible, sin

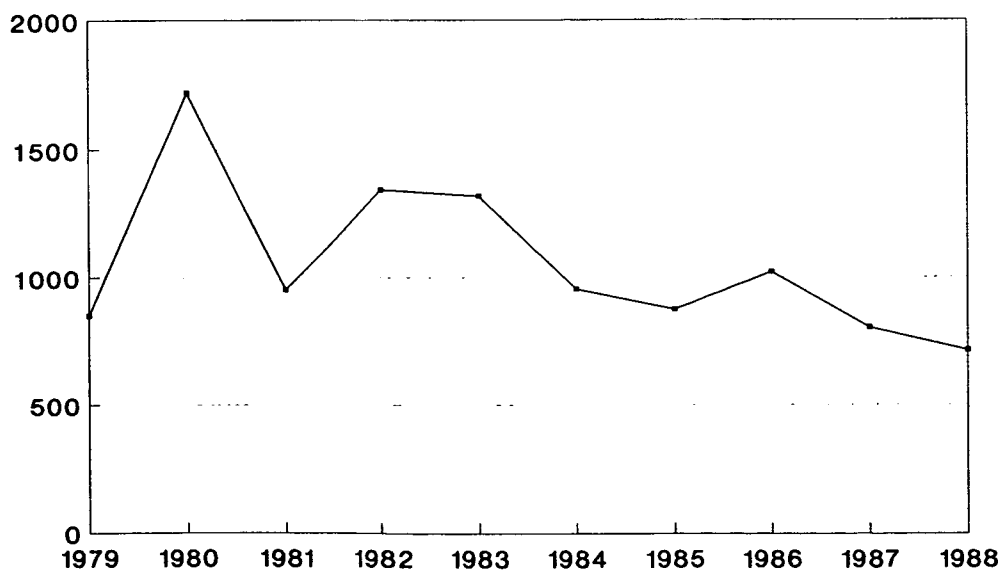
embargo, que el sistema del acopio de datos para notificación de impuestos sobre el consumo carezca de exactitud (Gray y Fountain, 1990).

Encuestas sobre patrones de comportamiento

Prevalencia del tabaquismo en la población adulta

Se conocen los datos de dos encuestas meticulosamente realizadas en las Bahamas. La primera, la Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición de 1988 sobre adultos de 15 años o más, fue llevada a cabo por la Unidad de Servicios de Coordinación de Información de Salud (Ministry of Health, 1988). Entre los 1894 encuestados, se encontró que el 11,4% eran fumadores regulares actuales (19,9% hombres y 4,6% mujeres) (Cuadro 2). La prevalencia del hábito de fumar fue ligeramente más alta en la isla urbanizada de Nueva Providencia (11,4%), en comparación con las islas Family (10,9%) y Gran Bahama (10,8%). La prevalencia en la población negra es inferior a la mitad de la encontrada en la población blanca bahameña o en los residentes no bahameños (9,8% en comparación con 23,5% y 24,3%, respectivamente). Casi todos los encuestados (53,4%) comenzaron a fumar entre los 15 y los 19 años, y las edades medias de iniciación fueron los 20,4 años para las mujeres y los 18,7 años para los hombres. Solo el 3% de los fumadores consu-

Figura 1. Consumo de cigarrillos per cápita entre adultos,* Bahamas, 1979-1988



Fuente: Gray y Fountain, 1990.

*15 años o más.

Cuadro 2. Prevalencia (%) de fumadores actuales y exfumadores por sexo, edad, etnia y nivel de educación en adultos de 15 años o más, Bahamas, 1988

Categoría	Prevalencia (%) de fumadores actuales	Prevalencia (%) de exfumadores	N
Todos los adultos	11,4	15,2	875
Hombres	19,9	24,7	392
Mujeres	4,6	7,5	483
Mujeres de 15-44 años	4,8	6,4	374
Por grupos de edad			
Hombres 15-44	8,4	13,4	119
25-44	23,9	27,8	65
45-64	28,8	31,5	73
≥ 65	12,5	50,0	16
Mujeres 15-24	1,3	5,2	154
15-44	7,3	7,3	220
45-64	3,8	10,0	80
≥ 65	3,7	14,8	27
Etnia			
Bahameños negros	9,2	14,3	725
Bahameños blancos	23,5	29,4	51
No bahameños	24,3	20,0	70
Nivel educativo			
Primaria o inferior	8,2	20,4	98
Secundaria	11,7	13,6	566
> Secundaria	12,6	18,1	199

Fuente: Ministerio de Salud, Bahamas, 1988.

mían cigarros puros y el 0,5% fumaba en pipa (Gray y Fountain, 1990).

En 1989, el Ministerio de Salud realizó una encuesta sobre consumo de drogas, en la que se incluyó el tabaco, sobre un total de 1000 personas de 16 a 59 años de edad. Los datos sobre consumo de tabaco así obtenidos pueden compararse con los de la encuesta de 1988, aunque las definiciones exactas empleadas para clasificar a los fumadores (actuales, antiguos, ocasionales, nunca, etc.) fueran algo distintas. El 60,4% de todos los encuestados afirmó no haber fumado nunca (Cuadro 3). La prevalencia de tabaquismo en los hombres fue cuatro veces superior a la hallada en las mujeres (19,3 y 3,8%, respectivamente), similar a los niveles registrados en 1988. El porcentaje de los fumadores actuales fue más alto en los de 35 a 54 años en comparación con los de 20 años o menos (14 frente a 9%). Por ocupaciones, la prevalencia de los fumadores regulares actuales fue mayor entre los obreros que entre los profesionales (22,8% y 9,9%). La frecuencia de abandono del tabaquismo (medida por la prevalencia de antiguos fumadores) mostraba una rela-

ción positiva con la edad y era mayor en las personas de 55 a 59 años. El número medio de cigarrillos fumados al día fue similar para ambos sexos (14 y 12 cigarrillos diarios para hombres y mujeres, respectivamente). La edad media de iniciación al hábito de fumar en esta encuesta fue también los 18 años (Gray y Fountain, 1990).

Si se calcula según estas dos encuestas, realizadas con un año de diferencia, la prevalencia global de fumadores regulares actuales parece ser del 10% aproximadamente en la población adulta de las Bahamas. La prevalencia es más alta entre los obreros y también mucho más alta entre los blancos y los bahameños no nativos.

Prevalencia del tabaquismo en los adolescentes

En 1987, el Departamento de Servicios Psiquiátricos Sociales del Ministerio de Salud llevó a cabo una encuesta anónima autoadministrada de 4800 escolares de 10 a 19 años de edad (Bahamas National Drug Abuse Council, 1987). La muestra comprendía el 25,3% de toda la población escolar

Cuadro 3. Prevalencia (%) de fumadores actuales, exfumadores y fumadores ocasionales, por sexo, edad, renta, nivel de educación y ocupación en adultos de 16-59 años de edad, Bahamas, 1989

Categoría	Prevalencia (%) de fumadores actuales	Prevalencia (%) de exfumadores	Fumadores ocasionales	N
Todos los adultos	10,0	6,3	2,7	1000
Hombres	19,3	10,5	4,0	400
Mujeres	3,8	3,5	1,8	600
Mujeres de 15-44 años	3,7	2,0	2,3	484
Por grupos de edad				
Hombres 16-44	3,3	2,2	3,3	90
25-44	23,1	10,0	4,8	229
45-59	26,4	23,6	2,8	72
Mujeres 16-24	0,7	—	2,7	148
25-44	5,1	3,0	2,1	336
45-59	3,9	10,8	—	102
Nivel de renta				
< Promedio nacional	8,2	5,1	1,7	293
> Promedio nacional	11,1	6,9	3,3	606
Nivel educativo				
Primaria o inferior	14,7	6,3	3,7	190
Secundaria	7,5	5,4	2,0	597
> Secundaria	12,6	8,6	3,5	198
Situación laboral				
Profesional/Administrativo	9,9	8,0	2,4	212
Empleado/Ventas	6,0	4,8	1,6	249
Servicios	6,5	5,0	2,7	260
T. manual/agricult.	22,8	9,2	4,4	206
Ama de casa/sin empleo		1,4	1,4	68

Fuente: Ministerio de Salud, Bahamas, 1989.

en este grupo de edad. Se preguntó sobre el consumo de tabaco alguna vez, durante el año anterior y durante el mes anterior (Cuadro 4). En conjunto, habían consumido tabaco alguna vez el 14,5% de los adolescentes (20,4% de los niños y 9,7% de las niñas). Solo el 0,7% eran fumadores regulares actuales.

En el grupo de edad de 10 a 14 años, el número de niños que habían consumido cigarrillos duplicaba al de las niñas (17% y 8%, respectivamente). En el grupo de edad de 15 a 19 años, la prevalencia del consumo eventual de tabaco se elevaba en un 50%, lo que indica que la experimentación y el comienzo del consumo regular se producen a esta edad. La prevalencia de los que habían fumado alguna vez era mayor en las zonas urbanas que en las rurales (16% y 11%).

El mismo organismo realizó en 1988 una encuesta sobre una pequeña muestra de 74 delincuentes de 10 a 16 años que residían en una escuela industrial (Bahamas National Drug Abuse Council,

1988). En esta población "de alto riesgo", la prevalencia global del consumo eventual de tabaco fue de 32,4%, y la de los que habían fumado durante el año anterior a su entrada en el centro fue de 28,8%. Dado el escaso tamaño de la muestra, no es posible hacer una estratificación más detallada de los resultados.

Conocimientos y actitudes hacia el tabaco

La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas por Adultos de 1989 antes comentada (Ministry of Health, 1989) también preguntó sobre los aspectos de riesgo percibido y adicción asociada a los cigarrillos. Los resultados preliminares indican que casi todos los bahameños (82,1%) aceptan que toda persona que fume uno o más paquetes de cigarrillos al día se halla sometida a un riesgo "moderado" o "grande". Además, el 80,9% de los encuestados consideraban que los cigarrillos producen adicción.

Cuadro 4. Prevalencia (%) de consumo de tabaco alguna vez, durante al año anterior, durante el mes anterior y consumo regular actual en adolescentes de 14-19 años de edad, por sexo, grupo de edad e isla de residencia, Bahamas, 1987

Categoría	Fumaron alguna vez (%)	Año anterior (%)	Mes anterior (%)	Fumador actual (%)	N
Total encuestados	14,5	5,0	3,0	0,7	4767
Hombres	20,4	7,6	4,7	0,8	2102
Mujeres	9,7	2,9	1,7	0,4	2665
Edad 10-14 años					
Hombres	16,8	6,5	3,7	0,5	
Mujeres	8,3	2,0	1,1	0,2	
Edad 15-19 años					
Hombres	24,5	8,8	5,7	1,7	
Mujeres	11,5	4,0	2,7	0,6	
Residencia					
Islas Family	10,7	4,0	2,7	0,5	
Nueva Providencia/Gran Bahama	15,9	5,4	3,2	0,8	

Fuente: Bahamas National Drug Council (Consumo de alcohol, tabaco y drogas por estudiantes) 1987.

Tabaquismo y salud

Datos sobre mortalidad

En 1987, de un total de 1411 fallecimientos registrados, solo el 2,5% fueron achacados a síntomas o estados morbosos mal definidos de enfermedad (CIE 780-799), por lo que los datos sobre mortalidad de las Bahamas parecen ser sumamente fidedignos. La estructura de la mortalidad de esta población refleja tanto su alto grado de desarrollo como la gran prevalencia de enfermedades crónicas

que se asocian a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida (Cuadro 5). De la cifra total de defunciones una quinta parte fue debida a tumores malignos; 34 de estas 277 muertes se produjeron por cáncer de pulmón (12,3%). La tasa de mortalidad específica por edad por cáncer de pulmón ha sido constantemente más alta en los hombres que en las mujeres, coincidiendo con la mayor prevalencia de consumo de tabaco observada en los primeros (Cuadro 6). Los tumores malignos son la principal causa de defunción de la población desde 1982, año en que superaron a las enfermedades del

Cuadro 5. Principales causas de defunción, Bahamas, 1987

Causa (Código CIE-9)	Número de defunciones	Porcentaje sobre el total
Todas las causas	1411	100
Estados morbosos mal definidos (780-799)	35	2,5
Tumores malignos (140-208)	277	20,1
Enfermedades del corazón (398-429)	250	18,2
Accidentes (E800-949, E980-989)	155	11,3
Enfermedad cerebrovascular (430-499)	115	8,4
Enfermedades respiratorias	94	6,8

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1991.

Cuadro 6. Tasas de mortalidad por edad (por 100 000 habitantes) específica para cáncer de pulmón y enfermedades del corazón, por sexo, Bahamas, 1984 y 1987

Tasa de enfermedad	Grupo de edad	Tasa de mortalidad 1984	Tasa de mortalidad 1987
Hombres			
Cáncer de pulmón	45-54	78,7	21,1
	55-64	50,8	174,6
	65-74	200	179,5
Enfermedades del corazón	45-54	146	253,4
	55-64	525,2	364,5
	65-74	1000	1105,4
Mujeres			
Cáncer de pulmón	45-54	10,5	39,6
	55-64	29	68,9
	65-74	46,5	41,3
Enfermedades del corazón	45-54	94,8	89,2
	55-64	188,5	289,3
	65-74	767,5	661,2

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1991.

corazón (Ministry of Health, 1986). La tasa de mortalidad ajustada por edad para los tumores aumentó de 83/100 000 habitantes en 1982 hasta 115/100 000 habitantes en 1987 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990). El bahameño medio tiene al nacer una probabilidad aproximada del 20% de morir por un tumor maligno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1991).

La segunda causa de defunción fueron las enfermedades del corazón (CIE 398-429), con una mortalidad proporcional de 18,2%. Las tasas globales de mortalidad por enfermedad del corazón se mantuvieron esencialmente sin cambios entre 1984 y 1987. Sin embargo, durante este corto período, la tasa de mortalidad por edad específica aumentó entre las personas de 65 años y más (Cuadro 6).

Morbilidad

Las principales causas registradas de hospitalización en las Bahamas son, además del parto, los tumores y las enfermedades del corazón. De los 6076 pacientes ingresados en el hospital más importante del país, 63 fueron diagnosticados de cardiopatía isquémica, 52 lo fueron de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (incluyendo el asma) y 8, de cáncer de pulmón. Todas estas enfermedades pueden tener una relación causal, al menos parcial, con el tabaquismo; casi todos los enfermos ingresados por estas causas tenían 45 años o más.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Estructura y política del Gobierno

El Gobierno de las Bahamas no ha definido por escrito política alguna sobre el consumo de tabaco y no existe ninguna oficina que se dedique específicamente a la prevención y el control del mismo. Administrativamente, el Ministerio de Salud dedica recursos a los aspectos relacionados con el tabaco mediante la Unidad de Coordinación de Información de Salud y el Departamento de Servicios Sociales. Al igual que en otros países del Caribe, existe una estrecha relación entre la prevención del consumo de drogas y la prevención del consumo de tabaco, sobre todo en lo que se refiere a la población adolescente. Sin embargo, el Consejo Nacional sobre Abuso de Drogas se ocupa, fundamentalmente, de la prevención de consumo de sustancias prohibidas.

Legislación

Aunque no existe una legislación específica para limitar el consumo de tabaco en lugares públicos o impedir su venta a los menores, hay restricciones voluntarias en las instalaciones de salud, los centros docentes, los cines, algunos vehículos de transporte público y ciertos restaurantes (Gray y

Fountain, 1990). En 1987, el Ministerio de Transportes promulgó una "Directiva administrativa" por la que se prohíbe fumar durante los vuelos interiores entre islas de la compañía aérea nacional (Bahamas Air) (OPS, 1988).

La Ley de Servicios de Salud (Enmienda) de 1976 es una de las medidas legislativas más enérgicas promulgadas para advertir a los consumidores sobre los peligros que entrañan los cigarrillos (ver la sección sobre publicidad del tabaco, más arriba). Esta ley obliga a introducir una advertencia bastante clara en los paquetes de cigarrillos y en los anuncios de tabaco (Ministry of Health, 1976). Sin embargo, no es probable que esta advertencia quede en lugar visible durante la promoción de los eventos deportivos que más cobertura reciben por parte de los medios de comunicación y que más atractivos resultan para la juventud bahameña.

Desincentivos económicos

El precio medio del paquete de 20 cigarrillos es de \$US2,65, correspondiendo \$US1,26 al impuesto nacional (47,5% del costo de importación). En 1988, las ventas al por menor de cigarrillos produjeron \$US4,7 millones de ingresos, cifra que puede ser comparada con los \$US1,8 millones de 1979 y los \$6 millones de 1982. Entre 1979 y 1982, los ingresos tributarios variaron de \$US3,9 a 5,3 millones. Los precios de cigarrillos al por menor se hallan entre los más elevados del Caribe, pero posiblemente el salario de los trabajadores bahameños sea también uno de los más altos. Puesto que el tabaco no es un cultivo local ni un producto de la manufactura nacional, sería de esperar que el descenso del consumo conllevara un importante ahorro de divisas. Se calcula que, en 1986, podrían haberse ahorrado casi \$US3 millones en divisas si se hubiera interrumpido la importación de tabaco (OPS, 1988).

Las compañías aseguradoras de las Bahamas rebajan las primas de los no fumadores en un 15 a 35%. Para que los fumadores puedan optar a estos descuentos diferenciales, deben haber pasado sin fumar por lo menos 12 meses (OPS, 1988).

Actividades educativas

La educación para la salud sobre el tabaco no forma parte del sistema escolar. Puesto que cifras crecientes de la población muy joven de las Bahamas están alcanzado la edad en que se ha comprobado que se empieza a experimentar con el tabaco (15 a 19 años), los bajos índices de prevalencia

del tabaquismo en los adultos que se han señalado en este capítulo podrían sufrir importantes modificaciones. En las escuelas, se dice a los niños que no deben fumar, pero no se les enseñan habilidades antitabaco específicas.

La Sociedad contra el Cáncer de las Bahamas ha patrocinado campañas de educación pública sobre las consecuencias del tabaco para la salud mediante folletos, carteles, camisetas y el apoyo al Día Mundial sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, el 31 de mayo. Durante todo ese mes, la Sociedad respalda también seminarios y maratones televisivos, durante los cuales distintos conferenciantes locales e internacionales hablan de las ventajas de no fumar. La Asociación de Cardiología de las Bahamas patrocina anuncios de servicio público televisados que tratan del tabaco y otros factores de riesgo. La Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día patrocina un curso para dejar de fumar de cinco días de duración, al igual que en el resto del Caribe (OPS, 1988).

Resumen y conclusiones

La prevalencia del tabaquismo regular y actual es muy baja entre los naturales de las Bahamas. Sin embargo, la elevada prevalencia existente entre los bahameños de raza blanca y los de origen no bahameño es un ejemplo extraordinariamente peligroso para el resto de la población. Las encuestas realizadas en 1988 y 1989 indican que la prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales es muy baja y que, como en otros países desarrollados, es mayor entre los trabajadores manuales.

La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en personas de edad madura o mayores, como indicador de la exposición a largo plazo de la población al tabaco, es todavía muy baja en las Bahamas, pero las enfermedades crónicas, incluidas las secundarias a factores de riesgo asociados a los estilos de vida, están adquiriendo cada vez más importancia. En consecuencia, si los datos sobre consumo indican un grado continuo de exposición moderada, es de esperar que aumenten tanto la mortalidad por cáncer de pulmón como la debida a otros riesgos relacionados con el tabaco.

Excepción hecha de una exigencia moderadamente enérgica sobre la inclusión de una advertencia sobre la salud, el Gobierno de las Bahamas ha tomado pocas medidas contra el consumo de tabaco. Se conocen los esfuerzos voluntarios de los grupos que, tradicionalmente, se han preocupado por la prevención del cáncer y de las cardiopa-

tías, pero se ignora el efecto de los programas específicos.

Valorando todos los datos arriba expuestos, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia del consumo de tabaco por los adultos de las Bahamas alcanza aproximadamente el 10% y es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres. La prevalencia del consumo regular y actual es mucho más alta en los bahameños de raza blanca y residentes no naturales del país que en los bahameños de raza negra.
2. Las enfermedades crónicas, con los tumores y las cardiopatías a la cabeza, son las causas de defunción más importantes de las Bahamas. Muchas de ellas pueden ser atribuidas al fumar y es de esperar que el índice de mortalidad por estas causas aumente según vaya envejeciendo la población.
3. No se conocen medidas legislativas o derivadas de políticas expresas para controlar el consumo de tabaco en lugares públicos, el acceso al mismo de los menores, la educación para la salud o la publicidad contra el uso de tabaco. Desde 1976 se exige por ley la inclusión de una advertencia moderadamente enérgica en los paquetes de cigarrillos y en los anuncios de tabaco.

Referencias

BAHAMAS NATIONAL DRUG ABUSE COUNCIL. Alcohol, Smoking and Drug Use among Students, inédito, 1988.

BAHAMAS NATIONAL DRUG COUNCIL. Alcohol, Smoking and Drug Use among Delinquent Students at an Industrial School, inédito, 1988.

DEPARTMENT OF STATISTICS, MINISTRY OF FINANCE, datos inéditos, 1990.

GRAY, H., FOUNTAIN, T. Country Collaborator's Report—Bahamas. Datos inéditos. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.

MINISTRY OF HEALTH. *Basic Health Information, Commonwealth of the Bahamas*, Ministry of Health, 1986.

MINISTRY OF HEALTH. *The Health Services (Amendment) Act, 1976 (No. 15 of 1976)*. Official Gazette. S.I. No. 130 of 1976.

MINISTRY OF HEALTH. National Drug Use Survey, Health Information Coordinating Services Unit, Ministry of Health, inédito, 1989.

MINISTRY OF HEALTH. National Health and Nutrition Survey, Health Information Coordinating Services Unit, Ministry of Health, inédito, 1988.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *1990 World Health Statistics Annual*. World Health Organization: Geneva, Switzerland 1991.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990*. Publicación Científica 524. Washington, D.C., OPS, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Smoking Control—Third Subregional Workshop, Caribbean Area*. Kingston, Jamaica, 8-11 de diciembre de 1987. Cuaderno técnico No. 20. Washington, D.C.: OPS, 1988, pp. 15-19.

Barbados

Características generales

La industria del tabaco

Prevalencia y consumo

Tabaquismo y salud

· Mortalidad

· Morbilidad

Actividades de control y prevención del tabaquismo

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Barbados, la isla más oriental del Caribe, está situada al este de San Vicente, en las Antillas Menores y tiene una superficie de 420 km². Su forma de gobierno es una democracia parlamentaria dentro de la Mancomunidad británica (MacMillan, 1988). El producto nacional bruto per cápita (PNB) llegó en 1988 a \$US6110, tras experimentar un crecimiento anual del 2,3% entre 1965 y 1988 (Banco Mundial, 1990). Su economía se basa en el turismo, los servicios, la industria ligera y la agricultura. El turismo ha crecido de forma progresiva, desde un valor de \$US 93 millones en 1983 hasta los \$US169 millones en 1990 (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe [CEPALC], 1990). Desde hace casi 300 años, su agricultura se basa en la caña de azúcar, aunque en la actualidad existen programas de diversificación de cultivos con producción de algodón isleño, flores tropicales y verduras, así como cría de ganado; la industria pesquera también se halla en período de expansión. La industria ligera, dedicada a los muebles, textiles, suministros de envasado y equipo electrónico y de proceso de datos contribuye a reducir el desempleo que, sin embargo, ha pasado del 13,7% en 1989 al 14,7% en 1990 (CEPALC, 1990).

Con 590 habitantes por km², Barbados es una de las islas más densamente pobladas del Caribe. En 1988, se calculaba una población a mediados del año, de 255 000 habitantes; el índice de crecimiento anual fue, como promedio, de 0,3% entre 1980 y 1988 (Banco Mundial, 1989). No se han producido cambios significativos recientes en la población, que ha experimentado un descenso del 0,001% entre 1987 y 1988. De la población total de 1988, el 11,3% tenía 65 años o más, y el 24,6% era menor de 15 años (Cuadro 1). La proporción de la población de 65 años o más ha aumentado de 6,4% en 1960 a 11,3% en 1988 (CEPALC, 1990). Por tanto, Barbados tiene una proporción grande de habitantes de edad avanzada en comparación con sus vecinos caribeños (ver Cuadro 1 del capítulo sobre la Organización de Estados del Caribe Oriental en este mismo informe).

Los indicadores generales de salud de la población de Barbados sugieren la existencia de buenas condiciones sanitarias. Entre 1983 y 1987, el índice de natalidad descendió de forma constante, pasando de 18 a 15 por 1000 habitantes, y el índice de fecundidad pasó de 77 a 59 por 1000 mujeres de edades comprendidas entre 15 y 44 años. Este cambio parece debido al programa de planificación fa-

miliar y de educación para la vida familiar que se lleva a cabo en la actualidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1990). El índice de mortalidad infantil de 1987 fue de 21,6 por 1000 nacidos vivos, y el índice bruto de mortalidad de 1988 fue de 8,8 por 1000 habitantes (OPS, 1990). La esperanza de vida al nacer fue de 73 años para los hombres y de 77 años para las mujeres (Banco Mundial, 1990) (Cuadro 1).

El envejecimiento de la población, sumado a las cifras de esperanza de vida similares a las de los países industrializados, hacen pensar que Barbados sufrirá cada vez más la sobrecarga impuesta por la morbilidad y mortalidad derivadas de las enfermedades crónicas, sobre todo las cardiovasculares, las respiratorias y los tumores. Estas enfermedades, muchas de ellas relacionadas con el tabaco, constituyen una importante carga económica para los servicios de atención de salud, así como para los individuos que las padecen y sus familias. Sin embargo, Barbados está bien preparado para poner en marcha actividades eficaces destinadas a la promoción de la salud, dado el alto índice de alfabetización de la población adulta (98%) (Banco Mundial, 1990). La buena acogida obtenida por la planificación familiar y la educación para la vida familiar indican que otras actividades de educación en salud también podrían tener éxito.

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Barbados, años 1980

Indicador	Año	Grado
Población	1988	255 000
% < 15 años	1988	24,6
% ≥ 65 años	1988	11,3
Índice bruto de natalidad por 1000 personas	1987	15
Índice de fecundidad por 1000 mujeres de 15-44 años	1987	59
Índice de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1987	21,6
Índice bruto de mortalidad por 1000 personas	1988	8,8
Esperanza de vida al nacer		
Hombres	1988	73
Mujeres	1988	77
PNB per cápita en \$US	1988	6110

Fuente: CEPALC, 1990.

La industria del tabaco

En Barbados no se cosecha tabaco. La British-American Tobacco Company Ltd. (BAT) consideró que el suelo no era adecuado para este cultivo. La BAT (Barbados) Ltd., de propiedad privada y filial de la BAT del Reino Unido, es la única compañía tabacalera presente en el país. Tiene una nómina de 70 personas en los departamentos de administración, producción, venta y publicidad; esta cifra no incluye los empleados de los establecimientos de venta al por menor (Theodore-Gandhi, 1991).

En 1990, Barbados importó un total de 116 365 kg de tabaco en bruto procedente del Reino Unido, el Canadá, los Estados Unidos, el Brasil, los Países Bajos, Cuba y Grecia. Gran parte del mismo se empleó en la fabricación de productos destinados al mercado local, pero 200 kg fueron reexportados (Oficina Central de Estadística de Barbados, 1990). También se importan pequeñas cantidades de puros, cigarrillos, cigarrillos y rapé.

Según fuentes nacionales, la producción interna de cigarrillos ha decrecido de forma constante desde 1981 hasta 1990, pasando de 260 millones a 135 millones de unidades (Oficina Central de Estadística de Barbados, 1990). Sin embargo, los datos del Departamento de Agricultura de los EUA (USDA) no corroboran esta información (1990). El USDA notifica un incremento de 240 millones en 1981 a 260 millones en 1989 en la producción de cigarrillos. Ambas fuentes indican que las importaciones de cigarrillos manufacturados (15 millones anuales) no han sufrido cambios importantes durante los años de 1980 (Cuadro 2). La balanza comercial visible de los cigarrillos descendió durante

el decenio de 1980 a 1990 (Figura 1). (Las importaciones se valoran como el precio de mercado de los bienes en el momento de su importación más el costo de seguro y carga [CIF]. Las exportaciones se valoran como el costo de los bienes para el comprador en el extranjero, incluidos todos los recargos hasta el momento en que dichos bienes se hallan a bordo [FOB]. La balanza comercial visible es la diferencia entre el valor de las exportaciones [FOB] y el valor de las importaciones [CIF]). No se incluyen en el cálculo las divisas necesarias para la importación de bienes destinados a la producción de cigarrillos, tales como el tabaco en bruto, la maquinaria, el papel y las cajas. Estos costos constituyen una parte importante de los costos de producción y, por tanto, reducen el valor del producto exportado (Theodore-Gandhi, 1991).

BAT (Barbados) produce cuatro marcas de cigarrillos: 555's, Benson and Hedges, Embassy y Mayfair. Los cigarrillos se venden en paquetes de 10 y 20 unidades, siendo los primeros los más populares. Solo se distribuyen en Barbados y otras islas del Caribe. Se ha afirmado que los productos locales tienen gran dificultad para competir en los mercados de Europa y Norteamérica. A su vez, se importan cigarrillos del Reino Unido, los Estados Unidos, el Canadá, Trinidad, Jamaica y Guyana. No hay indicios de comercio ilegal de cigarrillos en Barbados (Theodore-Gandhi, 1991).

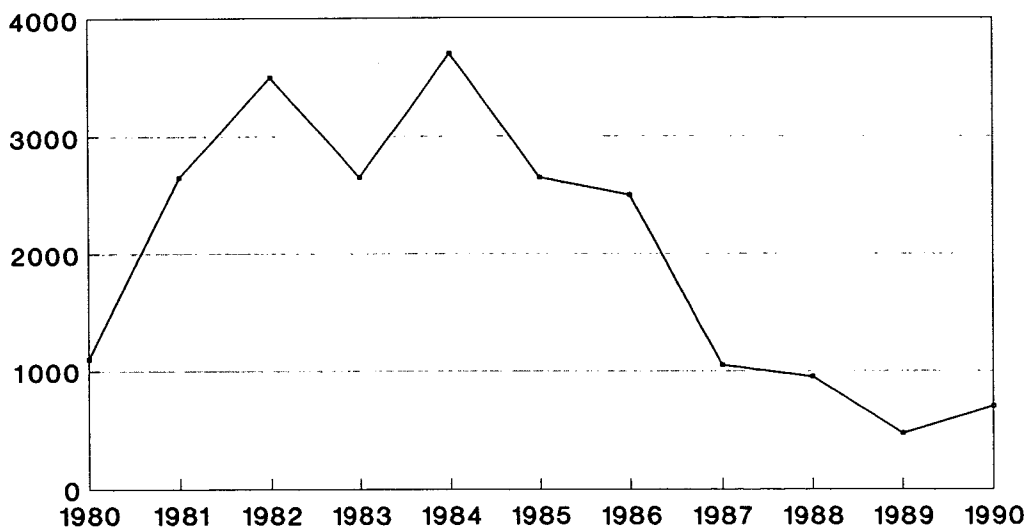
El impuesto sobre el consumo de cigarrillos es de \$BD15 por kg, con una estampilla de derechos que equivale al 15% del costo total. En consecuencia, la cajetilla cuesta aproximadamente \$BD4,90 (\$US2,50), y el 41,2% del precio total de la misma corresponde a impuestos (OPS, 1988). No se dispone de datos sobre la proporción en que la tributa-

Cuadro 2. Importación, manufactura, exportación y consumo doméstico de cigarrillos, Barbados, 1980-1990

Año	Importaciones	Manufactura	Exportaciones	Consumo doméstico
1980	27 599	224 000	96 029	155 570
1981	27 864	260 000	134 899	153 005
1982	17 394	271 000	117 248	171 146
1983	23 385	241 000	93 559	170 826
1984	125 845	238 000	219 376	144 469
1985	13 345	143 000	79 575	76 770
1986	9 677	172 000	73 225	108 452
1987	10 054	163 000	38 158	134 896
1988	11 554	149 000	78 638	81 916
1989	17 904	143 000	120 398	40 506
1990	59 793	135 000	43 591	151 202

Fuente: Oficina Central de Estadística de Barbados, 1990.

Figura 1. Balanza comercial visible para cigarrillos, Barbados, 1980-1990, en dólares de Barbados (miles)



Fuente: Theodore-Gandhi, 1991.

*\$BD2,00 = \$US1,00.

ción del tabaco contribuye a los presupuestos del Estado.

No existen limitaciones a la publicidad del tabaco, pero la compañía local se abstiene voluntariamente de anunciarse en la televisión y en el cine. Por el contrario, es corriente la publicidad en la radio. Además, BAT (Barbados) patrocina la Sociedad Cultural Nacional y distintos deportes, tales como las carreras de caballos, el fútbol y el cricket. Aunque no patrocina a los equipos locales, la compañía transnacional principal patrocina importantes eventos deportivos (Theodore-Gandhi, 1991). En la actualidad, muchos hogares de Barbados reciben la televisión por cable de los Estados Unidos; por tanto, los televidentes también tienen acceso a los mensajes antitabaco de los medios de comunicación de ese país.

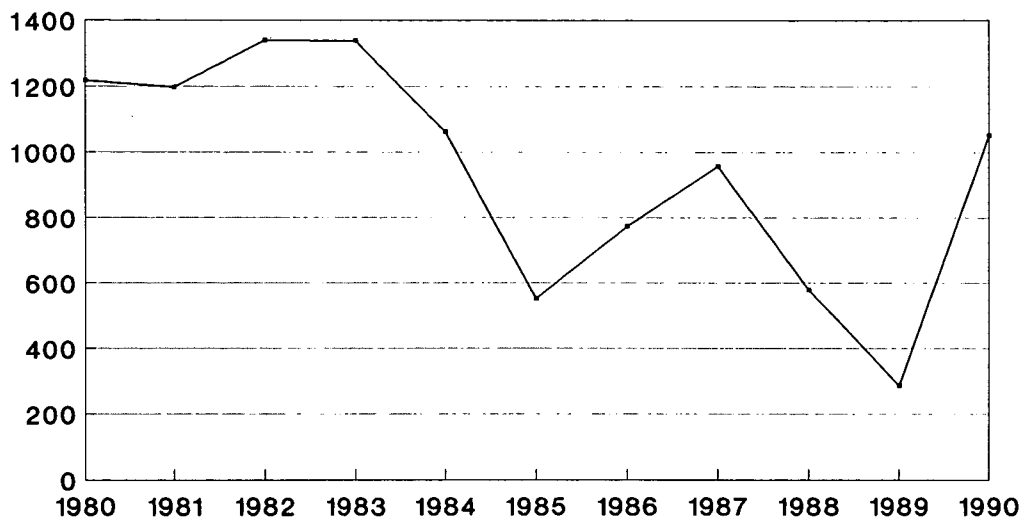
Prevalencia y consumo

El consumo per cápita aparente de cigarrillos en personas de 15 años o más descendió de 1218 a 285,9 en 1989 y se elevó a 1051 en 1990 (Figura 2). Estas cifras se basan en la suposición de que la cantidad de cigarrillos accesibles al consumo local equivale a la importación total más la producción local, menos las exportaciones y reexportaciones. Este estimado del consumo per cápita no incluye la creciente disponibilidad doméstica de cigarrillos libres

de impuestos comprados fuera de Barbados por los turistas y viajeros residentes. De igual modo, el denominador no comprende las compras hechas en Barbados por los turistas. Las fluctuaciones de la compra en mercados libres de impuestos podrían explicar la gran variación observada en el consumo per cápita aparente de cigarrillos tasados. De todas formas, los datos indican que a largo plazo el consumo per cápita de cigarrillos de Barbados está descendiendo. La disminución de la producción local y de las importaciones contribuye a cimentar esta idea.

No se han hecho encuestas sobre el consumo de tabaco en adultos o adolescentes de la isla. Un cálculo no documentado publicado en 1988 (OPS, 1988) cifraba la prevalencia del tabaquismo en un 9% de la población. Para justificar esta cifra, se calculó el consumo per cápita de fumadores de 15 años o más. Si el 9% de esta población (17 300 personas) fumara un promedio de 10 cigarrillos diarios, en el año 1988 se habrían fumado en Barbados 63 millones de cigarrillos. El consumo doméstico total de ese año fue de 82 millones, según los cálculos conservadores hechos por los Servicios Estadísticos de Barbados, por lo que la prevalencia del 9% en la población adulta parece razonable. Sin embargo, el cálculo del USDA indica un consumo anual (265 millones) superior en más de tres veces (USDA, 1990) y, por tanto, una prevalencia tres

Figura 2. Consumo per cápita de cigarrillos por adultos*, Barbados, 1980-1990



Fuente: USDA, 1990.

*Edad: 15 años o más.

veces mayor. Si fuera posible restar las compras hechas por los turistas, el consumo anual de los residentes de Barbados sería considerablemente inferior. En consecuencia, el valor real de la prevalencia del hábito de fumar en Barbados se halla en algún punto entre el 9 y el 27%. En 1991 se ha planeado realizar una encuesta de escolares entre los 11 y los 18 años.

Tabaquismo y salud

Mortalidad

La principal causa de defunción en Barbados es el conjunto de las enfermedades del corazón (CIE 393-398, 410-429), que produjeron 20,3% de todas las defunciones entre 1985 y 1989. Los tumores malignos (CIE 140-208) ocuparon el segundo lugar y representaron el 18,6% de todas las defunciones. Las enfermedades cerebrovasculares (CIE 430-438), la diabetes mellitus (CIE 250) y "otras" enfermedades del aparato circulatorio (CIE 440-459) ocuparon los lugares tercero, cuarto y quinto como causas de defunción durante ese pe-

riodo, con porcentajes de 8,9, 5,1 y 4,8%, respectivamente (Theodore-Gandhi, 1991).

Entre los tumores relacionados con el tabaco desarrollados por varones de 35 años o más durante el período 1985 a 1989, la principal causa de muerte fue el tumor de estómago (2,9% de la mortalidad total), seguido de los tumores de pulmón y esófago (1,8 y 1,5% de la mortalidad total, respectivamente). En las mujeres de 35 años o más, el tumor del cuello del útero fue la principal causa de muerte de este origen, con un 2,3% de la mortalidad total, seguido de los tumores de estómago y pulmón, responsables de un 2% y un 0,6% de todas las muertes, respectivamente (Theodore-Gandhi, 1991) (Cuadro 3).

Los fallecimientos en Barbados son demasiado pocos como para poder obtener un análisis significativo de tendencias sobre las enfermedades relacionadas con el tabaco. Tal vez haya una importante infranotificación de estas causas de defunción por carencia de servicios de diagnóstico o de patología, pero el registro de defunciones abarca casi al 100% de las defunciones (Massiah, 1985). Al mismo tiempo, aunque se desconoce la exactitud de la asignación de causa de defunción, el porcentaje de las atribuidas a "signos, síntomas y causas mal definidas" es pequeño (3,8%).

Cuadro 3. Número de defunciones y mortalidad proporcional por enfermedades relacionadas con el tabaco en Barbados, 1985–1989, en personas de 35 años o más

Causa	Hombres No. (%)	Mujeres No. (%)	Total No. (%)
Total de defunciones por todas las causas	4 704	5 299	10 003
Cardiopatía isquémica (CIE 410–414)	566 (12)	427 (10)	1 093 (10,9)
Otras cardiopatías (CIE 390–398, 401–405, 415–417, 421–429)	600 (12)	775 (14,6)	1 375 (13,7)
Enfermedad cerebrovascular (CIE 430–438)	584 (12)	808 (15,2)	1 392 (13,9)
Otras enfermedades del aparato circulatorio (CIE 440–448)	190 (4)	348 (6,6)	538 (5,4)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (CIE 490–492)	51 (1)	38 (0,7)	149 (1,5)
Otras enfermedades respiratorias (CIE 010–012, 480–487, 493)	133 (2,8)	103 (1,9)	236 (2,4)
Tumores malignos Labio, cavidad bucal, faringe (CIE 140–149)	40 (0,85)	21 (0,4)	61 (0,6)
Esófago (CIE 150)	72 (1,5)	14 (0,3)	86 (0,9)
Estómago (CIE 151)	152 (3,2)	104 (1,9)	256 (2,6)
Pulmón (CIE 162)	85 (1,8)	35 (0,7)	120 (1,2)
Cuello del útero (CIE 180)	N/D	118	
Otros tumores (CIE 157, 161, 188, 189)	56 (1,2)	71 (1,3)	127 (1,3)
Síntomas, signos o enfermedades mal definidas	178 (3,8)	204 (3,8)	382 (3,8)

Fuente: OPS, 1990; Theodore-Gandhi, 1991.

Morbilidad

El hospital Queen Elizabeth es el hospital de agudos más importante de Barbados. Entre 1987 y 1989, 12 categorías de enfermedades relacionadas con el tabaco (U.S. Department of Health and Human Services, 1989) fueron responsables de alrededor del 10% de todos los ingresos en dicho hospital (Cuadro 4). Sin embargo, los ingresos totales incluyen también los de atención obstétrica y los justificados por razones sociales. Resulta difícil calcular el porcentaje de los mismos que puede ser atribuido al tabaquismo (es decir, los que se hubieran evitado en ausencia de este hábito), pero sin duda una proporción considerable de la sobrecarga hospitalaria está en relación directa con el tabaco. Se desconoce la prevalencia del tabaquismo en los pacientes ingresados. Además, los ingresos hospitalarios no reflejan la morbilidad atribuible al tabaco de la población en su conjunto, puesto que muchos de los

pacientes que sufren estas enfermedades no son hospitalizados. Los ingresos dependen de la política de remisiones de los médicos generales y de la política de admisiones de los médicos del hospital. El mismo individuo puede ser ingresado varias veces al año con el mismo diagnóstico. Por tanto, los datos expuestos reflejan solo una mínima parte de la sobrecarga impuesta a los servicios del hospital de agudos por las enfermedades atribuibles al tabaco.

El costo impuesto a la comunidad, al individuo y a la familia por las enfermedades atribuibles al tabaco es difícil de medir. Sin embargo, el conocimiento de los ingresos hospitalarios proporciona una mínima base para calcular la sobrecarga económica impuesta por estas enfermedades, en términos de costos hospitalarios. El costo diario de hospitalización por paciente fue de \$BD200 aproximadamente en 1988. En esta cifra no se incluyen los gastos de laboratorio, radiología y tratamiento. El

Cuadro 4. Ingresos en el hospital Queen Elizabeth de Barbados durante los años 1987-1989 por enfermedades relacionadas con el tabaco, en sujetos de 15 años o más

Causa	No.	Porcentaje sobre el total de ingresos
Total de ingresos por todas las causas	68 828	
Cardiopatía isquémica (CIE 410-414)	1 056	1,5
Otras cardiopatías (CIE 390-398, 401-405, 415-417, 421-429)	3 017	4,4
Enfermedad cerebrovascular (CIE 430-438)	859	1,2
Otras enfermedades del aparato circulatorio (CIE 440-448)	318	0,46
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (CIE 490-493, 496)	512	0,74
Otras enfermedades respiratorias (CIE 010-012, 480-487, 493)	409	0,59
Tumores malignos. Labio, cavidad oral, faringe (CIE 140-149)	84	0,12
Esófago (CIE 150)	78	0,11
Estómago (CIE 151)	143	0,21
Pulmón (CIE 162)	109	0,15
Cuello del útero (CIE 180)	230	N/D
Otros tumores (CIE 157, 161, 188, 189)	153	0,22
Total (enfermedades relacionadas con el tabaco)	6 968	9,7

Fuente: Theodore-Gandhi, 1990.

promedio anual de ingresos en el hospital Queen Elizabeth fue de 2322 por enfermedades relacionadas con el tabaco entre 1987 y 1989. La estancia media por paciente fue de 12 a 14 días (Chief Medical Officer, 1986). Si se utiliza una media conservadora de 10 días de estancia, el costo estimado de todos los ingresos relacionados con el tabaco entre 1987 y 1989 fue de \$BD4 644 000, aproximadamente. En los Estados Unidos se ha calculado que pueden atribuirse al tabaco 60% de todos los costos hospitalarios de las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades respiratorias (Hodgson, 1992). Por tanto, el costo de hospitalización atribuible al tabaco en Barbados podría llegar a ser de \$BD2,7 millones. En esta cifra no se incluirían el tratamiento médico ambulatorio, los días de ausentismo laboral, los costos residenciales u otros costos sociales y económicos asumidos por los individuos. Teniendo en cuenta que los cambios demográficos experimentados por Barbados durante el decenio que va de 1980 a 1990 y que hacen previsible el continuo envejecimiento de la población, es probable que la sobrecarga económica impuesta por el tabaco aumente en gran medida.

Actividades de control y prevención del tabaquismo

El Gobierno no tiene políticas o programas específicos para prevenir y controlar el consumo de tabaco. Existe un proyecto de regulación sobre el tabaco y el hábito de fumar, redactado por los Servicios de Salud, que todavía no ha sido promulgado. Esta legislación prohibirá fumar en locales públicos y exigirá la adición de una advertencia sobre la salud en todos los paquetes de cigarrillos. BAT (Barbados) se ha adelantado a esta medida incluyendo, voluntariamente, una advertencia que dice: "El Oficial Médico Principal advierte que el consumo de tabaco es perjudicial para la salud" (Theodore-Gandhi, 1991).

Aunque no existen restricciones al fumar en locales públicos, las regulaciones de los Servicios de Salud (Higiene de los Alimentos) prohíben el uso de tabaco, incluido el rapé, a las personas cuando se manipulan alimentos o si se hallan en habitaciones en presencia de alimentos no cubiertos. Algunas de las industrias que manejan o almacenan materiales inflamables establecen polí-

ticas restrictivas, al igual que las oficinas particulares de las organizaciones de salud, como la Sociedad contra el Cáncer de Barbados. No existe legislación específica para regular las concentraciones de nicotina y alquitrán de los cigarrillos, pero BAT (Barbados) manufactura sus productos según las normas de la compañía fundadora en el Reino Unido.

Tanto los ministerios como las organizaciones no gubernamentales intentan lanzar programas educativos específicos siempre que dispongan de fondos. Uno de los ejes esenciales de sus actividades es el Día Mundial sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (31 de mayo). Distintos carteles y afiches con el lema "No fumar", preparados por el Ministerio de Salud, han sido distribuidos a hospitales, oficinas de correos, supermercados, comercios y vehículos de transporte público (Theodore-Gandhi). La Sociedad contra el Cáncer de Barbados patrocina mensajes antitabaco en la televisión (OPS, 1988).

El Consejo Nacional contra el Abuso de Drogas es el responsable de la prevención del consumo de drogas en la isla. Su jurisdicción abarca el tabaco y el alcohol, junto a las drogas ilegales y los medicamentos adictivos. Este Consejo fue creado como respuesta a la iniciativa del Secretariado de CARICOM para un Programa Regional para Reducir y Controlar el Consumo de Drogas. Entre sus planes, se encuentra el acopio de datos sobre prevalencia actual y futuras previsiones del consumo de drogas (Theodore-Gandhi, 1991).

La Sociedad contra el Cáncer de Barbados realiza un programa para dejar de fumar de cinco semanas de duración basado en el modelo de la Sociedad contra el Cáncer de los EUA. Se recluta a la clientela por medio de anuncios y del personal que proporciona atención de salud. Además, esta Sociedad también dicta conferencias sobre los peligros del tabaco, proporciona folletos y carteles antitabaco y distribuye signos de "no fumar" en distintos lugares y organismos públicos.

En la Reunión Anual de 1990 de la Asociación de Médicos de Barbados, los miembros decidieron constituirse en grupo de presión para prohibir el consumo de tabaco en los aviones de la British West-Indian Airways y la Leeward Islands Airline Travel. Además, planean luchar porque los lugares públicos estén libres de humo. Todas estas actividades están todavía en fase de planificación y su lanzamiento está previsto para 1991 (Theodore-Gandhi, 1991).

Resumen y conclusiones

No existen datos sobre los conocimientos, actitudes y patrones de comportamiento de los adultos o adolescentes de Barbados en cuanto al tabaquismo. Sin embargo, el consumo per cápita de cigarrillos de las personas de 15 años o más indica un descenso en los años que van de 1980 a 1990. Los cálculos basados en el consumo per cápita sugieren una prevalencia del 9 al 27% en la población adulta.

Durante los años 1980, la balanza comercial de Barbados con respecto al tabaco fue positiva pero con tendencia a la baja. Las divisas necesarias para importar los bienes de producción no se incluyen en este cálculo, y la deducción de los costos de estos bienes reducirá en gran medida el valor global de las exportaciones de tabaco. Se desconocen los ingresos totales del Estado generados por los derechos e impuestos al consumo de tabaco.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (es decir, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos) son las principales causas de defunción en Barbados. Un cálculo conservador de los gastos anuales de hospitalización destinados a determinadas enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco proporciona una cifra de \$BD2,7 millones. En este cálculo no se incluyen los costos de la atención primaria ambulatoria y de los servicios sociales, días de trabajo perdidos ni los costos para el individuo y su familia. La población de Barbados envejece progresivamente. Parece muy probable que esta tendencia demográfica contribuya en el futuro a incrementar la sobrecarga financiera impuesta por las enfermedades relacionadas con el tabaco.

Son pocas las medidas de control que se han puesto en práctica en Barbados, aunque existen proyectos de normas para obligar a la inclusión de advertencias en las cajetillas y para limitar el consumo de tabaco en locales cerrados. No existe ninguna legislación, promulgada o propuesta, para prohibir la venta de tabaco a los menores ni para restringir la publicidad. Sin embargo, la compañía nacional de tabaco, en consulta con el Ministerio de Salud, ha aceptado voluntariamente incluir las advertencias en los envases de cigarrillos de manufactura local.

En la actualidad, no existen programas de educación y prevención, pero el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales realizan distintas actividades. El Día Mundial sin Tabaco sirve de ve-

hículo para la comunicación sobre el tabaco y la salud. La Sociedad contra el Cáncer de Barbados proporciona cursos para dejar de fumar. La Asociación de Practicantes Médicos de Barbados planea actuar como grupo de presión en favor del aire puro en locales cerrados y de viajes aéreos libres de humo.

Barbados se encuentra en buena posición para prevenir el crecimiento de las enfermedades crónicas producidas por el tabaco mediante un conjunto coordinado de programas educativos, normativos, de presión y de investigación. El reducido tamaño del país, su elevado índice de alfabetización y el relativo bienestar económico de la población constituyen un marco favorable para evitar las enfermedades relacionadas con el tabaco. La hipertensión y la diabetes, procesos ambos que empeoran con el tabaquismo, son problemas de salud de peculiar importancia en la isla. Conforme se vayan controlando en esta nación relativamente saludable las enfermedades propias de la infancia y las enfermedades infecciosas, los trastornos crónicos irán adquiriendo cada vez más importancia. El tabaquismo es la principal causa prevenible de estas enfermedades crónicas, y su efecto ha influido ya en la salud de los habitantes de Barbados.

En base a los datos presentados anteriormente, pueden extraerse las siguientes conclusiones.

1. Se dispone de escasos datos sobre consumo de tabaco, conocimientos, actitudes y creencias de la población de Barbados. El consumo per cápita de cigarrillos ha disminuido en Barbados desde 1981 a 1989. La prevalencia estimada de adultos fumadores, basada en datos sobre el consumo de cigarrillos, oscila entre 9 y 27%.
2. Puesto que su consumo per cápita de cigarrillos es bajo en comparación con el de los países industrializados, Barbados se encuentra en excelente posición para reducir el futuro impacto de las enfermedades relacionadas con el tabaco mediante medidas preventivas multisectoriales.
3. Las principales causas de mortalidad en Barbados son las enfermedades crónicas no transmisibles. Los datos de salud y los demográficos sugieren que los efectos de estas enfermedades aumentarán en los próximos años.
4. Barbados carece de políticas y leyes efectivas sobre aire puro en locales cerrados, así como de limitaciones de la venta de tabaco a los menores. Los envases de cigarrillos manufacturados localmente van provistos de una advertencia sanitaria no obligatoria.
5. Los organismos no gubernamentales han estado

activos en proporcionar liderazgo político así como clases para dejar de fumar.

Referencias

BANCO MUNDIAL. *The World Bank Atlas—1989*. The World Bank, Washington, D.C., Noviembre de 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. Oxford University Press. Nueva York, 1990.

BARBADOS CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Trade Statistics, datos inéditos, 1980–1990.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (NU). *Selected Statistical Indicators of Caribbean Countries*. Vol II 1990. Subregional Headquarters for the Caribbean. Caribbean Development Co-operation Committee (CDCC), Port-of-Spain, Trinidad. Publicación No. LC/CAR/G.293, Marzo 19, 1990.

CHIEF MEDICAL OFFICER. *Annual Report for the year 1986*. Ministry of Health, Barbados, 1988.

HODGSON TA. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *Milbank Memorial Quarterly*, 1992.

MASSIAH, J. *Recent Trends in Mortality in Barbados, 1970–1984: A report to PAHO*. Institute of Social and Economic Research (Eastern Caribbean) University of the West Indies, Cave Hill Barbados. Diciembre de 1985.

MACMILLAN. *Caribbean Certificate Atlas*. Macmillan Publishers Ltd., Londres, 1988.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Publicación Científica 524. Washington, D.C., 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Smoking Control—Third Subregional Workshop, Caribbean Area*. Kingston, Jamaica. Diciembre 8–11, 1987. Cuaderno Técnico No. 20. Washington, D.C., 1988.

THEODORE-GANDHI, B. Country Collaborator's Report, Barbados. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1991.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Foreign Agricultural Service; Tobacco, Cotton, and Seeds Division. Tabulaciones inéditas, 1990.

Belice

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura

- Manufactura y comercialización

- Publicidad y promoción

- Ventas e impuestos

Prevalencia y consumo

- Datos sobre consumo total

- Encuestas sobre comportamiento

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Educación de la población y programas para dejar de fumar

- Educación en el medio escolar

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Belice está situada al sur de la península de Yucatán, sobre la costa del Caribe de Centroamérica, y limita al norte con México, al oeste con Guatemala y en sus zonas sur y este con el mar Caribe. El país obtuvo la independencia del Reino Unido en 1981 y es hoy una nación soberana y democrática que se rige por un sistema parlamentario con un Primer Ministro como Jefe de Estado. Es el único país angloparlante de Centroamérica. Posee una superficie de 23 003 km², con 280 km de costas. La población calculada para 1990 fue de 180 793 personas y su crecimiento anual promedio durante el último decenio ha sido de 2,4%. Por tanto, es uno de los países menos poblados del mundo, con ocho habitantes por km². El 48% de la población vive en ocho núcleos urbanos y el 25% lo hace en Ciudad de Belice. Existen ocho grupos étnicos en el país, criollos (40%), mestizos (33%), garinagu (8%), maya mopan (7%), maya ketchi (3%) y proporciones menores de chinos, indios orientales y blancos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990).

En 1988, el 44,5% de la población tenía menos de 15 años, el 49,8% tenía edades comprendidas entre 15 y 64 años y el 5,7% tenía 65 años o más. La gran proporción de la población en edad de trabajar (15 a 64 años), sugiere que el cociente de dependencia disminuirá significativamente en los próximos decenios, de 981/1000 personas en edad laboral en 1980 a 408-427 que se calculan para el año 2015 (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe [CEPALC], 1990b). El índice de mortalidad infantil fue de 19,4/1000 nacidos vivos en 1989. La esperanza de vida al nacer fue de 70,8 en 1990 (69,9 para los hombres y 71,9 para las mujeres) (Ministry of Health, 1991), mientras que la tasa bruta de mortalidad fue de 4,2 en 1988 (OPS, 1990) (Cuadro 1).

Las actividades económicas dominantes son la agricultura y la manufactura. Los principales productos agrícolas son el azúcar, los cítricos y los plátanos. La exportación de ropa ha aumentado durante los últimos años. El turismo se ha convertido en una importante fuente de ingresos, sobre todo en las islas de la costa (cayos), donde existe la segunda barrera de coral más importante del mundo. El producto interno bruto per cápita fue de \$US1082 en 1982 y subió a \$US1132 en 1987 (OPS, 1990).

La industria del tabaco

Agricultura

En Belice no existen explotaciones comerciales de tabaco; sin embargo, los indios han cultivado esta planta durante muchos años, en pequeña escala, en los distritos del norte, y en el de Toledo. La mayor parte de la producción se destina al consumo personal o local, pero se desconoce la magnitud de esta actividad. Tampoco existen en Belice centros para curar el tabaco con fines comerciales (Cayetano, 1990).

Manufactura y comercialización

Antes de independizarse del Reino Unido, el país producía tabaco como parte de los programas agrícolas experimentales patrocinados por el Gobierno y en pequeñas empresas comerciales. Estos intentos en pequeña escala pretendían desarrollar distintos tabacos indígenas para su mezcla con otros tipos (Secretariat of British Honduras, 1955), pero todos esos esfuerzos fracasaron.

Hasta época reciente solo había una compañía tabacalera en Belice, la Caribbean Tobacco Company Ltd (CTC), que no tiene relación con las multi-

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Belice, años 1980

Indicador	Año	Nivel
Población	1990	180 793
% < 15 años	1988	44,5
% ≥ 15 años	1988	5,7
urbana	1990	48,0
Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes	1988	38,5
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes	1988	4,2
Índice de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1989	19,4
Esperanza de vida al nacer	1990	70,8
Hombres		69,9
Mujeres		71,8
Producto interno bruto per cápita	1987	\$US1132

Fuente: OPS, 1990; Ministerio de Sanidad, 1991; Cayetano, 1990; CEDALC, 1990a.

nacionales tabacaleras. No existe programa gubernamental que respalde las ventas de tabaco. No obstante, la CTC, al igual que otras compañías, tiene acceso a divisas extranjeras. Se calcula que, en 1989, por ejemplo, la compañía gastó \$US1,89 millones en la compra de bienes y servicios de importación relacionados con la venta y fabricación de cigarrillos. Casi toda esa moneda dura se invirtió en tabaco. A fines de 1990, comenzó a funcionar otra compañía tabacalera, la National Tobacco Company, Ltd., con sede en Belmopan (Cayetano, 1990).

Se dispone de información procedente de la Oficina Central de Estadística sobre el valor de las importaciones de tabaco no manufacturado, así como de los cigarrillos durante los últimos seis años (Cuadro 2). Una pequeña parte de estos cigarrillos se destina a la reexportación a México cada año (4900 kg en 1989). Las marcas más populares son, por orden de frecuencia, Independence, Winston, Millport, Benson & Hedges y Colonial. Además, la National Tobacco produce ahora dos marcas, National y Coral. Winston y Benson and Hedges se importan de Estados Unidos y del Reino Unido, respectivamente; las restantes son fabricadas por la CTC. No se dispone de información sobre participación relativa en el mercado de cada una de ellas (Cayetano 1990).

Los cigarrillos manufacturados constituyen la inmensa mayoría del tabaco consumido en Belice. Menos del 1% corresponde a rapé, tabaco de mascar o tabaco de pipa. El único tabaco en picadura para cigarrillos liados es el que traen consigo los soldados británicos para su propio consumo.

Publicidad y promoción

No está autorizada la publicidad del tabaco en la radio pero sí lo está, y se hace, en televisión, revistas y periódicos, vallas y carteles y antes de las películas en los cines. Gran parte de la publicidad corresponde a las marcas extranjeras, que solo pueden anunciarse en la televisión local por las noches. La compañía tabacalera local patrocina eventos deportivos y culturales, donando anualmente \$B3000, aproximadamente, al Consejo del Deporte y hace otras donaciones políticas y corporativas (Cayetano, 1990). También se emplea la distribución de muestras gratuitas en la promoción de cigarrillos. Los distribuidores de Winston gastan unos \$B15 000 anuales en promoción y publicidad (Cayetano, 1990). Los de Benson & Hedges gastan cada año \$B10 000 en publicidad. Su política de promoción es dictada desde la oficina regional en Barbados (Cayetano, 1990).

Cuadro 2. Producción doméstica, importaciones, exportaciones y consumo total de cigarrillos manufacturados (en TM), 1979-1988, y reservas de divisas destinadas a la importación de tabaco (en \$US), Belice, 1984-1989

Año	Producción doméstica	Importaciones	Exportaciones	Consumo total	Reservas de divisas destinadas a importaciones
1979	90	20	5	170	
1980	90	20	5	170	
1981	90	20	5	170	
1982	90	20	5	170	
1983	90	20	5	170	
1984	90	20	5	170	\$648 000
1985	100	20	5	175	702 000
1986	100	20	5	175	651 000
1987	100	20	5	175	770 000
1988	100	21	5	175	568 000
1989	116	49		191	637 000

Fuente: Cayetano, 1990; USDA, 1990.

Ventas e impuestos

El precio de la marca local más popular de cigarrillos, Independence, varía de \$B1,75 a \$B2,00 por cajetilla de 20 unidades, en comparación con los precios de \$B2,00 que alcanza el paquete de 10 cigarrillos importados y de \$B4,00 por una cajetilla de 20. Existen vendedores callejeros de unidades sueltas, pero no hay máquinas expendedoras. Existe un activo comercio ilegal, que aprovecha el pequeño tamaño del país y la facilidad de acceso a través de sus fronteras pero es difícil determinar su importancia (Cayetano, 1990).

En 1987, los impuestos representaban el 28% del precio de venta de los cigarrillos, y el tabaco proporcionaba el 2% de todos los ingresos tributarios nacionales. Sin embargo, estos ingresos han descendido en los últimos años, desde \$B1,2 millones en 1984 a \$B689 000 en 1988. Dado que las tasas sobre el tabaco no han bajado (\$B0,50 por cajetilla) desde 1984, es evidente que se ha producido un descenso en el número de cigarrillos vendidos o en el número de cigarrillos sometidos a imposición (Cayetano, 1990).

El salario industrial medio en Belice es de \$B3,00 por hora. Los empleados del gobierno trabajan 39,5 horas/semana, y la jornada laboral en otros campos es de 40 horas. El salario corresponde a una jornada de 45 a 48 horas/semana. Por tanto, el trabajador medio que fume una cajetilla de cigarrillos de manufactura local al día debe destinar, aproximadamente, 40 minutos diarios de su trabajo para pagar su adicción al tabaco (Cayetano, 1990).

Prevalencia y consumo

Datos sobre consumo total

La variación de los estimados sobre el número de habitantes de 15 años o más impiden hacer evaluaciones sobre el consumo anual per cápita de cigarrillos por la población adulta de Belice. Sin embargo, según el Departamento de Agricultura de los EUA (U.S. Department of Agriculture, 1990), el consumo doméstico total de cigarrillos aumentó de 170 TM en 1979 a 175 TM en 1988. De este total, 100 TM corresponden a productos de fabricación nacional. De estos datos se deduce que el consumo anual per cápita adulto (15 años o más) de Belice fue de 1744 unidades en 1988.

Encuestas sobre comportamiento

Se dispone de datos sobre consumo de tabaco en la población escolar gracias a las encuestas reali-

zadas en 1986 y 1989 (Adams, 1986; Comstock, 1989), que fueron patrocinadas por el Parents Resource Institute for Drug Education (PRIDE/Belice), financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los EUA. En ellas se hizo un muestreo de los estudiantes de los "Standards" 4 a 6 (edad, 10 a 13 años), de las "Forms" 1 a 4 (13 a 17 años) y de las "Forms" 5 y 6 (16 a 19 años). El cuestionario PRIDE/Belice se basa en un cuestionario análogo empleado en los Estados Unidos, aunque con las modificaciones oportunas para reflejar las circunstancias específicas de Belice. La encuesta de 1986 utilizó una muestra aleatoria simple de todas las escuelas del país. Se encuestó al 85%, aproximadamente, de la población objetivo de la encuesta (13 000 alumnos); de estos, resultaron utilizables 12 500 de los cuestionarios (96%). La muestra final estaba formada por 5800 hombres y 6300 mujeres de 10 a 19 años. La información obtenida abarcaba, además del consumo de tabaco, el uso de alcohol, cocaína, marihuana y otras drogas.

En 1989, un 17,9% de todos los estudiantes habían fumado, al menos ocasionalmente. Casi todos eran fumadores "ligeros" (1 a 6 veces al año) (Cuadro 3). La comparación de los resultados entre las encuestas PRIDE de 1986 y PRIDE de 1989 sugiere que un número creciente de estudiantes experimentó con los cigarrillos entre 1986 y 1989. Parte de las diferencias entre los grupos de las clases observadas durante este mismo período podrían ser atribuibles a un efecto de cohorte.

Tabaquismo y salud

La calidad de los datos sobre mortalidad en Belice es razonablemente buena, pues se registran del 85 al 90% de todas las defunciones y el 98% de ellas están certificadas por un médico. En 1988, solo 5,9% de las defunciones se incluyeron en la categoría de "síntomas y causas mal definidos" (CIE 780-799). Sin embargo, el porcentaje de las defunciones por causas mal definidas en personas de 35 años o más es dos veces mayor, alcanzando un 12%, lo que hace pensar que la calidad de los datos de mortalidad no es tan buena para las personas que mueren a edades más avanzadas.

No existen datos suficientes para analizar las tendencias de la mortalidad y la morbilidad asociadas al tabaco a lo largo del tiempo. Sin embargo, en 1987, se produjeron siete defunciones por cáncer de pulmón (6 hombres y 1 mujer). Las cardiopatías isquémicas y las enfermedades respiratorias, que podrían ser procesos relacionados con el tabaco, se hallaban entre las cinco principales causas de mor-

Cuadro 3. Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos por grado escolar y frecuencia de consumo, Belice, 1986 y 1989

Año y grado escolar	Consumo notificado de cigarrillos				
	No fumadores	Consumo total	Ligeros	Moderados	Grandes fumadores
Standard 4-6					
1986	90,8	9,2	6,6	1,3	1,3
1989	87,1	12,9	9,3	1,6	2,0
Form 1-4					
1986	76,2	23,8	14,1	4,5	5,2
1989	75,2	24,8	15,2	4,1	5,5
Form 5-6					
1986	62,7	37,3	12,1	6,0	19,2
1989	74,6	25,4	17,0	1,8	6,6
Total					
1986	88,7	11,8	7,5	2,6	1,7
1989	82,1	17,9	11,8	2,6	3,5

Fuente: Adams, 1986; Comstock, 1990.

Ligeros = 1-6 veces al año.

Moderados = 1-2 veces al mes.

Grandes fumadores = 1-3 veces por semana o diarios.

talidad durante los años de 1985 a 1987. Los trastornos cardíacos y pulmonares también ocuparon el quinto lugar como causa de ingreso hospitalario en 1987 y el séptimo lugar en 1988 (OPS, 1990; Cayetano, 1990).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

El Consejo Nacional Asesor sobre Abuso de Drogas fue creado en 1988. El Consejo está asignado en la actualidad a la cartera del Ministerio de Asuntos Internos, con participación de otras muchas ramas del Gobierno así como de otros organismos privados y no gubernamentales. Sus objetivos generales consisten en educar a la población sobre los riesgos del consumo de drogas y prevenir su uso indiscriminado. Sus actividades se centran en la lucha contra las drogas ilegales, pero parte de su mandato abarca también la limitación del consumo de tabaco. Con esta excepción, en Belice no existen otras actividades contra el tabaco sancionadas oficialmente (Cayetano, 1990).

Belice no tiene legislación sobre el control del tabaco y tampoco está prevista su promulgación. No existe grupo de presión alguno que patrocine leyes o programas para restringir el consumo o el comercio de tabaco. En la práctica, sin embargo,

existen muchas limitaciones al consumo de cigarrillos. Todas las instituciones de salud tienen normas no escritas que impiden fumar en sus edificios; está igualmente prohibido fumar en los cines y en la parte de atrás de los autobuses y muchos de estos muestran letreros de "No fumar". Algunas empresas privadas han colocado también estas advertencias en los lugares de trabajo, pero se ignora el grado real de cumplimiento de estas prohibiciones. Está prohibido fumar en las aulas, mientras que no hay limitaciones en los restaurantes y solo existen restricciones voluntarias en los edificios del Gobierno (Cayetano, 1990).

Existen advertencias sobre la salud en los paquetes de cigarrillos de fabricación local, con la inscripción "Fumar cigarrillos puede ser perjudicial para su salud". Aparentemente, esta advertencia no es una obligación legal, sino una aplicación voluntaria por parte de la compañía local de tabacos (Cayetano, 1990).

Educación de la población y programas para dejar de fumar

En Belice no existen programas para dejar de fumar, pero sí hay distintos programas educativos contra el tabaco en la televisión y en la radio. Las transmisiones de la televisión por cable procedente de los EUA muestran mensajes contra el taba-

quismo. Estos mensajes también se transmiten, aunque de forma irregular, por la radio y la televisión locales (Cayetano, 1990).

El Consejo Nacional Asesor sobre Abuso de Drogas de Belice y PRIDE/Belice han publicado recientemente folletos tanto sobre las drogas como sobre el tabaco. La Asociación Médica y la Dental han comenzado a hacer campañas antitabaco y en 1989 encabezaron una campaña que constó, entre otras cosas, de programas de debate en la televisión local y de distribución de etiquetas adhesivas contra el tabaco para poner en los automóviles (Cayetano, 1990).

Educación en el medio escolar

PRIDE/Belice y la Unidad para el Desarrollo de Programas Escolares del Ministerio de Educación han elaborado un programa de educación en salud escolar en el que se enseña a los niños los riesgos del tabaco, el alcohol y las drogas. Este programa pretende crear los valores y habilidades necesarios para que los niños eviten el consumo de sustancias adictivas (Cayetano, 1990). Se ha elaborado tres tipos de materiales, destinados respectivamente a niños pequeños, y estudiantes de primaria y secundaria.

Resumen y conclusiones

Las actividades de prevención y control del tabaco en Belice son limitadas, aunque llegan los mensajes de la televisión por cable, procedentes de los EUA. El Consejo Nacional Asesor sobre Abuso de Drogas incluye, como parte de su cometido global, la prevención del consumo de tabaco, pero dirige sus actividades sobre todo a combatir el consumo de drogas ilegales. El Programa de Educación en Salud Escolar, al que contribuyen las Naciones Unidas (UNICEF) será, probablemente, el que más influencia tenga en prevenir el consumo de tabaco por los jóvenes en años futuros.

No se dispone de suficientes datos sobre el consumo de tabaco y el consumo per cápita, ni tampoco de información sobre mortalidad y morbilidad relacionadas con el tabaco. Sin embargo, el consumo per cápita de la población adulta en 1988 parece semejante al de otros países de Centroamérica. El consumo total de cigarrillos no ha disminuído durante los últimos años, y de las cifras de contrabando de estos productos que se conocen podría deducirse que, de hecho, el consumo ha aumentado. Si se hicieran encuestas sobre comporta-

miento en la población adulta podría llegarse a saber cuál es actualmente el patrón de consumo de tabaco en el país.

Tomando como base los datos arriba presentados, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1. En la actualidad, las actividades de promoción continua de la salud dirigidas a los niños y adultos jóvenes de Belice abarcan la educación sobre el consumo de tabaco como parte de programas más amplios para la prevención del consumo de drogas.
2. Es y será necesario realizar una vigilancia para estudiar la prevalencia del consumo de tabaco y evaluar el impacto de los programas de educación.
3. Sería necesaria una estrategia activa, multidisciplinaria y multiministerial a nivel nacional para tratar los aspectos legislativos y políticos del consumo de tabaco en Belice.

Referencias

ADAMS, R. Report on PRIDE/BELIZE SURVEY 1986. Manuscrito inédito, 1986.

CAYETANO, M. Country Collaborator's Report, Belize. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (NU). *Selected Statistical Indicators of Caribbean Countries*, LC/CAR/G.293 Vol. 11, 1990a.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (NU). *Population Projections for Eight Caribbean Countries, 1980-2015*. LC/CAR/G.311, 1990b.

COMSTOCK, M. *Drug Awareness Household Survey Final Report*. Drug Awareness Education Project, PRIDE/BELIZE, 1989.

MINISTERIO DE SALUD. *Health Activities in Belize*. MOH-PAHO-WHO Newsletter No. 6, mayo de 1991.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*, Edición de 1990. Publicación Científica 524. Washington, D.C., OPS, 1990.

SECRETARIAT FOR BRITISH HONDURAS. *Tobacco Production in British Honduras*. Commodity Series Paper No. 8, File No. 118, agosto de 1955.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco, Cotton, and Seeds Division. Foreign Agricultural Service (tabulaciones inéditas). Abril de 1990.

Bolivia

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación
- Comercialización

Prevalencia y consumo

- Consumo
- Encuestas sobre comportamiento
- Prevalencia del tabaquismo entre los adultos
- Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes
- Tabaquismo entre los médicos
- Otras formas de consumo
- Actitudes, conocimiento y opiniones acerca del tabaquismo

Tabaquismo y salud

- Mortalidad
- Morbilidad

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Acciones del Gobierno
 - Políticas y estructura ejecutiva
 - Legislación
 - Educación contra el tabaquismo basada en la escuela
 - Campañas de información pública
 - Impuestos
- Actividades no gubernamentales

Conclusiones

Referencias

Características generales

Bolivia es uno de los países más pobres de la América Latina. Desde 1981, ha tenido un crecimiento negativo en el producto interno bruto (PIB), mientras que la deuda externa aumentó entre 1985 y 1987 en \$US643 millones a un total de \$US3,93 mil millones (OPS, 1990). La densidad de población es solo de 5,1 habitantes por km². De la población estimada de 1988 (6,9 millones), 48,9% es rural y en su mayor parte autóctona o mestiza. El desarrollo entre zonas urbanas y rurales ha sido desigual. Las diferencias sociales y económicas son enormes, con 50% de la población que recibe solo 17% del ingreso nacional total. Esta pobreza se refleja en una esperanza de vida al nacer de 53 años, una tasa de mortalidad infantil de 108/1000 nacidos vivos, una tasa de analfabetismo para la población de 46,0% y un jornal mínimo legal en 1987 de \$US24 al mes. En 1988, el producto nacional bruto per cápita era solo de \$US570 (Cuadro 1). Ha habido una tendencia gradual hacia la urbanización, y se estima que en el año 2000, 56% de la población vivirá en las ciudades.

La fuente principal de divisas de Bolivia es el petróleo y el carbón, seguidos de minerales como el cobre. Como en el Perú y Colombia, la producción de coca, activada por un creciente comercio internacional de drogas, ha conducido a un aumento de las divisas en el mercado negro. Una forma democrática del gobierno fue establecida después de varios

golpes políticos violentos. En 1985, medidas antiinflacionarias altamente impopulares amenazaron con producir una grave perturbación social. Los gastos de salud descendieron de 9,7% del gasto público total en 1984 a 5,2% en 1986. En 1984, 92,2% de los recursos financieros de salud provinieron de la tesorería nacional, pero para 1988 solo 50,1% provino de esa fuente. Una proporción sustancial (27,8%) se derivó de la ayuda extranjera.

Las actividades de prevención y control del consumo del tabaco han sido muy visibles ante estas condiciones difíciles. La fuerza individual y de organización en el sector de la salud pública ha permitido estas actividades.

La industria del tabaco

Agricultura

La superficie terrestre total plantada de tabaco en Bolivia ha descendido en forma aguda a 24 000 has. en 1988, representando menos de un 1% de la tierra cultivable total del país (2 335 000 has.) (Chapman y Lang, 1990). Las principales áreas productoras de tabaco están en Bolivia oriental, y su tamaño decreciente puede explicarse en su mayor parte por dos fenómenos. Primero, durante la década de los 80 se informó una mayor siembra de coca altamente lucrativa (Ríos-Dalenz 1989); en efecto, la hoja de coca fue el producto agrícola de más rápido crecimiento en el decenio (Ministerio de Servicios Sociales y Salud Pública, 1989). Segundo, ha habido un aumento de las importaciones de cigarrillos de contrabando desde 1979; este comercio ilegal redujo la producción nacional de cigarrillos y posteriormente redujo la demanda del tabaco de hojas localmente producidas (El Diario 1986; Mis-dorp 1990).

El principal departamento productor de tabaco, Santa Cruz, representa de 65 a 75% de la producción total. La Corporación Cruceña de Desarrollo (Santa Cruz Development Corporation—CORDECRUZ) es una entidad semipública que actúa como agente de compra y ventas para los cultivadores de tabaco y la industria manufacturera. CORDECRUZ apoya la investigación agronómica relacionada con el tabaco rubio, pues actualmente, la mayoría del tabaco cultivado es tabaco negro.

A pesar del hecho de que Bolivia es un país predominantemente rural, la importancia económica de los minerales ha desplazado el empleo a la minería. Aun así, en 1985, 500 000 personas trabajaban en la agricultura; aproximadamente 600 (0,1%)

Cuadro 1. Indicadores básicos de salud y económicos, Bolivia, decenio de 1980

Indicador	Año	Valor
Población	1988	6 900 000
Porcentaje urbano	1988	51,1
Porcentaje < 15 años	1988	43,9
Porcentaje ≥ 65 años	1988	3,2
Tasa de alfabetismo adultos (%)	1985	46
Esperanza de vida al nacer	1988	53
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1988	108
Tasa de mortalidad bruta por 1000 personas	1988	14
Tasa total de fecundidad (por 1000 mujeres)	988	6,0
Producto nacional bruto per cápita (\$US)	1988	570

Fuente: Banco Mundial, 1990.

Cuadro 2. Producción nacional (toneladas métricas), importaciones, exportaciones y consumo nacional total del tabaco de hoja, Bolivia, 1960-1989

Año	Producción en hoja		Importaciones	Exportaciones	Consumo nacional total
	1	2	1	1 2	1
1960	800		322	0	900
1961	800		355	0	942
1962	875		363	0	912
1963	896		379	0	992
1964	900		359	0	1084
1965	836		400	0	1164
1966	1144		421	0	1200
1967	1398		458	0	1632
1968	1608		533	0	1884
1969	2011		415	0	2099
1970	2146		539	0	2337
1971	2280		494	0	2423
1972	2350		617	0	2524
1973	2392		600	0	2625
1974	2970		700	0	2730
1975	2569		800	0	2840
1976	2230		800	0	2955
1977	2270		1000	0	2900
1978	1700		1000	0	2400
1979	1600		1000	0	2400
1980	1800	1825	1000	0	2400
1981	1800	1395	1000	0 45	2500
1982	2000	1105	1000	0	2300
1983	1250	1179	557	0 4	1660
1984	1250	1126	107	0	1316
1985	1250	975	205	0	1405
1986	1250	840	157	0	1357
1987	1250	890	227	0	1327
1988	1250	950	250	0	1350
1989	1250		250	0	1350

Fuentes: 1. USDA, 1990.

2. Ministerio de Agricultura, Departamento de Estadística, 1990.

de estas cultivaban tabaco (Instituto Nacional de Estadísticas, 1985). Además, se planta maíz durante los seis meses necesarios para que la tierra se recupere del tabaco. Así los agricultores de tabaco diversifican su actividad y el uso de las tierras.

Según el Ministerio de Agricultura y Ganadería, la producción de tabaco ha descendido desde 1980 (Cuadro 2). Sin embargo, los datos del Departamento de Agricultura de los EUA (USDA) indican que la producción ha sido estable desde 1979. Es probable que la producción de tabaco en rama descendiera debido a la disminución en la actividad

económica anteriormente indicada, la reducción en el mercado de cigarrillos y la disminución en la tierra sembrada con tabaco. Las exportaciones de tabaco no eran importantes en el sector de tabaco boliviano (Cuadro 2).

De acuerdo a fuentes de la industria del tabaco, Bolivia importa aproximadamente 800 TM de tabaco anualmente, principalmente de los Estados Unidos y Brasil (Chapman y Leng, 1990). El impuesto sobre el tabaco de hoja importado es de 17%, excepto el tabaco de Brasil, que está sujeto solo a un impuesto ad valorem del 8%. Los datos sobre las importaciones

declarados por el USDA (Cuadro 2) son inferiores que los proporcionados por la industria del tabaco para los últimos años. Además, el USDA informa que el impuesto ad valorem es solo del 10% sobre las importaciones (USDA 1989). Es posible que la información del USDA abarque solo el comercio con los Estados Unidos.

Fabricación

La Compañía Industrial de Tabaco (CIT), un monopolio privado, ha estado en operación desde 1934. Otras empresas que operan como licenciatarias de la British-American Tobacco (BAT) y Liggett & Myers han tratado de entrar a formar parte del mercado boliviano, pero estos esfuerzos han tenido una corta vida debido a que fueron "expulsadas por razones políticas o económicas" (Misdorp S., 1990). CIT es concesionaria de Philip Morris International y Massalin Particulares (Philip Morris Argentina). Su principal fábrica de cigarrillos está en La Paz, con otra en Santa Cruz. La empresa también produce cigarrillos con filtro para exportación. En 1983, los cigarrillos representaron solo 2,6% de toda la producción manufacturera (Instituto Nacional de Estadísticas, 1985).

Los datos de producción de cigarrillos notificados por el USDA (Cuadro 3) muestran un aumento progresivo de la producción hasta 1976, seguido de una disminución gradual, nivelándose en la década de los 80. Este informe difiere de todos los otros disponibles desde 1973 (*El Diario*, 1986; Maxwell, 1989; Instituto Nacional de Estadísticas, 1985) que indican que la producción de cigarrillos se mantuvo constante en unos mil millones de unidades al año hasta 1981, cuando empezó un pronunciado descenso durante tres años hasta 368 millones de unidades. Parece que ha habido una recuperación gradual en la producción comenzando en 1985. Esto concuerda con la situación ya descrita para la producción agrícola: durante la década de los 80 la producción fue socavada por un influjo masivo de cigarrillos de contrabando a precios inferiores a los producidos localmente. Además, la economía débil de Bolivia desde 1982 a 1986 causó una escasez de moneda extranjera necesaria para la importación del tabaco rubio que se requiere para la producción moderna de cigarrillos.

Es importante considerar estas discrepancias en la producción y el consumo notificados en el intento de evaluar la exposición de la población al tabaco. Los niveles de consumo son muy diferentes, según qué conjunto de datos de producción

se emplee y si los cigarrillos de contrabando se incluyen en los cálculos.

La industria boliviana del tabaco produce cerca de 20 marcas de cigarrillos; mientras que algunos son marcas nacionales, la mayoría se producen bajo licencia con empresas transnacionales. Bolivia no ha exportado nunca cigarrillos y desde 1969 no ha habido registro de importaciones legales de cigarrillos (Cuadro 2). Sin embargo, desde 1978 los cigarrillos de contrabando se han importado principalmente de los países vecinos de Bolivia: Argentina, Brasil y Chile. Al mismo tiempo que disminuye la producción nacional, las importaciones de cigarrillos de contrabando aumentaron de 180 millones de unidades en 1978 a 1,72 mil millones en 1984, el año en que la producción nacional alcanzó su punto más bajo en la historia reciente (*El Diario*, 1986). En 1990, los cigarrillos de contrabando representaron de 40 a 50% del mercado total de cigarrillos bolivianos. Sin embargo, en 1985 los cigarrillos de contrabando representaron 75% del mercado nacional. La información acerca de los cigarrillos de contrabando está disponible solo en un informe no comprobado aparecido en un diario (*El Diario*, 1986). La industria local, cuyos intereses son amenazados por los cigarrillos de contrabando, puede tender a exagerar el problema para invocar la acción del Gobierno. Un mercado negro pujante de cigarrillos suscita el espectro de pérdidas tanto de divisas como de ingresos fiscales así como de trabajo.

Comercialización

La publicidad de cigarrillos se ha prohibido desde septiembre de 1988 en "medios audiovisuales" que transmiten antes de las 9:00 p.m. Sin embargo, no está claro si esta prohibición incluye la radio o está limitada solo a la publicidad por televisión. La publicidad de los cigarrillos en todos los medios de divulgación también se reglamenta de forma que no se incentive el tabaquismo o se muestren las personas fumando. Parece que la publicidad de los cigarrillos en un mercado monopolista es algo discutible debido a la intención declarada abiertamente de las empresas tabacaleras de emplear la publicidad para animar a los consumidores solo a cambiar de marcas. Sin embargo, el comercio ilegal de cigarrillos así como la necesidad de reclutar a nuevos fumadores jóvenes aparentemente incentiva la publicidad de los cigarrillos en Bolivia. Las marcas registradas de cigarrillos son comúnmente evidentes en los eventos deportivos como el fútbol.

Cuadro 3. Producción, importaciones, unidades de contrabando, consumo nacional total¹ y consumo per cápita² de cigarrillos manufacturados, Bolivia, 1960-1989

Año	U S D A*				OTRAS FUENTES**			
	Produc- ción ³	Importa- ciones ³	Consumo nacional total ³	Consumo per cápita ⁴	Produc- ción ³	Contra- bando ³	Consumo nacional ³	Consumo per cápita ⁴
1960	449	50	499	255				
1961	471	60	531	265				
1962	456	53	509	248				
1963	496	67	563	268				
1964	542	73	615	286				
1965	582	50	632	288				
1966	600	37	637	283				
1967	612	20	632	275				
1968	710	10	720	306				
1969	805	3	808	335				
1970	900	0	900	365				
1971	1000	0	1000	396				
1972	1125	0	1125	435				
1973	1250	0	1250	471	900	0	900	339
1974	1375	0	1375	506	1000	0	1000	368
1975	1500	0	1500	539	1120	0	1120	402
1976	1650	0	1650	578	1150	0	1150	403
1977	1336	0	1336	457	1320	0	1320	451
1978	1400	0	1400	467	1300	180	1480	494
1979	1260	15	1275	415	1281	340	1621	527
1980	1265	0	1265	402	1263	520	1783	566
1981	1155	0	1155	357	1162	700	1862	576
1982	1555	0	1155	348	624	1200	1824	550
1983	1200	0	1200	353	628	1380	2008	590
1984	1200	0	1200	344	368	1720	2088	598
1985	1200	0	1200	335	520	1580	2100	586
1986	1200	0	1200	326	800	554	1354	368
1987	1200	0	1200	317	900	623	1523	403
1988	1200	0	1200	309	1000	692	1692	453

*Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

**Producción, 1973-1978 y contrabando, 1973-1985 *El Diario* 1986; producción, 1979-1985: Instituto Nacional de Estadísticas de Bolivia; producción, 1986-1988: Maxwell 1989; contrabando estimado 1986-1988 basado en el supuesto que 45% de los cigarrillos consumidos en Bolivia son ilegales.

¹No hay exportación de cigarrillos manufacturados.

²Edad ≥ 15 años (cifras de población de CELADE 1990).

³Toneladas métricas.

⁴Cigarrillos/persona/año.

Prevalencia y consumo

Consumo

Según un informe del Organismo Internacional de Investigaciones en Cáncer de 1982 sobre el tabaquismo y el cáncer en 110 países, Bolivia se clasificó en el 96° lugar en el consumo per cápita de cigarrillos (206 por persona de 15 años y más) entre los países de las Américas mencionados (Organiza-

ción Mundial de la Salud 1986). Esta cifra difiere de las derivadas de los datos del USDA y la estimación de población de CELADE en el Cuadro 3. Si los cigarrillos de contrabando estimados se incluyen en los totales de consumo, el consumo per cápita aumenta a 550 cigarrillos en 1982; empleando los datos del USDA solos (excluyendo las estimaciones del contrabando), el consumo de cigarrillos per cápita fue de 348.

Incluyendo las estimaciones del consumo de

contrabando, los datos sugieren que ha habido un ascenso constante y alarmante en el consumo de cigarrillos per cápita desde 1968: entre 1973 y 1985, el consumo per cápita aumentó en 73%. Sin embargo, empleando los datos del USDA solamente, el consumo per cápita disminuyó 23% entre 1970 y 1988; esta disminución en el consumo puede deberse a la recesión económica de la década de los 80. Es mucho más probable que el consumo de cigarrillos per cápita aumentara con las mayores compras de cigarrillos baratos de contrabando durante épocas de recesión económica. Está claro que el comercio ilegal de cigarrillos plantea un grave riesgo de salud para los bolivianos mediante el acceso más fácil a los cigarrillos.

Las preferencias de consumo se han desplazado del tabaco negro a los cigarrillos rubios con filtro, aunque 16,6% de los cigarrillos nacionales no tenían filtro y 35% se hicieron con tabaco negro (Maxwell 1989). Parece que todos los cigarrillos de contrabando llevan filtro y se hacen con tabaco rubio. Los cigarrillos se venden solo en paquetes de 20 y no hay máquinas dispensadoras en Bolivia.

Durante 1981 a 1983, la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Investigación sobre la Adicción del Canadá analizaron la nicotina, el alquitrán y la producción de monóxido de carbono para 50 marcas de los cigarrillos que se fuman en los países en desarrollo. El estudio incluía ocho marcas de Bolivia, cinco importadas y tres nacionales. El contenido de nicotina de las marcas internacionales conocidas varió de 0,9 a 1,1 mg, mientras que la marca nacional más ampliamente vendida produjo 0,9 mg. Sin embargo, el contenido de alquitrán de las marcas internacionales, que tuvieron solo una proporción pequeña del mercado boliviano, osciló entre 11,1 y 16,6 mg y el de la marca nacional fue de 18,1 mg. El monóxido de carbono varió de 11,1 a 17,5 mg en las marcas internacionales pero fue de 20 mg en la marca nacional.

El costo promedio de un paquete de cigarrillos en 1990 era de \$US0,32. Por lo tanto, una persona que fumaba un paquete por día habría gastado \$US10 por mes en cigarrillos, o 30% del jornal mínimo (\$US30 en 1990).

Encuestas sobre comportamiento

En 1983, la Fundación Boliviana de Lucha contra el Cáncer (FBLC) seleccionó una muestra de 2263 personas en los siguientes estratos sociales: 802 empleados empresariales, 1074 estudiantes de escuela secundaria, 160 estudiantes universitarios y 227 amas de casa. Se encuestó una muestra final de

963 adultos en La Paz aunque no está claro cómo se seleccionó a este grupo. Según puede inferirse de la distribución de variables socio-demográficas de la población de la encuesta, esta encuesta no es representativa de la población total de La Paz. Además, esta encuesta no representa el 20% de las personas desempleadas y parcialmente empleadas en La Paz, sino simplemente informa sobre el uso del tabaco entre un subgrupo de adultos jóvenes en su mayor parte del sexo masculino de la clase media a media alta (De Osorovic y Pereira, 1983).

En 1986 el Departamento de Salud Mental en el Ministerio Boliviano de Bienestar Social y Salud Pública realizó una encuesta de 1058 adultos en el área urbana de La Paz, 1060 en las áreas rurales alrededor de La Paz, y 1745 en la ciudad de Sucre (De la Quintana, 1987; OPS, 1987). Aunque la metodología empleada para la selección de la muestra no está clara, los resultados de esta encuesta para La Paz pueden ser comparables a los del estudio de FBLC de 1983. La encuesta de 1986 sufre de algunos de los mismos problemas de representación que la encuesta de 1983 en La Paz.

Tanto la encuesta de FBLC de 1983 como la encuesta de 1986 del Ministerio de Bienestar Social y de Salud Pública incluían a estudiantes de 13 a 18 años que se matricularon en las escuelas secundarias privadas y públicas en La Paz. En 1983, se encuestó a 754 adolescentes y jóvenes con una tasa de respuesta de 93,8%. En 1986, se encuestaron 1359 adolescentes y jóvenes. La Encuesta Nacional de Educación y Vivienda de 1989 estimó la tasa de falta de asistencia escolar entre el grupo de 5 a 19 años en 38,5% en el área urbana. Por lo tanto, estas encuestas cubren solo a la población de los jóvenes y los adolescentes que asisten a la escuela y que todavía están matriculados después que completan la escuela primaria.

En 1983, la Liga Tarijeña de Lucha contra el Cáncer realizó varias encuestas sobre el comportamiento frente al tabaquismo en 120 estudiantes de cuatro instituciones educativas (promedian 18 años de edad) en la ciudad de Tarija.

En 1987, De Osorovic y Ríos-Dalenz realizaron una encuesta entre los médicos de hospital en La Paz para determinar la prevalencia del tabaquismo como una función de su conocimiento y actitudes acerca del tabaquismo. La muestra total fue de 154 médicos, pero la tasa de respuesta para esta encuesta fue de solo 47%.

Entre 1979 y 1980, el Consejo de Lucha contra el Narcotráfico realizó una encuesta sobre la prevalencia del uso de drogas entre las personas jóvenes que reciben educación institucional; los resultados

de esta encuesta no se han publicado todavía. Se encuestó a un total de 18 956 personas jóvenes entre las edades de 14 y 22 años. No se investigó el consumo de tabaco propiamente dicho, pero la encuesta sí encontró que el tabaco era empleado en combinación con pasta de coca (sulfato de cocaína).

Prevalencia del tabaquismo entre los adultos

En la encuesta de FBLC de 1983, 70,7% de las 945 personas que respondieron a la pregunta, "¿Ha fumado Ud. en los últimos seis meses?" respondió afirmativamente; de estos 40,8% de los hombres y 31,7% de las mujeres fumaban diariamente; el 36,7% de los hombres y 32,9 de las mujeres dijeron que fumaban ocasionalmente. La razón de fumadores masculinos a femeninos fue de 1:4. El FBLC no publicó datos sobre las personas que habían "fumado en algún momento" (fumado alguna vez).

Las personas con niveles educacionales más altos tenían prevalencias mayores de tabaquismo que las personas con nivel educativo inferior (Cuadro 4). Sin embargo, la muestra de la encuesta está sesgada para incluir a más personas con niveles educativos más altos, como lo demuestra el tamaño de las muestras para cada nivel educativo. Puede suponerse que la variación en la prevalencia debida a la muestra en los niveles inferiores de escolaridad es mayor que en los niveles más altos. De los fumadores diarios, 59% fumaban menos de 10 cigarrillos al día, 29% fumaban de 10 a 20 cigarrillos por día y 12% fumaban más de 20 cigarrillos por día.

La encuesta de 1986 del Ministerio de Previsión Social y de Salud Pública realizada en las zonas urbanas de La Paz, con resultados comparables a los de la encuesta de FBLC de 1983, encontró

Cuadro 4. Prevalencia de fumadores diarios en los últimos seis meses por nivel de escolaridad, La Paz, 1983

Años de escolaridad	Prevalencia de fumadores diarios		Total n
	n	%	
Hasta 5 años	11	20,0	55
Entre 6 y 11 años	26	25,5	102
12 y más años	310	38,4	806
Total	347	36,0	963

Fuente: Encuesta Fundación Boliviana de Lucha contra el Cáncer. La Paz, 1983.

que 38,3% de los entrevistados fumaban diariamente (46% entre los hombres y 28,6% entre las mujeres). Un 35,7% adicional fumaban ocasionalmente (37,8% entre los hombres y 33% entre las mujeres). La prevalencia del tabaquismo diario fue algo mayor en la encuesta de 1986 que en la encuesta de 1983, especialmente entre los hombres pero el porcentaje de los fumadores diarios aparentemente había descendido algo entre las mujeres.

De las 1060 personas encuestadas en el área rural alrededor de La Paz en 1986, solo 5,6% fumaba diariamente (6,4 entre los hombres y 3,3% entre las mujeres), mientras que 47,7% fumaba ocasionalmente. Con respecto al tabaquismo ocasional, el autor observó que esto incluye en general las formas tradicionales de tabaco empleado en las ceremonias autóctonas y por lo tanto no constituye uso adictivo. Cabe citar en especial la gran diferencia observada entre las áreas urbanas y rurales, que refleja las diferencias enormes entre estas dos culturas en Bolivia. Estas diferencias también sugieren que las encuestas de 1983 y de 1986 sobreestiman la prevalencia del tabaquismo en La Paz urbana porque la población encuestada está sesgada hacia los estratos sociales más altos. La prevalencia del tabaquismo entre los sectores marginales e informales probablemente esté comprendida entre las tasas para La Paz urbana y las del área rural.

En Sucre, una ciudad de aproximadamente 85 000 habitantes en Bolivia sudoriental donde se encuestó a 1723 personas, la prevalencia del tabaquismo diario se encontró que era del 28,4% (34,5% entre los hombres y 18,2% entre las mujeres) y del tabaquismo ocasional, del 41%. Esta encuesta notificó una prevalencia mayor de fumadores ocasionales y una prevalencia inferior de fumadores diarios que en La Paz urbana tanto entre los hombres como entre las mujeres. Además, se evaluó en esta encuesta la prevalencia del tabaquismo por ocupación (Cuadro 5). Aunque los tamaños de la muestra eran pequeños, la prevalencia del tabaquismo diario durante los seis meses antes de la encuesta estuvo situada en general en el rango medio de 30% para la mayoría de los empleados.

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

La encuesta de FBLC de 1983 encontró que 8,7% de 707 entrevistados eran fumadores diarios en el momento de la encuesta (10,5% de hombres y 7,5% de mujeres) y que 35% fumaba ocasionalmente (41% de los hombres y 25,9% de las mujeres). La diferencia absoluta entre los hombres y

Cuadro 5. Prevalencia de fumadores diarios en los últimos seis meses, por ocupación, Sucre-Chuquisaca, 1986

Ocupación	Fumadores diarios		Total n
	n	%	
Comerciantes	13	48,0	27
Profesionales	63	36,4	173
Gerentes y administradores	6	36,3	22
Artesanos	36	36,0	100
Empleados de oficina	132	35,6	370
Trabajadores de transporte	16	32,0	50
Obreros y jornaleros	14	31,0	45
Servicios personales	14	22,0	63
No especificado	46	26,9	178
Total	340	33,0	1028

Fuente: OPS, 1987.

mujeres adolescentes que eran fumadores diarios era de 34 puntos porcentuales, mientras que en los fumadores ocasionales la diferencia fue de 15,1 puntos porcentuales. Entre los adultos en esta misma encuesta, las diferencias mayores entre los sexos se observan en el tabaquismo diario. Parece como si más hombres que mujeres progresan del tabaquismo ocasional (experimentación adolescente) al tabaquismo diario. Como se esperaba, la prevalencia del tabaquismo diario aumenta con la edad, de 1% entre los que tienen menos de 13 años, a 7% entre los fumadores de 15 años de edad, 16% entre los de 16 años de edad y 21% entre los de 18 años de edad. El mismo fenómeno ocurre con fumadores ocasionales: 17% de los jóvenes que tienen menos de 13 años, 37% de los de 15 años de edad y 54% de los de 18 años de edad.

De los adolescentes encuestados, 401 asistían a escuelas privadas y 306 a escuelas públicas. De los matriculados en las escuelas privadas, 14,5% eran fumadores diarios comparados con solo 2,6% de los que estudiaban en las escuelas públicas. Entre los fumadores ocasionales, sin embargo, había poca diferencia: 34,7% de los estudiantes de las escuelas privadas frente al 35,6% de los estudiantes de las escuelas públicas. Ochenta y nueve por ciento de los fumadores diarios jóvenes fumaban menos de 10 cigarrillos al día.

En la encuesta de 1986 de adolescentes y jóvenes en La Paz, los únicos resultados notificados son para los que habían "fumado en algún mo-

mento" (72 hombres y 61 mujeres). Cuatro por ciento de los encuestados con menos de 14 años de edad habían fumado, mientras que 56% de los de 15 a 17 años de edad y 40% de los de 18 a 20 años de edad habían fumado alguna vez. Es probable que el grupo de 15 a 17 años de edad represente las edades máximas para la experimentación con los cigarrillos. La encuesta de 1983 en Tarija informó que 8,3% de los 120 entrevistados fumaban diariamente, mientras que 55,1% era fumadores ocasionales; solo un fumador fumaba más de 10 cigarrillos al día.

Tabaquismo entre los médicos

Aunque la muestra de médicos en el estudio por De Osorovic y Ríos-Dalenz (1987) no fue representativa, las respuestas sugieren un problema importante entre los médicos en La Paz. De los 72 entrevistados, 34,7% fumaba diariamente y 16,7% fumaba ocasionalmente. En total, 93% de los médicos encuestados habían "fumado en algún momento". Es difícil sin embargo sacar una conclusión de esta encuesta debido a la baja tasa de respuesta (47%).

Otras formas de consumo

En la encuesta de 1979-1980 sobre el uso de drogas entre las personas de 14 a 22 años de edad en nueve ciudades bolivianas, 3,1% de los entrevistados habían fumado una mezcla de tabaco y pasta de coca llamada "pitillo". Es importante destacar que el uso del tabaco está todavía altamente vinculado a las tradiciones autóctonas de Bolivia. Un gran porcentaje de la población fuma durante las celebraciones tradicionales, lo que explica las altas tasas observadas de tabaquismo ocasional, especialmente entre los hombres. Para traer buena suerte, los cigarrillos se encienden y se colocan en la boca de un "ekeko"—una figura simbólica que protege a la familia. Esta estatua tiene un tubo en su boca y "fuma" cuando un cigarrillo encendido se coloca en su extremo. Este ritual se realiza al comienzo de cada año para que en todo ese año la familia goce de buena suerte.

Actitudes, conocimiento y opiniones acerca del tabaquismo

La encuesta de FBLC de 1983 preguntó acerca del conocimiento de los efectos de los cigarrillos sobre la salud solo entre los 344 fumadores diarios. De estos, 67% consideraban que el fumar era "peligroso", 16% pensaban que los cigarrillos eran

“muy peligrosos”, 13% pensaban que eran “inocuos” y 3% que eran “beneficiosos”. Estos resultados fueron similares entre los hombres y las mujeres. Casi la mitad de los fumadores diarios (46%) había tratado de dejar de fumar, lo que corresponde de cerca a la proporción que considera que es peligroso para su salud. A este grupo también se preguntó si, dada la elección de ser fumadores o no fumadores a esta altura en sus vidas, comenzarían a fumar. De estos, 58% respondieron que habrían preferido no haber comenzado. Cuando se les preguntó si fumarían en el futuro, 7% respondió que no, 35% dijeron que fumarían menos, 28% respondieron que probablemente dejarían de fumar y solo 28% dijeron que continuarían fumando.

En la encuesta de los médicos de 1987, casi todos los entrevistados (88%) estuvieron de acuerdo en que el tabaco es malo para la salud, pero solo la mitad de ellos preguntaba por lo común a sus pacientes acerca de su tabaquismo. Solo se advirtió que dejaran de fumar a las mujeres embarazadas y a los pacientes con enfermedad respiratoria clínica, cardiovascular o úlcera péptica.

En la encuesta de Tarija de 1983, 43,3% de los entrevistados dijeron que el fumar es “muy peligroso”, 52,6 dijo que era “nocivo” y 4,1% que era “inocuo”; ninguno de los entrevistados dijo que los cigarrillos eran “beneficiosos”. Mientras que 65% de los fumadores diarios u ocasionales consideraron que los cigarrillos eran “nocivos”, 65% de los no fumadores creyeron que eran “muy peligrosos”, y ninguno de los entrevistados de este grupo calificaron a los cigarrillos como “inocuos”. Cuando se preguntó si pensaban que continuarían fumando en el futuro, 20% de los fumadores diarios, 57% de los fumadores ocasionales y 78% de los no fumadores respondieron que “no” o “probablemente no”.

En la encuesta de FBLC de 1983 en La Paz, cuando a los adultos jóvenes y adolescentes fumadores diarios u ocasionales se les preguntó si pensaban que ellos todavía estarían fumando a la edad de 21 años, 78% de los fumadores diarios y 39% de los fumadores ocasionales respondieron que “sí” o “probablemente”.

Los resultados de estas dos encuestas sugieren que hay más conciencia de los efectos nocivos de los cigarrillos sobre la salud entre los adolescentes que entre los adultos. Aunque muchos de los fumadores ocasionales adolescentes, en particular los hombres, se convertirán en fumadores diarios, está claro que no todos están conscientes de la naturaleza adictiva de los cigarrillos.

Tabaquismo y salud

Mortalidad

Los datos más recientes disponibles sobre la mortalidad general por causa de defunción son para 1980 y 1981; la mortalidad proporcional por causa se publicó solo durante esos años (OPS, 1990) (Cuadro 6). Dado que existe un subregistro de defunciones del 70% es probable que la estructura de mortalidad durante 1980-1981 esté sesgada hacia la población urbana y que un gran número de defunciones que no fueron certificadas por un médico se registraron como “enfermedad del corazón”. Aun así, las enfermedades infecciosas ocupan un lugar alto, mientras que la proporción de los tumores es baja; los tumores más comunes son los del sistema genital femenino. No se dispone de datos que permitan un análisis de las tendencias o una evaluación de los cambios en la estructura de la mortalidad debida a la urbanización.

Bolivia tiene 11 077 camas de hospital, con 70% de ellas ubicadas en los cuatro departamentos más desarrollados del país. Las estadísticas de mortalidad en los hospitales disponibles para 1970, 1979, 1982 y 1987 arrojan alguna luz sobre los cambios posibles en la estructura de la mortalidad boliviana (Cuadro 7). Las defunciones debidas a la tuberculosis y enfermedad respiratoria son notables para 1987 y hubo un aumento de las infecciones intestinales en todo el período. Además, el trauma se ha tornado más importante como causa de defunción en el hospital. La ausencia total de los tumores malignos durante 1970 a 1987 sugiere que

Cuadro 6. La mortalidad proporcional por causas definidas (defunciones registradas), Bolivia, 1980-1981

Causa y Código CIE	Proporción (%)
Todas las infecciosas (001-139, 464-487, 320-322)	36,4%
Enfermedades cardiovasculares (390-459)	19,5%
Accidentes, efectos adversos y violencia (E800-E999)	9,8%
Afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	7,4%
Tumores malignos (140-239)	4,0%
Otras causas	22,9%

Fuente: OPS, 1990.

Cuadro 7. Mortalidad hospitalaria, por 10 causas principales, Bolivia, 1970, 1979, 1982, 1987

Causas	1970		1979		1982		1987	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
Tuberculosis	224	4,8	250	2,4	132	1,2	297	3,8
Otras neumonías	154	3,3	254	2,4	156	1,4		
Enfermedades de la circulación								
pulmonar y otras enf. del corazón	114	2,5	261	2,5	120	1,1	1249	16,2
Avitaminosis y otros trastornos								
nutricionales	89	1,9	119	1,1	131	1,2		
Infecciones intestinales	80	1,7	301	2,8	379	3,4	381	4,9
Otras enfermedades del aparato								
digestivo	78	1,7	104	1,0	238	2,2		
Obstrucción intestinal y hernia	53	1,1						
Traumatismos intracraneales	49	1,0	144	1,3	260	2,4	246	3,2
Meningitis	42	0,9	99	0,9				
Cirrosis hepática	42	0,9	92	0,9				
Otras enfermedades bacterianas			174	1,6				
Septicemia					191	1,7		
Enfermedad respiratoria crónica							452	5,8
Otras enfermedades del aparato								
respiratorio					107	1,0	413	5,3
Otras enfermedades cardiovasculares					96	0,9	217	2,8
Afecciones perinatales							361	4,7
Enfermedades de las glándulas								
endocrinas, del metabolismo y								
trastornos de la inmunidad							106	1,4
Otras lesiones y complicaciones								
precoces de los traumatismos							104	1,3
Total	1774	38,3	3336	31,5	3494	31,7	7586	98,2

Fuente: División Nacional de Bioestadística, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia.

estas causas de defunción quizás no sean todavía comunes mientras que las enfermedades del aparato circulatorio sí lo son. Según los datos del registro de cáncer de La Paz, la incidencia de los tumores malignos es baja en esta población; entre los hombres es la más baja de todas las ciudades que tienen registros de cáncer en las Américas. La repercusión de las tasas altas de tabaquismo en la incidencia de cáncer en Bolivia no se ha hecho aún evidente.

Morbilidad

La fuente principal de información sobre la incidencia del cáncer es el registro de cáncer en La Paz. Este registro se estableció en 1978 y se considera que tiene una cobertura aceptable, especialmente en la población de menos de 64 años de edad. Se estima que la incidencia de cáncer era una de las más bajas en el mundo entre los hombres,

pero fue muy alta entre las mujeres debido a las tasas altas de cáncer de cuello uterino (OPS, 1990). Para el tumor de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, la tasa fue de 2,32/100 000 hombres y 1,25/100 000 mujeres de 1978 a 1982; 10 años después, en 1988 y 1989, estas tasas eran de 2,35 en los hombres y 1,0 en las mujeres. Esto es digno de mención en vista del aumento de la tasa de tumores de todos los sitios en este mismo registro (de 42,3/100 000 a 46,6/100 000 en los hombres y de 86,3/100 000 a 92,8/100 000 en las mujeres) durante estos mismos períodos. Sin embargo, el consumo de cigarrillos per cápita entre los adultos se duplicó entre 1960 y 1975 en Bolivia y una porción significativa de este aumento debe haberse concentrado en la ciudad de La Paz. Por lo tanto, la notificación insuficiente o el diagnóstico errado del tumor de pulmón deben ser extensos; es probable que la incidencia alta de la tuberculosis pulmonar confunda el

Cuadro 8. Incidencia* de tumores malignos relacionados con el tabaquismo (población 35–64), en tres ciudades de América Latina, por sexo, 1980

Órgano	Hombres			Mujeres		
	La Paz	São Paulo	Cali	La Paz	Cali	São Paulo
Pulmón	13,7	24,4	41,1	3,2		
Laringe	1,9	9,6	28,7	0,6		
Boca	2,2	3,7	14,6	4,2	2,2	2,0
Esófago	4,7	3,9	22,0	0,8	1,6	3,0
Vejiga	2,6	8,2	15,8	0,8	3,5	1,9

Fuente: Ríos—Dalenz J., 1981.

* Tasa estandarizada a la población mundial.

diagnóstico del tumor de pulmón. No obstante, puede haber otros elementos de confusión en algunos estudios, tales como la altitud elevada de La Paz, que puede afectar la asociación que se observa habitualmente entre la exposición de la población al tabaco y el tumor del pulmón.

En 1981, Ríos-Dalenz comparó la incidencia de los tumores relacionados con el tabaquismo en tres ciudades latinoamericanas (La Paz, São Paulo y Cali). En general, la tasa de incidencia para estas enfermedades era más baja en La Paz (Cuadro 8).

En 1986 el Instituto Boliviano de Biología de Altura en La Paz (Speilgovel *et al.*, 1990) comparó a 33 fumadores residentes (25 hombres y 8 mujeres) con una población no fumadora al nivel del mar en cuanto a función del pulmón, alteraciones electrocardiográficas, hemoglobina y hematocrito, dióxido de carbono y niveles de oxígeno, colesterol, triglicéridos, carboxihemoglobina y presión arterial. Las conclusiones preliminares fueron las de que el tabaquismo a grandes altitudes parece ejercer un mayor efecto en el aparato respiratorio que en el circulatorio y que las mujeres pueden ser más sensibles que los hombres a los cambios fisiológicos producidos por el tabaco.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Acciones del Gobierno

Políticas y estructura ejecutiva

El Código de Salud de 1978 de la República de Bolivia reconoce explícitamente que el tabaco es nocivo para la salud (República de Bolivia, 1978). En 1983 se creó la Comisión Nacional de Lucha Antitabáquica (CONLAT) en base a una recomendación de las Jornadas Nacionales "Cigarrillos y Cáncer" de septiembre de 1983. Esta reunión fue promovida

por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) y fue patrocinada por el FBLC. CONLAT fue creada por el Ministerio de Bienestar Social y Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura e incluyó a representantes de los sectores profesionales, civiles, legislativos y privados. Sus objetivos declarados fueron apoyar la legislación contra el tabaco, proteger los derechos de los no fumadores, reducir la publicidad de los cigarrillos hasta que se prohíba totalmente, informar sobre los riesgos del tabaquismo para la salud, realizar estudios de población sobre la prevalencia del tabaquismo y coordinar la labor con otras organizaciones nacionales e internacionales interesadas en prevenir y controlar el tabaquismo (Ríos-Dalenz 1987). En 1986, el Ministerio de Bienestar Social y Salud Pública designó oficialmente a CONLAT como órgano coordinador de las actividades del sector salud contra el tabaquismo. Se encomendó a CONLAT también la preparación de un plan oficial para el control del tabaquismo. Además, la resolución asignó a CONLAT la responsabilidad de la coordinación de sus actividades con la Oficina de la Salud, el Ministerio de Educación y Cultura, y la Junta Nacional de la Solidaridad y Desarrollo Social.

CONLAT tiene divisiones en La Paz, Oruro, Sucre, Potosí, Cochabamba, y Santa Cruz—seis de las ciudades capitales de los nueve departamentos de Bolivia. CONLAT ha preparado el plan de control del tabaco indicado arriba y ha tenido avances importantes en las áreas de la legislación, la información, la educación y la recolección de datos.

Legislación

Las Reglamentaciones sobre el Tabaquismo contenidas en el Código de Salud (Decreto-Ley 15.629) de julio de 1978 encomiendan a las autoridades de salud, mediante la División de la Educa-

ción en Salud, establecer programas nacionales de educación masiva acerca de los efectos nocivos del uso de tabaco, prevenir la promoción indiscriminada del tabaquismo y prohibir la publicidad del tabaco. Esta reglamentación también prohíbe fumar en las escuelas y los establecimientos de salud, en los lugares públicos cerrados y en los medios públicos de transporte. Todos los paquetes de cigarrillos deben mostrar clara y visiblemente la advertencia "Este producto es nocivo para su salud". La reglamentación contempla sanciones que varían de advertencias a multas. Parece, sin embargo, que con la excepción de la advertencia impresa en los paquetes de cigarrillos que sí es efectiva, las demás disposiciones no se cumplen.

En octubre de 1984, se emitió la Resolución Ministerial No. 883 del Ministerio de Educación y Cultura prohibiendo fumar en los establecimientos educativos públicos y privados en toda Bolivia. En noviembre de 1987, se aprobó la Resolución Ministerial No. 1095 del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública que prohíbe fumar en los centros hospitalarios públicos y privados. Anteriormente en julio de 1987, la Resolución Ministerial No. 2049 del Ministerio de Educación y Cultura prohibió fumar en los establecimientos educativos de toda Bolivia así como en las oficinas del Ministerio. Esta fue la tercera vez que se aprobó legislación prohibiendo fumar en los centros educativos— lo que puede indicar la dificultad de poner tal legislación en práctica.

La Resolución Ministerial No. 0894 del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, aprobada en septiembre de 1988, limita la publicidad relacionada con el tabaco en los medios audiovisuales a después de las 9:00 p.m.

Varias jurisdicciones locales han reglamentado el tabaquismo en los lugares públicos. La Ordenanza Municipal No. 015 de La Paz en octubre de 1988 prohibió fumar en los lugares públicos cerrados y en los medios de transporte masivo. Esta ordenanza también hizo obligatorio mostrar avisos visibles a este efecto. La violación de estas disposiciones puede sancionarse a discreción de la autoridad local. En marzo de 1990 el gobierno municipal de Oruro expidió la Ordenanza Municipal No. 26 en virtud de la cual se prohíbe fumar en los espacios públicos cerrados y en los medios de transporte masivo. Las sanciones se imponen a discreción de las autoridades locales según la gravedad de la violación. El municipio de Cochabamba también emitió una ordenanza en mayo de 1990 (Ordenanza No. 792) por la que se prohibía la publicidad en cualquiera de los medios de divulgación en la

ciudad y establecía "Programas departamentales de educación masiva" para disuadir del uso del tabaco.

La evolución de la legislación dirigida al control del problema del tabaquismo indica que hay interés creciente entre las autoridades en el empleo de esta herramienta en Bolivia. Sin embargo, como ocurre en casi todos los países, hay dificultades en la vigilancia y el cumplimiento. La ejecución con éxito de la legislación contra el tabaco depende en sumo grado de la conciencia de los ciudadanos acerca de los beneficios que se derivan de tal legislación y de cuán importante es participar en las actividades contra el tabaco al nivel local.

Educación contra el tabaquismo basada en la escuela

El Departamento Nacional del Curriculum en el Ministerio de Educación y Cultura desarrolló materiales didácticos sobre el tabaco y sus efectos nocivos sobre la salud para uso en los programas de ciencia natural en el tercero y quinto años de la escuela primaria. CONLAT ofrece conferencias informativas en forma sistemática en las escuelas primarias y secundarias en La Paz, Cochabamba, Sucre, Santa Cruz y Oruro.

Campañas de información pública

Desde la primera jornada de "Cigarrillos y Cáncer" en septiembre de 1983, CONLAT ha promovido los Días Nacionales de "Tabaco o Salud" cada dos años. En estos eventos, el personal de salud se reúne para tratar sobre los nuevos conocimientos acerca del tabaquismo y la salud, así como cualquier logro en la lucha contra el tabaco. Al mismo tiempo, se difunden noticias acerca de las actividades asociadas con estas reuniones a través de los medios de divulgación (*El Diario*, 1990; *La Patria*, 1990).

Además, desde 1983 se ha celebrado el "Día del Aire Puro", el tercer jueves de noviembre. Desde 1989, el 31 de mayo se ha celebrado como "Día Mundial sin Tabaco". Estos eventos ayudan a estimular el interés nacional. Se han patrocinado dos certámenes de carteles contra el tabaco entre los niños en conjunción con estos eventos en La Paz y Sucre.

Impuestos

El impuesto representa 61% del precio final del paquete de cigarrillos de venta al detalle. Hay también una sobretasa de 17% para el tabaco im-

portado (Ministerio de Finanzas, 1990). Los impuestos sobre el tabaco y los cigarrillos descendieron como porcentaje de los ingresos internos del país entre 1984 y 1987, de 7,8% a 1,4%.

Actividades no gubernamentales

Aunque CONLAT es la agencia autorizada del Gobierno boliviano para el control de tabaco, las organizaciones no gubernamentales (ONG) trabajando en conjunción con el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública han actuado como los impulsores principales del control del tabaco y han sido ejecutores de su administración. Una de las más importantes de estas organizaciones es la FBLC.

La otra ONG que ha efectuado contribuciones importantes a la campaña de lucha contra el tabaco es la Misión Adventista de Bolivia, rama de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Este grupo sufraga un programa de templanza diseñado para eliminar el alcohol, el tabaco y el uso de drogas en la comunidad. Se han realizado numerosas iniciativas en coordinación con CONLAT, y muy en particular su programa normal de cinco días de duración para abandonar el tabaquismo.

Conclusiones

1. Bolivia tiene uno de los niveles más bajos de consumo de cigarrillos per cápita en el mundo. Sin embargo, después de la década de los 60, el consumo per cápita aumentó en forma pronunciada y se duplicó para mediados de la década de los 70. El tabaquismo continuó aumentando en forma sostenida a fines de la década de los 80.
2. Bolivia es predominantemente rural, con un consumo de tabaco esporádico asociado con tradiciones populares. Sin embargo, una proporción sustancial de la población urbana, en particular entre las personas de estado socioeconómico alto, ha adquirido los modelos occidentales de tabaquismo, similares a los de los países desarrollados.
3. Los datos inadecuados relacionados con la salud no permiten realizar análisis detallados de la transición epidemiológica en Bolivia; actualmente, la repercusión negativa del tabaquismo en la población boliviana es mínima.
4. Bolivia ha realizado una actividad extensa contra el tabaco desde la década de los 80. El país tiene una organización nacional eficaz con participación comunitaria. Los esfuerzos principales se han realizado en la legislación. Las actitudes tolerantes de la población hacia el tabaco y la falta

de iniciativa política para controlar el tabaquismo son todavía obstáculos principales para la superación del problema creciente del consumo de tabaco en Bolivia.

Referencias

- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York, Oxford University Press, 1990.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín demográfico*. Año XXII, No. 45. Santiago de Chile, enero de 1990.
- CHANDLER, W.U. *Banishing tobacco*. Documento de World Watch, 68. Enero de 1986, p. 31.
- CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Control del tabaco en el tercer mundo. Un atlas de recursos*. Penang, Malasia, IOCU, 1990, p. 29.
- DE LA QUINTANA, M. Incidencia y prevalencia de tabaco en ciudades y área rural. *Boletín Epidemiológico del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública*, Boletín No. 138. Bolivia, 1987.
- DE OSOROVIC, G., PEREIRA, M.R. *Incidencia del consumo de tabaco en la población adulta de la ciudad de La Paz*. Informe de la Reunión Nacional sobre los Cigarrillos y el Cáncer, organizado por la Fundación Boliviana contra el Cáncer y la Unión Internacional contra el Cáncer, 26-27 de septiembre de 1983, La Paz.
- DE OSOROVIC, G., RIOS-DALENZ, J. El hábito de fumar en los médicos. Documento inédito.
- EL DIARIO. El contrabando: ¿un mal evitable? La Paz, 4 de mayo de 1986.
- EL DIARIO. Inauguraron Jornadas Nacionales de "Tabaco o Salud" en Oruro. La Paz, 25 de marzo de 1990.
- FRECKER, R.C., Pischkit, H. Constituyentes de los cigarrillos de los países en desarrollo: valores de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono para 50 marcas seleccionadas por la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS/SMO/84.4.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS. *Bolivia en Cifras: 1985*, Cuadro No. 83: Bolivia: Producción anual de bienes seleccionados del sector manufacturero, 1985.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS. *Bolivia: Indicadores demográficos por área de residencia*, Departamento de Estadísticas Sociales. 1991, p. 43.
- LA PATRIA. Inauguraron IV Jornada de Lucha Antitabáquica. Oruro, 25 de marzo de 1990.
- MAXWELL, J.C. *Maxwell Consumer Report—International Tobacco, Parte 1*. First Securities Industry Update. WFS-2557, 30 de marzo de 1989.

MINISTERIO DE FINANZA. Datos inéditos, Departamento de Cobros Directos del Servicio de Rentas Internas de 1990.

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA. *Informe sobre consumo de sustancias psicoactivas*. 1988, p. 5.

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA. *Informe sobre consumo de sustancias psicoactivas*, 1988.

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA. *Bolivia: Situación de salud y sus tendencias*. Documento de trabajo. Representación de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud en Bolivia. La Paz, Imprenta Offset Prisa Publicidad, 1989.

MISDORP, S. Bolivia report. Bolivian inflation rate is down. Tobacco industry stabilizes. *Tobacco International*, 15 de marzo de 1990, pp. 24-30.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Tobacco smoking. *Monografías de IARC en la evaluación del riesgo carcinogénico de los productos químicos a los humanos*. Volumen 38, p. 70, IARC, Lyon, Francia, 1986.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Control del hábito de fumar*. Segundo Taller Subregional. Area Andina. Informe de Bolivia. Cuaderno Técnico No.9, p. 45. Washington, D.C., 1987.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990*, Volumen II. Washington, D.C., 1990, p. 53.

REPUBLICA DE BOLIVIA. Decreto-Ley 15629, 18 de julio de 1978.

RIOS-DALENZ, J. Actividades de la Comisión Nacional de Lucha Antitabáquica (CONLAT). *Revista Médica El Sajama*, 1987, pp. 2-4.

RIOS-DALENZ, J. El tabaquismo y sus características en Bolivia. En: *Historia y perspectivas de la salud pública en Bolivia*. Sociedad Boliviana de Salud Pública, OPS/OMS, UNICEF, Prod. CIMA. La Paz, Bolivia, 1989.

RIOS-DALENZ J., CORREA, P., HAENSZEL, W. Morbilidad del cáncer en La Paz, Bolivia. *Int J Cancer*: 28, 1981, pp.307-314.

ROBERTSON, T.J. Encuesta de Cigarrillo y cáncer. Documento mimeografiado. Tarija, 1 de septiembre de 1983.

SPEILGOVEL, H., APARICIO, O., BELLIDO, D., GALARA, M., NALLAR, N., QUINTELA, N., PENALOZA, R., TELLEZ, A., VARGAS, E., VILLENA, M., RIOS-DALENZ, J. Efectos del tabaquismo en una población de las alturas (La Paz, Bolivia, 3600 m o 12 200 pies.). Informe preliminar presentado en la Conferencia Mundial sobre Tabaco, Australia, 1990.

USDA. *Tarifas y otros derechos de importación sobre el tabaco, la hoja y los cigarrillos*, 1988. USDA, 1989, FAS-5-89.

Brasil

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Producción, fabricación y consumo
- Publicidad y comercialización
- Impuestos

Prevalencia y consumo

- Consumo
- Encuestas de adultos
- Encuestas de adolescentes
- Creencias, actitudes y opiniones sobre el tabaco

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Estructura ejecutiva y políticas
- Legislación contra el tabaquismo y medidas ejecutivas
- Actividades educativas
- Acciones no gubernamentales contra el tabaquismo

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

El Brasil es una república federal con un territorio de 8 512 000 km² en la costa atlántica de Sudamérica, y se extiende desde aproximadamente 5° al norte del Ecuador hasta las regiones templadas del Hemisferio Sur. Entre los países de las Américas, es el tercero en superficie territorial y el segundo en población. Es, además, el tercer productor mundial de tabaco y, desde 1989, el segundo mayor exportador. La importancia cultural y económica de esta planta en el Brasil queda reflejada por la presencia de una hoja de tabaco (junto con una rama de café) en el escudo oficial de la República. El 66,6% del territorio del Brasil está cubierto por bosques, el 19,6% está destinado a pastos y ganadería y el 9% a la agricultura.

A mediados del decenio de 1990 se calculó la población en 150 368 000 personas, con una amplia variedad étnica y sociológica. En las regiones selváticas que rodean al Amazonas habita lo que queda de las tribus aborígenes; muchas de ellas conservan las prácticas religiosas de los chamanes, empleando las hojas de tabaco al igual que en la era precolombina (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS] 1992). Sin embargo, la mayor parte de la población habita en núcleos urbanos (75%) y las familias muy pobres constituyen la mayoría de la población (Cuadro 1).

Cuadro 1. Indicadores demográficos y económicos, Brasil, decenio de 1980

Indicador	Año	Valor
Población	1990	150 368 000
Porcentaje < 15 años	1988	35,2
Porcentaje ≥ 65 años	1988	4,5
Porcentaje urbano	1988	75,0
Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1988	61,0
Índice bruto de natalidad por 1000 habitantes	1988	28
Índice total de fecundidad	1988	3,4
Índice bruto de mortalidad por 1000 habitantes	1988	8,0
Esperanza de vida al nacer, por 1000 nacidos vivos	1988	65,0
Porcentaje alfabetizado (edad > 15 años)	1985	79,3
Producto nacional bruto en millones \$US	1988	328 860
per cápita (\$US)	1988	2,280
Inflación anual media (%)	1980-88	188,7

Fuente: Banco Mundial, 1990.

Desde la Segunda Guerra Mundial, el Brasil ha experimentado grandes transformaciones sociales, evolucionando de una sociedad fundamentalmente rural (50% en 1965) a una de las más urbanas e industrializadas de América Latina (Banco Mundial 1990). Su economía se halla entre las 10 primeras del Hemisferio occidental (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1990) y su producto nacional bruto per cápita (\$US2280 en 1988) es el quinto, por orden de magnitud, de Latinoamérica (Banco Mundial 1990). Parte de su transformación social ha consistido en el desarrollo de un amplio y moderno sistema de comunicación de masas, que ha favorecido la uniformidad cultural. Dicha transformación también ha producido importantes desequilibrios socioeconómicos, así como una deuda exterior creciente (\$US124 millones en 1987), una enorme inflación (índice medio anual de inflación de 188,7% entre 1980 y 1988) y grandes fluctuaciones en los salarios, el costo de vida y el poder adquisitivo de sus ciudadanos (Banco Mundial 1989, 1990). Esta inestabilidad queda reflejada en el evidente desequilibrio socioeconómico existente. El 10% más rico de la población recibe el 53,2% de la renta total, mientras que el 10% más pobre recibe solo el 0,6 % (Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística [IBGE] 1990). Se calcula que, en 1985, 53 millones de brasileños (40,1%) vivían en situación de pobreza (OPS 1990).

En 1985, el Brasil recuperó la forma de gobierno democrática. Este cambio fue acompañado de una reestructuración de los programas de salud del Gobierno en 1986. En 1988, y tras un prolongado debate, se aprobó una nueva Constitución nacional en la que se introdujeron restricciones a la publicidad del tabaco y otros productos de consumo potencialmente dañinos (Constitución del Brasil 1988). Sin embargo, el importante deterioro económico sufrido por el país en 1988 y 1989 hizo que el nuevo gobierno se planteara en 1990 reducciones drásticas del presupuesto federal. Ello obligó a reducir el ámbito del Programa Nacional de Lucha contra el Tabaquismo, que había sido organizado en 1986 (Costa e Silva 1988).

La mayoría de la población brasileña está constituida por adultos jóvenes, pues casi el 65% de los habitantes tienen 15 años o más y solo 4,5% son personas de 65 años o más. El progresivo descenso de la tasa total de fecundidad (3,4 en 1988) ha contribuido a retrasar el crecimiento anual de la población desde el 2,4% de 1965 al 1,8% proyectado entre 1988 y el año 2000. El desplazamiento del crecimiento de la población de las zonas rurales a las urbanas (casi un 4,5% anual) ha favorecido el desa-

rollo de grandes ciudades, sobre todo en el sur, como São Paulo y Rio de Janeiro. En ellas existen hoy enormes núcleos de pobreza, con condiciones sanitarias deficientes (OPS 1990).

La industria del tabaco

Agricultura

El Brasil ha sido productor y exportador de tabaco desde su colonización, en el siglo XVI. Hasta 1987, ocupaba el cuarto lugar mundial en la producción de tabaco y desde 1990 ocupa el tercer puesto, superado solo por los Estados Unidos y China. A finales del decenio de 1980, participaban en el cultivo de esta planta unas 160 000 haciendas (2,6% del total nacional), con un total de 296 678 ha (0,57% de la tierra cultivable), que daban empleo a tiempo completo o parcial a 600 000 agricultores, aproximadamente, equivalentes al 4,2% del total de la población activa rural (Associação Brasileira das Indústrias do Fumo [ABIFUMO] 1990; IBGE, 1989). La producción de tabaco ha pasado de 135 700 TM en 1966 a 450 000 TM en 1990, constituyendo el 6,3% del total mundial (U.S. Department of Agriculture [USDA] 1990; IBGE, 1990; ABIFUMO, 1990). Aproximadamente la mitad de esta producción se dedica al consumo doméstico (Cuadro 2). El tabaco constituye la tercera exportación nacional por orden de importancia, después del café y la soja. Casi toda la producción de tabaco (80%) procede de los estados del sur, Rio Grande do Sul, Santa Catarina y Paraná, cuya producción dominante es el tabaco rubio, empleado en la manufactura de cigarrillos. En los estados nororientales de Alagoas y Bahia se pro-

ducen anualmente unas 43 000 TM de tabaco negro, destinado a puros y pipas.

El Gobierno no ha patrocinado directamente campañas de sustitución de cultivos en el caso del tabaco, pero las propias compañías tabacaleras han explorado otras alternativas. En un reciente estudio sobre economía agrícola (Konzen 1987) se llegó a la conclusión de que el único sustituto viable, que no conllevaría pérdidas económicas, sería la patata blanca (irlandesa), pero la transición emplearía solo un 30% de la población activa ocupada en el cultivo de tabaco.

El proceso de cura del tabaco rubio en hornos emplea madera como combustible, contribuyendo así al deterioro de los ya amenazados bosques del país y dificultando los intentos de repoblación forestal. La industria tabacalera ha puesto en marcha algunos programas de apoyo a la reforestación (Crescenti 1990a), pero de magnitud limitada. Aunque casi dos terceras partes del país están cubiertas de bosques, los estados en que se cultiva tabaco sufren ya una amplia pérdida forestal (Jungbluth 1988; Chapman 1990). En el país se emplean más de 93 000 hornos en la cura del tabaco (Chapman 1990). Para secar 1 kg de tabaco se necesitan aproximadamente 25 kg de madera; por tanto, la desecación de una cosecha de tabaco rubio superior a 400 000 TM anuales tiene un gran impacto ecológico (Bianco 1982).

Producción, fabricación y consumo

Durante los años de 1970 y 1980, cuatro empresas, tres de ellas ligadas a compañías multinacionales, controlaban la producción de cigarrillos (Cuadro 3). En consecuencia, influían también en la

Cuadro 2. Tabaco no manufacturado, producción, exportación, importación y consumo interno total (TM), Brasil, 1979 a 1989

Año	Producción	Exportación	Importación	Consumo interno total
1979	422 891	140 188	338	283 041
1980	405 537	143 555	352	262 334
1981	362 250	148 609	251	213 892
1982	421 532	165 718	379	256 193
1983	395 485	176 827	649	219 307
1984	414 808	187 438	33	227 403
1985	410 918	198 662	58	212 256
1986	386 827	175 658	70	211 099
1987	397 845	173 684	180	224 341
1988	429 955	199 436	302	230 217
1989	446 266	207 000	302	238 964

Fuente: IBGE, 1990.

Cuadro 3. Empresas tabacaleras, cuotas de mercado y relación con compañías multinacionales, Brasil, 1988

Empresa	Tipo	Cuota de mercado	Relación con multinacionales
Souza Cruz	Multinacional	79,4	British-American Tobacco Ltd., Filial
Philip Morris	Multinacional	8,0	Philip Morris Cos., Filial
R.J. Reynolds	Multinacional	9,5	R.J. Reynolds, Filial
Sudan	Nacional privada	2,8	Ninguna

Fuente: Costa e Silva, 1990.

agricultura y la industria tabacaleras, a través del control del mercado, la promoción organizada y las acciones de respaldo a los agricultores (Chapman 1990). Souza Cruz, S.A., filial de la British-American Tobacco Company (BAT), tiene la participación más grande del mercado doméstico (79,4% en 1988). De hecho, Souza Cruz Trading es el mayor exportador individual de tabaco del mundo. Las otras dos compañías multinacionales con presencia en el Brasil son la Philip Morris Company, con un 8% del mercado interno, y R.J. Reynolds, con 9,5%. Recientemente, Philip Morris compró la R.J. Reynolds (Zimmerman 1990). La única empresa nacional privada (Sudan) conservaba una cuota de mercado de 2,8% en 1988 (Costa e Silva 1990). En 1988, intervenían en el procesamiento del tabaco 219 fábricas, distribuidas en 99 destinadas a la hoja, 107 al tabaco en rollos (o cola de cerdo) y 13 a la fabricación de puros y cigarrillos. Estas actividades daban empleo a unas 16 000 personas, el 0,4% de toda la mano de obra industrial (IBGE 1988). Sin embargo, si se suman las personas dedicadas a la agricultura del tabaco, las empleadas indirectamente en actividades comerciales del tabaco, como el transporte, y las empleadas en los 350 000 establecimientos de venta, se deduce que la industria del tabaco emplea, directa o indirectamente, a unos 2,5 millones de trabajadores (ABIFUMO 1990).

Con un 20,3% de la exportación mundial, el Brasil es el segundo mayor exportador de tabaco del mundo, superado solo por los Estados Unidos, que exporta un 23,9%. En 1989, estas exportaciones produjeron aproximadamente \$US570 millones (1,66% de la exportación total) (ABIFUMO 1990). El Gobierno no subvenciona la producción o exportación del producto. Sin embargo, dados sus escasos costos de producción, el tabaco brasileño es muy competitivo en el mercado internacional, pues su precio es la mitad del cultivado en los EUA. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] 1990). Su bajo precio contribuye a explicar el éxito de las exportaciones del tabaco brasileño. Sus principales importadores

son los Estados Unidos y la Comunidad Económica Europea.

El Gobierno no dispone de un programa oficial para desarrollar aún más la manufactura de tabaco. Sin embargo, el Gobierno central regula los precios a través de una agencia de control de precios que negocia con ABIFUMO. El precio medio de un paquete de la marca de cigarrillos más popular era de \$US0,34 en 1989 (Costa e Silva 1990). En 1991, el Gobierno aumentó los precios en 776%, tres veces más que el índice de inflación de 1990.

Publicidad y comercialización

La provisión constitucional de 1988 que restringe la publicidad de los productos potencialmente dañinos no ha sido puesta en práctica todavía. Sin embargo, el Ministerio de Salud ha promulgado una orden ejecutiva que limita las horas durante las que pueden emitirse anuncios sobre tabaco; esta orden obliga también a colocar advertencias sobre la salud en toda la publicidad del tabaco, del tipo que sea, y prohíbe la venta de tabaco a los menores (Regulación No. 731 de 31 de mayo de 1990). Sin embargo, la pequeñez de las advertencias en los paquetes y en los anuncios hace que sean difíciles de leer. Antes de la promulgación de esta orden, todos los tipos de publicidad y actividades de promoción eran tolerados y empleados. En la actualidad, el único formato que ha dejado de utilizarse es la radio, pues su publicidad ha sido cancelada como respuesta a la orden ejecutiva del Ministerio de Salud que obligaba a transmitir una advertencia oral como parte de la misma (Crescenti 1990b). Junto a la publicidad en televisión, las compañías de tabaco emplean otras actividades de promoción, incluidas varias que sirven para distraer la atención sobre las consecuencias para la salud del consumo de tabaco así como para debilitar el apoyo público a las actividades de control del Gobierno. Por ejemplo, Souza Cruz (BAT) patrocinó campañas de vacunación antipoliomielítica en los es-

tados del norte (excepto Bahía y Paraíba), utilizando para ello empleados y vehículos que exhibían el logotipo (Hollywood) de la compañía. La campaña sirvió como propaganda popular sobre el tabaco, disfrazada de esfuerzo humanitario. Además, esta misma empresa utilizó un acontecimiento religioso, la dramatización del Acto de la Pasión en el estado nororiental de Pernambuco, para promocionar sus productos. Otros eventos que sirven de propaganda de marcas de cigarrillos son el Motocross y Festival de Rock Hollywood, el Festival de Jazz Libre, el Festival Carlton de Danza, el Trofeo Camel de Competencia Motorizada, la Oktoberfest en el estado de Santa Catarina, el patrocinio de carreras de automóviles de Fórmula 1 y la distribución de muestras gratuitas en las Ferias de Muestras, convenciones y universidades.

Aunque la industria del tabaco no ignora a segmento alguno de la sociedad brasileña en su publicidad, en 1987 el tabaco ocupó solo el undécimo lugar entre los anunciantes (Hijjar 1991). Esta baja posición podría explicarse por la decisión de la industria, tomada unilateralmente, de suspender toda la publicidad desde mediados de 1986 hasta el final de 1987. Aparentemente esta decisión se tomó debido a la reducción de las ganancias como resultado de la política del Gobierno de regular los precios. En 1988, el presupuesto destinado a publicidad tuvo un espectacular aumento (685%), pasando de \$US8 686 000 en 1987 a \$US68 197 200 en 1988. Hoy, la industria tabacalera es uno de los 10 anunciantes más importantes del Brasil y el gasto per cápita en publicidad muy bien podría ser el más alto de todos los países en vías de desarrollo de las Américas (Chapman 1990).

Impuestos

Los impuestos a los cigarrillos, que constituyen de 73 a 76% del precio de venta de los mismos en el Brasil, se distribuyen de la siguiente forma: el impuesto federal sobre bienes manufacturados (IPI), es 53,4%; el impuesto federal FIMSOCIAL es 2,4%, y el impuesto estatal sobre el consumo (ICM), 17,0%. A nivel federal, los impuestos sobre los cigarrillos aportan del 5 al 7% de los ingresos globales de la hacienda pública (Costa e Silva 1990a).

Prevalencia y consumo

Consumo

Entre 1935 y 1985, se triplicó el consumo de tabaco per cápita de las personas de 15 años o más

Cuadro 4. Cigarrillos manufacturados, producción, exportación, consumo interno total (millones), y consumo per cápita (15 + años), Brasil, 1979 a 1989

Año	Producción	Exportación	Consumo interno total	Consumo per cápita (15 + años)
1979	139 500	518	139 500	1890
1980	142 700	462	142 700	1890
1981	134 900	613	134 900	1740
1982	132 300	615	132 300	1660
1983	129 200	708	129 200	1580
1984	127 800	1058	127 800	1520
1985	146 300	1252	146 300	1690
1986	168 900	1601	168 900	1920
1987	161 400	2807	161 400	1780
1988	157 900		157 900	1700
1989	162 300		162 300	1690
1990	164 600		162 300	

Fuente: Costa e Silva, 1990; USDA, 1990; ABIFUMO, 1990.

(Chapman 1990). Entre 1970 y 1986, la población experimentó un crecimiento del 49% y el consumo total de cigarrillos se elevó en un 132% (Costa e Silva 1988). En 1989, el consumo de cigarrillos per cápita por adultos se calculó en 1690 unidades al año, lo que significa un descenso a partir del valor de 1979, que fue de 1890. De 1979 a 1989 se produjeron variaciones anuales de hasta un 32,1% (Cuadro 4), que pueden atribuirse a las fluctuaciones del poder adquisitivo de la moneda y del salario. Al igual que en otros países, estas oscilaciones no solo ocurrieron en el volumen de cigarrillos consumidos, sino también en las preferencias de los consumidores: al disminuir el poder adquisitivo y, consiguientemente, el consumo per cápita, aumentó la popularidad de las marcas de bajo costo (Crescenti 1990b) con respecto a las más costosas, que eran las preferidas antes de 1986 (Hijjar 1991).

Se calcula que, en 1988, alrededor del 11,6% del consumo correspondía a tabaco picado, destinado a pipas y cigarrillos liados a mano; el consumo de rollos (cola de cerdo) fue de aproximadamente 50 toneladas (Costa e Silva 1990a).

Encuestas de adultos

La propia geografía del Brasil y su enorme población, junto con su diversidad sociocultural, difi-

cultan la obtención de datos de población que muestren una adecuada representación nacional. Existen datos preliminares sobre consumo de tabaco correspondientes a 65 000 personas de cinco años de edad o mayores procedentes de una Pesquisa Nacional sobre a Saúde e Nutrição patrocinada por el Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 1991). Se han efectuado asimismo otros estudios sobre comportamiento con respecto al consumo de tabaco (Cuadro 5), limitados a grupos de población o zonas geográficas específicas.

Una de las ocho ciudades incluidas en la encuesta de 1971 sobre adultos de 15 a 74 años de edad, patrocinada por la OPS (Joly 1977) (Cuadro 6), fue São Paulo.

También se encuestó a la población adulta de 15 a 59 años de esta ciudad en un estudio realizado en 1987 sobre enfermedades crónicas no transmisibles en varias ciudades de América Latina (Ramos 1988) (Cuadro 7).

En uno de los estudios brasileños más representativos se encuestó a la población adulta de 18 a 55 años en 12 capitales estatales en relación con el consumo de tabaco y otras variables del estilo de vida (Ministerio de Salud 1988); estos datos pueden compararse con la encuesta de 1971 sobre la población urbana de São Paulo (Cuadro 8).

Un investigador acopió datos sobre una población rural del estado de Rio Grande do Sul en 1978 (Cuadro 9) (Achutti 1978) y de la población urbana del mismo en 1987 (Achutti 1988) (Cuadro 10).

La Organización Gallup hizo una encuesta entre 1297 adultos de 18 años o más en Rio de Janeiro y São Paulo en 1988, pero no suministró suficiente información sobre la metodología empleada (Gallup 1988) (Cuadro 11).

Por último, la encuesta de 1989 del IBGE, representativa a nivel nacional, contiene datos sobre consumo de tabaco por niños y adultos (Cuadro 12). Para el total de sujetos que respondieron (5 años de edad o más), la prevalencia del tabaquismo fue superior en las zonas rurales que en las urbanas (26,5% y 23,2%, respectivamente). La prevalencia de dicho tabaquismo en adultos de 15 años o más (39,9% en los hombres y 25,4% en las mujeres) fue similar a la observada en casi todas las otras encuestas.

Puesto que los profesionales de la salud deberían constituir los modelos para los cambios de comportamiento con respecto al tabaco, entre 1979 y 1989 se realizaron en el Brasil siete encuestas entre médicos (Rosemberg 1990) (Cuadro 5). Las diferencias de la metodología empleada impiden com-

parar los resultados con los de otras investigaciones internacionales, pero los datos sugieren, en líneas generales, que la prevalencia del consumo de tabaco por los médicos brasileños es ligeramente inferior a la de la población general; dicha prevalencia es intermedia entre la de los países con niveles muy elevados de consumo por los médicos (como Polonia, con un 70%) y los países con cifras muy bajas (como los Estados Unidos, con un 8%).

Pese a las diferencias metodológicas y a las dificultades de comparar los distintos estudios efectuados, pueden observarse varios hallazgos constantes en lo que a la prevalencia del consumo de tabaco por la población adulta del Brasil se refiere. La prevalencia de fumadores actuales es mayor en los hombres que en las mujeres; la prevalencia de exfumadores también parece superior en los primeros. La prevalencia de fumadores actuales parece siempre más alta en los adultos jóvenes (25 a 34 años, 25 a 39 años, etc.) y es más baja en los grupos de mayor edad. La prevalencia de fumadores actuales muestra una relación inversa con el grado de educación y con la clase social. Los trabajadores manuales y de la construcción presentan una prevalencia de tabaquismo más alta que los médicos, los empleados de oficina, las amas de casa y los empleados militares y sus familias. La encuesta de 1988 sobre estilo de vida y riesgos de salud en 12 capitales estatales revela una prevalencia más alta (42,0%) en la región sur, más desarrollada (y productora de tabaco), donde el poder adquisitivo es mayor; la proporción de grandes fumadores es asimismo mayor en ella. En conjunto, el 20% de los hombres y el 10% de las mujeres fuman más de 20 cigarrillos al día. En el noreste, la prevalencia de fumadores actuales en la población adulta es del 33%.

La encuesta de 1988 del Ministerio de Salud proporciona datos adicionales detallados sobre la iniciación del tabaquismo de la población brasileña. Al preguntar la edad de comienzo, el 82% de los hombres y el 69,4% de las mujeres indicaron haber empezado a fumar antes de los 19 años. El tabaquismo parece mostrar una asociación positiva con mayor consumo de alcohol y un estilo de vida sedentaria.

Según el estudio más antiguo sobre consumo de tabaco en las zonas rurales y urbanas de Rio Grande do Sul (Achutti 1978), la prevalencia de fumadores actuales fue ligeramente inferior en la población rural que en la población urbana (36,0% y 38,6%, respectivamente). Resulta dudoso generalizar sobre los hallazgos de esta encuesta, en los datos notificados por la encuesta nacional de 1988

Cuadro 5. Prevalencia de fumadores actuales en la población adulta, según encuestas realizadas entre 1971 y 1989, Brasil

Patrocinador/autor	Año	Grupo de edad	Area de la muestra
OPS/Joly	1971	15-74	São Paulo
Achutti	1978	15-74	Rio Grande do Sul (Urbana y rural)
Rosemberg*	1979		Universidad Católica de Sorocaba, médicos
Saltz*	1981		Médicos de Porto Alegre
Rosemberg*	1982		Asociación Médica Brasileña
DeLucia**	1983	18-60	Trabajadores de Cubatao
Fuerza Aérea de Brasil**	1986	18-63	Empleados, familias, jubilados, en servicio activo, en la reserva
Achutti	1987	20-64	Porto Alegre
Rodrigues	1987	15-59	São Paulo
Banco do Brasil Feitosa**	1988	Adultos	
Gallup/ASC	1988	18-50+	São Paulo y Rio de Janeiro
Ministerio de Salud	1988	18-55	Doce capitales estatales
Pohlman	1988	15-64	Porto Alegre
Ribeiro**	1989		Empleados, trabajadores de la construcción y oficinistas de SERGEN SA
Campos y cols.*	1989		Médicos del Instituto Respiratorio, U. de Rio de Janeiro
Campos y cols.*	1989		Médicos de Cascavel, Paraná
Campos y cols.*	1989		Médicos de Sobradinho, Brasilia
Campos*	1989		Médicos del Estado de Rio de Janeiro
IBGE	1989	15+	Nacional

* Fuente: Rosemberg, 1990. Encuestas entre médicos.

** Fuente: Hijjar, 1991. Encuestas entre trabajadores.

del IBGE la diferencia urbano-rural estaba en relación inversa.

El consumo de tabaco tiene efectos indeseables sobre los resultados de la reproducción, por lo que entre 1970 y 1990 se realizaron 10 encuestas

sobre mujeres en edad fecunda gestantes (de 15 a 44 años), no gestantes o que empleaban anticonceptivos orales (Cuadro 13). La prevalencia del tabaquismo en las mujeres gestantes fue inferior a la de la población femenina general. Aparentemente,

Cuadro 6. Prevalencia (%) de sujetos que nunca han fumado, fumadores actuales y exfumadores, según sexo y grupo de edad, São Paulo, 1971

Categoría	Nunca fumadores	Fumadores actuales	Exfumadores
Hombres 15-74		53,8	9,6
15-24	44,7	53,6	1,7
25-39	33,5	58,9	7,6
40-54	34,1	49,2	16,7
55-74	31,9	48,3	19,8
Mujeres 15-74	20,2	4,0	
15-24	76	20,3	3,7
25-39	72,5	23,9	3,6
40-54	78,8	17,3	3,9
55-74	79,8	14,5	5,7
Ambos 15-74		36,0	6,6

Fuente: Joly, 1977.

Cuadro 5. Cont.

No.	Prevalencia de fumadores actuales		
	Hombres	Mujeres	Ambos
1450	53,8	20,2	36,0
4557	61,4	27,1	38,5
	28	33	
	26	40	
	32	27	
			51,2
	32,1		
1041	51,7	34,4	40,8
1471	45,0	31,0	38,0
			29,7
1297	40	36	38
2003	45	33	38,7
407			41,7
		47,2	
			30,6
	11	17	
	34	23	
	25	20	
	28	23	
65 000	39,9	25,4	32,6

las embarazadas más jóvenes tendían a fumar más que los grupos de mayor edad (Gross 1983). El estudio de 1970 sobre consumo de tabaco por las mujeres gestantes de la ciudad de Pelotas, en Rio Grande do Sul (Procyanoy 1970), demostró que el 19,4% de las asistentes a una sala de maternidad

Cuadro 7. Prevalencia (%) de fumadores actuales, por grupo de edad, sexo y grado de educación, São Paulo, 1987

Grupo de edad	Prevalencia de fumadores actuales		
	Hombres	Mujeres	Ambos
15-59	45,0	31,0	38,0
15-24	34,3	31,0	
25-34	54,7	41,7	
35-44	47,8	17,9	
45-49	43,9		
Educación			
Primaria			35,7
Secundaria			63,5
Superior			68,2

Fuente: Ramos, 1987.

eran fumadoras; se observó correlación entre el consumo de tabaco y el bajo peso al nacer así como una circunferencia cefálica más pequeña de los recién nacidos.

Otro estudio de población realizado en 1982 en la ciudad de Pelotas demostró que el 35,6% aproximadamente, de 6000 mujeres que habían dado a luz ese año habían fumado durante la gestación. La prevalencia del tabaquismo disminuía al aumentar la renta familiar, de 43,7% entre las más pobres a 22,4% entre el grupo de renta más alta. El bajo peso al nacer (peso inferior a 2500 g) oscilaba entre 7,5% correspondiente a las no fumadoras y 16,3% para las que fumaron 15 o más cigarrillos al día durante toda la gestación. Esta diferencia se mantuvo tras realizar el correspondiente ajuste por factores socioeconómicos (Victoria 1988).

A finales del decenio de 1980 se realizaron encuestas de seguimiento en mujeres en edad fértil sobre una muestra nacional y en residentes de São Paulo, el sur de Brasil y el norte del país, bajo el patrocinio de los U.S. Centers for Disease Control (CDC). En general, todas las encuestas demuestran que la prevalencia del tabaquismo en las mujeres de 15 a 44 años es superior a la notificada a comienzos de la década.

Los datos reseñados en los Cuadros 7 a 12 hacen posible extraer varias conclusiones generales sobre las tendencias de la prevalencia de los fumadores actuales urbanos de ambos sexos. En el Brasil, al igual que en los Estados Unidos y el Canadá, el consumo de tabaco parece más frecuente en las personas con menos escolaridad y en los obreros. La prevalencia podría ser menor en los que tienen niveles de renta disponible más bajos, particularmente en las zonas rurales, pero los datos sobre consumo de tabaco por estos grupos son insuficientes para obtener una completa tipificación de su comportamiento. Parece, sin embargo, que la prevalencia de fumadores actuales en la población masculina ha permanecido estable entre 1971 y finales de 1980, mientras que la de las mujeres parece haber aumentado bastante. También parece que el abandono del tabaquismo es más común entre los hombres (es decir, prevalencia de exfumadores) y los que han alcanzado mayores niveles de educación. La prevalencia del tabaquismo entre los médicos es inferior a la de la población general (Cuadro 5).

Encuesta de adolescentes

Dada la tendencia al alza de la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres y los constantes ele-

Cuadro 8. Prevalencia de sujetos que nunca han fumado, fumadores actuales y exfumadores (%) en adultos de edades comprendidas entre los 18 y los 55 años en 12 capitales estatales por grupos de edad, educación, clase social, ocupación y región, Brasil 1988

Categoría	Nunca fumadores	Fumadores actuales	Ex-fumadores	No.
Hombres	35,6	45	19,5	999
Mujeres	52,0	33	15,3	1004
Ambos (edad 18-55)	43,7	38,7	17,4	2003
Grupos de edad				
18-24	58,5	29,7	11,8	458
25-34	34,2	45,4	20,9	617
35-44	39,2	42,9	17,8	510
45-55	47,6	33,7	18,7	418
Grado de educación				
Primaria	43,1	40,7	16,2	636
Secundaria	48,0	35,1	16,9	490
Superior	39,5	37,8	22,7	172
Clase social				
(baja)	42,8	37,4	19,8	495
(alta)	43,0	40,5	16,5	805
Ocupación				
O. manual	31,6	48,1	20,3	79
Jubilado	38,8	45,0	16,5	129
Comercio	43,5	40,4	16,1	230
Agricultor y militar	44,3	38,3	17,4	149
Ama de casa	52,5	30,9	16,7	606
Región				
Norte	42	40	18	137
Noreste	50	33	18	387
Sur	43	42	15	98
Sudeste	43	40	17	1335
Este central	30	39	30	45

Fuente: Ministerio de Salud, 1988.

vados niveles de consumo entre los hombres, es importante valorar en detalle los patrones de consumo de tabaco en los adolescentes. En 1987 y 1989, se realizó una encuesta sobre consumo de drogas, incluido el tabaco, entre estudiantes de las escuelas de enseñanza primaria y secundaria, con edades comprendidas entre 10 y 18 años o más, en 10 capitales estatales. Los datos fueron obtenidos mediante una técnica de muestra aleatoria multifase y los datos agrupados del estudio de 1987 fueron analizados mediante un estudio de regresión logística multivariada para identificar los determinantes del consumo de tabaco por los adolescentes (Barbosa 1989). Globalmente, 19,5% de todos los estudiantes indicaron haber fumado en algún momento del pasado; 15,9% había fumado durante el año anterior; 10,5% lo había hecho durante el mes anterior y

9,8% eran fumadores habituales. El análisis de distribución bivariante reveló asociaciones positivas entre el consumo de tabaco y el empleo de los estudiantes, la asistencia a escuelas nocturnas, el deficiente rendimiento escolar y el consumo de tabaco por los progenitores. El análisis del modelo definitivo con múltiples variables, incluyó el deficiente rendimiento escolar y el consumo de tabaco por los padres.

Los datos no publicados correspondientes a las muestras de cada una de las ciudades demuestran que la prevalencia de fumadores actuales (los que fumaron durante el año anterior) variaba entre el 16,2% de los hombres jóvenes de Salvador al 27,5% de Fortaleza. En cuanto a las mujeres jóvenes, la prevalencia oscilaba entre el 16,3% de Curitiba y el 24,7% de São Paulo. La prevalencia de

Cuadro 9. Prevalencia (%) de sujetos que nunca han fumado, fumadores actuales y exfumadores por sexo, grupo de edad, grado de educación, área de residencia y ocupación, estado de Rio Grande do Sul, Brasil, 1978

Categoría	Nunca fumadores	Fumadores actuales	Ex-fumadores
Hombres			
20-74	23,8	61,4	14,8
20-34	30,9	61,3	7,8
35-54	18,8	62,8	18,3
55-74	14,3	58,5	27,2
Mujeres			
20-74	66,1	27,1	6,8
20-34	60,2	33,0	6,7
35-54	68,7	24,4	6,9
55-74	77,3	15,7	6,9
Ambos			
20-74	53,3	38,5	10,9
Educación			
Primaria	47,8	38,6	9,7
Secundaria	40,6	44,9	12,3
Superior	49,2	34,4	12,7
Rural	55,6	36,0	9,3
Urbana	44,4	38,6	12,3
Ocupación			
O. manual	24,0	60,4	13,7
Dependiente	70,8	20,1	5,4
Agricultura	47,3	38,8	10,2
Servicios	44,9	39,9	11,2
Administración pública	30,1	45,5	19,9
Transportes y comunicaciones	26,9	49,3	19,4

Fuente: Achutti, 1978.

Cuadro 10. Prevalencia (%) de sujetos que nunca han fumado, fumadores actuales y exfumadores en la ciudad de Porto Alegre, por sexo y grupo de edad, Brasil, 1987

Sexo	Grupo de edad	Nunca fumadores	Fumadores actuales	Ex-fumadores
Hombres	20-64	33,1	51,7	15,2
	15-19	55,3	39,5	5,3
	20-34	42,3	47,8	9,9
	35-54	26,1	59,6	14,3
	55-64	20,4	38,6	40,9
Mujeres	20-64	57,9	34,4	7,6
	15-19	61,9	20,6	17,5
	20-34	52,5	40,1	7,2
	35-54	68,1	31,9	7,5
	55-64	69,8	30,9	9,3
Ambos	20-64	48,7	40,8	10,4

Fuente: Achutti, 1978.

Cuadro 11. Prevalencia (%) de fumadores actuales y exfumadores, por sexo, grupo de edad, grado de educación, clase social y lugar de residencia en Rio de Janeiro y São Paulo, Brasil, 1988

Categoría	Fumadores actuales	Ex-fumadores	No.
Hombres	40	18	643
Mujeres	36	6	654
Ambos	38	12	1297
Grupo de edad			
18-29	38	8	511
30-49	45	11	512
50+	25	22	274
Educación			
Primaria	37	15	499
Secundaria	39	9	598
Superior	39	13	200
Clase social			
Baja	38	12	508
Alta	33	15	109
São Paulo	39	11	673
Rio de Janeiro	37	13	624

Fuente: Gallup, 1988.

fumadores actuales mostraba un espectacular aumento paralelo a la edad, desde el 3,8% de los estudiantes de 10 a 12 años de Salvador hasta el 54,3% de los jóvenes de 18 años de Belo Horizonte (Cuadro 14) (Barbosa et al. 1989).

La encuesta realizada en 1989 en 10 capitales estatales demuestra que la prevalencia del consumo habitual (es decir, al menos seis veces durante el mes anterior) oscila entre 2,2% en Curitiba y 7,5% en São Paulo (Hijjar 1991). El consumo actual (al menos una vez durante el año anterior) variaba en-

Cuadro 12. Prevalencia (%) de fumadores actuales por grupo de edad y sexo, Brasil, 1989

Grupo de edad	Prevalencia de fumadores actuales		
	Hombres	Mujeres	Ambos
15-19	18,0	13,9	16,3
20-29	40,9	27,3	34,7
30-49	48,0	30,9	39,7
50+	41,9	21,8	30,1
15+	39,9	25,4	32,6

Fuente: IGBE, 1991.

tre 16,7% de Curitiba y 32,9% de São Paulo. No se dispone de datos diferenciados por edades, pero la prevalencia del tabaquismo durante el año anterior por los estudiantes de las 10 ciudades encuestadas parece haberse elevado en el intervalo transcurrido entre 1987 y 1989. Carlini Cotrim encuestó a los "chicos de la calle" de Porto Alegre, São Paulo y Salvador en 1989, como ampliación del estudio sobre la juventud escolar de las 10 ciudades citadas. La prevalencia del consumo de tabaco al menos una vez durante el mes anterior en esta pequeña muestra de adolescentes en alto riesgo fue del 72% en Porto Alegre, 86% en São Paulo y 36% en Salvador.

Achutti encuestó durante cinco años consecutivos a estudiantes de 11 a 20 años de la ciudad de Porto Alegre con el fin de examinar su comportamiento con respecto al tabaco y sus conocimientos sobre las consecuencias del tabaquismo para la salud (Achutti 1986) (Cuadro 15). Los datos así obtenidos indican que la prevalencia de fumadores actuales entre la juventud de ambos sexos aumenta con la edad a partir de los 13 años y que la edad de iniciación es más precoz para las niñas que para los niños. Comparando las cifras de prevalencia correspondientes a 1980 y 1984, se aprecia una cifra significativamente inferior de fumadores actuales en el segundo de estos años. Durante 1984, se produjo un descenso general simultáneo del consumo per cápita de cigarrillos en todo el país. En 1988, Rosito empleó la misma metodología de encuesta y amplió la muestra al resto del estado. La prevalencia del consumo de tabaco en Rio Grande do Sul en ese año fue, aparentemente, similar a la de 1984, pese a que el consumo de cigarrillos per cápita había alcanzado niveles muy altos en 1986 (Cuadro 4). El porcentaje de estudiantes que reconocieron saber que el tabaco es peligroso para la salud fue relativamente elevado (más del 50%). En apariencia, los conocimientos de los estudiantes de Porto Alegre sobre las consecuencias del tabaquismo para la salud habían aumentado a lo largo del período de cinco años de observación; no se observaron diferencias entre fumadores y no fumadores (Achutti 1986).

Se han obtenido datos adicionales sobre la prevalencia del consumo habitual y ocasional (combinado) de tabaco por los estudiantes de medicina de ambos sexos entre 1979 y 1989 (Cuadro 16). En cada encuesta, la prevalencia tendía a aumentar, en general, entre el primero y sexto cursos de la Facultad. Sin embargo, esta prevalencia parecía menor a finales del decenio de 1980 que en el período transcurrido entre 1979 y 1983 (Rosemberg 1990).

En la encuesta del IBGE de 1989 se recogieron

Cuadro 13. Prevalencia de tabaquismo en mujeres en edad fecunda, Brasil, 1970-1990

Patrocinador/autor	Año	Area de la muestra	Prevalencia de fumadores actuales				Total
			No.	Gestantes	No gestantes	Uso de AcO	
Procianoy	1970	Hospital de Maternidad de Pelotas, Rio Grande do Sul	838	19,4			
Candelas	1979	Hospital de Maternidad de São Paulo	404	27,9			
Simoos	1979	Ribeirão Prêto	6203		29,0		
Gross y cols.	1981	Ribeirão Prêto	516		37,0		
Centers for Disease Control	1981	Sur de Brasil	4047	20,8	24,9	27,7	24,7
Centers for Disease Control	1982	Estado de Piauí	3293	27,1	26,6	25,5	26,7
Centers for Disease Control	1982	Estado de Amazonas	2099	18,8	22,6	26,4	22,3
Segre et al.	1986	Estado de São Paulo	9348	43,3			
CLAP*	1987**	Nacional	3786	36			
Viggiano et al.	1990	Estado de Goias	155	33,5			

*Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS, Montevideo, Uruguay.

**Notificación de los datos; se desconoce el año real de realización de la encuesta.

Cuadro 14. Prevalencia de fumadores actuales (%) en la población estudiantil de ocho capitales estatales, por grupos de edad, Brasil, 1987

Capital	Prevalencia de fumadores actuales				No.
	10-12	13-15	16-18	18+	
Belem	5,6	15,3	34,2	41,2	1356
Belo Horizonte	9,8	21,2	33,2	54,3	1613
Brasilia	4,7	21,8	32,8	45,01	1566
Curitiba	5,6	15,3	34,2	41,2	1825
Fortaleza	4,0	13,9	29,2	38,4	1688
Porto Alegre	8,9	22,8	38,2	39,1	1146
Recife	5,4	11,5	27,5	47,6	1750
Rio de Janeiro	7,3	18,4	33,0	38,4	1775
Salvador	3,8	14,2	22,0	31,4	1271
São Paulo	5,9	25,2	39,7	53,8	2159

Fuente: Carlini-Cotrim, 1989.

datos sobre niños de 5 a 10 años y adolescentes de 10 a 14 años de edad. La prevalencia del consumo de tabaco fue de 0,2% en los primeros y de 2,2% en los segundos (IBGE 1991).

Por último, los CDC de los Estados Unidos patrocinaron seis encuestas sobre salud reproductiva en jóvenes adultos de edades comprendidas entre los 15 y 24 años a finales de los años 1980 (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS] 1992). La prevalencia de los hombres

osciló entre 22,5% en Rio de Janeiro y 33,7% en São Paulo. En las mujeres fue, en su mayor parte, similar a la de los hombres (Cuadro 17).

Como parte de un concurso de carteles antitabáquicos patrocinado por el Ministerio de Salud, se obtuvieron datos sobre la prevalencia del tabaquismo entre los padres de 71 941 niños de edad escolar. Aproximadamente la mitad de estos indicaron la presencia de al menos un fumador por domicilio. El número medio de fumadores en cada hogar

Cuadro 15. Prevalencia (%) de consumo diario de cigarrillos en la población estudiantil, por edad, Porto Alegre, 1980 a 1984

Edad	1980*	1980	1981	1982	1983	1984
11	0,8	2,40	0	0	0	
12	2,7	2,8	0	3,1	2,4	4,5
13	4,6	4,8	3,4	2,5	5,5	2,7
14	9,5	9,3	7,4	8,5	6,3	7,7
15	16,7	16,8	10,8	8,5	9,8	14,7
16	18,7	20,9	18,6	17,4	17,1	15,5
17	29,7	27,7	22,1	17,4	20,3	23,5
18	34,3	39,0	22,7	26,9	21,9	17,3
19	36,5	37,9	35,5	37,5	25,0	14,8
20	45,5	50,0	20,0	28,6	13,3	22,7

Fuente: Achutti, 1986.

*Encuesta inicial.

era de 1,7, sin diferencias entre los ámbitos urbano y rural (Costa e Silva 1990a).

Creencias, actitudes y opiniones sobre el tabaco

Se dispone de pocos datos sobre las creencias, actitudes y opiniones de los brasileños hacia el tabaco. Varios informes inéditos sugieren que, en general, lo consideran dañino para la salud. Según un estudio no publicado sobre 407 adultos de 15 a 64 años, residentes en Porto Alegre y seleccionados al azar, realizado en 1988 (Pohlmann 1988), casi el 100% de la población aceptaba la idea de que el humo de tabaco en la atmósfera es peligroso para los niños. De los que respondieron, el 78% creía que el tabaco reduce el rendimiento físico; el 83% pensaba que el tabaco es una causa de tos crónica;

el 88% consideraba que el tabaco es peligroso para el feto, y el 79% admitía que el tabaquismo incrementa el riesgo de patología reproductiva. Sorprendentemente, solo el 48% creía que la esperanza de vida de los fumadores es inferior a la de los no fumadores. Por último, gran parte de las mujeres rechazaban (17,1%) o ignoraban (48,6%) la interacción negativa que existe entre anticonceptivos orales y tabaco.

En una encuesta sobre 1156 adultos de Porto Alegre, que investigaba la prevención de enfermedades no transmisibles (Bordin 1990), casi todos los que respondieron aceptaban que el consumo de tabaco debería ser prohibido en los espacios cerrados. Un número menor opinaba que deberían hacerse advertencias más incisivas, que debería prohibirse la publicidad del tabaco o que debería incrementarse el precio de los cigarrillos. Estos datos fueron obtenidos de la encuesta sobre Factores de Riesgo en la Población Adulta, auspiciada por la OPS (1987).

Tabaquismo y salud

En el Brasil, los registros de mortalidad están sometidos a limitaciones de calidad que dependen de cada región. La recogida de datos sobre estadísticas vitales está más desarrollada en las áreas relativamente más ricas del sur y del sureste. Aunque el número de defunciones registradas es alto (aproximadamente 800 000 anuales en todo el país), se calcula que todavía existe un 20% de subregistro global. El epígrafe "Signos, síntomas y causas mal definidas de defunción" comprende el 20,3% de todas las causas. Por tanto, resulta difícil lograr una

Cuadro 16. Prevalencia (%) de fumadores actuales entre los estudiantes de medicina, entre los años 1 y 6 de sus estudios, Brasil, 1979 a 1989

Lugar	Año	Hombres		Mujeres		Ambos	
		Año 1	Año 6	Año 1	Año 6	Año 1	Año 6
Sorocoba	1979	33,9	50,9	29,5	58,8	31,2	54,8
Ribeirão Prêto	1980	15,7	18,9	25,7	0	20,7	9,4
São Paulo	1983					17,8	38,8
Ribeirão Prêto	1986	3,4	31,0	4,2	10,7	4,0	21,1
Ribeirão Prêto	1988	6,3	12,9	0	14,3	3,1	13,6
Sorocoba	1989	14,0	30,0	8,3	32,3	11,1	31,1
Porto Alegre	1989					14,0	20,2
Fortaleza	1989					9,4	22,2

Fuente: Rosemberg, 1990.

Cuadro 17. Prevalencia (%) de tabaquismo en hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad, Brasil, 1986 a 1989

Area	Año	Hombres		Mujeres	
		Tamaño muestra	Prevalencia	Tamaño muestra	Prevalencia
Brasil	1986	—	—	2479	27,3
Salvador	1987	871	13,9	956	14,1
São Paulo	1988	750	33,7	804	26,2
Curitiba	1989	950	24,4	913	22,0
Rio de Janeiro	1989	848	22,5	831	22,0
Recife	1989	1154	23,9	989	12,0

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, 1992.

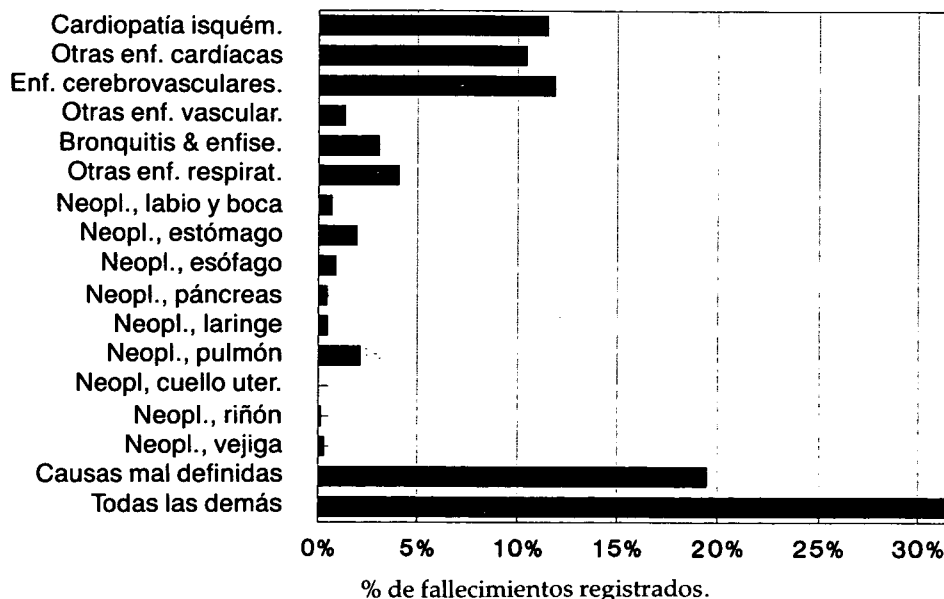
imagen representativa de todo el país mediante estos datos.

Pese a las limitaciones de la calidad de la información sobre causas de defunción, el perfil de mortalidad del Brasil sugiere la importancia relativa de las enfermedades cardiovasculares y de los tumores que presentan una relación, al menos parcial, con el tabaquismo (Figura 1). En proporción, las enfermedades del aparato circulatorio producen la tercera parte de todas las defunciones en el país, los tumores malignos el 11,4% y las enfermedades del aparato respiratorio son responsables del 10,3% (OPS 1990). Los registros de mortalidad de las regiones con información adecuada revelan un perfil de mortalidad proporcional similar al de los países desarrollados. En 1985, la Organización Mundial de

la Salud señaló que el Brasil había pasado a ser el primer país en vías de desarrollo en el que las enfermedades atribuibles al tabaco habían sobrepasado a otras causas de defunción en la mortalidad global (New Scientist 1985).

Los índices de mortalidad ajustados por edad para el cáncer de pulmón en hombres y mujeres en el Brasil han aumentado con el transcurso del tiempo, y sus patrones parecen indicar una relación temporal con los índices, históricamente crecientes, de consumo de cigarrillos. El aumento, ajustado por edades, de la mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres es más pronunciado que entre las mujeres. Tradicionalmente, los hombres han presentado siempre índices de prevalencia de consumo de tabaco superiores a los de la población

Figura 1. Mortalidad proporcional para todos los fallecimientos registrados en hombres, 35 años y mayores, Brasil 1986



femenina por lo que esta diferencia por sexos no resulta sorprendente. Las tendencias específicas por sexo han seguido, en líneas generales, la curva de crecimiento del consumo per cápita de cigarrillos entre 1935 y 1970, con un retraso de aproximadamente 20 a 30 años. Aunque los índices de mortalidad son todavía inferiores a los de aquellos países en que el consumo fue mayor y se produjo durante períodos más prolongados, dada la aparente tendencia ascendente del mismo en el Brasil, es probable que la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres o mujeres no haya alcanzado aún su máximo valor. (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EUA, 1992).

Según un informe efectuado por Rosemberg en 1979 (Hijjar 1991), se calcula que en el Brasil se producen anualmente 100 000 muertes (7% del total de fallecimientos) atribuibles al tabaco. Más recientemente los cálculos ajustados de mortalidad atribuible al tabaquismo han arrojado un estimado de 32 400 defunciones relacionadas con el tabaquismo en Brasil (USDHHS, 1992). Los brasileños, como los residentes de los Estados Unidos, tienen una larga historia de exposición al tabaco. Utilizando las mencionadas fracciones de riesgo atribuible, se calcula que 66 000 de los fallecimientos debidos a 10 causas principales pueden atribuirse al tabaquismo.

En relación también con el tabaco, en el Brasil se emplean cada año de 80 000 a 100 000 toneladas de productos agrícolas tóxicos (OPS 1990). Un estudio sobre el uso de plaguicidas por los cultivadores de tabaco en el Valle de Itajaí, Santa Catarina, indica que el 79,3% de 563 agricultores entrevistados habían sufrido intoxicaciones secundarias a los productos químicos empleados en el cultivo de tabaco (APREMAVI 1988).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Estructura ejecutiva y políticas

En 1985, el Ministerio de Salud estableció el Grupo Asesor sobre el Control del Tabaco, un equipo multidisciplinario con representación interinstitucional (del Senado y la Cámara de Diputados, la Asociación de la Prensa, la Asociación de Abogados, la Conferencia Nacional de Obispos, el Movimiento Evangélico, la Asociación de Médicos, el Consejo de Defensa de los Consumidores y seis expertos del mundo académico). Sus objetivos eran proponer pautas y legislación para controlar el tabaquismo, asesorar sobre programas de prevención

y valorar la puesta en práctica de un Programa Nacional de Lucha contra el Tabaquismo. El programa tenía un secretariado ejecutivo y estaba directamente ligado al Ministerio de Salud. Las reformas institucionales del sistema de salud del país hicieron que este Programa Nacional pasara a formar parte de la División Nacional de Enfermedades Crónicas-Degenerativas del Ministerio de Salud en 1990.

En abril de 1989, el USDA señaló que "El Ministerio de Salud del Brasil acababa de iniciar una campaña contra el tabaquismo a través de la radio, televisión y prensa locales. Esta campaña no fue muy enérgica y no tuvo efectos significativos en cuanto a reducir el número de fumadores de cigarrillos del país . . ." (Burr 1989). Incluso así, este programa es uno de los más avanzados de las Américas. Como parte del mismo, se han distribuido cinco millones de copias de un libro de historietas para niños y se han patrocinado cursos para trabajadores de salud en todas las capitales estatales. El Ministerio de Salud ha publicado "Tabagismo e Saúde", un librito de información destinado a los profesionales de la salud (Rosemberg 1987). El Programa Nacional ha patrocinado becas, materiales educativos y campañas de comunicación (Chapman 1990). En la celebración del Día Nacional contra el Tabaquismo, el Programa Nacional patrocina, junto con los comités locales, una carrera a pie con el lema "Aléjese del tabaco". En 1990, más de 400 ciudades de todo el país participaron en este acontecimiento. Durante los tres últimos años, el Programa Nacional ha publicado un boletín informativo, útil también como forma de comunicación entre los distintos grupos locales. Cada año, se celebra en las escuelas de todo el país un concurso de carteles contra el tabaquismo.

En 1991, el Grupo Asesor del Ministerio de Salud logró persuadir al Servicio Postal Nacional Brasileño para que emitiera sellos de correos con lémas antitabáquicos. Este acontecimiento se conmemoró en una ceremonia celebrada el 9 de abril de ese mismo año (Alvarez-Herrera 1991).

Legislación contra el tabaquismo y medidas ejecutivas

Entre 1952 y 1988, el Congreso Nacional estudió 194 proyectos de ley destinados a limitar el consumo de tabaco; solo uno de ellos fue aprobado: la Ley Federal No. 7488 (1986) que proclama el Día Nacional contra el Tabaquismo. En la nueva Constitución del país, ratificada en octubre de 1988, el artículo 220 se refiere específicamente a la publi-

dad comercial del tabaco y otras sustancias potencialmente dañinas, señalando que el Ministerio de Salud establecerá las restricciones oportunas y que en todos los anuncios de tabaco deberán incluirse advertencias sobre los efectos perniciosos que derivan de su consumo. En 1988, el Ministerio de Salud promulgó una Orden (No. 490 de 25 de agosto de 1988) por la que se exige que todos los paquetes y anuncios de cigarrillos vayan acompañados de una advertencia, y que limita las horas durante las cuales pueden difundirse estos anuncios en la radio y la televisión (solo a partir de las 9:00 de la noche) (Chapman 1990).

Además, el Ministerio de Salud ha limitado el consumo de tabaco a través de una orden ejecutiva, prohibiendo fumar en lugares específicos (p.ej., bibliotecas, aulas, centros de salud, medios de transporte público y vuelos domésticos de menos de dos horas de duración); también ha prohibido la venta de cigarrillos a los menores y la distribución de muestras gratuitas. No se conoce el grado de cumplimiento de estas prohibiciones, pues no se han legislado penas para los infractores.

Entre 1980 y 1991, 10 estados y 48 ciudades aprobaron distintas leyes restringiendo el consumo de cigarrillos en lugares específicos, tales como las instalaciones del Departamento de Salud, transporte público, comercios, escuelas, cines y teatros y ascensores. Así, la ciudad de São Paulo ha obligado recientemente a los restaurantes con superficies superiores a 100 m² a establecer áreas separadas para no fumadores (Costa e Silva 1990a).

Actividades educativas

La introducción de materiales contra el tabaquismo en el programa escolar ha sido irregular, y se ha producido solo por iniciativa de determinados estados o escuelas. No existen políticas o medidas legislativas nacionales que obliguen a impartir esta educación en el medio escolar. En general, estados y escuelas han respondido a las orientaciones emitidas por grupos de padres y maestros a este respecto. La disponibilidad de los materiales educativos publicados por el Ministerio de Salud ha contribuido a fomentar esta actividad en muchas escuelas. No se dispone de datos sobre la evaluación o realización de estos programas.

Acciones no gubernamentales contra el tabaquismo

En 1985, se creó el Comité Coordinador do Controle do Tabagismo no Brasil (Comité Coordinador Brasileño sobre el Control del Tabaquismo); las

actividades de este organismo nacional consisten en campañas de información a la población, investigación científica y colaboración con el Comité Latinoamericano de Coordinación para el Control del Tabaco (Rosemberg 1990). Además, recientemente se ha organizado la Associação de Mulheres da América Latina para o Controle do Tabagismo (AMALTA) (Asociación Latinoamericana de Mujeres para el Control del Tabaquismo) en varias ciudades brasileñas (Hijjar 1991).

La Asociación Médica Brasileña (AMB) ha organizado una Comisión para la Lucha contra el Tabaquismo y, al mismo tiempo, desde hace unos años ha incrementado el número de sus actividades. Así, organiza talleres y simposios en varios estados, ha patrocinado dos conferencias nacionales sobre tabaco y salud y ha publicado numerosos artículos sobre este tema en el *Jornal Brasileiro de Medicina* (JBM) (Costa e Silva 1990b). Sin embargo, en la encuesta efectuada en Porto Alegre por Pohlmann en 1988 (Pohlmann 1988), más de las tres cuartas partes de los que respondieron y que eran fumadores no habían sido asesorados por sus médicos sobre las consecuencias para la salud del tabaquismo antes de que comenzaran a fumar. Aproximadamente la mitad recordaba haber recibido algunas advertencias cuando ya habían empezado a fumar, pero casi la tercera parte de los fumadores no habían recibido consejo alguno de sus médicos para que abandonaran el hábito. En la encuesta sobre los empleados de SERGEN, SA, el 29% de los que respondieron habían sido aconsejados por sus médicos sobre el tabaquismo y la salud (Ribeiro 1989).

Durante los últimos años, varias empresas privadas han ofrecido a sus empleados seminarios y patrocinado programas para dejar de fumar. En algunos casos, las actividades estaban destinadas a evitar accidentes laborales, como los incendios. En otros, sin embargo, formaban parte de programas de promoción de la salud más generales. Así, en 1988, el Banco do Brasil lanzó una campaña educativa antitabáquica en todas sus oficinas, realizada tras la encuesta de prevalencia de 1988, antes comentada. Todavía no se dispone de datos de seguimiento sobre los posibles efectos de dicho programa.

Resumen y conclusiones

El Brasil es uno de los mayores cultivadores y exportadores de tabaco del mundo, y la batalla que libra por su recuperación económica está prolongando su importante dependencia de este pro-

ducto. El consumo doméstico experimentó un crecimiento geométrico durante los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial pero, durante el decenio de 1980, las fuerzas económicas redujeron la demanda. Desafortunadamente, los efectos mortales de la exposición de la población al consumo de tabaco se manifiestan ya claramente, sobre todo en lo que se refiere al creciente índice de fallecimientos por cáncer de pulmón en hombres y mujeres.

Se han hecho, sin éxito, numerosos intentos legislativos para influir en el consumo de tabaco por la población, y la Constitución de 1988 incluyó un mandato, un tanto impreciso, sobre el control de la publicidad de los productos perjudiciales para la salud. Este artículo permitió a las autoridades de salud cierta regulación de los anuncios de las compañías tabacaleras en los medios de radiodifusión; gracias a ella, los anuncios de tabaco en la radio han desaparecido. Sin embargo, la publicidad del tabaco en el Brasil parece ser una empresa prolífica, y entre las formas de promoción pueden encontrarse actividades, gubernamentales y no gubernamentales, que por lo demás resultan beneficiosas para la salud.

Dada la descentralización de los gobiernos estatales, existen distintas medidas, tomadas por los estados o ciudades, para regular el consumo de tabaco en locales públicos y controlar el acceso de los menores al mismo, pero se desconoce el grado real de cumplimiento y obligatoriedad de estas normas. La comunidad de profesionales de salud ha hecho suyas importantes actividades de liderazgo para el control del tabaquismo pero, desafortunadamente, los médicos parecen ir rezagados en lo que se refiere tanto a los programas para dejar de fumar como a la aplicación de medidas preventivas.

Se han realizado en el Brasil numerosos estudios sobre tabaquismo y salud, las consecuencias para la salud del humo de tabaco en el ambiente y la prevalencia del tabaquismo; también se ha demostrado que el Gobierno y la comunidad científica están decididos a comprender y controlar el consumo de tabaco por los ciudadanos. El Programa Nacional de Lucha contra el Tabaquismo, aunque con un ámbito inferior al previsto, conserva una presencia sumamente visible tanto en el Brasil como en la comunidad internacional que lucha contra el tabaquismo.

De acuerdo con los datos presentados en este informe, pueden extraerse las siguientes conclusiones sobre el tema tabaquismo y salud en el Brasil.

1. El efecto de la exposición prolongada al tabaco es evidente en los patrones de mortalidad de la

población brasileña. Cada año, se atribuyen al tabaquismo por lo menos 32 400 defunciones.

2. El cultivo y la exportación de tabaco son parte importante de la economía del Brasil. Aunque los programas de sustitución de cosechas podrían ser factibles, ninguno de ellos ha recibido respaldo hasta la fecha. El consumo interno disminuyó a lo largo de los años de 1980, tanto a causa de las dificultades económicas como por el desarrollo de las medidas nacionales de prevención y control del tabaquismo.
3. El impacto ecológico de la deforestación y del uso de sustancias químicas en el cultivo de tabaco es de gran importancia en el Brasil. Los esfuerzos por llevar a cabo una repoblación forestal, realizados por los cultivadores de tabaco, han resultado ineficaces.
4. La prevalencia del tabaquismo en los hombres ha sido de casi el 50% durante casi 20 años. En las mujeres, ha experimentado un importante aumento durante los últimos 20 años y, en la actualidad, el índice de consumo de cigarrillos por la población urbana femenina es similar al de los hombres de procedencia similar. Datos nacionales recientes indican que la prevalencia del tabaquismo en los hombres es del 39,9% y en las mujeres, del 25,4%.
5. La proporción de mujeres en edad fecunda que fuman es de aproximadamente la tercera parte. El resultado de esta exposición se manifiesta en dos estudios que muestran tasas más altas de bajo peso al nacer como complicación del hábito materno.
6. Se han realizado y realizan esfuerzos nacionales y locales para controlar el consumo de tabaco. Estas actividades han conseguido difundir ampliamente la información entre la población, realizando programas escolares y empleando los medios de comunicación. Todavía no se conocen los efectos de estos programas.

Referencias

ABIFUMO, O. *Perfil da Cultura do Fumo no Brasil*, 1988.

ABIFUMO, O. *Perfil da Indústria do Fumo no Brasil*, 1990.

ACHUTTI, A. *Fatores de Risco em Porto Alegre—1987*. Informe Preliminar, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1988.

ACHUTTI, A., MEDEIROS, A.M.B., AZAMBUJA, M.I.R., COSTA, E.A., KLEIN, C.H. A Hipertensão Arterial e outros Fatores de Risco no Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1978. *B. Saúde*, 12(1):6-54, 1985.

- ACHUTTI, A, et al. Smoking habit in schoolchildren of Porto Alegre. A five year project evaluation, 1980-1984. En: *Control del hábito de fumar. Taller Subregional para el Cono Sur y Brasil*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Cuaderno Técnico no 2, 1986.
- ANDERSON, J.E. Smoking during pregnancy and while using oral contraceptives. Data from seven surveys in Western Hemisphere populations. Presented at the International Conference on Smoking and Reproductive Health. San Francisco, CA, octubre 15-17, 1985. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, 1985.
- APREMAVI. *Newsletter No. 3*. 5 de junio de 1988, Ibirama, 1988.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report*. New York: Oxford University Press, 1989.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.
- BARBOSA, M.T.S., CARLINI-COTRIM, B., SILVA-FILHO, A.R. O uso de tabaco por estudantes de primeiro e segundo grau em dez capitais brasileiras: possíveis contribuições da estatística multivariada para a compreensão do fenômeno. *Rev Saúde Pública S.Paulo*. 23:401-409, 1989.
- BIANCO, A.P., DE COSTA, E.C. *Goodness of Thermal Efficiency of Tobacco Curing Barns*. Santa Cruz: AP Santa Cruz do Sul SAFRA, 1982.
- BORDIN, R., CORTELLETTI, S. Prevenção é controle o doenças não transmissíveis. Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Medicina* (61)2:90-97, 1991.
- BURR, P.W. *Special Report: The Brazilian Tobacco Industry*. World Tobacco Situation Circular Series, FT 4-89, U.S. Department of Agriculture, abril 1989.
- CANDELAS, N.M.F. Fumo durante a gestação: Aspectos educativos de um problema comportamental. *Rev Saúde Pública* 13:244-253, 1979.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP). 1987. Tabaquismo y embarazo: hay que ayudar a parar. *Salud Perinatal* 2(7):65-77, 1987.
- CONSTITUCION DE BRASIL. Brasilia: República de Brasil, 1988.
- COSTA E SILVA, V.L. Country Collaborator's Report. Datos inéditos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1990a.
- COSTA E SILVA, V.L. Tabagismo—um problema de saúde pública no Brasil. *Jornal Brasileiro de Medicina* 59(2):14-24, agosto, 1990b.
- COSTA E SILVA, V.L., ALMEIDA, S.M. Tabagismo nos domicílios de crianças em idade escolar. Eighth World Conference on Tobacco or Health, Poster. Buenos Aires, 1992.
- COSTA E SILVA, V.L., CAMPOS, G.P., ROMERO, L.C., GERHARDT, F.G. Smoking modification behavior—an approach to teenagers in the Brazilian Antismoking Program. In: Aoki, M., Hisamichi, S., Tominaga, S. (eds.) *Smoking and Health 1987*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V., 1988.
- CRESCENTI, R. Farmers in Brazil set example in ecology. *Tobacco International*, febrero de 1990a, pp. 20.
- CRESCENTI, R. Brazilian smokers favour cheaper brands. *Tobacco International*, febrero de 1990b, pp. 56.
- CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. Penang, Malaysia: International Organization of Consumers Unions, 1990.
- DELUCIA, R., SILVA PLANETA, C. y ALMEIDA, N.S. Consumo de medicamentos, bebidas alcohólicas e cigarros por operários de Cubatão. *Revista Associação de Medicina do Brasil* 33(11-12):215-218, 1987.
- FEITOSA, T.M. Pesquisa sobre o hábito de fumar. Respostas as perguntas sobre conhecimento e medidas de controle do tabagismo em relação ao local de trabalho. Datos inéditos. Agosto de 1988.
- GALLUP ORGANIZATION. *The Incidence of Smoking in Central and Latin America*. Conducted for: American Cancer Society. GO 87333. Princeton, New Jersey: The Gallup Organization, Inc., abril de 1988.
- GROSS, R., FILHO, F.M., NETTO, A.R. SOBRINHO, F.M., FERREIRA, D.L.B., GORSON, M., y MARTINOZ, A.R. Tabagismo e gravidez—I. Prevalencia do hábito de fumar entre gestantes. *Revista Associação de Medicina do Brasil* 29(1-2):4-6, enero-febrero, 1983.
- ALVAREZ-HERRERA, C. Brazil: Mail service issues anti-smoking stamps. *Globalink News Bulletin*, July 9, 1991.
- HIJJAR, M.A. y COSTA E SILVA, V.L. Tobacco Epidemiology in Brazil. *Jornal Brasileiro de Medicina* 60(1-2):50-71, enero-febrero, 1991.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). *Anuario Estatístico*. Rio de Janeiro: IBGE, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). *Censo Agropecuario*. Rio de Janeiro: IBGE, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição 1989*. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.
- JOLY, D.J. *Encuesta sobre las características del hábito de fu-*

- mar en América Latina. Publicación Científica 337. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1977.
- JUNGBLUTH, G.A. Southern Brazil: a survey of devastation and conservation. *Tobacco International*, 24 de junio de 1988, pp. 15.
- KINZEN, O.G. y ROHR, E.J. Produção de Fumo em Folha no Brasil e Substituição Potencial do Fumo por Outras Culturas. Anais do Congresso da Sociedade Brasileira de Economia e Sociologia Rural, Brasília, 1988.
- MINISTERIO DE AERONAUTICA. Uma pesquisa de opinião. Ordem Interna de Serviço No. 001/DSA/84. Curitiba, 14 de septiembre de 1984.
- MINISTERIO DE JUSTICIA, MINISTERIO DE SALUD. Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987. Brasília: Centro de Documentação de Ministério de Saúde, 1989.
- MINISTERIO DE SALUD. Projeto Saúde Estudo sobre estilos de vida. Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas. LPM-61.88-2909. Brasília: 28 de novembro de 1988.
- NEW SCIENTIST. Brazil tops Third World league for deaths from smoking. *New Scientist* 14, Feb 1985.
- ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION. *Tobacco: Supply, Demand and Trade Projections, 1995 and 2000*. FAO Economic and Social Development Paper 86. Rome, 1990.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud en las Américas. Volumen I y Volumen II. Publicación Científica 524, Washington, D.C., 1990.
- POHLMANN, P., LOSS, J.F., FLORES, C., BOLZZONI, DUNCAN, B. Tabagismo em Porto Alegre: Prevalência e o papel dos profissionais da saúde na prevenção. *Revista Associação Médica Brasil* 37(1), 1991.
- PROCIANOY, G., MAULAZ, P.B. y SCHLEE, J.C. Influência do fumo durante a gestação sobre o recém-nascido. *Jornal Brasileiro de Medicina*, mayo 88-105, 1970.
- RAMOS, L. *Fatores de Risco em São Paulo—1987*. Informe preliminar. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1988.
- RIBEIRO, L.F. Typescript Report of Survey of SERGEN S/A, Rio de Janeiro: Programa Nacional de Combate ao Fumo, Ministerio da Saúde, noviembre de 1989.
- ROSEMBERG, J. *Tabagismo e Saúde. Informação para Profissionais de Saúde*. Ministério de Saúde, Grupo Assessor Para o Controle Do Tabagismo No Brasil, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- ROSEMBERG, J. *Tabagismo, Sério Problema de Saúde Pública* (panfleto). São Paulo: Ministério da Saúde, 1987.
- ROSEMBERG, J., PERON, S.O. Tabagismo entre Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Tabagismo nos acadêmicos de Medicina e nos Médicos. *Jornal de Pneumologia*, 1990.
- SEGRE, C.A.M., et al. *Revista Paulista Pediatria*, 4:1075, 1986.
- SIMOES, M.J.S. Estudo da frecuencia do hábito de fumar durante a gestação. Ribeirão Preto-SP. *Rev Cienc Biomed*, 6:61-69, 1985.
- STEWIEN, G.T.M. *O Adolescente e o Fumo*. Tesis para la Maestría en Salud Pública. São Paulo, Universidad de São Paulo, Facultad de Salud Pública, 1977.
- TOBACCO MERCHANTS ASSOCIATION OF THE U.S. 1979. *Production and Consumption of Tobacco Products for Selected Countries, 1979-1988*. Special Report 89-3. Princeton, New Jersey: Tobacco Merchants Association of the U.S. Inc., Septiembre 28, 1989.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Smoking and Health in the Americas. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health; 1992; DHHS Publication No. (CDC) 92-8420.
- VICTORIA, C.G., BARROS, F.C. y VAUGHAN, J.P. Epidemiologia da desigualdade: Um estudo longitudinal de 6,000 crianças brasileiras. São Paulo: Cebeas-Hucitec, 1988.
- VIGGIANO, M.G.C., et al. *Jornal Brasileiro Ginecologia* 100:147, 1990.
- ZIMMERMAN, C. *Spotlight on Brazil: Banking on change*. *Tobacco Reporter* 38-50, abril de 1990.

Canadá

Características generales

La industria del tabaco

Agricultura

- Naturaleza y extensión

- Tendencias recientes de la producción

- Papel del Gobierno

Manufactura

Comercialización

- Publicidad y envasado

- Precios e impuestos

- Comercio interno e internacional

Prevalencia y consumo

Ventas y consumo de tabaco

- Tendencias, 1980-1989

Encuestas de población

- Consumo de cigarrillos por la población adulta

- Consumo de cigarrillos por los adolescentes

- Otras formas de consumo de tabaco

- Conocimientos, actitudes y opiniones

Tabaquismo y salud

- Revisión de las consecuencias del tabaquismo para la salud

- Costos del tabaquismo

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Actividades gubernamentales

- Restricciones a la publicidad

- Restricciones a la adquisición

- Restricciones al consumo

- Educación y promoción de la salud

Actividades de grupos voluntarios y del sector privado

- Influencia en las compras de tabaco

- Influencia en el consumo

- Educación y promoción de la salud

- Naturaleza de los esfuerzos de control

Resumen y conclusiones

- Tendencias del tabaquismo y las enfermedades

- Progreso hacia los objetivos nacionales a corto plazo

- Activo y pasivo del consumo de tabaco

Referencias

Características generales

El Canadá es el país situado más al norte de las Américas. Se extiende en latitud desde los 42°N casi hasta el polo (85°N) y abarca seis zonas horarias en longitud. Con una superficie total de 9976 millones de km², es el segundo país más grande del mundo. Sin embargo, posee una baja densidad de población: aproximadamente 3 personas/km². Más de las tres cuartas partes de sus habitantes residen en zonas urbanizadas, y la inmensa mayoría de los mismos lo hacen en una estrecha banda situada en las regiones más sureñas, dentro de los 150 km más próximos a la frontera con los Estados Unidos (Encyclopaedia Britannica 1990).

Aunque históricamente la riqueza del Canadá se ha basado en sus recursos naturales, procedentes de los minerales del área llamada el escudo canadiense y del petróleo de sus llanuras interiores, en la actualidad su economía está fundamentalmente orientada hacia los servicios (Statistics Canada, 1986a). La agricultura representa solo una pequeña parte de la actividad económica: el 3% del producto interno bruto y el 4% de la población activa (Statistics Canada, 1991a). La producción nacional de tabaco fue de 63 000 TM en 1988, muy inferior a la de trigo (26 300 000 TM), cebada (14 400 000 TM) y maíz (7 000 000 TM) (Encyclopaedia Britannica 1990).

En 1990, el producto nacional bruto (PNB) fue de \$C474 000 millones de dólares canadienses (\$C), \$C17 309 per cápita (Encyclopaedia Britannica 1990). La tasa real de crecimiento del PNB entre 1980 y 1988 fue de 3,4%, mientras que el crecimiento per cápita del PNB durante el mismo período fue del 2,3% (Banco Mundial 1989).

El Canadá y los Estados Unidos han mantenido importantes relaciones comerciales durante muchos años. Desde 1990, ambos participan en un acuerdo de libre comercio que, ulteriormente, terminará eliminando todas las tarifas comerciales entre ambos países. En la actualidad, se llevan a cabo negociaciones para incluir a México en este acuerdo. El Canadá firmó asimismo un acuerdo en 1986 que autoriza la importación sin barreras arancelarias de muchos productos procedentes de los países y territorios del Caribe pertenecientes a la Mancomunidad Británica (Wilkinson 1988).

El Canadá tiene un régimen federal parlamentario, con un gobierno central situado en Ottawa. La responsabilidad sobre asuntos de salud se comparte entre las 10 provincias y el gobierno federal. La función federal es proporcionar la financiación y establecer pautas nacionales para los programas,

que se administran a nivel provincial. Las provincias son las responsables de la organización y provisión de los servicios de atención y promoción de la salud, aunque el gobierno federal también participa en las actividades de promoción y es en gran medida responsable de la protección de la salud. Por tanto, las tres leyes que influyen en la adquisición, comercialización y consumo de tabaco son leyes federales (véase "Medidas de prevención y control"). La naturaleza compartida, y a veces entremezclada, de la jurisdicción en el campo de la salud implica la necesidad de una cooperación federal-provincial en cualquier esfuerzo, como el destinado a combatir el consumo de tabaco.

En el plano internacional, el Canadá es miembro, junto con otras naciones de las Américas, de distintos organismos multilaterales, particularmente de la Organización de los Estados Americanos, la Mancomunidad Británica, la Organización Panamericana de la Salud y La Francophonie.

En 1990, la población calculada para el Canadá fue de 26 584 000 habitantes (Statistics Canada 1990c). La tasa anual de crecimiento de solo 0,8% es la más baja en la historia moderna del país. El Canadá es una nación relativamente joven, si se compara con las sociedades industrializadas de Europa. Sin embargo, la población canadiense es ahora más vieja que en cualquier otro período de la historia del país, y está envejeciendo a un ritmo más rápido que el de otras naciones industrializadas, incluso los Estados Unidos (Dumas 1990). Esta tendencia al envejecimiento se debe tanto a una tasa sumamente baja de fecundidad (actualmente 1,7 nacimientos por mujer) como al continuo aumento de la esperanza de vida (de 73 años en 1970 a 77 años en 1988) (Banco Mundial 1989). El número de habitantes de 75 años de edad o más ascendió en un 140% entre 1976 y 1986. Los canadienses de 65 años o más constituyen hoy día más del 10% de la población total (Dumas 1990).

La tasa bruta de mortalidad del país se ha estabilizado en 7,0/1000 habitantes, aunque la población haya envejecido (Dumas 1990). La tasa de mortalidad infantil de 1989 fue de 7,5/1000, una importante mejoría sobre la de 1981, que fue 9,6 (Statistics Canada 1991e). Las principales causas de defunción son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (43% y 26% del total, respectivamente). El cáncer de pulmón es la forma de cáncer más frecuente en los hombres y la segunda por orden de frecuencia en las mujeres. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica produce alrededor del 4% de todos los fallecimientos (Bisch et al. 1989).

Se ha previsto que la mortalidad por cáncer de

pulmón comience a descender en ambos sexos durante los próximos cinco años, al envejecer y morir la cohorte de edad más fumadora (Semenciw et al. 1989). Esta previsión supone el progresivo descenso de la prevalencia del tabaquismo y del consumo diario de tabaco por los fumadores. Aunque se trata de suposiciones razonables, su impacto podría quedar contrarrestado por el envejecimiento de la generación nacida en los 50 y 60. Así pues, es probable que el resultado sea una disminución de la tasa de mortalidad normalizada por edad, aunque pueda producirse un aumento transitorio del número real de defunciones atribuibles al tabaquismo.

La combinación de una población que envejece con el agudo incremento de los costos de atención de salud ha dado un nuevo impulso a las actividades de promoción y protección de la salud (Epp 1986; Task Force on Health Promotion 1986; Spasoff 1987). A medida en que la mayoría de los gobiernos provinciales se han ido enfrentando a una deuda cada vez mayor durante los últimos años, la sensación de urgencia ha ido aumentando.

Los resultados, sorprendentemente malos, de una reciente encuesta sobre el grado de alfabetización de los adultos canadienses han producido un notable aumento de las actividades para corregir esa situación por parte de empresarios y grupos civiles voluntarios, así como de los gobiernos. Además de la manifiesta influencia del grado de alfabetización en el bienestar económico de una sociedad, resulta evidente que toda estrategia de salud basada en los enfoques educativos de la promoción y la prevención exigirá una población alfabetizada. Aunque el índice de alfabetización no cambiará de la noche a la mañana, al menos se están haciendo esfuerzos por resolver el problema.

Muchas de las provincias coinciden, aunque no existe acuerdo general, en que el Gobierno Federal debería limitar sus funciones en el campo de la salud y proporcionar un marco más amplio a los gobiernos provinciales para que organicen y presen los servicios de atención. Pese a la sensación, creciente entre la población general, de que la administración central es ineficaz y derrochadora, no existe un claro apoyo público de las iniciativas tendientes a reducir el papel regulador del Gobierno en determinadas áreas, como el consumo de tabaco. Muchas de las provincias dan prioridad a la promoción de la salud en general y a frenar el consumo de tabaco en particular (p.ej., la Task Force on Health Promotion, 1986; Spasoff 1987). La Estrategia Nacional para Reducir el Consumo de Tabaco está respaldada por todas las provincias y también por el Gobierno Federal.

La industria del tabaco

Agricultura

Naturaleza y extensión

El cultivo de tabaco en el Canadá tiene una larga tradición, pues se hallaba bien arraigado en la población nativa cuando los primeros colonos europeos llegaron a Nueva Francia (luego Quebec) en el siglo XVII. Los colonos franceses habían iniciado ya el comercio del producto en 1652, aunque el cultivo no se estableció definitivamente sino hasta 1735, cuando el gobierno francés comenzó a favorecer su producción (Seymour 1988).

Las primeras cosechas de tabaco se secaban al aire y se cultivaban fundamentalmente en Quebec. En 1870, la producción era de 724 000 kg y para 1910 había aumentado más de 10 veces, hasta llegar a 7 938 000 kg (Seymour 1988). En esta época, una predecesora de Imperial Tobacco llevó al sur de Ontario a los experimentados cultivadores de los Estados Unidos. En consecuencia, se estableció la desecación con leña y Ontario se convirtió en el área de producción más importante del Canadá. En 1989, esta provincia producía el 88% de todo el tabaco canadiense (Statistics Canada 1990d). Otras áreas de cultivo son Quebec (8% del total) y Prince Edward Island (4%).

En 1989, los agricultores canadienses produjeron 75 573 TM (peso en bruto) de tabaco en un total de 31 140 ha (Statistics Canada 1990d), equivalentes al 0,05% de toda la tierra cultivada del país (Statistics Canada 1987a). Ese mismo año, existían 1441 cultivadores de tabaco (Canadian Tobacco Manufacturers' Council 1990) que constituían el 4%, aproximadamente, de la población total dedicada a la agricultura (Agriculture Canada 1990). Estos agricultores de tabaco ganaron un total de \$C297,4 millones por sus cosechas en 1989 (Statistics Canada 1990e), con un promedio de \$C22 579 por agricultor.

Tendencias recientes de la producción

La producción total canadiense de tabaco curado con leña de 1990, 62 142 TM (Canadian Tobacco Manufacturers' Council 1991) fue muy superior al valor de 58 341 TM de 1988 (Statistics Canada 1990d), que fue el más bajo en 13 años. Pese al crecimiento experimentado en 1989 y 1990, la producción actual es considerablemente inferior al "hito" de 113 290 TM de 1978 (Statistics Canada 1990d). El descenso se debe tanto a la disminución de la prevalencia del tabaquismo en la población

(véase la Sección III) como a la reducción del contenido de tabaco de los cigarrillos (Statistics Canada 1973, 1984).

Papel del Gobierno

Históricamente, los Departamentos de Agricultura de los gobiernos federal y provinciales han favorecido el cultivo de tabaco y han realizado estudios destinados a mejorar el rendimiento de las cosechas.

Puede verse un ejemplo del apoyo dado a la industria en que el gobierno federal y el de Ontario son miembros del Comité Asesor para la Planificación del Tabaco. Este comité fue creado en 1986 por el Ministerio de Agricultura y Alimentación de Ontario a fin de reforzar la industria tabacalera provincial y ayudarla a enfrentarse con una demanda en declive. Otros miembros de dicho comité son los fabricantes nacionales de derivados del tabaco, los comerciantes de hoja y el Ontario Flue-cured Tobacco Growers Marketing Board (Price Waterhouse 1989). Este último grupo es una organización de cultivadores que practican la regulación de la oferta a fin de estabilizar los precios.

Una actividad gubernamental relativamente nueva es el Plan de Diversificación del Tabaco, un programa del Departamento Federal de Agricultura que contribuye a la reducción escalonada de la industria tabacalera del país ofreciendo incentivos a los agricultores para que abandonen el cultivo de tabaco a favor de cosechas alternativas (Agriculture Canada 1990). Sin embargo, otro de los objetivos del programa consiste en mejorar la viabilidad económica de aquellos agricultores que prefieran continuar la producción de tabaco. Este plan fue desarrollado como respuesta a la disminución de la demanda de productos de tabaco y, en consecuencia, de tabaco de hoja canadiense.

El Plan de Diversificación del Tabaco tiene dos componentes: una Iniciativa de Ajuste a la Transición (\$C69,5 millones) y una Iniciativa de Empresas Alternativas (\$C15 millones). La evaluación realizada a los tres años de actividad del programa reveló que la primera había servido para que muchos agricultores abandonaran la producción de tabaco. Sin embargo, la mitad de los participantes reconocieron que lo hubieran hecho de todos modos, incluso en ausencia de ayudas, mencionando cosechas más pequeñas y rendimientos menores, falta de confianza en la industria tabacalera y la influencia de la política antitabáquica del Gobierno (Agriculture Canada 1990).

La Iniciativa de Ajuste a la Transición tuvo un

claro éxito en reducir el número de agricultores-empresarios de tabaco. Sin embargo, el 24% de los participantes continúan trabajando en el cultivo de esta planta como empleados y no como empresarios (Agriculture Canada 1990).

El éxito de la Iniciativa de Empresas Alternativas es incluso más limitado, según la evaluación citada. Los fondos disponibles no pudieron utilizarse por distintas razones, tales como la abundancia de la cosecha de 1989 y la renuencia de los cultivadores de tabaco de abandonar una cosecha bien establecida y de elevado rendimiento por otra más dudosa y de menor rentabilidad (Agriculture Canada 1990). La renta por hectárea derivada del cultivo de tabaco era muy superior a la de las posibles alternativas, excepto las fresas y las zanahorias (Ontario Ministry of Agriculture and Food 1984).

Manufactura

La manufactura de productos de tabaco en el Canadá en 1990 empleaba 4404 trabajadores, cuyos salarios equivalían en conjunto a \$C261 millones (Canadian Tobacco Manufacturers' Council 1990). Esta cifra equivale al 0,03% de la población activa del país y al 0,06% de los asalariados (Statistics Canada 1990f). Además, los fabricantes de tabaco gastaron alrededor de \$C85 millones en publicidad durante 1988 (Fennell 1988b).

La producción total de cigarrillos de 1989 fue de 50 300 millones de unidades y 7,75 millones de tabaco picado (Canadian Tobacco Manufacturers' Council 1990), situando al Canadá en el 15° puesto entre los países productores de todo el mundo (Kaiserman y Collishaw 1991) (Cuadro 1). Desde 1971 hasta 1981, la fabricación de cigarrillos creció a un ritmo promedio anual de 2,8%. Desde 1982 hasta 1988, el número medio anual de cigarrillos producidos descendió en un 3,7%. Por el contrario, el volumen de tabaco picado comenzó a ascender en 1981, y la producción anual se elevó en un 7,4% hasta 1988 (Imperial Tobacco, 1989a). En la actualidad, solo existen tres fabricantes, todos ellos filiales de empresas extranjeras (Cuadro 2).

El lugar dominante ocupado por Imperial Tobacco puede explicarse por su asociación con la empresa Imasco de compañías filiales. Con sede en Montreal, Imasco ocupó el 14° puesto en utilidades entre todas las empresas canadienses en 1989 (Report on Business 1990). Tres de sus otras empresas activas contribuyen con casi 1200 puestos de venta minorista para los productos de Imperial.

Todos estos fabricantes de productos de ta-

Cuadro 1. Producción nacional, importación y exportación de productos de tabaco, Canadá 1990

	Nacional		Importado	Exportado
Cigarrillos (millones)	47 600	(-7%)	445 (-32%)	2700 (+30%)
Puros (millones)	222	(-7%)		
Tabaco picado ('000 kg)	7750	(-4%)		
Pipa ('000 kg)	18.5	(-21%)	305 (-37%)	

Fuente: Kaiserman y Collishaw, 1991.

Cuadro 2. Participación de los principales fabricantes de tabaco del Canadá en el mercado

Compañía	Participación en el mercado (%)	
	1989	1971
Imperial Tobacco	57	39
Rothmans/Benson & Hedges	26	38
RJR-MacDonald	17	24

Fuente: Imperial Tobacco, 1989a.

baco presentan una integración vertical; esto es, todos participan en todas las fases de la producción, desde el procesamiento de la hoja de tabaco hasta la venta al por mayor, pasando por la manufactura de los distintos productos. Durante el decenio de 1960, las empresas tabacaleras formaron un grupo de presión, el Canadian Tobacco Manufacturers' Council, para representar sus intereses ante el gobierno contra el movimiento antitabáquico canadiense.

Comercialización

Publicidad y envasado

Los gastos de publicidad alcanzaron su máximo valor en 1980, año en que las tres compañías tabacaleras del país gastaron un total de \$C57 millones en anunciar sus cigarrillos (Imperial Tobacco 1990a). En 1988, la cifra equivalía al 91% de la correspondiente a 1981 (tras corregir la inflación) y se calcula que en 1989 descendió aún más, en términos de dólares reales (Imperial Tobacco 1990a). Antes de la legislación que prohíbe la publicidad durante el año 1989, se había producido ya una caída debida al acuerdo voluntario, tomado por las compañías, de limitar los gastos en publicidad al 75% de la tasa de inflación (Canadian Tobacco Manufacturers' Council 1989b), aunque es posible

que los verdaderos gastos en publicidad se hayan elevado a un ritmo más rápido en categorías no notificadas.

La publicidad de los productos de tabaco está regulada por la Ley de Control de los Productos de Tabaco de 1988, que prohíbe todas las formas de publicidad, incluidos los medios electrónicos e impresos, los carteles y vallas publicitarias, y limita el uso de nombres comerciales en el patrocinio de acontecimientos culturales o deportivos y la utilización de las marcas en productos distintos del tabaco. Los anuncios en radio y televisión habían sido abolidos ya en 1972, año en que la industria tabacalera adoptó voluntariamente varias limitaciones como respuesta a la amenaza de una legislación que prohibía la publicidad.

Las estrategias de publicidad interna ideadas por Imperial Tobacco despiertan dudas sobre su anunciado compromiso de atenerse a la meta de dirigirse solo a los adultos que ya eran fumadores:

“La actividad presentada podría consistir en alguna de las practicadas por los jóvenes de 16 a 20 años, o una que estas personas puedan razonablemente aspirar a realizar en un futuro próximo” (Imperial Tobacco 1989b).

“Orientar la campaña al objetivo del mercadeo con un sesgo en la estructura demográfica hacia los 15-35 y con igual énfasis en ambos sexos” (Spitzer 1989).

En los planes de los medios de comunicación para la propaganda de Imperial Tobacco en 1981 se clasificaron como objetivos del mercadeo grupos de edad específicos y sus respectivos “pesos” o interés para la marca Player's Light (Imperial Tobacco 1989a), como puede observarse en el Cuadro 3.

Además de la publicidad, otra parte importante de los fondos se destinaba a otras formas de desarrollo comercial. Por ejemplo, en 1987, Imperial Tobacco gastó \$C1,3 millones en el desarrollo de los envases y otros \$C1,7 millones en investigación de mercados (Imperial Tobacco 1990a). Parte

Cuadro 3. Importancia relativa de la campaña publicitaria de Imperial Tobacco en 1981 dirigida a grupos específicos

	De habla inglesa	De habla francesa
Peso 1,0	Edad 12-24 (H y M)	Edad 18-24 (H)
Peso 0,9		Edad 18-24 (M)
Peso 0,8		Edad 12-17 (H)
Peso 0,7	Edad 25-34 (H y M)	Edad 12-17 (M)
Peso 0,6		Edad 25-34 (H)
Peso 0,5		Edad 25-34 (M)
Peso 0,0	Edad 35+ (H y M)	

Fuente: Imperial Tobacco, 1989a.

de estos últimos se emplearon en encuestas mensuales sobre comportamiento y actitudes de los consumidores.

Precios e impuestos

El precio medio al por menor de los cigarrillos manufacturados en el país es de \$C42,00 por cartón de 200 unidades (\$C5,24 por cada envase de 20 unidades *king size*), mientras que la lata de 200 g de tabaco picado cuesta en la actualidad unos \$C38,00 (Department of Finance 1991). Por tanto, son necesarios unos 20 minutos de trabajo, pagados según el salario industrial promedio, para comprar una cajetilla de cigarrillos y 15 minutos para adquirir una cantidad equivalente de tabaco picado (picadura). La única variación significativa de los precios se debe a las diferentes tasas provinciales, que en general representan el 77% del precio al detalle (Department of Finance 1991).

La tasa de imposición del tabaco picado ha ido muy rezagada en relación con la de los cigarrillos. Los incrementos impositivos introducidos en 1989 hicieron que la tasa sobre la picadura llegara a las dos terceras partes de la correspondiente a los cigarrillos manufacturados (Department of Finance 1989). La diferencia persistió tras los aumentos impositivos decretados en el presupuesto federal de febrero de 1991 (Department of Finance 1991). Sin embargo, los equipos para hacer cigarrillos utilizando tabaco picado pre enrollado en forma de bastones, un segmento del mercado en creciente desarrollo, están sometidos hoy día a un impuesto por unidad, y no por peso, creando así una tercera categoría impositiva intermedia. Además, en la provincia de Ontario, que posee la tercera parte de la población total del país, se ha eliminado recientemente la ventaja impositiva que conllevaba la com-

pra de tabaco picado. El último incremento de \$C0,03 por cigarrillo es solo la más reciente de una serie de aumentos llevados a cabo por los gobiernos provinciales. Desde el presupuesto federal de 1989, los esfuerzos del Gobierno por reducir el consumo de tabaco se citan como justificación adicional para aumentar estos impuestos. El índice real de precios del tabaco, el precio de los derivados del tabaco corregido para la inflación ha aumentado más del doble de 1980 a 1990 (Kaiserman y Collishaw 1991).

Comercio interno e internacional

En 1985 existían en el Canadá 137 mayoristas, 90 000 minoristas y 23 000 máquinas expendedoras. Se decía que las ventas de tabaco representaban un total de 20 000 empleos (Seymour 1988).

Aunque la exportación es más bien escasa (6% de la producción), aumentó en un 30% entre 1988 y 1989. Parece probable que la mayor parte de esta exportación consistiera de cigarrillos consumidos por ciudadanos canadienses en los Estados Unidos y el Caribe, o que encontrara el camino para volver al Canadá como cigarrillos legítimamente libres de impuestos o en forma de contrabando.

Las altas tasas impositivas constituyen una clara tentación para el contrabando de tabaco hacia el Canadá, y son varias las regiones en que aquel tiene lugar con relativa facilidad, como las enclaves indias que se extienden a lo largo de las fronteras compartidas con los Estados Unidos. Se calcula que en una sola de estas enclaves cambian de mano cada año, ilegalmente, unos ocho millones de cartones (KPMG Peat Marwick Thorne 1990). También se produce un importante contrabando entre las islas francesas de San Pedro y Miquelon y la vecina Newfoundland. En conjunto, alrededor del 70% de los cigarrillos introducidos de este modo son manufacturados en el Canadá, exportados por vías legales y reimportados ilegalmente; el resto corresponde sobre todo a cigarrillos fabricados en los Estados Unidos (KPMG Peat Marwick Thorne 1990).

La importación de cigarrillos es insignificante en comparación con la producción doméstica, con excepción del tabaco de pipa, cuyas importaciones predominan sobre la venta de origen nacional. Pese a ello, la venta total de tabaco de pipa y puros es sumamente escasa, con un 0,6% del mercado total (Kaiserman y Allen 1990).

En 1989, Imperial Tobacco, con una cuota de mercado del 58%, obtuvo unos ingresos brutos de \$C2385 millones. Ello implica que la cifra que re- vierte a los gobiernos federal y provinciales, en

forma de impuestos, es también sustanciosa. En 1989, el valor total calculado fue de \$C5500 millones (Canadian Tobacco Manufacturers' Council 1990), equivalente a las dos terceras partes del gasto total en consumo, de \$C8200 millones para ese mismo año. El aumento de los impuestos en el presupuesto de 1991 elevará los ingresos de la hacienda pública en \$C1400 millones para 1991 y 1992 (Department of Finance 1991). La recaudación de los impuestos sobre el tabaco constituye el 2% de todos los ingresos federales y provinciales. La gran importancia de la industria tabacalera del Canadá deriva de la recaudación que proporciona al Gobierno. La importancia del tabaco en sí, como bien agrícola, es relativamente escasa y en declive, aunque sigue siendo el tercer cultivo comercial de Ontario.

Prevalencia y consumo

Ventas y consumo de tabaco

Tendencias, 1980-1989

En 1989, se vendieron en el Canadá 51 309 TM de productos de tabaco, incluyendo 56 190 millones de cigarrillos—las cifras más bajas en más de un decenio (Kaiserman y Allen 1990). El valor al por menor de estas ventas fue de \$C8200 millones (Canadian Tobacco Manufacturers' Council 1990). Para el total de 6,49 millones de fumadores de 15 años o más (véase la sección siguiente), ello representa un promedio de 23,7 cigarrillos diarios, o 2712 cigarrillos anuales para todas las personas.

Como se indica en el cuadro 4, los cigarrillos constituyeron el 81% del total de ventas en peso. La única otra forma de tabaco de cierta importancia fue el tabaco picado (15%); los puros representaron menos del 2%, mientras que las ventas de tabaco de

Cuadro 4. Ventas de productos de tabaco, Canadá 1989

Producto	Toneladas	Unidades
Cigarrillos	41 621	48 047 millones
Picadura	8143	8 143 millones
Puros	847	228 millones
Sin humo	371	—
De pipa	327	—
TOTAL	51 309	56 190 millones ^a

Fuente: Statistics Canada, 1989b.

^aCigarrillos + picadura, suponiendo 1g/cigarrillo para esta última.

pipa y tabaco sin humo fueron, cada una, inferiores al 1% del total de ventas en peso (Kaiserman y Allen 1990).

En 1989, las ventas de tabaco descendieron en un 6,8% con respecto al año anterior; fue el descenso más importante en una década de caída progresiva de las ventas (Kaiserman y Allen 1990) (Figura 1). En comparación con 1980, las ventas según peso descendieron globalmente en un 21% y un 29% en peso per cápita (15 años de edad o más). Las ventas per cápita de cigarrillos manufacturados disminuyeron en un 30% (Kaiserman y Allen 1990), mientras que el consumo por fumador fue inferior 13% al de 1980, que alcanzó 27,2 cigarrillos diarios (véase la sección siguiente).

Durante ese mismo decenio, las ventas de tabaco picado experimentaron un aumento progresivo, presumiblemente por su tratamiento impositivo más favorable. Las ventas de esta forma de tabaco solo comenzaron a descender en 1989, mucho después que las de los cigarrillos manufacturados (Figura 1).

Encuestas de población

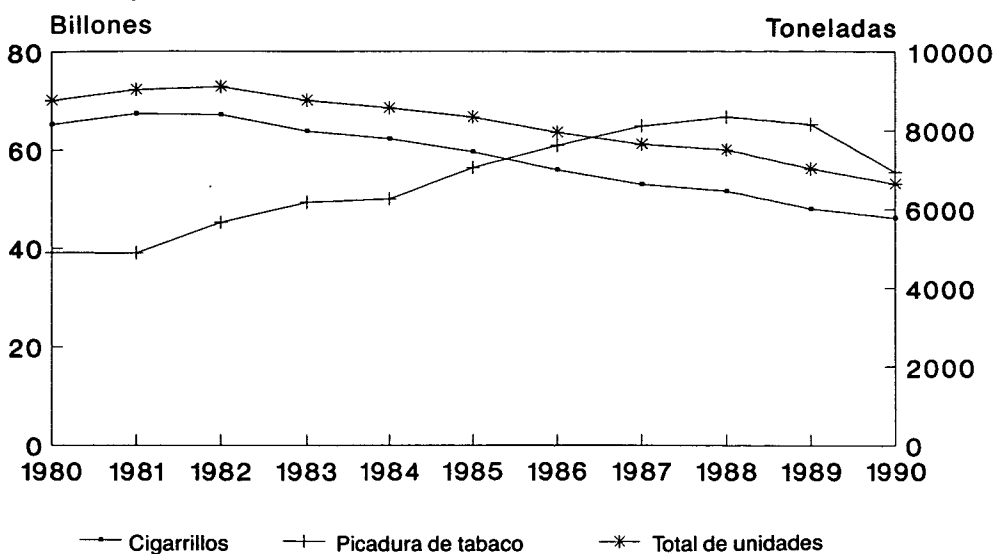
Desde 1965, el consumo de tabaco por la población canadiense ha sido vigilado periódicamente mediante encuestas de población. Casi todas estas encuestas fueron realizadas por Statistics Canada, el organismo nacional de estadística, a petición del Departamento de Salud y Bienestar Social. Los índices de respuesta encontrados han sido superiores al 90% y el tamaño medio de las muestras es de 30 000 personas. Los hallazgos descritos a continuación proceden de una encuesta telefónica de 11 634 adultos en 1989 sobre consumo de alcohol, drogas ilegales y tabaco (Eliany *et al.* 1990).

Pocas encuestas nacionales se han ocupado del consumo de tabaco por los menores de 15 años, pero existen algunos sondeos efectuados por Gallup a lo largo de los años 1980, así como otras fuentes de valor limitado, que proporcionan alguna perspectiva sobre el comportamiento de los adolescentes con respecto al tabaquismo.

Consumo de cigarrillos por la población adulta

En 1989, eran fumadores el 32% de todos los canadienses de 15 años o más (Stephens y Taylor 1991). Prácticamente todos ellos fumaban diariamente, y la mayoría de los mismos fumaban de 11 a 25 cigarrillos diarios (Cuadro 5). Los mayores índices de tabaquismo (38%) correspondían a mujeres de 20 a 24 años de edad y hombres de 25 a 44 años.

Figura 1. Compra de cigarrillos y picadura de tabaco, en miles de millones de unidades y toneladas, Canadá, 1980-1990



Fuente: Statistics Canada (annual), Catalogue No. 65-007.

Entre 1965 y 1985, se produjo un descenso muy pronunciado, pasando del 50% al 34%; a partir de 1985, la caída fue más lenta (Figura 2). En una amplia encuesta nacional realizada en 1990 se encontró que el 41% de los fumadores actuales pretendían dejar de fumar o al menos reducir la cifra de cigarrillos consumidos.

En 1989, la cuarta parte de la población adulta canadiense estaba constituida por exfumadores.

Sin embargo, ello equivale al 44% de todas las personas que han fumado alguna vez. En consecuencia, casi la mitad de todos los canadienses que han fumado alguna vez habían dejado de fumar en 1989 (Stephens y Taylor 1991).

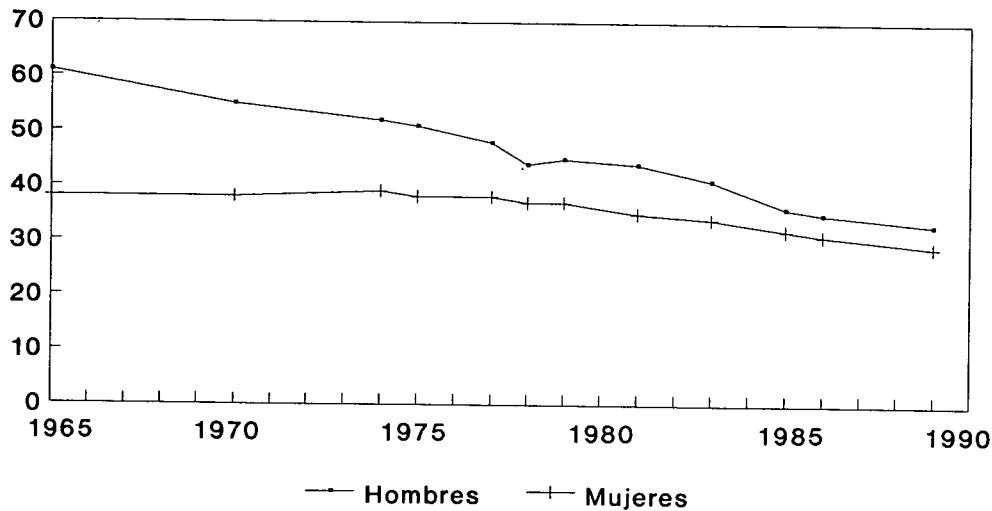
Dos terceras partes de los fumadores consumen de 11 a 25 cigarrillos al día y el 10% de los mismos fuman más de una cajetilla diaria (más de 26 cigarrillos). El porcentaje global de grandes fu-

Cuadro 5. Número de fumadores, prevalencia de tabaquismo y cantidad diaria fumada, según edad y sexo, Canadá, 1989

	Cálculo 1000	Tipo de fumador				Cigarrillos/día		
		Nunca	Exfumador	Ocasional	Regular	1-10	11-25	26+
TOTAL	20 285	42%	26%	1%	31%	8%	20%	3%
15+ H	9920	37	30	1	33	7	21	4
M	10 365	48	22	1	29	9	18	2
15-19 H	956	66	12	—	21	9	12	—
M	910	64	12	—	22	13	9	—
20-24 H	1027	51	12	—	36	8	24	3
M	1007	44	18	—	38	13	24	—
25-44 H	4289	35	27	—	37	7	25	5
M	4343	41	24	—	34	10	23	—
45-64 H	2486	28	38	—	34	7	21	6
M	2549	45	23	—	30	8	20	2
65+ H	1162	24	54	—	21	6	12	—
M	1557	63	21	—	16	6	9	—

Fuente: Stephens y Taylor, 1991.

Figura 2. Prevalencia (%) actual de tabaquismo en adultos de 15 años y más, Canadá, 1965-1990



Fuente: Stephens, 1991.

madores es mayor entre los hombres que entre las mujeres (Stephens y Taylor 1991).

La proporción de canadienses que fuman permanece relativamente constante desde hace unos años (Figura 2), lo que parece contradecir el hecho de que las ventas de tabaco siguen descendiendo. Ello se explica porque los fumadores han reducido la cantidad diaria consumida y el contenido de tabaco de los cigarrillos es también menor. En 1985, el 20% de los fumadores consumían de 1 a 10 cigarrillos diarios; en 1989, la proporción era del 26%. El descenso del consumo diario observado entre 1985 y 1989 se produjo en prácticamente todos los grupos por edad y sexo (Stephens y Taylor 1991). También se ha producido un cambio hacia las marcas con menor contenido de alquitrán. Entre 1977 y 1986, la proporción de fumadores habituales de la categoría de menor contenido en alquitrán (0 a 9 mg) fue doble, pasando del 11 al 24% en las mujeres y del 7 al 16% en los hombres (Stephens 1988).

Al igual que en encuestas anteriores realizadas en el Canadá, la correspondiente a 1989 muestra una clara asociación entre el tabaquismo y la escolaridad alcanzada para todos los grupos por edad y sexo (Stephens y Taylor 1991). La prevalencia de tabaquismo más baja se encuentra entre los graduados universitarios, cualquiera que sea su edad.

Existen evidentes y constantes diferencias en-

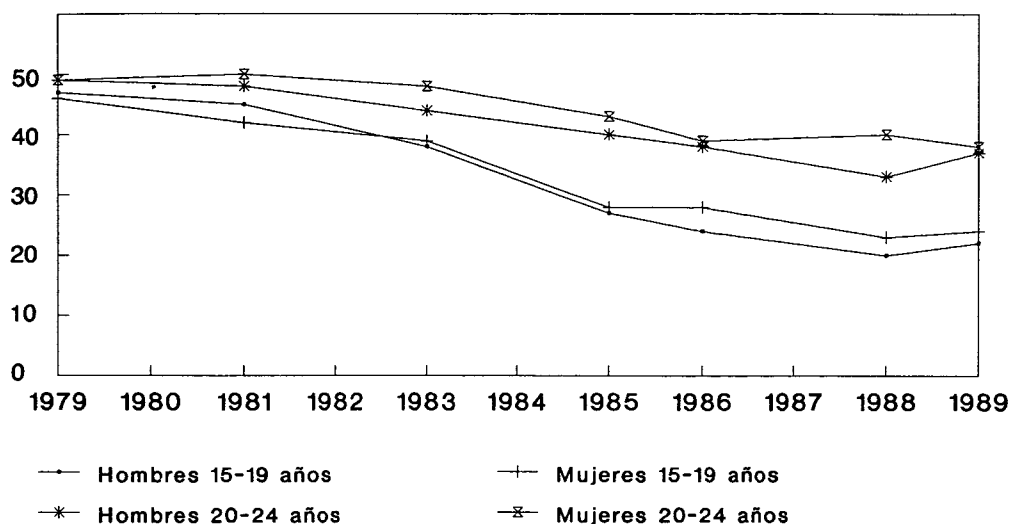
tre los grupos étnicos de la población canadiense. Hay mayor probabilidad de encontrar fumadores entre los que hablan francés que entre los que hablan inglés, y estos a su vez presentan mayor prevalencia que los que utilizan otras lenguas (Létourneau 1989). Sin embargo, es menos probable encontrar fumadores entre los ciudadanos nacidos en otros países que entre los miembros del mismo grupo étnico nacidos en el Canadá (Millar 1991).

Consumo de cigarrillos por los adolescentes

Los sondeos anuales efectuados por Gallup sobre una muestra de 2000 personas entre 1983 y 1986 indican un promedio de fumadores actuales del 9% entre los adolescentes de 12 a 14 años, sin variaciones interanuales (Stephens 1988).

Aunque los pueblos indígenas constituyen solo una pequeña proporción de la población del país, existe un llamativo índice de consumo de tabaco por los jóvenes de estos grupos. En 1987, entre los indios y esquimales de 5 a 9 años de edad se encontró un índice de fumadores ocasionales del 14% (Millar y Peterson 1989); entre los adolescentes de 10 a 14 años, el índice de fumadores ocasionales era del 27% y el de fumadores diarios, del 10%. Solo una minoría (33%) de los jóvenes de 15 a 19 años eran no fumadores (Millar y Peterson 1989).

Figura 3. Prevalencia (%) actual de tabaquismo entre jóvenes, Canadá, 1979–1989



Fuente: Stephens y Taylor, 1991.

Para la mayoría de los canadienses, la edad de iniciación del tabaquismo parece ser de los 15 a los 19 años; en 1989, el 22% de este grupo de edad eran fumadores (Cuadro 5). En este mismo grupo, sin embargo, se ha producido un importante descenso de la prevalencia a partir de 1979, habiendo pasado del 47 al 22% en los hombres y del 46 al 24% en las mujeres (Stephens y Taylor 1991) (Figura 3). Conviene observar que el índice ha disminuído al mismo ritmo en ambos sexos y que, mientras que las adolescentes presentaban mayor tendencia a fumar a mediados de los años 80 que los varones de su misma edad, no ocurre así en la actualidad (Stephens y Taylor 1991). La edad de comienzo ha descendido progresivamente a lo largo de todo el siglo XX (Ferrence 1990) pero, puesto que los datos más recientes son los de 1984, resulta imposible saber si las intervenciones más recientes han tenido algún impacto sobre esta edad de iniciación.

La mayor parte de los niños canadienses (54%) habitan en hogares en los que hay al menos un fumador, y estos jóvenes son dos veces más propensos a convertirse en fumadores habituales que aquellos que no viven junto a ningún fumador (Millar y Hunter 1991). Aunque esta regla es válida para todos los estratos socioeconómicos, la exposición al tabaco es más probable para los jóvenes de las familias de menor renta (Millar y Hunter 1990, 1991).

Otras formas de consumo de tabaco

Menos del 2% de los hombres adultos fuman solo puros o pipas, y el mayor índice de este tipo de consumo (5%) se encuentra en los hombres de 65 años o más (Millar 1988b). El consumo de tabaco sin humo es raro en el Canadá, excepto entre determinados subgrupos de población. En 1986, el consumo de rapé y tabaco de mascar se hallaba limitado a los hombres y su prevalencia global era inferior al 1% (Millar 1989). Sin embargo, este consumo es mucho mayor entre las poblaciones indígenas. En 1987, el 12% de los indios y el 19% de los esquimales americanos con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años consumían tabaco de mascar en los Territorios Noroccidentales. Los índices correspondientes a la población femenina son algo menores, aunque también importantes, y se ha descrito este consumo en el grupo de edad de 5 a 9 años (Millar y Peterson 1989). El 29% de los muchachos indios de 5 a 9 años consumían rapé.

Conocimientos, actitudes y opiniones

Los hallazgos preliminares de la Encuesta de Promoción de la Salud de 1990, una encuesta telefónica realizada sobre una muestra de casi 14 000 personas de 15 años o más, indican que el 49% de la

población identifica el consumo de tabaco como la causa principal de las enfermedades del corazón (Statistics Canada 1991d). Cuando se pidió a los encuestados que identificaran los riesgos del tabaquismo para la salud en otra encuesta, el 44% señaló el cáncer de pulmón, 34% mencionó el cáncer en general y proporciones equivalentes del 20% indicaron las enfermedades del corazón y el enfisema, respectivamente. Solo el 1% no identificó ningún riesgo para la salud. Fumadores y no fumadores se hallaban igualmente bien informados (Environics 1990a).

El alto grado de respaldo público a las acciones del Gobierno sobre el tabaquismo (Rootman *et al.* 1988) que existía en 1985 ha ido creciendo desde entonces. En 1990, 39% de los adultos consideraban que era "muy importante" que el Gobierno tratara el tabaquismo como cuestión de salud (Statistics Canada 1991d); en la encuesta de 1985, esta cifra era del 33%. Estas actitudes contribuyen a explicar el apoyo que ha recibido el aumento de impuestos sobre el tabaco: el 46% de los adultos de Ontario se hallaban decididamente a favor de un impuesto del 10% sobre los cigarrillos (Environics 1990b). El grado de respaldo se eleva cuando los ingresos así obtenidos se destinan a la investigación de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo (65%) o de la prevención en los jóvenes (64%). No resulta sorprendente, sin embargo, que solo el 17% de los fumadores se manifestaran a favor de elevar estos impuestos, aunque si el aumento de la recaudación gubernamental se emplea en ayudar a las personas a dejar de fumar, su cifra se eleva, llegando al 53% de los fumadores.

En la Encuesta de Promoción de la Salud de 1985 (Rootman *et al.* 1988) se informó que el 70% de los adultos estaban conscientes de que los niños son más propensos a fumar si sus padres lo hacen, y el 91% señaló que las mujeres no deberían fumar durante el embarazo. Casi todos los canadienses estaban igualmente conscientes de que dejar de fumar reduce el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con el tabaquismo, incluso en los que han fumado durante 10 años. La tercera parte pensaba que este riesgo "disminuiría mucho", mientras que otro 30% consideraba que la disminución del riesgo sería "moderada".

En resumen, tanto si se mide a través de las ventas como por la prevalencia del tabaquismo o de la cantidad fumada a diario, es evidente que en el Canadá se ha producido una disminución importante del consumo de tabaco. Al envejecer la población, las cohortes con baja prevalencia de consumo están siendo sustituidas por otras de prevalencia

más alta. Una disminución notable de la proporción de fumadores menores de 25 años hace pensar que es muy probable una disminución a largo plazo de la prevalencia del tabaquismo. Esta disminución coincide con la introducción de medidas antitabáquicas, que comprenden una política tributaria y limitaciones a la publicidad y a la promoción a través de los medios de comunicación de masas. La única excepción notable es el aumento de las ventas de tabaco picado destinado a la fabricación casera de cigarrillos. El tratamiento impositivo relativamente favorable de este tabaco, en comparación con los cigarrillos manufacturados, podría ser causa de esta modalidad.

Tabaquismo y salud

Revisión de las consecuencias del tabaquismo para la salud

En el Canadá los fallecimientos atribuibles al tabaquismo se han documentado desde los años 1960 (Best *et al.* 1961) y esta información ha contribuido en gran medida al debate público en torno a la prohibición de la publicidad, la venta y el consumo de tabaco (véase la sección siguiente). Se calcula que, en 1989, el tabaquismo fue responsable de 38 000 muertes (Collishaw y Leahy 1991), equivalentes al 20% de todas las defunciones ese año (Cuadro 6). Para los hombres de 35 años o más, la tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 474,5/100 000, y para las mujeres fue de 165,2/100 000.

Se calcula que los años de vida potencial perdidos (AVPP) antes de los 75 años a causa del tabaquismo suman 271 497. Esta cifra corresponde a 3543 AVPP por 100 000 hombre-años y 1248 por 100 000 mujer-años (Collishaw y Leahy 1991).

Basándose en datos del seguimiento durante siete años de la mortalidad de las Encuestas de Salud del Canadá de 1978 y 1979, Mao *et al.* (1988) compararon el riesgo de morir entre cuatro cohortes hipotéticas: fumadores y nunca fumadores de ambos sexos. Es de prever que más de la mitad de los hombres fumadores fallezcan antes de los 70 años, casi el doble de la tasa de los hombres no fumadores. Entre las mujeres, es de prever que muera el 27% de las fumadoras y el 17% de las no fumadoras antes de esa misma edad. Para ambos sexos, es de prever que el tabaquismo produzca de siete a ocho veces más muertes precoces que las debidas a accidentes de tráfico, suicidio, homicidio, SIDA y toxicomanías agrupadas (Mao *et al.* 1988).

Cuadro 6. Riesgo relativo (RR)^a de muerte atribuido al consumo de tabaco y mortalidad atribuible al tabaquismo (MAT) en fumadores actuales y exfumadores, por categoría de enfermedad y sexo, Canadá, 1989

Categoría de enfermedad (CIE-9)	Hombres			Mujeres			MAT Total
	RR			RR			
	Fumadores actuales	Ex-fumadores	MAT	Fumadores actuales	Ex-fumadores	MAT	
Enfermedades de los adultos (> 35 años de edad)							
Tumores							
Labio, cavidad bucal, faringe (140-149)	27,5	8,8	637	5,6	2,9	143	780
Esófago (150)	7,6	5,8	521	10,3	3,2	164	685
Páncreas (157)	2,1	1,1	329	2,3	1,8	317	646
Laringe (161)	10,5	5,2	300	17,8	11,9	61	361
Tráquea, pulmón, bronquio (162)	22,4	9,4	8508	11,9	4,7	2911	11 419
Cuello uterino (180)	N/D	N/D	0	2,1	1,9	116	116
Vejiga (188)	2,9	1,9	367	2,6	1,9	91	458
Riñón, otros sitios urinarios (189)	3,0	2,0	316	1,4	1,2	40	356
Enfermedades cardiovasculares							
Cardiopatía reumática (390-398)	1,9	1,3	47	1,7	1,2	49	96
Hipertensión (401-404)	1,9	1,3	119	1,7	1,2	74	193
Cardiopatía isquémica (410-414)							
Edad 35-64	2,8	1,8	3029	3,0	1,4	697	3726
Edad 65+	1,6	1,3	3934	1,6	1,3	1817	5751
Cor pulmonale (415-417)	1,9	1,3	112	1,7	1,2	55	167
Otras enfermedades del corazón (420-429)	1,9	1,3	1048	1,7	1,2	463	1547
Cerebrovasculares (430-438)							
Edad 35-64	3,7	1,4	425	4,8	1,4	384	809
Edad 65+	1,9	1,3	1164	1,5	1,0	384	1548
Aterosclerosis (440)	4,1	2,3	467	3,0	1,3	281	748
Aneurisma aórtico (441)	4,1	2,3	730	3,0	1,3	153	883
Otras enfermedades arteriales (442-448)	4,1	2,3	261	3,0	1,3	106	367
Enfermedades respiratorias							
Tuberculosis respiratoria (010-012)	2,0	1,6	23	2,2	1,4	8	31
Neumonía/influenza (480-487)	2,0	1,6	921	2,2	1,4	510	1431
Bronquitis/enfisema (491-492)	9,7	8,8	907	10,5	7,0	334	1241
Asma (493)	2,0	1,6	66	2,2	1,4	65	131
Obstrucción respiratoria crónica (496)	9,7	8,8	3006	10,5	7,0	1211	4216

Cuadro 6. (continuación)

Categoría de enfermedad (CIE-9)	Hombres			Mujeres			MAT Total
	RR			RR			
	Fumadores actuales	Ex-fumadores	MAT	Fumadores actuales	Ex-fumadores	MAT	
Enfermedades de la infancia (< 1 año de edad)							
Bajo peso al nacer (765)	1,8	1,8	27	1,8	1,8	20	47
Síndrome respiratorio del recién nacido (769)	1,8	1,8	34	1,8	1,8	22	56
Procesos respiratorios del recién nacido (770)	1,8	1,8	21	1,8	1,8	16	37
Síndrome de la muerte súbita del lactante (798)	1,5	1,5	36	1,5	1,5	21	57
Muertes en incendios ^b			81			38	119
Muerte por aspiración pasiva de humo ^c			65			268	333
TOTAL			27 537			10 820	38 357

Fuente: Collishaw y Leahy, 1991a.

^aEn relación con los que nunca han fumado.

^bDatos procedentes de la referencia 9.

^cMuertes en no fumadores por cáncer de pulmón atribuible a la inhalación pasiva de humo.

Desde la perspectiva de las causas de defunción, las enfermedades relacionadas con el tabaquismo se sitúan en los cuatro primeros lugares entre toda las causas cuando se combinan los dos sexos. Cuando se consideran los años de vida potencial perdidos, que hacen más hincapié en la muerte precoz, cuatro de estas enfermedades atribuibles al tabaquismo siguen hallándose entre las 10 primeras causas (Cuadro 7).

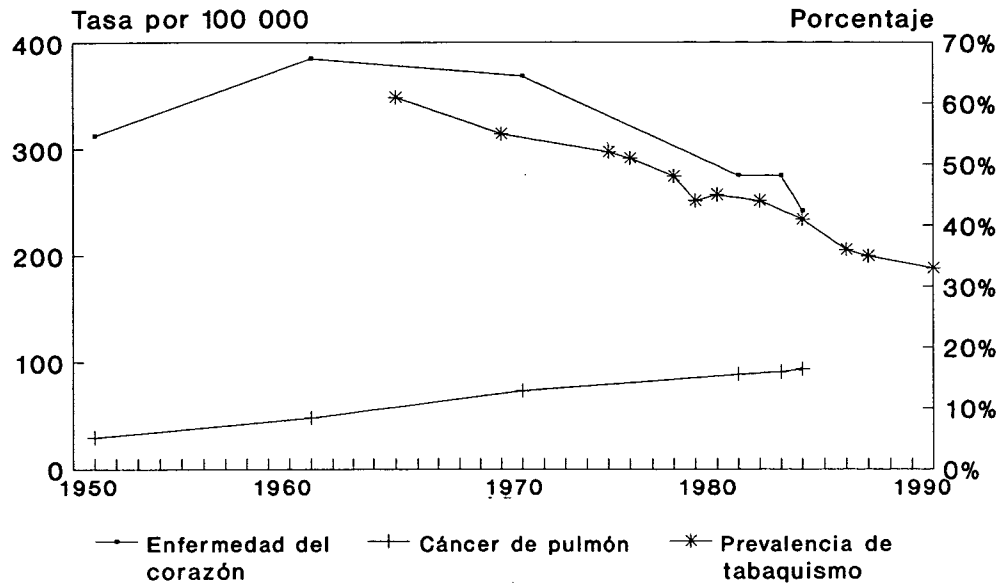
Las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) y accidente cerebrovascular agudo (ACVA) presentaron un notable descenso entre 1959 y 1988 tanto para hombres como para mujeres (Figuras 4 y 5). Para un período más reciente (1979 a 1988), el promedio anual de la tasa de disminución de la CI y ACVA de hombres y mujeres fue superior a la de los períodos anteriores de 1969-1978 y 1959-1968. Por tanto, la disminución de la mortali-

Cuadro 7. Tasa de años de vida potencial perdidos (AVPP) e índices de mortalidad normalizados para la edad (IMNE) debidos a algunas enfermedades relacionadas con el tabaco, Canadá, 1987-1988

Causa de defunción	AVPP Antes de los 75 años por 100 000 personas/año (1987-88)			IMNE Por 100 000 personas		
	Rango	H	M	Rango	H	M
CI	1	1355	375	1	187,8	90,1
Cáncer de pulmón	4	597	268	2	63,9	22,0
Accidente cerebrovascular	6	203	159	3	41,4	35,7
EPOC	8	147	75	4	35,2	11,3
Cáncer de vejiga	21	27	7	>15	5,9	1,7

Fuentes: Wilkins y Mark, 1991; Hum y Semenciw, 1991.

Figura 4. Tasas de mortalidad, normalizadas por edad, enfermedad coronaria y cáncer de pulmón, entre hombres de 25 a 74 años, Canadá, 1951-1989



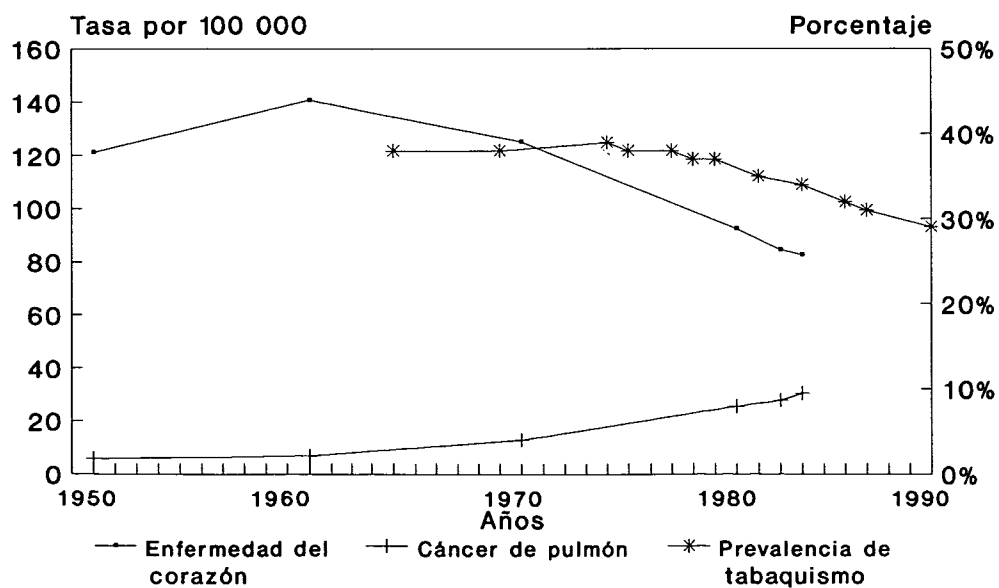
Fuente: Statistics Canada, 1991.

dad por enfermedades cardiovasculares (ECV) parece estar en fase de aceleración, y actualmente equivale a un promedio de pérdida anual del 3,5% (Hum y Semenciw 1991).

Pese este importante progreso en cuanto a la mortalidad a lo largo de los últimos tres decenios, la CI y el ACVA siguen conservando su puesto entre

las tres principales causas de muerte en el Canadá para ambos sexos. En particular, la CI representa casi tres veces tantas muertes como la causa situada en segundo lugar para uno y otro sexo. El tabaquismo está claramente implicado en gran parte de esta mortalidad prematura, y constituye 8% de las defunciones ocurridas entre los hombres y 2% de

Figura 5. Tasas de mortalidad normalizadas por edad, de enfermedad coronaria y cáncer de pulmón entre mujeres de 25 a 74 años, Canadá, 1951-1989



Fuente: Statistics Canada, 1991.

Cuadro 8. Incidencia de nuevos casos y de muerte, e índices de supervivencia correspondientes a algunos cánceres relacionados con el tabaco, Canadá, 1990

Localización	Nuevos casos por 100 000 personas (1990)		IMNE por 100 000 personas (todas las edades) (1990)		Supervivencia a los 5 años (Edad 65+)	
	H	M	H	M	H	M
Pulmón	77	28	58	21	8%	12%
Vejiga	23	6	5	1	63%	61%
Oral	13	4	5	1	77%	58%

Fuente: National Cancer Institute, 1990.

las mujeres antes de los 70 años debidas a enfermedad cardiovascular (Mao *et al.* 1988). La disminución de la prevalencia del tabaquismo contribuye algo a la disminución de la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares.

El cáncer de pulmón es la segunda causa de muerte entre los hombres canadienses y la cuarta entre las mujeres (Hum y Semenciw 1991). En 1990 se produjeron 113 nuevos tumores relacionados con el tabaquismo por 100 000 hombres y 38 por 100 000 mujeres (National Cancer Institute 1990) (Cuadro 8). En comparación con el cáncer de pulmón, los tumores de vejiga, cavidad oral, labio y faringe son, a la vez, menos frecuentes y más susceptibles de tratamiento.

Al contrario de las tasas de ECV, las de mortalidad por cáncer de pulmón muestran un aumento creciente durante los últimos tres decenios (Figuras 4 y 5).

En los hombres, el incremento producido durante los años 1980 (promedio anual del 1,2%) fue muy inferior al observado durante los períodos de 1959 a 1968 (5,0%) o de 1969 a 1978 (3,1%) (Hum y Semenciw 1991). La proyección hecha indicaba que se iba a iniciar una disminución durante los primeros años del decenio de 1990 en la población masculina (Semenciw *et al.* 1989) y, aparentemente, así va a ocurrir. Las tendencias del cáncer de pulmón en la población femenina son menos esperanzadoras. El período de mayores incrementos anuales (7,1%) es relativamente reciente (1969 a 1978) y los aumentos del intervalo de 1979 a 1988 son todavía importantes (5,7%) (Hum y Semenciw 1991). En consecuencia, no es de prever que los índices de cáncer de pulmón de la mujer alcancen estabilidad hasta finales de siglo (Semenciw *et al.* 1989). Se calcula que el tabaquismo es el responsable del 10% de todas las muertes por cáncer ocurridas antes de los 70 años en los hombres y del 6% en las mujeres (Mao *et al.* 1988). Se calcula asimismo que en 1989 se produjeron 333 fallecimientos debidos a cáncer

de pulmón causado por aspiración pasiva del humo (Wigle *et al.* 1987; Collishaw y Leahy 1991).

En 1988, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue la cuarta causa principal de muerte en los hombres y la séptima en las mujeres (Hum y Semenciw 1991). Fue también responsable de 222 AVPP por 100 000 P-Y entre 1987 y 1988 (Cuadro 7) (Wilkins y Mark 1991). La proyección de los datos indica que su estabilidad se producirá a principios del decenio de 1990 en la población masculina y que seguirá adquiriendo cada vez más importancia como causa de muerte en la población femenina durante el próximo siglo (Semenciw *et al.* 1989).

La limitación de las actividades normales, incluyendo las laborales ("días de discapacidad") está relacionada con la situación en cuanto al tabaquismo (Rogers 1985). Los datos de la Encuesta de Salud del Canadá de 1978-1979 muestran una relación positiva constante entre días de discapacidad y consumo de tabaco. Los mayores fumadores presentaron una quinta parte más de discapacidad que los que nunca habían fumado. Cuando se excluyeron del análisis los fumadores sanos de 65 años o más (los anómalos supervivientes), el índice de discapacidad de los que nunca habían fumado fue, como promedio, la mitad del de los grandes fumadores (Rogers 1985).

En 1991, una encuesta nacional demostró que el 44% de la población activa canadiense estaba expuesta al humo del tabaco ajeno durante las horas de trabajo. Esta exposición muestra una relación inversa con la situación laboral (p.ej., el 36% de los directivos y profesionales, en comparación con el 54% de los trabajadores semicalificados y no calificados) (Canada Health Monitor 1991).

Costos del tabaquismo

El costo directo total (es decir, la atención médica y hospitalaria, los fármacos y la investigación)

Cuadro 9. Costos (\$Cmiles de millones) de determinadas enfermedades relacionadas con el tabaquismo, Canadá, 1986

Tipo de enfermedad	Costos directos (\$C, miles de millones)	Costos indirectos (\$C, miles de millones)	Costos totales (\$C, miles de millones)
Cardiovasculares	5,0	8,5	13,5
Cáncer (todos)	1,9	7,2	9,1
Respiratorias	2,4	1,4	3,8
TOTAL	9,3	17,1	26,4

Fuente: Wigle et al., 1991.

del tratamiento de las tres principales enfermedades relacionadas con el tabaquismo ascendió en el Canadá a \$C9300 millones en 1986, valor casi equivalente a la cuarta parte del total de los gastos de atención de salud del país. Los costos accesorios indirectos generados por las pensiones de invalidez y la pérdida de rentas por muerte precoz doblaron la cifra mencionada, llevando el costo total a una cantidad superior a \$C26 000 millones anuales (Cuadro 9). Sin embargo, solo algunos de estos costos son atribuibles al tabaquismo (Wigle *et al.* 1991).

Se han hecho los cálculos correspondientes a 1989 para algunos de los costos directamente atribuibles al tabaquismo. Los datos proceden de fuentes canadienses y el enfoque se basa en el capi-

tal humano (Schultz *et al.* 1991). En 1989, las consecuencias del tabaquismo para la salud costaron a los canadienses un total de \$C9500 millones en atención de salud, mortalidad prematura y pérdida de empleo por invalidez. Además, los incendios forestales y de propiedades relacionados con el consumo de tabaco sumaron otros \$C132 000 millones. Ese mismo año, los canadienses emplearon \$C8200 millones en la adquisición de productos del tabaco, proporcionando ingresos por valor de \$C5500 millones a los gobiernos federal y provinciales en concepto de impuestos sobre el consumo, sobre la venta y otros (Canadian Tobacco Manufacturers' Council 1990). Por tanto, los costos personales y sociales del consumo de tabaco llegaron a \$C17 800 millones durante 1989 (Cuadro 10).

Cuadro 10. Costos seleccionados del consumo de tabaco, Canadá, 1989 (\$C, miles de millones)

Costos	Grupos de edad		Total
	35-64	65+	
Costos de salud			
Atención directa	1,3	0,6	1,9
Mortalidad prematura	4,1	2,7	1,9
Invalidez	0,6	0,1	0,7
Mortalidad perinatal			0,1
Incendios forestales y de propiedades			0,1
Gastos al detalle en tabaco			
Impuestos sobre el tabaco			
Impuestos sobre el tabaco			5,5
Márgenes de utilidad de fabricantes y comerciantes			2,7
Total de gastos relacionados con el tabaco			17,8

Fuente: Collishaw y Leahy, 1991 (en preparación).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Actividades gubernamentales

Las medidas de prevención y control destinadas a limitar el consumo de tabaco en el Canadá abarcan tres niveles gubernamentales y, en cada nivel, varios organismos y departamentos. La publicidad depende de la Tobacco Products Control Act (Ley Federal sobre Control de los Productos del Tabaco); la venta está condicionada por las políticas impositivas federal y provincial y por restricciones municipales a expendedores y máquinas; las limitaciones al consumo se establecen en la Non-Smokers' Health Act (Ley Federal sobre la Salud de los No Fumadores) y en distintos estatutos provinciales y ordenanzas municipales. Los gobiernos federal y provinciales ofrecen incentivos a los cultivadores de tabaco para que abandonen el cultivo de este y proporcionan a la población materiales infor-

mativos y educativos sobre programas para dejar de fumar. Todas estas actividades forman parte de la Estrategia Nacional para Reducir el Consumo de Tabaco, un marco de referencia desarrollado y suscrita por un amplio espectro de organizaciones de salud gubernamentales y nacionales.

La Estrategia Nacional se estableció en mayo de 1985 y pretende proteger a los no fumadores, prevenir el consumo de tabaco y facilitar el abandono del tabaquismo por los fumadores. Sus metas y objetivos a largo plazo, según la definición de su Comité Director (1988), son:

Meta Nº 1. Proteger la salud y los derechos de los no fumadores

Objetivo: Alcanzar, para el año 2000, una disminución de la proporción calculada de no fumadores expuestos al humo en el hogar y/o en el trabajo del porcentaje actual (1985) de 60 a 86% a menos de 40%. Los objetivos a corto plazo comprenden el aumento de las restricciones al humo de tabaco ambiental y alertar a los padres sobre los riesgos provocados por el humo de tabaco en sus hijos.

Meta Nº 2. Ayudar a los no fumadores a mantenerse libres de humo

Objetivo: Para el año 2000, reducir en un 30% la iniciación del tabaquismo entre los adolescentes de 12 a 19 años y en un 20% entre los jóvenes de 20 a 29 años. Los objetivos a corto plazo consisten en hacer que el no fumar sea la norma en la sociedad, controlar la publicidad y las ventas de los productos de tabaco y orientar los programas efectivos de educación de la población a los grupos destinatarios.

Meta Nº 3. Estimular y ayudar a los que quieren dejar de fumar

Objetivo: Para el año 2000, aumentar en un 50% el número de exfumadores y reducir en un 20% el consumo de tabaco por fumador. Los objetivos a corto plazo consisten en poner en marcha programas para dejar de fumar destinados a los grupos de alto riesgo y doblar el número de profesionales de salud y empresarios que favorezcan el cese del hábito.

En 1985, el Programa Nacional definió siete directrices estratégicas fundamentales, que han sido seguidas desde entonces y que son: legislación, acceso a la información, disponibilidad de servicios y programas, promoción de mensajes, respaldo a la acción ciudadana, coordinación de las

políticas intersectoriales y desarrollo de investigación/conocimientos.

Las medidas legislativas sobre el tabaco han sido ya brevemente descritas. El acceso a la información consiste en la producción y distribución de recursos educativos impresos, visuales y de otros tipos para mantener informada a la población sobre nuevos descubrimientos acerca de los peligros del tabaco. En febrero de 1989 se creó la National Clearinghouse on Tobacco and Health como centro de información; entre otras actividades, este organismo ha reunido una extensa guía de organizaciones e individuos de todo el país dedicados a obtener una sociedad sin tabaco; también distribuye información sobre programas para dejar de fumar y otros temas seleccionados (National Clearinghouse on Tobacco and Health 1989).

La disponibilidad de servicios y programas, destinados sobre todo a los grupos de más difícil acceso, ha sido tratada mediante la enseñanza impartida por personas homólogas y grupos de autoayuda comunitaria. La Clearinghouse sirve asimismo como importante fuente de información y creación de redes para este tipo de actividades.

La promoción de mensajes tiene por objeto crear mayor aceptación del no fumar como positivo, atractivo y socialmente deseable. Los mensajes se dirigen a grupos específicos, tales como los indígenas, las mujeres y los de habla francesa.

El respaldo de la acción ciudadana a través de la Estrategia Nacional significa estímulo y respaldo de la acción voluntaria, comunitaria, incluida investigación, apoyo, formación y creación de redes a través de becas y contribuciones destinadas específicamente a estos fines.

La coordinación de las políticas intersectoriales es un componente fundamental de la Estrategia Nacional; algunos de sus aspectos ya han sido comentados. Además de los esfuerzos de los organismos de atención de salud para reducir el consumo de tabaco, esta estrategia abarca medidas tales como el aumento de los impuestos sobre la compra de productos de tabaco, los incentivos financieros a los agricultores de tabaco para la sustitución de cultivos y la promulgación, por el Departamento de Trabajo, de lugares de trabajo libres de humo. Los organismos nacionales de salud de carácter voluntario también intervienen en la orientación de esta Estrategia Nacional.

La investigación y el desarrollo de conocimientos no solo se refieren a la continuidad y expansión de la vigilancia de la prevalencia del tabaquismo, sino también a mejorar los conocimientos sobre la economía de la industria tabacalera, la na-

turalidad de la adicción al tabaco y la evaluación de las medidas de prevención, promoción y cesación.

La Estrategia Nacional para Reducir el Consumo de Tabaco del Canadá tiene ya seis años. En la primavera de 1991 comenzó el trabajo para revisar su Declaración de Orientación, que es el documento clave del programa (Steering Committee 1989).

Restricciones a la publicidad

La provisión clave de la Ley de Control de los Productos de Tabaco (*Tobacco Products Control Act*), que cubre la publicidad y la promoción en todas sus formas, incluyendo el patrocinio de actividades, es que "ninguna persona anunciará producto alguno de tabaco para la venta en el Canadá" (Health and Welfare Canada 1988).

La nueva ley entró en vigor en enero de 1989. Previamente la transmisión de propaganda se había prohibido voluntariamente desde 1972, mientras que se suponía que la publicidad impresa era limitada en lo que se refiere a gastos en dólares y edades mínimas de los grupos a que iba dirigida. La industria tabacalera adoptó voluntariamente estas medidas para persuadir al Gobierno Federal de que no era necesario promulgar normas legales al efecto. Sin embargo, hacia mediados del decenio de 1980 resultaba evidente que este enfoque voluntario no funcionaba, y la nueva ley fue aprobada en 1988.

Las provisiones fundamentales de la Ley de Control de los Productos de Tabaco y de su normativa (Health and Welfare Canada 1989a, 1989b) son las siguientes:

- no habrá publicidad en medios impresos o electrónicos
- no habrá publicidad en vallas o carteles de tránsito a partir de enero de 1993
- no habrá concursos ni distribución gratuita de cigarrillos
- no se emplearán marcas comerciales de tabaco en artículos que no sean productos de tabaco
- el patrocinio de acontecimientos culturales o deportivos tendrá un valor en dólares igual al de 1987, y no se emplearán nombres de productos de tabaco asociados a los acontecimientos patrocinados
- todos los envases deben contener claramente marcadas las advertencias sobre salud y la declaración de componentes tóxicos, con inserción de prospectos en los envases de menor tamaño
- deben incluirse cuatro advertencias sobre sa-

lud, por orden rotatorio, en todos los envases de cigarrillos:

- FUMAR REDUCE LA ESPERANZA DE VIDA
- FUMAR ES LA CAUSA MAS IMPORTANTE DE CANCER DE PULMON
- FUMAR ES UNA CAUSA FUNDAMENTAL DE ENFERMEDADES DEL CORAZON
- FUMAR DURANTE EL EMBARAZO PUEDE SER PERJUDICIAL PARA EL NIÑO
- deben incluirse por orden rotatorio dos advertencias sobre salud en los envases de tabaco de pipa y cigarrillos:
 - ESTE PRODUCTO PUEDE PRODUCIR CANCER
 - ESTE PRODUCTO NO ES UNA ALTERNATIVA INOCUA A LOS CIGARRILLOS
- debe incluirse una advertencia sobre salud en todos los envases de tabaco sin humo:
 - ESTE PRODUCTO PUEDE PRODUCIR CANCER DE LA BOCA
- es obligatorio notificar al Gobierno:
 - los componentes de todos los derivados del tabaco y del correspondiente humo, tanto si son de origen doméstico como si son importados
 - el volumen de todos los derivados del tabaco manufacturados o importados
 - el valor monetario de los patrocinios

Aunque la nueva legislación exigía que las advertencias sobre salud "fueran legibles y estuvieran colocadas en lugar destacado y con colores prominentes" (Health and Welfare Canada 1989a), Imperial Tobacco, el mayor de los tres fabricantes nacionales de cigarrillos, gastó \$C10 millones en 1989 para diseñar los nuevos envases de modo que las advertencias en cuestión ofrecieran el menor impacto posible (Imasco 1990). La nueva normativa propuesta exigirá que los mensajes estén escritos en negro sobre blanco, o en blanco sobre negro, cualquiera que sea el color de los paquetes (Health Protection Branch 1990).

Casi inmediatamente después de la aprobación de la Tobacco Products Control Act, los tres grandes fabricantes del país iniciaron demandas contra la ley. El 26 de julio de 1991, el juez Jean-Jude Chabot, del Tribunal Supremo de la Provincia de Quebec, declaró que la ley era "ultra vires del Parlamento canadiense, puesto que infringe la jurisdicción provincial" (Quebec Superior Court 1991a). Declaró, además, que la ley era contraria al Canadian Charter of Rights and Freedoms y, en consecuencia, nula e inválida (Quebec Superior Court

1991a). El Gobierno del Canadá, representado por el Fiscal General, apeló la decisión citando 38 casos de error u omisión (Quebec Superior Court 1991b). Se espera que, en última instancia, sea el Tribunal Supremo del país el que deba legislar sobre el tema. Sin embargo, y hasta que ello ocurra, la Tobacco Products Control Act permanece en vigor.

Restricciones a la adquisición

Bajo la Federal Tobacco Restraint Act de 1908, la posesión de tabaco por los menores de 16 años constituye delito. Incluso aunque esta ley fuera aplicada, los castigos no serían de gran impedimento, puesto que no han cambiado desde que fueron establecidos en 1908. En determinadas provincias, los estatutos establecen una edad mayor para la compra de tabaco. En Ontario, por ejemplo, la edad mínima es de 18 años. La ciudad de Ottawa aprobó una norma en 1990 exigiendo la posesión de licencia a todos los minoristas de tabaco, incluyendo a los concesionarios de máquinas expendedoras (Ottawa, 1989). Estas medidas indican el creciente interés de la comunidad por restringir la venta a los menores.

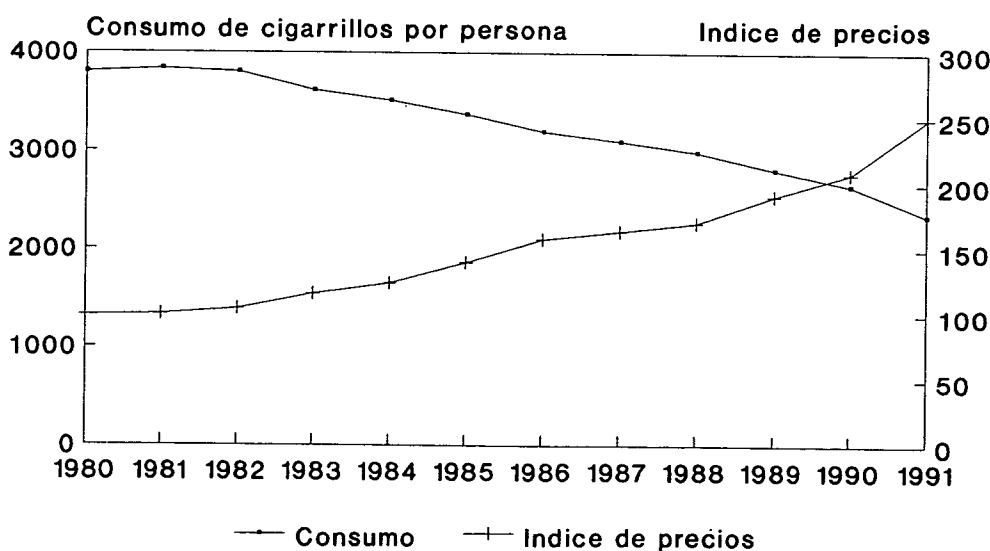
Una limitación mucho más importante para la adquisición de tabaco es la derivada de la política impositiva. Los impuestos sobre los cigarrillos son muy elevados (77% del precio total). El presu-

puesto federal más reciente ha elevado este impuesto en \$C0,03 (Department of Finance 1991). El incremento ha sido explícitamente definido por el Ministro de Hacienda como una medida de salud pública. Pese al aumento proporcional sufrido por el tabaco picado, su impuesto equivale a dos tercios del de los cigarrillos manufacturados (Department of Finance 1991). La provincia de Ontario abolió esta diferencia cambiando sus impuestos sobre el tabaco en 1990 (Canadian Cancer Society *et al.* 1991).

Se ha comprobado que, en los adultos, el descenso del consumo es proporcionalmente inferior al incremento impositivo (Ferrence *et al.* 1991) (Figura 6); sin embargo, en los adolescentes canadienses se ha producido una disminución que es proporcionalmente mayor. De hecho, Ferrence y colaboradores (1991) llegan a la conclusión de que "un aumento del 10% en el precio relativo de los cigarrillos (por encima de la inflación) produciría probablemente un descenso del 17% en el consumo per cápita de cigarrillos por los jóvenes de 15 a 19 años, una disminución en el consumo de tabaco de 14% y un descenso del 6% del consumo por fumador".

En el Canadá, los impuestos sobre el tabaco se han elevado en los últimos tiempos a un ritmo muy superior al de la renta real disponible. El índice de "precios efectivos" del tabaco era de 78,5 en 1991, aproximadamente igual al de mediados del decenio

Figura 6. Consumo de cigarrillos per cápita* y precios del tabaco, Canadá, 1980-1991



* Personas de 15 años y más
Se calcularon los datos para 1991.

de 1950, cuando la epidemia de tabaco alcanzaba su cenit, pero considerablemente mayor que el índice global de precios efectivos de 1980, el más bajo de todos los tiempos con un 34,6 (Canadian Cancer Society *et al.* 1990). En junio de 1991, los impuestos del cartón de 200 cigarillos pasaron de \$C32,75 a \$C43,43.

Más del 80% de las personas encuestadas en el otoño de 1989 respaldarían el aumento de los impuestos si podía demostrarse que ello reduciría en gran medida el tabaquismo entre los jóvenes. Era más probable el respaldo que la oposición por parte tanto de fumadores como de no fumadores (Canadian Cancer Society *et al.* 1990). Pese al respaldo de la población al aumento impositivo, la industria tabacalera inició una campaña en la primavera de 1991, consistente en promover las protestas de los fumadores ante el Primer Ministro por unos "impuestos injustos"; a estos efectos, las compañías tabacaleras proporcionaban tarjetas postales impresas que podían hallarse en el interior de los 25 millones de envases de cigarillos vendidos.

Restricciones al consumo

En 1988, el Parlamento aprobó la Non-smokers Health Act para proveer, bajo la jurisdicción federal, un entorno libre de humo en todos los centros de trabajo. Una ley revisada, reforzada y más fácil de aplicar entró en vigor en enero de 1990. Su cobertura se extiende no solo a los servicios públicos de ámbito federal, sino también a las compañías de la Corona y a las industrias que caen bajo la regulación federal, como las oficinas bancarias, compañías de seguros, transporte por carretera y las emisoras de radio y televisión. Si un centro de trabajo decide permitir el consumo de tabaco, deberá limitarlo exclusivamente al espacio destinado al efecto. Muchos centros de trabajo, incluyendo los 125 000 centros de servicios públicos federales, han decidido prohibir por completo dicho consumo. El Ministro de Trabajo ha respaldado esta prohibición. Tanto el consumo de tabaco como las quejas sobre el humo por parte de los trabajadores han disminuído notablemente a partir de la prohibición de fumar en los edificios del Gobierno Federal de 1986 (Millar 1988), con la consiguiente mejoría de la calidad del aire de los espacios cerrados (Collishaw 1990).

Se ha prohibido fumar en todos los vuelos de las compañías aéreas canadienses de hasta seis horas de duración y está previsto extender la prohibición a los vuelos internacionales más largos, hasta llegar a la prohibición total en julio de 1993.

Air Canada ha prohibido ya fumar en todos sus vuelos desde el 1 de octubre de 1990. También está prohibido fumar en los autobuses interurbanos, y las plazas de fumadores se limitan a la tercera parte en trenes y barcos (Non-Smokers' Health Act 1988; Non-Smokers' Health Act-Amendment 1989; Non-Smokers' Health Regulations 1989; Non-Smokers Health Regulations-Amendment 1990).

Casi todas las provincias canadienses han limitado el consumo de tabaco en los edificios gubernamentales (Ontario Government 1989) y la provincia de Ontario ha ampliado esta prohibición al sector privado (Proyecto de Ley 194). En muchos casos, sin embargo, se permite fumar en las áreas designadas al efecto y no se exige que estas tengan ventilación independiente (Mahood 1989).

A mediados de 1988, dos terceras partes de todos los residentes de Ontario habitaban en municipios con leyes contra el fumar (Ontario Intergovernmental Council on Smoking and Health 1989). Una encuesta de 1989 reveló asimismo que 114 municipios canadienses habían promulgado legislación de este tipo en aquellas fechas, lo que supone un aumento del 56% con respecto a 1987 y del 192% con respecto a 1986 (Calgary Health Services 1988). A mediados de 1988 (antes de la promulgación de la legislación de Ontario), 22 municipios habían incluido los centros de trabajo en sus ordenanzas sobre restricciones para fumar.

La naturaleza autónoma de las instituciones educativas implica que muchas veces están exentas del cumplimiento de las ordenanzas municipales. Una encuesta de 1990 sobre las escuelas reveló que el 58% de las mismas habían prohibido fumar y que otro 39% tenían prohibiciones parciales (Health Promotion Directorate n.d.). El 60% de las escuelas llevan a cabo programas de educación especial sobre el consumo de tabaco.

Educación y promoción de la salud

Tres aspectos de la Estrategia Nacional destacan la importancia de los enfoques educativos: el acceso a la información, la promoción de mensajes y la disponibilidad de servicios/programas (Steering Committee 1988). Los dos primeros están orientados hacia la población general; el tercero se refiere a la identificación y abordaje de los grupos de alto riesgo. Entre los ejemplos de las actividades de educación y promoción de la salud destacan:

- *Semana Nacional sin Tabaco*: Acontecimiento anual para reforzar la conciencia sobre los riesgos del tabaquismo y estimular a los fumadores a que dejen de fumar el "miércoles sin

hierba". Durante los últimos años, las campañas se han centrado en los grupos de alto riesgo, tales como las mujeres (1988) y los niños (1989 y 1990).

- *"Sin humo—Por una nueva generación de no fumadores"*: Recurso educativo destinado a los maestros de los niños de 3 a 6 años. Desarrollado conjuntamente por el Departamento Federal de Salud y la Sociedad Canadiense contra el Cáncer.
- *Programa "Campeonato Libérate"*: Está siendo desarrollado por el Departamento Federal de Salud como recurso educativo destinado a entrenadores y otros dirigentes deportivos de niños de 8 a 10 años.
- *Programa de Prevención PAL contra el tabaquismo*: Recurso de formación con ayuda de los compañeros, destinado a niños de 11 a 13 años, para desanimar la iniciación del fumar y favorecer su cese.
- *Campaña de publicidad "Libérate"*: Programa nacional en radio y televisión destinado a los adolescentes de 10 a 17 años.
- *"Los niños deciden pero los padres pueden facilitar la decisión"*: Folleto informativo destinado a los padres, destacando las propiedades adictivas del tabaco y la importancia de los padres como modelo a seguir.
- *Guías para dejar de fumar*: Información sobre la forma de elegir el programa más idóneo para dejar de fumar; destinado a los empresarios y a la población general.
- *Francophone Consultation*: Taller sobre la elevada prevalencia del tabaquismo en la población canadiense de habla francesa.

La educación es responsabilidad de las provincias y casi todos los niños canadienses reciben alguna forma de educación en salud, incluyendo información sobre los riesgos del tabaco y otras sustancias. Sin embargo, no todos los niños reciben esta educación a una edad lo bastante temprana como para desalentar el que comiencen a fumar; 61% recibe esta educación desde el primer hasta el séptimo grado, mientras que solo 35% estudia sobre salud en el 8º grado (de 12 a 13 años) (Trottier 1987).

Todavía no es posible valorar en su totalidad el impacto de las dos grandes leyes federales contra el tabaco, la Nonsmokers' Health Act y la Tobacco

Products Control Act, pero ya es posible hacer algunas observaciones (Collishaw 1990). El cultivo de tabaco sigue disminuyendo, pero el número de agricultores está disminuyendo a un ritmo más rápido que el área cultivada, haciendo que las fincas destinadas a esta producción sean menos y más grandes. Los cigarrillos importados (procedentes sobre todo de los EUA) todavía representan el 1% del mercado canadiense, en contra de los temores expresados por los fabricantes nacionales durante las audiencias legislativas. Ello puede ser debido a que los fumadores canadienses siguen prefiriendo sus marcas habituales o a que los fabricantes estadounidenses no desean informar al gobierno canadiense sobre el contenido de sus cigarrillos, como exige la ley. El patrocinio de acontecimientos culturales y deportivos prosigue, mientras que las casas editoras y las agencias de publicidad parecen haber encontrado otros anunciantes. Teniendo en cuenta que muchos periódicos canadienses voluntariamente habían cesado de aceptar anuncios sobre tabaco mucho antes de que entrara en vigor la prohibición, el impacto de los ingresos perdidos por esta causa es, probablemente, inferior a lo que muchos temían.

Actividades de grupos voluntarios y del sector privado

Como ya se ha comentado, en el Canadá existe una firme relación de trabajo entre el Gobierno federal, los departamentos de salud de las provincias y los grupos de voluntarios. Entre estos últimos, el más destacado es la Asociación pro Derechos de los No Fumadores. Dos de las organizaciones bajo su tutela son el Consejo Canadiense sobre Tabaquismo y Salud y el Consejo Interorganismos sobre Tabaquismo y Salud de Ontario, y ambas disponen, como miembros, de organismos gubernamentales y del sector privado. Además, existe una estrecha cooperación entre los sectores público y privado en la Estrategia Nacional para Reducir el Consumo de Tabaco en el Canadá, de la que forman parte las siguientes organizaciones:

- Sociedad Canadiense contra el Cáncer
- Consejo Canadiense de Tabaquismo y Salud
- Asociación Canadiense de Enfermedades Respiratorias
- Asociación Médica Canadiense
- Asociación Canadiense de Enfermeras
- Asociación Farmacéutica Canadiense
- Asociación Canadiense de Salud Pública

- Fundación Corazón y Hemorragia Cerebral del Canadá
- Médicos por un Canadá sin Humo.

Como organizaciones no gubernamentales con su propia importancia dentro de la comunidad profesional, algunos de estos grupos pueden presionar, y de hecho presionan, al Gobierno para que refuerze las medidas antitabáquicas. Así, los Ministros de Hacienda federal y de Ontario recibieron informes detallados respaldando el aumento de los impuestos sobre el tabaco en sus respectivos presupuestos (Canadian Cancer Society *et al.* 1990, 1991).

Influencia en las compras de tabaco

Dos de las grandes influencias no gubernamentales para restringir la compra de tabaco han sido el movimiento para prohibir la venta de cigarrillos en las farmacias y la negativa de muchos periódicos influyentes (antes de la aprobación de la Tobacco Products Control Act) a aceptar anuncios de tabaco.

En 1988, en las farmacias se vendía el 22%, aproximadamente, de los cigarrillos (ERC Statistics International 1988). La Asociación Farmacéutica Canadiense comenzó a promover el cese de estas ventas entre sus asociados, señalando la primera fase para terminar las ventas para abril de 1991 en la provincia de Quebec (Prensa canadiense 1991), seguida de Manitoba. Está previsto que las farmacias de Ontario terminen las ventas de productos de tabaco para 1993 (Sutter 1991). Si estas medidas fueran adoptadas y observadas por Quebec y Ontario, más de las dos terceras partes de los fumadores canadienses tendrían un recordatorio más sobre la incompatibilidad entre tabaquismo y salud. La mayor cadena de farmacias del Canadá, Shoppers' Drug Mart, se opone a la prohibición; esta cadena pertenece a la compañía principal de Imperial Tobacco (Imasco 1990).

La Asociación Médica Canadiense ha promovido también otras medidas destinadas a elevar la edad mínima para la compra de tabaco, a prohibir las máquinas expendedoras, a prohibir la venta a los menores de cigarrillos de caramelo u otros artículos que semejan el tabaco, y a aumentar las multas y reforzar el cumplimiento de la legislación que prohíbe la venta de tabaco a los menores (Canadian Medical Association 1991b). Los Médicos por un Canadá sin Humo defienden la promulgación de regulaciones más enérgicas y refuerzo del cumplimiento de la Tobacco Products Control Act, impuestos más altos sobre el tabaco y refuerzo de la Tobacco Restraint Act (Pipe *et al.* 1991).

Influencia en el consumo

La Asociación Médica Canadiense advirtió a la comunidad de salud contra la complacencia en la víspera de la promulgación de las dos leyes de 1988, y ha defendido la definición de objetivos claros para reducir el consumo de tabaco (Walters 1991). Los Médicos por un Canadá sin Humo consideran que "será la actividad política, más que la clínica, la que consiga triunfar frente a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo" (Pipe *et al.* 1991, págs. 138-139). Como ejemplo de su innovador enfoque para desanimar el consumo de tabaco, esta organización ha solicitado que se prohíba fumar en todos los restaurantes y comercios situados en locales alquilados en edificios que sean propiedad de médicos (Pipe *et al.* 1991).

La Asociación Médica Canadiense advierte a los médicos que deben prohibir fumar en las áreas destinadas a los pacientes y que deben desalentar el fumar de los pacientes en los hospitales; apoya ampliar la protección de los no fumadores del humo ambiental y ha prohibido fumar en todas sus reuniones de carácter oficial o social (Canadian Medical Association 1991b). También defiende un mayor papel del médico en la ayuda a los pacientes para que dejen de fumar (Walters 1991).

La mayoría de las compañías de seguros de vida continúan la práctica establecida de antaño de ofrecer tasas favorables a los no fumadores. Por ejemplo, una persona de 45 años que no fuma paga 30% menos por una cuota promedio de seguro de vida que una persona fumadora de la misma edad.

Educación y promoción de la salud

Aunque la coalición de salud creada en el Canadá ha mostrado una notable inventiva en las medidas tomadas para reducir el consumo de tabaco, sigue participando activamente en los programas públicos "tradicionales" de educación y promoción de la salud. Con frecuencia, esta tarea adquiere la forma habitual de distribución de folletos y manuales que describen los peligros de fumar. Sin embargo, realiza también numerosas actividades que exigen un nivel mayor de compromiso que la simple lectura. Entre los proyectos más innovadores se encuentran:

- *Línea telefónica para quienes quieren dejar de fumar:* Un número telefónico con llamada gratuita, al propio tiempo que se celebra la Semana Nacional sin Tabaco, para proporcionar información y asesoramiento básico a los que

quieren dejar de fumar (Consejo Canadiense de Tabaco y Salud).

- “Espacios sin humo”: Programa orientado inicialmente a las escuelas y ampliado después a otros centros, para estimular y reconocer los espacios carentes de humo de tabaco (Heart and Stroke Foundation of Canada).
- “Salta a la cuerda por tu corazón”: Actividad destinada a recaudar fondos para animar a los jóvenes a hacer gimnasia y llevar vidas saludables. (Heart and Stroke Foundation of Canada).
- “Charagraf”: Concurso de carteles antitabáquicos para los estudiantes de Quebec, en colaboración con Musique Plus (Much Music).

Naturaleza de los esfuerzos de control

Las dos características esenciales del esfuerzo canadiense para controlar el consumo de tabaco son la naturaleza global de la Estrategia Nacional y su calidad intersectorial.

Está justificado afirmar que la Estrategia es una estrategia global porque en ella se incluyen simultáneamente el cultivo, la publicidad, la adquisición y el consumo de tabaco. Solo el propio proceso de producción no está afectado por la Estrategia. Sin embargo, los enérgicos e incesantes esfuerzos de los grupos de presión en beneficio de los fabricantes de productos de tabaco indican que también se ejerce un impacto fuerte, aunque indirecto, sobre esta faceta.

La diversidad de las medidas destinadas a combatir el uso de tabaco respalda también la afirmación de que se trata de un programa total: se conceden incentivos a los agricultores para que abandonen el cultivo de tabaco, se ha legislado la prohibición de publicidad y restringido el patrocinio de eventos, se han producido fuertes incrementos impositivos en los dos últimos presupuestos federales, existen limitaciones legales al consumo en lugares públicos y muchos centros de trabajo privados, se hacen programas de educación en salud y promoción de la salud tanto para la población general como para los grupos de alto riesgo, así como programas específicos para los que desean dejar de fumar, se favorece la creación de un clima social tendente a desaprobado el tabaquismo, se han creado redes y recursos informativos como sostén de la campaña antitabáquica, las más importantes asociaciones voluntarias de salud se han constituido en grupos de presión que trabajan activa y constantemente para influir en el Gobierno, se ha

reducido el número de puestos de venta minorista de tabaco y se promueven la investigación y el desarrollo de nuevos conocimientos.

El aspecto global de la iniciativa se desprende también de la diversidad de los actores que trabajan conjuntamente para conseguir las metas de la Estrategia Nacional para Reducir el Consumo de Tabaco: distintos departamentos federales y provinciales, además de los directamente responsables de la salud pública, municipios, asociaciones voluntarias, grupos profesionales y numerosos empresarios privados. Casi todos ellos respaldan de modo explícito las metas de la Estrategia Nacional; muchos participan activamente en ella. Por tanto, sus esfuerzos sirven a la vez de mutuo complemento y refuerzo. Así pudo verse con gran claridad durante el debate sobre la Tobacco Products Control Act y la Non-smokers' Health Control Act; la coalición de salud mostró un frente unido y coherente tanto en sus presentaciones como en sus actividades como grupo de presión (Kyle 1989).

La naturaleza global y polifacética de los esfuerzos por controlar el consumo de tabaco hace más difícil valorar la efectividad de cada medida individual. Pese a ello, es posible hacer muchas observaciones importantes acerca de sus efectos así como suposiciones acerca de sus causas probables.

Fabricación. La producción de cigarrillos aumentó a un ritmo promedio anual de 2,8% entre 1971 y 1981, para descender después a un ritmo promedio de 3,7% anual hasta 1988. Por el contrario, la manufactura de tabaco picado comenzó a crecer en 1981, aunque ahora se ha invertido esta tendencia. Desde la introducción de la legislación federal a comienzos de 1989, la evolución de la manufactura indica que la producción de cigarrillos ha disminuído en un 9% en dos años. Una vez prohibida la publicidad, los beneficios de las compañías tabacaleras aumentaron como era de esperar (Collishaw 1990), pero es probable que se trate de un fenómeno de breve duración.

Publicidad. Al contrario de lo que ocurría durante la época de los controles voluntarios sobre la publicidad (1972 a 1988), los productos de tabaco son hoy mucho menos visibles en los medios de comunicación canadienses, por lo que los esfuerzos de comercialización orientados hacia los menores de edad son objeto de una preocupación relativamente menor, aunque sigan siendo objeto de ella. El patrocinio de los distintos eventos no ha desaparecido, aunque se haya hecho algo más discreto, puesto que las marcas comerciales no pueden aparecer ya en la publicidad de dichos eventos. Ahora bien, muchos de ellos son patrocinados por compa-

ñas recién creadas que llevan el mismo nombre que los productos de tabaco que venden, truco que soslaya el espíritu, si no la letra, de la Tobacco Products Control Act. La recesión económica de 1990 y 1991 ha reducido la filantropía empresarial en todas sus formas, por lo que resulta difícil valorar el impacto real de las limitaciones al patrocinio en la viabilidad de los deportes y de los grupos culturales.

Consumo. Las ventas de tabaco de 1990 fueron las más bajas registradas en un decenio, al igual que el número de cigarrillos por fumador y per cápita. El descenso de las ventas de cigarrillos en 1989 (7,8%) fue la caída anual más grande producida hasta la fecha. Estas cifras son coherentes con las tendencias de la producción y con los hallazgos de las encuestas de población. También coinciden con la introducción de la prohibición de la publicidad y las limitaciones al consumo (1 de enero de 1989). La disminución del consumo se ha producido casi al final de una década de creciente incremento del precio efectivo del tabaco, aunque preceden a los grandes aumentos impositivos de los presupuestos federales de 1990 y 1991. Los ingresos fiscales por tabaco son hoy más altos que nunca (se ha calculado en \$C6500 millones para 1991 [Department of Finance 1991]), pero es previsible que disminuyan al continuar bajando el consumo.

Calidad del medio ambiente. La prohibición de fumar en todos los edificios de oficinas del Gobierno Federal en enero de 1987 y las más amplias restricciones promulgadas en enero de 1989 han traído consigo una mejora, demostrada, de la calidad del aire (Millar 1988; Collishaw 1990). Es de esperar que también se produzcan mejoras en el ausentismo y la productividad, pero este aspecto no ha sido aún investigado. Según los datos preliminares de la Encuesta sobre Promoción de la Salud de 1990 (año siguiente a la instauración de nuevas restricciones al consumo en lugares públicos), el 57% de los fumadores afirmaban haber encontrado restricciones sobre los lugares o momentos en que podían fumar y el 88% de los mismos señalaba que estas restricciones habían logrado que fumaran menores cantidades diarias (Statistics Canada 1991d).

Actitudes sociales. Pese a la actitud generalmente negativa de la población frente al constante aumento de los impuestos, los canadienses han mostrado un alto grado de respaldo al aumento de los impuestos sobre el tabaco (Canadian Cancer Society *et al.* 1990). La población de Ontario ha demostrado también su aprobación a los esfuerzos de los grupos de presión tales como la Fundación Corazón y Hemorragia Cerebral. En una encuesta rea-

lizada a principios de 1990, el 66% de los adultos de esta provincia afirmaban que esta Fundación desempeñaba un papel "muy importante" al "presionar al Gobierno y a las empresas para que introduzcan cambios a fin de que las personas tengan menos probabilidades de sufrir problemas cardíacos o hemorragias cerebrales"; otro 23% dijo que era "bastante importante". (Stephens 1990). Las encuestas revelan también un alto grado de conocimiento popular sobre las campañas de educación pública efectuadas por el Gobierno Federal.

Pese a este éxito aparente, existen todavía ciertas áreas en las que sería necesario tomar nuevas medidas, particularmente de tipo legislativo. Muchas de ellas están siendo hoy objeto de debate (Pipe *et al.* 1991; Mahood 1989) y, como se ha dicho, la Declaración de Orientación está siendo revisada en la actualidad.

Venta a menores. Es necesario establecer nuevas restricciones, tales como elevar la edad mínima (para comprar cigarrillos) a 18 años en todas las jurisdicciones, así como limitar la licencia a los vendedores, aplicar la ley con más rigor, promulgar castigos más enérgicos para los que vendan tabaco a este grupo de población o vendan cigarrillos sueltos y controlar más estrictamente las máquinas expendedoras.

Advertencias sobre salud. Una regulación más explícita garantizaría mayor visibilidad de las advertencias impresas en los paquetes de cigarrillos. También serían necesarios mensajes adicionales sobre las propiedades adictivas del tabaco y la naturaleza nociva de la inhalación pasiva de humo.

Tratamiento impositivo. El aumento de los impuestos federales y provinciales sobre el tabaco en futuros presupuestos debería ser de magnitud similar al de los presupuestos de 1990 y 1991, destinando parte de la recaudación al control del contrabando. El tratamiento impositivo preferencial otorgado por el Gobierno Federal al tabaco picado debería desaparecer.

Consumo en centros de trabajo. En 1986 a nivel nacional, el 53% de la población trabajadora del Canadá afirmaba que se permitía fumar en su área inmediata de trabajo. La prevalencia del derecho a fumar en el área inmediata de trabajo oscilaba entre el 39% entre los profesionales y el 67% entre los trabajadores del transporte. Grandes porcentajes tanto de trabajadores (81%) como de fumadores (65%) favorecen la imposición de restricciones a fumar en los centros de trabajo (Millar y Bisch 1989). Sin embargo, las actuales limitaciones a fumar en los centros de trabajo establecidas en la provincia de Ontario deberían ser reforzadas. Por ser esta la

provincia más grande del Canadá, ello no solo significaría que con una sola medida quedaría cubierta la tercera parte de la población, sino que también constituiría un ejemplo a seguir para otras provincias.

Resumen y conclusiones

Tendencias del tabaquismo y las enfermedades

El tabaco continúa teniendo un terrible impacto sobre la salud de los canadienses. El tabaquismo es causante del 20% de todos los fallecimientos. Las causas más importantes de muerte y de pérdida de productividad están relacionadas con él y los costos de la atención de salud, mortalidad prematura y daños a la propiedad se elevan, cada año, a \$C9600 millones. Es poco probable que esta situación cambie de forma espectacular en un futuro próximo. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otros procesos crónicos han sido las principales causas de defunción en el Canadá desde hace algunas generaciones, y hay pocos datos que sugieran que ello vaya a cambiar, incluso considerando la perspectiva de un aumento de los fallecimientos debidos al SIDA. Es de prever que la cardiopatía isquémica continúe descendiendo, reflejando, presumiblemente, la menor prevalencia del tabaquismo así como los progresos alcanzados en la alimentación y la mayor frecuencia de ejercicio físico (Stephens y Craig 1988). El cáncer de pulmón posiblemente ha comenzado a descender en el caso de los hombres, como se había previsto (Semenciw *et al.* 1989), pero todavía no hay señal alguna de que haya alcanzado su punto culminante en las mujeres. Estas diferencias según los sexos suelen atribuirse a que el tabaquismo alcanzó primero su máximo valor en los hombres que en las mujeres. Se sabe que la prevalencia del tabaquismo en las mujeres canadienses comenzó a descender más tarde, pero a veces se olvida que la curva de consumo masculina muestra una pendiente mucho más abrupta.

Las proyecciones sobre la prevalencia del tabaquismo en el año 2010, basadas en el seguimiento durante 15 años de unas tendencias muy constantes, indican que, durante los próximos años, el tabaquismo será mucho más común entre las mujeres que entre los hombres, y que la línea divisoria entre los sexos se ampliará considerablemente con el paso del tiempo. Estas proyecciones, que suponen la prolongación de las tendencias anteriores, indican que casi el 20% de la población femenina

adulta canadiense continuará fumando dentro de 20 años. Tal vez se trate de proyecciones demasiado pesimistas, puesto que están basadas en los comportamientos mostrados durante un período en el que las compañías tabacaleras habían orientado su publicidad hacia los jóvenes de ambos sexos. Esta publicidad está prohibida por ley desde hace más de dos años, pero es todavía demasiado pronto para poder valorar su impacto en el comportamiento de los fumadores. Otras medidas tendentes a desincentivar el consumo, puestas en práctica bajo la Estrategia Nacional para Reducir el Consumo de Tabaco en el Canadá, son también demasiado recientes para haber tenido impacto identificable alguno sobre las tendencias del consumo.

La calidad global, polifacética e intersectorial de la Estrategia Nacional del Canadá hace que sea muy difícil valorar por separado cada una de las medidas tomadas. Los impuestos sobre el tabaco han ido aumentando de manera constante desde hace una década, mientras que el consumo ha ido descendiendo (Figura 6). Resulta difícil analizar estos datos sin llegar a la conclusión de que existe una fuerte relación causal entre ambos fenómenos: a) las caídas del consumo aparecen tras los aumentos de los impuestos; b) existe a veces una breve recuperación del consumo, cuando los fumadores se acostumbran al nuevo impuesto; c) los fabricantes de tabaco se oponen enérgicamente a la subida de los impuestos; d) parece existir una relación "dosis-respuesta", dado que las caídas del consumo son proporcionales al aumento de los impuestos; e) los patrones de consumo de los distintos productos de tabaco han cambiado como respuesta a los distintos incrementos impositivos, y f) los que acaban de dejar de fumar afirman que el mérito (o la culpa) de su cambio es de los nuevos impuestos.

Las asociaciones de salud profesionales y voluntarias más importantes han dado todo su respaldo a los incrementos impositivos. En el presupuesto federal de 1991, estos incrementos se definían por primera vez como medidas de salud pública. Los datos obtenidos en las encuestas e incluso, en determinadas circunstancias, el respaldo de los fumadores han sido mencionados como indicadores del amplio apoyo del sector público a estas medidas. Resulta evidente que la población se opone al consumo de tabaco en los locales públicos y que respaldaría nuevas restricciones. Todavía no resulta evidente, sin embargo, que la población comprenda los costos económicos que para la sociedad supone esta forma de consumo. En el ambiente actual, es probable que esta comprensión llevara a

exigir nuevas limitaciones en los entornos público y privado.

La pregunta más importante en este momento, a la hora de definir una política, se refiere al impacto de nuevos incrementos impositivos. Por una parte, es probable que el consumo continúe disminuyendo, pero también es posible que el ritmo de descenso disminuya proporcionalmente al aumento de los impuestos, si los fumadores que aún sigan siéndolo se convierten en un grupo cada vez más intransigente. Sin embargo, incluso en este caso, es muy probable que los futuros incrementos impositivos sean tan eficaces como los pasados a la hora de desincentivar a los posibles nuevos fumadores. Aunque solo fuera por esta razón, estaría justificado seguir incrementando las tarifas, aunque puedan pasar muchos años hasta que consigan el efecto que de ellas se pretende, eliminar el tabaquismo, si los actuales fumadores se adaptan al igual que han hecho los fumadores del pasado.

Mientras tanto, parece que, desde un punto de vista político, sería a la vez prudente y eficaz dirigir parte de la recaudación así obtenida hacia programas para dejar de fumar. De esta manera tal vez se consiga anular la oposición de los fumadores a los nuevos impuestos, contribuyendo a la vez a reducir la prevalencia global del tabaquismo. También podría ser conveniente dirigir parte de la recaudación a una mayor vigilancia de las infracciones comerciales y del contrabando.

Progreso hacia los objetivos nacionales a corto plazo

Incrementar las limitaciones a la emisión de humo de tabaco. La *Non-Smokers' Health Act* ha limitado eficazmente el fumar en los centros de trabajo bajo control federal a partir de 1989, pero la inmensa mayoría de la población trabajadora se halla fuera del ámbito de esta legislación. Los estatutos provinciales y las ordenanzas municipales o son demasiado débiles o no existen, y se desconoce hasta qué punto se aplica la ley.

Establecer el no fumar como norma social. Puesto que menos de la tercera parte de la población adulta fuma, resulta evidente que el no fumar es la norma, desde el punto de vista estadístico. No se dispone de datos nacionales para saber si la población está consciente de este hecho, pero el amplio respaldo popular a las medidas restrictivas indica que, al menos, la población ha adoptado la norma de no fumar en público. No hay pruebas que permitan suponer que la población se opone a todas las

formas de tabaquismo, o que conoce el costo para la hacienda pública.

Control de la publicidad y tasas. La promulgación de la Tobacco Products Control Act y su normativa ha cambiado claramente la modalidad de la publicidad del tabaco en el Canadá. Aunque ciertas restricciones no entrarán en vigor sino dentro de dos años, las formas más visibles de publicidad han desaparecido ya. Todavía no se sabe si, al finalizar esta época de recesión económica, el patrocinio de los acontecimientos culturales y deportivos aumentará o no. El progreso en cuanto al control de la venta, sobre todo a los menores, es mucho menos evidente; para ello sería claramente necesario reforzar la Tobacco Restraint Act, que en la actualidad está siendo estudiada por el Gobierno Federal.

Educación directa de grupos específicos. Los no fumadores jóvenes, las mujeres, las poblaciones indígenas y los canadienses de origen francés han sido identificados como grupos a los que se dirige la Estrategia Nacional para Reducir el Consumo de Tabaco. Tanto el Gobierno como el sector voluntario han diseñado algunos programas innovadores para llegar hasta la juventud a través de sus contemporáneos, sus maestros y sus entrenadores, pero los programas destinados a los otros grupos siguen siendo la excepción más que la regla.

Proporcionar programas para dejar de fumar destinados a los grupos de alto riesgo. Los empresarios y otras personas interesadas tienen actualmente fácil acceso a las guías de recursos y otros materiales educativos que incentivan a los fumadores para que dejen de fumar, a través de la National Clearing House on Tobacco and Health, de financiación federal y del Canadian Council on Smoking and Health. Sin embargo, todavía resulta difícil, evidentemente, llegar a los grupos de alto riesgo, considerando la amplitud de la exposición pasiva al humo ajeno por parte de los trabajadores del sector de servicios y obreros manuales.

Duplicar la promoción del abandono del tabaquismo. No se dispone de datos sobre las tendencias que permitan valorar el progreso hacia el objetivo de duplicar el número de profesionales de la salud y empresarios que incentiven el abandono del tabaquismo, pero teniendo en cuenta la clara posición de la Asociación Médica Canadiense y otras asociaciones profesionales, así como la gran demanda de materiales para dejar de fumar que existe, es previsible que dicha promoción aumentará.

Activo y pasivo del consumo de tabaco

El costo económico que para la salud y la propiedad supone el consumo de tabaco pudo cuantifi-

carse en un total de \$C9600 millones de dólares en 1989. Esta suma, con ser grande, es un cálculo conservador, pues ignora varios costos importantes que no son fáciles de determinar. Entre ellos se encuentran los costos de la atención de las enfermedades secundarias a la exposición al humo ambiental del tabaco, la productividad perdida por efecto de la exposición al humo de colegas y familiares, los daños a las propiedades y costos de mantenimiento debidos al humo del tabaco, los costos de la vigilancia del cumplimiento de la ley y la recaudación de los impuestos, y el seguimiento del tabaquismo y la investigación sobre sus consecuencias por el Gobierno y el sector voluntario.

Aunque la cifra de \$C9600 millones no valora en su totalidad los costos producidos por el consumo de tabaco en el Canadá, es un costo que no queda totalmente cubierto por las recaudaciones fiscales. En 1989, los fumadores gastaron \$C8200 millones en su hábito, generando \$C5500 millones en impuestos. Si se incluyen los impuestos sobre la renta y la propiedad de los fabricantes de tabaco (Cuadro 11), se obtiene un total de \$C5600 millones, suficiente solo para cubrir el 58% de los costos sociales del tabaquismo, con un déficit de \$C4000 millones. Incluso tras el último incremento impositivo, y suponiendo que no se producirán cambios en los costos generados por el tabaquismo, en 1991 el déficit sumaría \$C3200 millones.

En el Canadá no ha habido un gran debate público sobre los costos netos del tabaquismo, en parte porque muchos de sus componentes básicos

Cuadro 11. Costos e impuestos debidos el tabaquismo, Canadá, 1989

Costos		\$C9.6 mil millones
Costos de salud y en relación con años a la propiedad	9,5	
Participación de fabricantes, mayoristas y minoristas en los gastos de los consumidores de tabaco	0,1	\$C2.7 mil millones
Impuestos		\$C5.6 mil millones
Al tabaco de los fumadores	5,5	
A los ingresos y a la propiedad de los fabricantes	0,1	

no eran conocidos. Este conocimiento, en vista del creciente aumento de los costos de salud, los déficits presupuestarios y la resistencia a nuevos aumentos generales de los impuestos, llevaría, muy probablemente, a respaldar nuevas y enérgicas medidas para coartar el consumo de tabaco en el país.

En resumen, el Canadá disfruta de uno de los programas nacionales de prevención y control del tabaquismo más completos, y presumiblemente más eficaces, del mundo. Se han identificado ciertas lagunas del mismo, pero las medidas legislativas, políticas y educativas actualmente en marcha pueden servir como base sobre la que construir estrategias eficaces adicionales. El futuro impacto del tabaquismo sobre la enfermedad será una valiosa medida del rendimiento de las intervenciones que hoy se llevan a cabo, con buena intención pero sin pruebas experimentales estrictas de que sean efectivas. En muchos aspectos, el Canadá sirve como el laboratorio mundial para demostrar la eficacia de las múltiples actividades que constituyen el fundamento actual de la práctica de la salud pública en lo que a prevención y control del tabaquismo se refiere.

Referencias

- AGRICULTURE CANADA. *Evaluation of the Tobacco Diversification Plan (Tobacco Transition Adjustment Initiative and Alternative Enterprise Initiative) Executive Report*. Ottawa: Agriculture Canada, Audit and Evaluation Branch, Program Evaluation Division, 6 de diciembre de 1990.
- ARRAIZ, G.A. Mortality patterns from 1931 to 1986 of Canadians aged 35 to 64. *Chronic Diseases in Canada* 10(2): 25-27, 1989.
- ARRAIZ, G.A. y WONG, T. Recent incidence and mortality trends of some diseases among females in Canada. *Chronic Diseases in Canada* 11(2):22-24, 1990.
- BANCO MUNDIAL. *The World Bank Atlas 1989*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1989.
- BEST, E.W.R., JOSIE, G.H., y WALKER, C.B. A Canadian study of mortality in relation to smoking habits—A preliminary report. *Canadian Journal of Public Health* 52: 99-106, 1961.
- BISCH, L., LEE, K. y MARK, E. Major causes of death, Canada, 1989. *Chronic Diseases in Canada* 10(2):22-24, 1989.
- BODDEWYN, J.J. Evidentiary submission of Jean J. Boddewyn, Ph.D., Professor of Marketing/International Business before the Legislative Committee of the House

of Commons considering Bill C-51 on behalf of the Canadian Tobacco Manufacturers' Council. Enero 20 de 1988.

CALGARY HEALTH SERVICES. *Smoking By-laws in Canada 1988*. Calgary, Alberta: City Health Department, 1988.

CANADA HEALTH MONITOR. *Highlights Report, Survey #5*. Toronto: Earl Berger/Price Waterhouse, 1991.

CANADIAN CANCER SOCIETY (ONTARIO DIVISION), CANADIAN ONCOLOGY SOCIETY, HEART AND STROKE FOUNDATION OF ONTARIO, ONTARIO LUNG ASSOCIATION, NON-SMOKERS' RIGHTS ASSOCIATION, ONTARIO COUNCIL ON SMOKING AND HEALTH, PHYSICIANS FOR A SMOKE-FREE CANADA. *Health-Oriented Policy Options on Tobacco Tax in the 1991 Ontario Budget*. A submission to the Treasurer of Ontario, the Honourable Floyd Laughren. Enero de 1991.

CANADIAN CANCER SOCIETY, CANADIAN COUNCIL ON SMOKING AND HEALTH, CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, HEART AND STROKE FOUNDATION OF CANADA, NON-SMOKERS' RIGHTS ASSOCIATION, PHYSICIANS FOR A SMOKE-FREE CANADA. *Sustaining a Successful Policy: The Treatment of Tobacco Taxation in the 1991 Federal Budget*. A submission to the Minister of Finance, the Honourable Michael Wilson. Diciembre de 1990.

CANADIAN COUNCIL ON SMOKING AND HEALTH. Tobacco Regulations. *CCSH Smoking or Health Update*, primavera de 1989.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. OMA throws support behind pharmacies that ban tobacco. *Canadian Medical Association Journal* 144 (6):742, 1991a.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Smoking and health: 1991 Update (CMA Policy Summary). *Canadian Medical Association Journal* 144 (2):232a-b, 1991b.

CANADIAN PRESS. Québec drugstores move to ban tobacco. *The Globe and Mail*, 20 de febrero de 1991.

CANADIAN TOBACCO MANUFACTURERS' COUNCIL. *Correspondence between Health and Welfare and the Tobacco Manufacturers*. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, Vol. 23, 23 de noviembre de 1989, Exhibit AG-75.

CANADIAN TOBACCO MANUFACTURERS' COUNCIL. *Tobacco in Canada 1989*. Ottawa: Canadian Tobacco Manufacturers' Council, abril de 1990.

CANADIAN TOBACCO MANUFACTURERS' COUNCIL. *Tobacco in Canada 1990*. Ottawa: Canadian Tobacco Manufacturers' Council, abril de 1991.

COLLISHAW, N.E. *Monitoring Effectiveness of Canada's Health-oriented Tobacco Policies*. Presented to the National

Workshop on Smoking and Health, Halifax, Nova Scotia, 21 de septiembre de 1990.

COLLISHAW, N.E., LEAHY, K. Mortality attributable to tobacco use in Canada, 1989. *Chronic Diseases in Canada* 12(4):46-49, 1991.

CONSULTATION, PLANNING AND IMPLEMENTATION COMMITTEE. *Directional Paper of the National Program to Reduce Tobacco Use in Canada*. Ottawa, junio de 1987.

DEPARTMENT OF FINANCE. Budget Speech, delivered in the House of Commons by the Honourable Michael H. Wilson, Minister of Finance, abril de 1989.

DEPARTMENT OF FINANCE. The Budget—tabled in the House of Commons by the Honourable Michael H. Wilson, Minister of Finance, 26 de febrero de 1991.

DUMAS, J. *Report on the Demographic Situation in Canada 1989. Current Demographic Analysis*. Statistics Canada Catalogue No. 91-209E, 1990.

ELIANY, M., GIESBRECHT, N., NELSON, M., WELLMAN, B., WORTLEY, S. (eds.). *National Alcohol and Other Drugs Survey 1989: Highlights Report*. Health and Welfare Canada, Catalogue No. H39-175/1990E, 1990.

ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. *Encyclopedia Britannica World Data Annual 1990*. Chicago: Encyclopedia Britannica, 1990.

ENVIRONICS RESEARCH GROUP LTD. *Awareness of Health Hazards Due to Smoking*. Report prepared for the Canadian Council on Smoking and Health, 1990a.

ENVIRONICS RESEARCH GROUP LTD. *Public Attitudes toward a New Tobacco Tax*. Report prepared for the Canadian Council on Smoking and Health, 1990b.

EPP, JAKE. *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1986.

ERC STATISTICS INTERNATIONAL LIMITED. *The World Cigarette Market—The 1988 International Survey*. Volume 1, 1988.

FENNELL, P.J. Opening Statement to the Legislative Committee on Bill C-51 by P.J. Fennell, President and C.E.O., Rothmans, Benson & Hedges Inc., and Chairman, Canadian Tobacco Manufacturers' Council. Enero 20 de 1988a.

FENNELL, P.J. *Proceedings of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Senate of Canada, 33rd Parliament, 2nd Session, 22 de junio de 1988b*.

FERRENCE, R.G. *Trends in Tobacco Consumption in Canada 1900-1987*. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney

- General of Canada, Quebec Superior Court, vol 46, 14 de marzo de 1990, Exhibit AG-188.
- FERRENCE, R.G., GARCIA, J.M., SYKORA, K., COLLISHAW, N.E., FARINON, L. Effects of Pricing on Cigarette Use among Teenagers and Adults in Canada 1980-1989. Febrero de 1991. Mimeografiado.
- FIRE COMMISSIONER OF CANADA. *Fire Losses in Canada: 1989 Annual Report*. Ottawa: Supply and Services Canada, Catalogue No. W51-1989, 1989.
- GALLUP CANADA, INC. *Final Report on a Survey of Canadians' Knowledge of and Attitudes toward the Harmful Effect of Smoking*. Prepared for the Canadian Cancer Society, 20 de octubre de 1988.
- GOLDFARB CONSULTANTS. *Public Attitudes towards Bill C-51*. Marzo de 1988.
- HARRIS, J.E. *Supplementary Report by Dr. Jeffrey E. Harris, M.D., Ph.D.*, March 11, 1990. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, Vol. 52, 27 de marzo de 1990, Exhibit AG-197.
- HEALTH PROMOTION DIRECTORATE, HEALTH AND WELFARE CANADA. *Survey of Smoking Policies in Canadian Schools*. Fact Sheet, n.d.
- HEALTH PROMOTION STUDIES UNIT. *Evaluative Summaries for the 1983-84 Health Promotion Directorate Media Campaigns*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1985.
- HEALTH PROTECTION BRANCH. Proposed amendments to the tobacco products control regulations. *Information Letter No. 776*, Marzo 1 de 1990.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. *Tobacco Products Control Act: 35-36-37, Elizabeth II*, Ch. 20. 28 de junio de 1988.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. Tobacco products control regulations. *Canada Gazette Part II*, Vol. 123, No. 2, SOR 89-21, 18 de enero de 1989a.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. Tobacco products control regulations—Amendment. *Canada Gazette Part II*, Vol. 123, No. 11, SOR 89-248, 24 de mayo de 1989b.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. *Report of the Canadian Blood Pressure Survey*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1989c. (Catalogue No. H39-143/1989E).
- HEALTH AND WELFARE CANADA. *National Health Expenditures in Canada, 1975-1987*. Ottawa: Health and Welfare Canada, Catalogue No. H21-99/1990E, 1990.
- HOOVER, J., MCDERMOTT, R., HARTSFIELD, T. The prevalence of smokeless tobacco use in native children in northern Saskatchewan. *Canadian Journal of Public Health* 81:350-352, 1990.
- HUM, L., SEMENCIW, R. Mortality patterns in Canada, 1988. *Chronic Diseases in Canada* 12(2):16-19, 1991.
- IMASCO LIMITED. *Annual Report 1989*. Montreal: Imasco Limited, 1990.
- IMASCO LIMITED. *Annual Report 1990*. Montreal: Imasco Limited, 1991.
- IMPERIAL TOBACCO LIMITED. *Fiscal '80 Media Plans—Phase I*. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, Vol. 6, 2 de octubre de 1989a, Exhibit ITL-13.
- IMPERIAL TOBACCO LIMITED. *Player's Filter '81 Creative Guidelines*. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, Vol. 8, 4 de octubre de 1989b, Exhibit AG-35.
- IMPERIAL TOBACCO LIMITED. *Domestic Operating Expense Summary. Fiscal Years (Apr-Mar) 1982 through 1987*. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, vol 65, 8 de junio de 1990a, Exhibit AG-30b.
- IMPERIAL TOBACCO LIMITED. *The Canadian Tobacco Market at a Glance, 1989*. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, vol 65, 8 de junio de 1990b, Exhibit AG-31.
- IMPERIAL TOBACCO LIMITED. *Domestic Advertising Expense Summary. Fiscal years (Apr-Mar) 1982 through 1987*. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, vol 65, 8 de junio de 1990c, Exhibit AG-30a.
- INDOORAIR *Newsletter*. Otoño de 1988.
- KAISERMAN, M.J., ALLEN, T.A. Trends in Canadian tobacco consumption, 1980-1989. *Chronic Diseases in Canada* 11(4):54-55, 1990.
- KAISERMAN, M.J., COLLISHAW, N.E. Trends in Canadian tobacco consumption, 1980-1990. *Chronic Diseases in Canada* 12(4):50-52, 1991.
- KAISERMAN, M.J., DUCHARME-DANIELSON, C. Global per capita consumption of manufactured cigarettes—1989. *Chronic Diseases in Canada* 12(4):56-60, 1991.
- KOZLOWSKI, L.T., COAMBS, R.B., FERRENCE, R.G., ADLAF, E.M. Preventing smoking and other drug use: let the buyers beware and the interventions be apt. *Canadian Journal of Public Health* 80(6):452-456, 1989.
- KPMG PEAT MARWICK THORNE. The smuggling of U.S. manufactured and Canadian duty-free cigarettes into Canada and inter-provincial smuggling. 5 de marzo de 1990. Mimeografiado.
- KPMG PEAT MARWICK THORNE. The smuggling of U.S. manufactured and Canadian duty-free cigarettes into Canada and inter-provincial smuggling: An update. Marzo de 1991.

- KYLE, K. *Beyond the Medical Model—Reflections on Public Health Advocacy in Canada*. Presented to the First National Conference on Chronic Diseases in Canada, Toronto, Toronto, abril de 1989.
- LACASSE, F., RAYNAULD, A. The economic analysis of advertising—the economic impact of Bill C-51. Diciembre de 1987. Mimeografiado.
- LETOURNEAU, G. *Francophones and Smoking*. Ottawa: Health and Welfare Canada, Catalogue number H39-157/1989E, 1989.
- LIBRARY OF PARLIAMENT. *Bill C-51, The Tobacco Products Control Act—Summary of Evidence and Submissions*, Ottawa, 1988.
- MAHOOD, G. Ontario's bill to control smoking in the workplace worthless. *The London Free Press*, 9 junio de 1989.
- MAO, Y., MORRISON, H., NICHOL, R., PIPE, A. y WIGLE, D. The health consequences of smoking among smokers in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 79: 388-391, 1988.
- MILLAR, W.J. Smoking prevalence among Canadian adolescents: a comparison of survey estimates. *Canadian Journal of Public Health* 76:33-37, 1985.
- MILLAR, W.J. Evaluation of the impact of smoking restrictions in a government work setting. *Canadian Journal of Public Health* 79(5):379-382, 1988a.
- MILLAR, W.J. *Smoking Behaviour of Canadians 1986*. Ottawa: Health and Welfare Canada, Catalogue number H39-66/1988E, 1988b.
- MILLAR, W.J. The use of chewing tobacco and snuff in Canada, 1986. *Canadian Journal of Public Health* 80:131-135, 1989.
- MILLAR, W.J. *Smoking Behaviour of Canadian Ethnic Groups*. Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information. A report submitted to Health and Welfare Canada.
- MILLAR, W.J., BISH, L. Smoking in the workplace 1986: Labour Force Survey estimates. *Canadian Journal of Public Health* 80:261-265, 1989.
- MILLAR, W.J., HUNTER, L. The relationship between socioeconomic status and household smoking patterns in Canada. *American Journal of Health Promotion* 5(1):36-43, 1990.
- MILLAR, W.J., HUNTER, L. Household context and youth smoking behaviour: Prevalence, frequency and tar yield. *Canadian Journal of Public Health* 82:83-85, 1991.
- MILLAR, W.J., PETERSON, J. *Tobacco use by youth in the Canadian Arctic*. Ottawa: Health and Welfare Canada, Catalogue Number H39-140/1989E, 1989.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE OF CANADA. *Canadian Cancer Statistics 1990*. Toronto: National Cancer Institute, 1990.
- NATIONAL CLEARINGHOUSE ON TOBACCO AND HEALTH. *Fact Sheet Series: Children and Tobacco*, noviembre de 1989.
- NON-SMOKERS' HEALTH ACT. 35-36-37 Elizabeth II, Ch. 21. 28 de junio de 1988.
- NON-SMOKERS' HEALTH ACT—AMENDMENT. 38 Elizabeth II, Ch. 7. 29 junio de 1989.
- NON-SMOKERS' HEALTH REGULATIONS. *Canada Gazette Part II*, 124 (1), SOR/90-21, 14 de diciembre de 1989.
- NON-SMOKERS' HEALTH REGULATIONS AMENDMENT. *Canada Gazette Part II*, 124 (13), SOR/90-335, 8 de junio de 1990.
- NON-SMOKERS' RIGHTS ASSOCIATION. *A Catalogue of Deception: The Use and Abuse of Voluntary Regulation of Tobacco Advertising in Canada*. A report for submission to the Honourable Jake Epp, January 1986. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, Vol. 28, 23 de noviembre de 1989, Exhibit AG-74.
- NON-SMOKERS' RIGHTS ASSOCIATION. *Canadian Tobacco Taxes per 200 grams of Fine-Cut Tobacco*, junio de 1991.
- ONTARIO FLUE-CURED TOBACCO GROWERS' MARKETING BOARD. *1990 Annual Report*. 1990.
- ONTARIO GOVERNMENT. A comparative overview of smoking restriction policies in Canadian provincial and territorial jurisdictions. Ontario Government Press Release, 1989.
- ONTARIO INTERAGENCY COUNCIL ON SMOKING AND HEALTH. Non-smoking bylaws in Ontario: a survey. *Ontario Interagency Council on Smoking and Health* Otoño-invierno de 1988, p. 1.
- ONTARIO MINISTRY OF AGRICULTURE AND FOOD. *Agricultural Handbook*. Toronto: Ministry of Agriculture and Food, 1984.
- ONTARIO PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. OPHA writes to Ontario College of Pharmacists. *OPHA News* 3 (3), 1991.
- OTTAWA (CORPORATION OF THE CITY OF). *Retail Sale of Tobacco, Cigars or Cigarettes*. By-law No. L-6, Schedule 26, octubre de 1989.
- PIPE, A., WALKER, J., ESDAILE, D. Canadian physicians and tobacco. *Canadian Medical Association Journal* 144 (2):137-139, 1991.
- POIRIER, P. Tobacco thefts likely to rise, police predict. *Globe and Mail*, 18 de febrero de 1991.

- PRICE WATERHOUSE PROJECT TEAM. Quota Subcommittee of the Tobacco Advisory Committee, *Tobacco Quota Study—Final Report*. Ottawa: Price Waterhouse, 21 de noviembre de 1989.
- QUEBEC SUPERIOR COURT. RJR-Macdonald vs. the Attorney General of Canada and the Attorney General of Quebec. #500-05-009755-883, 1991a.
- QUEBEC SUPERIOR COURT. The Attorney General of Canada vs RJR-Macdonald Inc. #500-05-009755-883, 1991b.
- ROGERS, B. Reported disability experience in relation to cigarette smoking on the Canada Health Survey (1978-79). *Chronic Diseases in Canada* 5(4):83-85, 1985.
- ROOTMAN, I., WARREN, R., STEPHENS, T. y PETERS, L. (eds.). *Canada's Health Promotion Survey Technical Report*. Ottawa: Health and Welfare Canada, Catalogue Number H39-119/1988E, 1988.
- SCHULTZ, J.M., NOVOTNY, T.E. y RICE, D.P. Quantifying the disease impact of cigarette smoking with SAM-MEC II software. *Public Health Reports* 106 (3):326-333, 1991.
- SEMENCIW, R., HILL, G., MAO, Y. y WIGLE, D. Chronic disease mortality trends to the year 2000. *Chronic Diseases in Canada* 10(3):44-49, 1989.
- SEYMOUR, C.M. Tobacco-products industry. In Marsh, J.H. (ed.). *The Canadian Encyclopedia*, 2nd Edition, Edmonton: Hurtig Publishers, 1988.
- SPASOFF, R.A. (Chairman, Panel on Health Goals for Ontario). *Health for All Ontario*. Toronto: Ontario Ministry of Health, 1987.
- SPITZER, MILLS & BATES LTD. *The Player's Family—A Working Paper*, prepared for Imperial Tobacco Ltd., March 25, 1977. From RJR-MacDonald Inc. vs the Attorney General of Canada, Quebec Superior Court, vol 8, October 4, 1989, Exhibit AG-33.
- STATISTICS CANADA. *Tobacco Products Industries*, Statistics Canada, Cat. No. 32-225 Annual, 1973.
- STATISTICS CANADA. *Tobacco Products Industries*, Statistics Canada, Cat. No. 32-225 Annual, 1984.
- STATISTICS CANADA. *Canada Handbook*. Statistics Canada, Catalogue No. CS11-403-1986E, 1986a.
- STATISTICS CANADA. *Longevity and Historical Life Tables, 1921-1981 (Abridged)*, Canada and the Provinces. Statistics Canada, Catalogue No. 89-506, 1986b.
- STATISTICS CANADA. *Agriculture Census, Canada 1986*. Statistics Canada, Catalogue No. 96-102, 1987a.
- STATISTICS CANADA. *Summary of Canadian International Trade*. Statistics Canada, Catalogue No. 65-001, 1987b.
- STATISTICS CANADA. *Agriculture Economic Statistics*. Statistics Canada, Catalogue No. 21-603, 1987c.
- STATISTICS CANADA. Hospital Morbidity. *Health Reports* 1 (2) Supplement. Statistics Canada, Catalogue No. 82-003S, 1989a.
- STATISTICS CANADA. *Production and Disposition of Tobacco Products*. Statistics Canada, Catalogue No. 32-022 monthly, 1989b.
- STATISTICS CANADA. *Farm Cash Receipts*. Statistics Canada, Catalogue No. 21-001, 50(4), marzo de 1990a.
- STATISTICS CANADA. Survey of literacy skills used in daily activities. *Statistics Canada Daily*, Catalogue No. 11-001, 30 de mayo, 1990b.
- STATISTICS CANADA. *Postcensal Annual Estimates of Population by Marital Status, Age, Sex and Components of Growth for Canada, Provinces and Territories*, 1 de junio de 1990. Statistics Canada, Catalogue No. 91-210, 1990c.
- STATISTICS CANADA. *Fruit and Vegetable Production*. Statistics Canada, Catalogue No. 22-003 Seasonal, agosto de 1990d.
- STATISTICS CANADA. *Farm Cash Receipts*. Statistics Canada, Catalogue No. 21-001, 51(3), noviembre de 1990e.
- STATISTICS CANADA. *Canadian Economic Observer*. Statistics Canada, Catalogue No. 11-010, 3(12) Monthly, diciembre de 1990f.
- STATISTICS CANADA. *Education in Canada 1988/89*. Statistics Canada, Catalogue No. 81-229, 1990g.
- STATISTICS CANADA. *Canada: A Portrait*. Statistics Canada, Catalogue, 11-403, 1991a.
- STATISTICS CANADA. Control and sale of alcoholic beverages. Tabulaciones inéditas, 1991b.
- STATISTICS CANADA. *Employment, Earnings and Hours*. Statistics Canada, Catalogue No. 72-002, febrero de 1991c.
- STATISTICS CANADA. Health Promotion Survey 1990, Weighted and Unweighted Counts. 1991d. Mimeo-grafiado.
- STATISTICS CANADA. National Mortality Database. Canadian Centre for Health Information, tabulaciones inéditas, 1991e.
- STEPHENS, T. *A Critical Review of Canadian Survey Data on Tobacco Use, Attitudes and Knowledge*. Tobacco Programs Unit, Health and Welfare Canada, abril de 1988.
- STEPHENS, T. *Public Awareness of the Heart and Stroke Foundation of Ontario*. A report on a survey conducted for the Foundation in January 1990.

STEPHENS, T., CRAIG, C.L. *The Well-Being of Canadians*. Ottawa: Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1988.

STEPHENS, T., TAYLOR, L. Smoking in Canada—1989: Down but not out. *Chronic Diseases in Canada* 12(4):63-64, 1991.

SUTTER, S. Ontario drugstore tobacco ban put off. *Ontario Addiction Journal*, 24 de junio de 1991.

TASK FORCE ON HEALTH PROMOTION. *Objective: A Health Concept in Québec*. Ottawa: Canadian Hospital Association, 1986.

TOBACCO RESTRAINT ACT.: 35-36-37 Elizabeth II, Ch.T-9, 1908.

TROTTIER, A. Results of a national survey on physical education in the provinces. *CAHPER Journal* 53(6):8-9, 1987.

WALTERS, D.J. The gathering momentum against tobacco: Action by physicians is needed on all fronts. *Canadian Medical Association Journal* 144(2):134-136, 1991.

WIGLE, D.T., COLLISHAW, N.E., KIRKBRIDE, J., MAO, Y. Deaths in Canada from lung cancer due to involuntary smoking. *Canadian Medical Association Journal* 136: 945-951, 1987.

WIGLE, D.T., MAO, Y., WONG, T., LANE, R. Economic burden of illness in Canada, 1986. *Chronic Diseases in Canada* 12(3), Supplement, 1991.

WILKINS, K., MARK, E. Potential years of life lost, Canada, 1987-1988. *Chronic Diseases in Canada* 12(2):12-15, 1991.

WILKINS, R. Measuring health status and consequences of health problems: Disability. Proceedings of the Workshop on *Measuring the Health of Canadians Using Population Surveys*, Ottawa, 13-14 de septiembre de 1991.

WILKINSON, B.W. International trade. In MARSH, J.H. (ed.). *The Canadian Encyclopedia*, 2nd Edition. Edmonton: Hurtig Publishers, 1988.

WONG, T., ARRAIZ, G. Smoking-attributable mortality and the years of potential life lost in Canada, 1986. *Chronic Diseases in Canada* 11(1):11-12, 1990.

Colombia

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación
- Producción de cigarrillos y comercio ilegal
- Publicidad y promoción

Prevalencia y consumo

- Consumo per cápita
- Encuestas
 - Prevalencia del tabaquismo entre los adultos
 - Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes
 - Otras encuestas
- Otras formas del consumo de tabaco

Tabaquismo y salud

- Mortalidad general
- Morbilidad y mortalidad debidas a cáncer de pulmón
- Morbilidad y mortalidad debidas a otras enfermedades malignas asociadas con el tabaquismo

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Acciones del Gobierno
 - Estructura ejecutiva y políticas
 - Legislación
 - Educación basada en la escuela
 - Campañas de información pública
 - Impuestos
- Organizaciones no gubernamentales

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Si bien Colombia ha tenido un sistema democrático ininterrumpido desde 1957, varios grupos sociales y políticos han sido excluidos de una participación real en la toma de decisiones políticas (Leal 1989). Esta situación, junto con la rápida urbanización, contribuyó a fomentar una cultura de la violencia en Colombia. En 1960, el 70% de la población era rural y el 30% urbana; para 1990 estos porcentajes se habían invertido. La aparición de poderosos traficantes de narcóticos generaron más violencia, lo que a su vez acrecentó aún más el conflicto político y social. Hacia fines de la década de los ochenta, Colombia registraba una de las tasas más altas del mundo de defunción por causas violentas (62,8/100 000 habitantes (Losada 1989).

A pesar de la conmoción política y social, las políticas económicas estables permitieron un crecimiento económico moderado pero sostenido durante estos últimos decenios. El producto interno bruto (PIB) per cápita creció en un 3,7% anual en la década de los 70; en la década de los 80, cuando la mayoría de América Latina sufría una recesión económica grave, el PIB de Colombia aumentó en un 1% anual. Como resultado, el gasto público en educación como porcentaje del PIB aumentó del 1,7% en 1960 al 2,8% en 1986, y el gasto público en el sector salud aumentó del 0,4% del PIB en 1960 al 0,8% del PIB en 1986 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1990). En la década de los ochenta, mejoró la distribución de ingresos y aumentaron los jornales reales. Sin embargo, más del 40% de los 31,7 millones de ciudadanos de Colombia (Banco Mundial 1990) todavía viven en la pobreza.

La tasa de mortalidad infantil disminuyó de 86/1000 nacidos vivos en 1965 a 39/1000 en 1988, y la tasa de natalidad bruta disminuyó de 43 a 26/1000 personas durante el mismo intervalo. En los próximos decenios, la decreciente fecundidad y una tasa de mortalidad bruta en disminución (de 11 a 6/1000 personas), causarán una disminución continua en la proporción de los colombianos menores de 15 años de edad junto con una mayor proporción de habitantes de 65 y más años (Banco Mundial 1990) (Cuadro 1). Por lo tanto, las enfermedades crónicas no transmisibles se tornarán cada vez más importantes en Colombia en el futuro cercano.

Colombia, como otras naciones de América Latina, ha comenzado a aumentar las exportaciones y acelerar su tasa de crecimiento. El tabaco ha sido

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Colombia, decenio de 1980

Indicador	Año	Valor
Población	1990	32 000 000
Por ciento urbano	1990	70
Por ciento < 15	1988	35,9
Por ciento ≥ 65	1988	4,3
Tasa de alfabetismo adulto	1985	12
Esperanza de vida al nacer	1988	68
Tasa de mortalidad bruta por 1000 personas	1988	6
Tasa de natalidad bruta por 1000 personas	1988	26
Tasa de mortalidad infantil	1988	39
Producto nacional bruto per cápita (\$US)	1988	1180
Producto interno bruto (millón de \$US)	1988	39 070

Fuentes: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1990; Banco Mundial 1990.

importante para la economía colombiana durante cientos de años, y su importancia en el comercio internacional se está restableciendo.

La industria del tabaco

Agricultura

El cultivo del tabaco se tornó muy importante para las colonias españolas poco después del primer viaje de Colón al Nuevo Mundo. Inicialmente, el Estado era el único comprador de este producto y continuó como tal después de la independencia. Desde 1850, cuando se permitió el libre comercio, y hasta fines del siglo XIX, el tabaco constituía la exportación principal (Harrison 1952). El tabaco negro fue la única variedad cultivada hasta 1960, cuando comenzó la producción del tabaco rubio. La importancia histórica y cultural del consumo de tabaco ya a principios del siglo XX en Colombia, está directamente relacionada tanto con el modelo de mortalidad actual como con la industria manufacturera de cigarrillos en Colombia.

Colombia es el tercer productor más grande de tabaco en América Latina, después de Brasil y Cuba (Chapman 1990). Las tierras de cultivo del tabaco aumentaron de un promedio de 20 900 hectáreas en la década de los 60 a un promedio de 28 200 ha en la década de los 70 (Kalmanovitz

Cuadro 2. Area cultivada (x 1000 ha) tabaco en hoja, producción, importaciones, exportaciones y consumo interno total (toneladas métricas x 1000) Colombia, 1960-1990

Año	Area	Producción	Exportación	Importación	Consumo interno total
1960	14	25	9	0,001	16,00
1961	14	28	10	0,006	18,01
1962	19	38	11	0,007	27,01
1963	22	42	16	0,004	26,00
1964	22	41	16	0,005	25,01
1965	25	40	11	0	29,00
1966	27	44	13	0	31,00
1967	21	38	12	0,001	26,00
1968	21	39	9	0,001	30,00
1969	24	44	13	0,001	31,00
1970	23	42	13	0,001	29,00
1971	23	39	15	0,001	24,00
1972	26	36	20	0	16,00
1973	N.D.	N.D.	N.D.	1,3	N.D.
1974	N.D.	N.D.	N.D.	0,6	N.D.
1975	31,6	49,1	17,4	0,3	32,00
1976	29,7	38,6	10,9	0,05	27,75
1977	33,3	58,3	26,8	0,3	31,8
1978	28,8	46,6	19,8	0,3	0,1
1979	30,6	51,5	11,9	0,3	39,9
1980	28,5	44,5	16,9	0,9	28,5
1981	30,1	50,1	9,6	0,8	41,3
1982	30,9	48,7	9,8	1,8	40,7
1983	28,8	47,8	9,2	3,7	42,3
1984	21,1	34,6	10,5	3,6	27,7
1985	17,6	27,2	12,7	4,2	18,7
1986	18,5	28,6	11,4	4,5	21,7
1987	21,1	34,9	8,4	3,0	29,5
1988	21,4	35,7	7,6	1,5	29,6
1989	19,0	31,1	N.D.	3,2	34,3
1990	19,6	33,9	N.D.	N.D.	N.D.

Fuente: Kalmanovitz, 1978; Departamento Nacional de Planeación 1983; USDA 1990.

1978); posteriormente, la tierra plantada con tabaco descendió a un promedio de 23 700 hectáreas en la década de los 80, totalizando 18 500 ha en 1986. En 1983, la superficie calculada de tierras cultivadas de tabaco era solo 0,7% del total de la tierra cultivable, lo cual constituye un aumento con relación al 0,6% registrado en 1971 (Agro-economic Services, Ltd. 1987) (Cuadro 2).

Este crecimiento puede deberse a una mayor demanda extranjera del tabaco colombiano y la promoción de la agricultura del tabaco por las empresas locales de fabricación de cigarrillos, que les proporcionan asistencia técnica a los pequeños cultivadores para aumentar el rendimiento del tabaco

por hectárea. En Colombia, el campesino agricultor que cultiva el tabaco depende esencialmente de la industria tabacalera que fija los precios y presta el dinero a dichos agricultores para los gastos de cada cosecha nueva (Departamento Nacional de Planeación 1983). Además, las agencias de crédito del Gobierno prestaron al sector agrícola del tabaco \$US433 882 en 1987, lo cual representa el 1,3% de todos los préstamos agrícolas.

En 1983, el número de trabajadores agrícolas de tiempo completo asociados con el tabaco se estimó en 100 500, lo cual representaba el 23,2% de todos los trabajadores agrícolas (Chapman 1990). Este cálculo, obviamente erróneo, fue citado en un

informe agrícola (Agro-economic Services, Ltd. 1987) Sin embargo, teniendo en cuenta que cada hectárea cultivada de tabaco genera 500 empleados y que solo hubo 19 000 ha de tierras de cultivo del tabaco en 1986, el equivalente calculado de trabajadores a tiempo completo solo debe ser de 8500, aproximadamente, o sea menos del 2% del total de los agricultores empleados.

En resumen, el cultivo del tabaco se ha estado expandiendo levemente en Colombia, especialmente debido a un aumento de las exportaciones. Sin embargo, su importancia en el contexto económico nacional es mínima. El Estado apoya esta actividad agrícola mediante la promoción de las exportaciones, la provisión de préstamos y la promoción de actividades de extensión de investigación agrícola a través del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA).

Fabricación

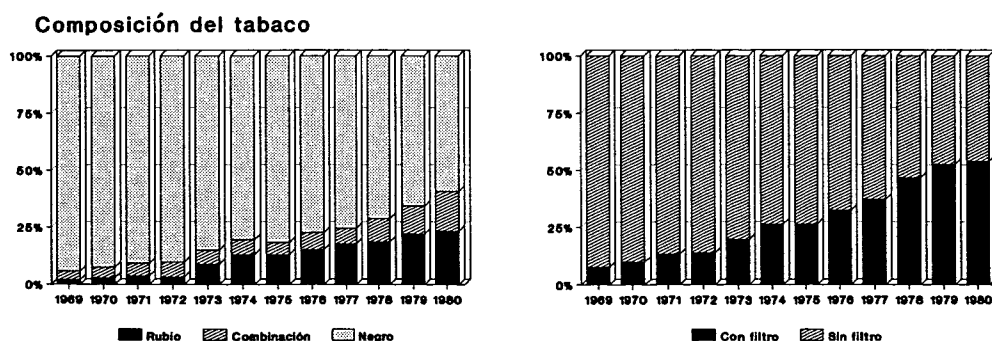
En 1987, del total de 6406 empresas industriales en Colombia, 18 eran fabricantes de cigarrillos y puros. De estos, dos grandes empresas de cigarrillos eran responsables del 92,4% de la producción. Se trata de las empresas Compañía Colombiana de Tabaco, S.A., (COLTABACO), con tres fábricas, y la Productora Tabacalera de Colombia, S.A., (PROTABACO), con una fábrica; esta última es una concesionaria de Liggett & Myers Tobacco, empresa tabacalera multinacional. En 1986, una tercera empresa, Nacional de Cigarrillos, S.A., fue absorbida por COLTABACO. El resto de las empresas son pequeños fabricantes de los puros de hoja y calillas (puros "delgados") hechos a mano en los Departamentos de Santander y Valle. Además, en

las áreas productoras de tabaco como los Departamentos de Sucre y Bolívar, los puros y calillas para el consumo local se hacen del tabaco que se ha rechazado para fines de exportación.

En 1980 la industria manufacturera del tabaco empleó a 2818 personas, o 0,6% de todos los trabajadores industriales. La producción se había estancado entre 1970 y 1980 y su contribución al PIB disminuyó (Departamento Nacional de Planeación 1983). Sin embargo, la industria pareció cambiar para satisfacer los gustos cambiantes de los consumidores, aumentando la producción de los cigarrillos rubios con filtro (Figura 1). Después de dicha reorientación, la producción real de los productos manufacturados del tabaco aumentó en un 56,6% y el empleo laboral en la industria manufacturera del tabaco aumentó en un 3,2% (Dirección de Impuestos Nacionales 1987).

Hasta mediados de la década de los 60, el ahora extinto Instituto Nacional para la Promoción del Tabaco recibía el importe en concepto de impuesto del 1% sobre el valor de los cigarrillos importados (Rodríguez 1960). Desde mediados de esa década, dichos ingresos fiscales se enviaban al Instituto Colombiano Agropecuario para apoyar las investigaciones sobre el tabaco. En 1970, el Departamento Nacional de Planeación preparó un informe titulado, "Definición de una política para la industria del cigarrillo", que describía la industria manufacturera del tabaco como "dinámica". Sin embargo, las consecuencias del tabaquismo para la salud fueron reconocidas por el Departamento de Planeación, y el informe concluía que no podía protegerse a la industria del tabaco a expensas de otras de mayor importancia social. También declaraba que los precios más altos al consumidor podrían

Figura 1. Distribución porcentual de tipos de tabaco y tipos de cigarrillos consumidos, Colombia, 1969-1980



Fuente: Departamento Nacional de Planeación 1983.

beneficiar a los cultivadores de tabaco y al mismo tiempo beneficiar a la salud mediante una demanda y un consumo menores (Departamento Nacional de Planeación 1970) Lamentablemente, esa declaración de política nunca fue integrada con acciones por parte del sector salud; como resultado, la industria manufacturera del tabaco en realidad se fortaleció en la década de los 70.

Producción de cigarrillos y comercio ilegal

Los datos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) (1990) y de un estudio de 1983 realizado por el Departamento Nacional de Planeación, pueden utilizarse para calcular la producción y el comercio de cigarrillos en Colombia (Cuadros 3 y 4). Entre 1970 y 1980, las cantidades de cigarrillos ilegalmente importados calculados por las empresas tabacaleras se agregaron a los cálculos del Departamento Nacional de Planeación. Los datos de dicho Departamento relativos a esos años también incluyen los de las pequeñas empresas, pero estos últimos no están incluidos en las estimaciones del USDA. Después de 1983, los datos del USDA incluyen estimaciones de las importaciones ilegales (Tobacco International 1989a). Por lo tanto, para 1981 y 1982, se subestima el consumo doméstico de cigarrillos. Ya se comentó que la producción de cigarrillos continuó siendo estable en la década de los 70 y aumentó en la década de los 80.

La importación ilegal de cigarrillos de los Estados Unidos ha sido extensa, con un número me-

nor de importaciones ilegales desde Venezuela y Ecuador. La industria interna del cigarrillo ha estimado que el contrabando suministra entre el 35 y el 43% del mercado nacional (Tobacco International 1989b). Sin embargo, la industria está empleando estos datos para criticar al Estado por no proteger a la industria nacional. Además, en 1990, un paquete de cigarrillos de contrabando resultaba entre el 56 y el 116% más caro que el más popular de los cigarrillos nacionales con filtro y 254% más costoso que los cigarrillos de tabaco negro sin filtro más populares (Tobacco International 1989a).

Las empresas tabacaleras multinacionales han creado, mediante la publicidad, un mercado para dichas marcas importadas en Colombia, y es posible que la prevalencia más alta de tabaquismo se encuentre entre aquellas personas con suficientes ingresos como para adquirir productos importados como los cigarrillos de fabricación norteamericana. Las encuestas de que se dispone no permiten hacer un análisis de esta suposición. Es contradictorio, sin embargo, que la industria interna del cigarrillo se jacte de su prosperidad y mayores ganancias mientras que al mismo tiempo predice el fracaso debido a las importaciones ilegales (Tobacco International 1989b).

Publicidad y promoción

Desde 1983 se ha prohibido la publicidad de los cigarrillos por televisión hasta después de las 23 horas (Ministerio de Comunicaciones 1982). Se per-

Cuadro 3. Cigarrillos manufacturados; producción, importaciones, consumo interno y per cápita (Edad ≥ 15), Colombia, 1969-1980

Año	Producción	Importación	Exportación	Consumo interno total	Consumo per cápita (edad ≥ 15 años)
1969	20 049	1313	—	21 362	1911
1970	20 780	1696	—	22 476	1948
1971	20 528	2234	—	22 762	1911
1972	19 403	2630	—	22 033	1792
1973	21 065	2539	1	23 603	1859
1974	21 064	3351	4	24 411	1862
1975	22 809	3355	2	26 162	1932
1976	20 638	4862	—	25 500	1824
1977	21 877	5258	—	27 135	1880
1978	20 918	6495	—	27 413	1839
1979	18 246	8778	—	27 024	1755
1980	19 271	9357	—	27 628	1737

Fuente: Departamento Nacional de Planeación 1983.

Cuadro 4. Producción, importaciones, exportaciones, consumo interno total, y consumo per cápita, de cigarrillos manufacturados (≥ 15 años), Colombia, 1960–1989

Año	Producción	Importaciones	Exportaciones	Total del consumo interno	Total del consumo per cápita (≥ 15 años)
1960	15 353	307	1	15 659	1899
1961	16 443	355	2	16 796	1969
1962	16 221	235	0	16 456	1864
1963	17 753	152	0	17 905	1957
1964	17 398	40	8	17 430	1837
1965	20 000	27	12	20 015	2032
1966	20 800	30	4	20 826	2049
1967	17 694	24	0	17 718	1689
1968	21 110	552	0	21 662	2000
1969	19 568	1003	0	20 571	1841
1970	18 825	1824	0	20 649	1790
1971	20 918	571	0	21 489	1804
1972	18 933	89	0	19 022	1547
1973	21 086	152	1	21 237	1673
1974	18 170	58	4	18 224	1390
1975	18 904	70	2	18 972	1401
1976	18 344	6	0	18 350	1313
1977	18 520	900	0	19 420	1345
1978	18 500	800	0	19 300	1294
1979	20 600	1500	0	22 100	1435
1980	21 200	1940	0	23 140	1455
1981	19 800	1600	180	21 220	1293
1982	20 100	1568	246	21 422	1266
1983	22 525	10 633	94	33 064	1894
1984	23 840	10 488	100	34 228	1891
1985	24 050	10 540	100	34 490	1856
1986	24 181	10 549	100	34 630	1824
1987	21 987	12 933	100	34 820	1794
1988	20 721	14 379	100	35 000	1762
1989	20 200	14 920	100	35 020	1722

Fuente: USDA, 1990.

mite la publicidad de los productos de tabaco en la radio, los medios impresos y vallas de anuncios. Albornoz (1989) informó que una de las dos redes radiodifusoras más grandes de Colombia (Radio Cadena Nacional) transmitió 59 anuncios de cigarrillos en un solo viernes, mayormente durante las transmisiones noticiosas y programas de deportes patrocinados. Esto equivale a un anuncio de cigarrillos transmitido cada 12 minutos durante las 12 horas de mayor audición. El periódico nacional más grande (*El Tiempo*) publica diariamente propagandas de cigarrillos en su sección deportiva; dicho periódico destaca los deportes más populares de Colombia: el fútbol y el ciclismo. Todas las revistas

de circulación nacional, de variedades, económicas y de noticias, dedican por lo menos una página en colores a la publicidad de los cigarrillos.

A pesar de una resolución de 1983 por la Municipalidad de la Ciudad de Bogotá que prohibió los carteles publicitarios en las áreas residenciales (Concejo de Bogotá 1983), la industria del cigarrillo erigió paradas de ómnibus cada 300 m exhibiendo anuncios publicitarios de los productos del tabaco en toda la ciudad.

Las empresas de cigarrillo apoyan decididamente los deportes. Entre otros patrocinan, los campeonatos profesionales de fútbol (desde 1989); el campeonato clásico de ciclismo de Radio Cadena

Nacional (1990) (el lema de esta competencia fue, "No fumen los cigarrillos del contrabando"); un campeonato por la Copa de Equitación (desde 1989); y los conciertos musicales populares (1990). Estas promociones también facilitan la publicidad de los productos legales e ilegales del tabaco por la televisión mediante el patrocinio de dichos eventos. Además, la publicidad del cigarrillo prolifera en los estadios de fútbol, las canchas de tenis y los teatros; en efecto, los obstáculos en los concursos de equitación están representados por réplicas de grandes paquetes de cigarrillos. En 1991, mujeres jóvenes y atractivas comenzaron a distribuir cigarrillos gratis en los centros urbanos colombianos (Ronderos Torres 1991).

La publicidad del cigarrillo es ubicua en Colombia; las marcas anunciadas incluyen las que pueden venderse en forma ilegal solo en Colombia. En otras naciones de América Latina, las empresas tabacaleras multinacionales han promovido sus productos a pesar de la ilegalidad de dichos productos en los países que protegían sus industrias tabacaleras nacionales. Esta promoción se asoció temporalmente con el comercio ilegal de cigarrillos y una eventual capitulación de aquellas naciones para permitir ya sea el licenciamiento o las adquisiciones por las empresas tabacaleras multinacionales dentro de sus fronteras. En este sentido, Colombia es única en América Latina. Las multinacionales no dominan el mercado colombiano del cigarrillo. Mientras que casi todos los otros mercados nacionales latinoamericanos del cigarrillo están controlados por empresas tabacaleras multinacionales, solo 49% del mercado colombiano es multinacional; sin embargo, gran parte de dicho mercado debe reflejar las importaciones ilegales, dado que la única empresa multinacional en Colombia (PROTOBACO) tiene una porción mucho más pequeña del mercado que la empresa nacional COLTABACO.

Prevalencia y consumo

Consumo per cápita

Desde 1960, el consumo anual de cigarrillos per cápita en Colombia ha fluctuado entre 1700 y 2000 cigarrillos (Cuadro 3). Aunque el consumo exacto de cigarrillos ilegalmente importados es desconocido, el consumo per cápita entre 1975 y 1985 puede estimarse mediante una encuesta doméstica de los gastos de los consumidores (incluido el tabaco) en las 15 ciudades más grandes del país (De-

partamento Administrativo Nacional de Estadísticas 1987). En los precios constantes de 1975, el gasto doméstico en tabaco aumentó 10% de 1975 a 1980; de 1980 a 1985, el porcentaje de gastos sufrió una variación mínima, pero aumentó un 6% de 1983 a 1985. El aumento total entre 1975 y 1985 fue del 13%. Suponiendo que el aumento del costo de los cigarrillos no excedió aquel de la inflación, puede concluirse que el consumo doméstico real de cigarrillos entre 1975 y 1985 aumentó en un nivel mayor que el consumo per cápita estimado por el USDA y el Departamento Nacional de Planeación.

En estos últimos decenios, la preferencia por el tabaco en Colombia se ha desplazado del tabaco negro al tabaco rubio (Departamento Nacional de Planeación 1983); como resultado, el cultivo del tabaco negro también ha sufrido una disminución. En 1969, el 94,2% de todo el tabaco producido era negro y el 92,3% de los cigarrillos manufacturados no tenían filtro; en 1980, el 59,2% de la producción nacional era de tabaco rubio y el 54% de los cigarrillos manufacturados tenían filtro (Figura 1). Para 1988, la proporción del mercado para el tabaco rubio alcanzó el 76% (Maxwell 1990).

Encuestas

Existen numerosas encuestas disponibles sobre el consumo del tabaco en Colombia (Cuadro 4). En 1971, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó una encuesta sobre el tabaquismo entre los adultos de 15 a 74 años de ocho ciudades latinoamericanas, incluida Bogotá (July 1977). Para Bogotá solo se informa sobre las tasas de prevalencia no ajustadas de tabaquismo por grupos de edad y sexo. No es posible establecer las tasas reales de prevalencia por diferentes variables sociodemográficas. Sin embargo, al igual que la primera encuesta en Colombia sobre tabaquismo, esta constituye un punto esencial de referencia.

En 1976, las empresas colombianas de cigarrillos realizaron un estudio del mercado a nivel nacional, de personas mayores de 14 años (Departamento Nacional de Planeación 1983). El número de personas encuestadas y la metodología usada en la encuesta se desconocen, pero se dispone de los datos de prevalencia global de la encuesta.

De 1977 a 1980, el Estudio Nacional de Salud en Colombia (ENS) (Rodríguez 1988), formuló preguntas sobre el tabaquismo de 6277 personas de 15 años de edad y mayores. Se obtuvo una muestra de la población civil no institucional empleando la estratificación de grupos desiguales; el hogar consti-

tuyó la unidad final de muestreo. Lamentablemente, se establecieron definiciones para los "fumadores" y "exfumadores" después de completada la encuesta, porque la metodología de la misma no proporcionaba definiciones normalizadas para dichas categorías. La encuesta tampoco incluía la categoría de "fumadores ocasionales" (menos de un cigarrillo por día); por lo tanto, es probable que las prevalencias de los fumadores diarios se hayan sobreestimado. No obstante, se ha logrado informar sobre la prevalencia del tabaquismo por sexo, edad, nivel educativo, estrato socioeconómico y urbanización, de cinco grandes regiones del país.

En 1985, investigadores de la Universidad de Antioquia en Medellín llevaron a cabo una encuesta sobre el uso de las sustancias que producen dependencia (Velázquez de Pabón 1985). La muestra doméstica representativa incluía a 2807 personas de 10 años y mayores, pero excluía el estrato socioeconómico más bajo porque se consideraba demasiado difícil para encuestar. De la muestra total, 371 eran adolescentes entre los 10 y 15 años. Los datos revelan la prevalencia de tabaquismo por sexo, registrada en cualquier momento del año anterior a la realización de la encuesta. Para los adolescentes, solo se notificó la prevalencia para ambos sexos conjuntamente. La prevalencia del tabaquismo registrada en cualquier momento del año anterior puede sobreestimar la prevalencia de tabaquismo diario entre los adolescentes, quienes todavía pueden estar experimentando con cigarrillos y no empleando el tabaco en forma diaria. Es probable que los datos representen adecuadamente la prevalencia de tabaquismo entre los adultos.

En 1987, la Universidad de Antioquia realizó otro estudio nacional sobre el uso de las sustancias que producen dependencia (Torres 1987), entre 2800 personas de 12 a 64 años, que fue representativo de la población urbana de Colombia. Aunque la descripción de la metodología de la encuesta no proporciona una definición del término "urbano", los investigadores notifican los datos por tamaño de ciudad (grande e intermedia) para las cuatro ciudades más grandes del país. Se les preguntó a los entrevistados acerca del uso de los cigarrillos, el alcohol, los tranquilizantes, la cocaína de base libre, la cocaína y la marihuana. Esta encuesta también definió al "tabaquismo" como el haber fumado por lo menos una vez durante el año anterior a la encuesta.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) reveló los resultados de una encuesta de 1987 sobre los hábitos y los

medicamentos en el embarazo (OPS 1987). El informe incluía datos sobre la prevalencia del tabaquismo durante los seis meses anteriores al embarazo, entre 1480 mujeres embarazadas en dos centros de maternidad en Colombia.

En 1985, se llevaron a cabo dos encuestas sobre el uso de drogas, incluyendo cigarrillos, entre estudiantes de escuela secundaria de Cali. La primera (Climent 1986) encuestó a 1937 estudiantes de 54 escuelas secundarias privadas y públicas, estratificadas según el estado socioeconómico. El estudio estableció el uso de los cigarrillos, por sexo, en el mes anterior a la encuesta. En la segunda encuesta (Bergonzoli 1989), se realizaron entrevistas con 512 estudiantes de escuelas públicas y privadas que se encontraban en sus últimos dos años de estudio. La definición de "tabaquismo" proporcionada por dicha encuesta no es clara.

En 1988 y 1989, el Ministerio de Educación realizó una encuesta sobre el uso de drogas entre 7513 estudiantes de 11 a 25 años, inscriptos en los programas básicos, secundarios y vocacionales (Ministerio de Educación 1989). Se trataba de una muestra representativa de estudiantes de dichas escuelas, estratificados según el tipo de institución (por ejemplo, público, privado, diurno o nocturno). Se informó sobre el estado de tabaquismo de acuerdo con las categorías "nunca fumó", "fumador experimental" (una vez, ocasionalmente, mensualmente), "fumador ocasional" (cada dos semanas, semanalmente) y "fumador diario". Un total de 5737 estudiantes (76,4% de los entrevistados) tenían entre 11 y 18 años de edad.

En 1991, se realizó una encuesta sobre el estado de tabaquismo de 233 empleados en el hospital pediátrico Lorencita Villegas de Santos, en Bogotá. Esta encuesta indagó acerca de las actitudes hacia las políticas restrictivas de tabaquismo en los lugares de trabajo del hospital.

Finalmente, Chavez (1991) encuestó a 1211 médicos de ambos sexos para investigar los factores de riesgo cardiovasculares, incluyendo los del fumar cigarrillos.

Prevalencia del tabaquismo entre los adultos

La prevalencia del tabaquismo diario entre los hombres en Bogotá en 1971 (52,4%) es similar al revelado por el Estudio Nacional de Salud (ENS) para Colombia en 1979-1980 (52,2%). Sin embargo, la prevalencia del ENS puede sobreestimar a los fumadores diarios porque los fumadores ocasionales estaban incluidos en el numerador; la encuesta de Joly de 1971 (OPS) no incluía a fumadores

ocasionales en el cálculo de la prevalencia de los fumadores diarios. Las encuestas del uso de medicamentos para Medellín en 1985 y para toda Colombia en 1987 sugieren que la prevalencia de tabaquismo diario entre los adultos registró una cierta disminución desde 1971. La encuesta de comercialización de 1976 patrocinada por la industria del tabaco, reveló solo un 57,6% de prevalencia de "fumadores" entre los hombres (55,5% en las áreas urbanas y 60,9% en las áreas rurales).

En el ENS, la prevalencia del tabaquismo en las ciudades de 100 000 o más habitantes, se estimó en 51,7% entre los hombres (comparado con 52,4% para la totalidad del país) y 27% entre las mujeres (comparado con 20,2% para la totalidad del país). Las diferencias entre estos niveles y los niveles inferiores notificados por Torres en 1987 (42,5% para los hombres y 25,3% para las mujeres) pueden responder a una disminución real en la prevalencia de tabaquismo en las áreas urbanas entre 1980 y 1987 o simplemente a una diferencia en las definiciones de "fumador" en ambos estudios. Dichas dificultades recalcan la necesidad de establecer definiciones y metodologías uniformes para las encuestas sobre el consumo de tabaco en las Américas, para que las tendencias en el consumo de tabaco registradas con el transcurso del tiempo puedan evaluarse con precisión.

En el ENS, el número de personas estudiadas en Bogotá permite el cálculo de la prevalencia del tabaquismo en dicha ubicación específica. Entre los hombres, la prevalencia era del 52,2% y entre las mujeres, del 26,4%. Los resultados son muy similares a los revelados por Joly para 1971 (Cuadro 5) lo cual equivale a un aumento en la prevalencia de 6,4% notificada por Joly en 1971. En 1987, Torres informó que solo 35,7% de los hombres y 27,4% de las mujeres eran fumadores diarios en Bogotá. Sin

embargo, dado que esta encuesta incluía a personas de 12 a 64 años, las prevalencias registrarían una cierta disminución al incluir a personas más jóvenes, quienes presentan una prevalencia inferior de tabaquismo con relación a personas de más edad. Lo que resulta preocupante es el evidente aumento del 20% de la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres urbanas entre 1971 y 1987, modelo que se ha observado en diferentes grados en otros países de América del Sur.

En 1987, la prevalencia de exfumadores en Bogotá fue del 38,1% entre los hombres y del 19,6% entre las mujeres. Por lo tanto, las diferencias en la prevalencia del tabaquismo actual pueden responder también al hecho de que los hombres dejan de fumar en proporciones mayores que las mujeres. La difusión de la información acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud es más factible que llegue a ciudades como Bogotá antes que a las áreas rurales; por lo tanto, es posible que la tasa de abandono del tabaquismo (medida por la prevalencia del tabaquismo anterior), sea más alta en las ciudades. Sin embargo, la publicidad de los productos del tabaco está también más generalizada en las ciudades, y las mujeres, que pueden tener menos conocimiento de las consecuencias del tabaquismo para la salud que los hombres, pueden ser afectadas de manera diferente por esta publicidad.

Bogotá registraba una de las tasas de prevalencia más altas del tabaquismo en la encuesta de la OPS de 1971, y una de las tasas más bajas de "tabaquismo excesivo" (según lo medido por la prevalencia de 20 o más cigarrillos consumidos diariamente por los fumadores) de las ocho ciudades encuestadas. Asimismo, el ENS reveló un número bajo de cigarrillos fumados por día (un promedio global de 8,3%, 9,7 para los hombres y 6,0 para las mujeres). De la totalidad de la población, 50% fu-

Cuadro 5. Encuestas de consumo en adultos y prevalencia de tabaquismo actual por sexo, Colombia, 1971-1987

Entidad y año	Cobertura	Edad	Definición de fumador	Prevalencia			N
				Hombres	Mujeres	Ambos	
OPS 1971	Bogotá	15-74	≥ 100 cigarrillos de por vida y fuma ahora	52,4	20,2	34,2	1410
ENS 1979-80	Nacional	> 14	≥ 1 cigarrillo/día desde hace 1 año	52,2	26,4	38,7	6277
Velázquez 1985	Medellín	> 15	Fumó el año anterior			30,0	2432
Torres 1987	Colombia urbana	15-64	Fumó el año anterior	42,5	25,3	33,9	2400

maba 5 o menos cigarrillos por día y 80% fumaba 15 o menos cigarrillos por día; el número modal de cigarrillos fumados por día era 2. En el estudio nacional de 1987 sobre las áreas urbanas (Torres 1989), 52,7% de los hombres y 72% de las mujeres fumaban 5 o menos cigarrillos por día y solo 25% de los hombres y 13,6% de las mujeres fumaban 11 o más cigarrillos diarios.

El ENS también informó sobre la prevalencia de tabaquismo por estrato socioeconómico y nivel educativo. La estratificación socioeconómica global se basaba en una combinación de los ingresos, la educación, el alfabetismo y el tipo de vivienda para definir cuatro estratos (bajo, promedio bajo, promedio alto y alto). Las prevalencias de tabaquismo entre los hombres, ajustadas para la edad, eran (en orden ascendente de nivel socioeconómico) del 54,7%, 54,1, 45,1 y 49,1%. A pesar de una prevalencia más baja del tabaquismo entre los hombres que habían completado la escuela secundaria (38,3%) que entre los que no habían cursado estudios (56%), la prevalencia más alta del tabaquismo entre los hombres con formación universitaria (54,5%) contradice la relación inversa entre el estado socioeconómico y el tabaquismo observada anteriormente.

Entre las mujeres, la prevalencia del tabaquismo ajustada por edad resultó más alta en los niveles socioeconómicos y educativos bajos y altos, pero inferior en los niveles intermedios. En el orden ascendente de los estratos socioeconómicos, la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres era del 28,9%, 23,9, 26,1 y 30,1%. Entre las mujeres sin estudios, la prevalencia era del 32,2%; entre aquellas con educación primaria, del 23%; y entre aquellas con educación secundaria, del 28%. Además, los estratos socioeconómicos altos registraban un porcentaje mayor de abandono del tabaquismo que los estratos bajos (27,4 contra 13,1%).

El ENS también indagaba acerca de la edad a la iniciación del tabaquismo. En total, la edad promedio al momento de iniciación era de 19,8 años, con una edad algo mayor para las mujeres que para los hombres (21,2 contra 19,1 años). La edad al momento de iniciación para las personas que habían logrado un nivel mayor, tanto educativo como socioeconómico, era inferior a la de otros grupos educativos y socioeconómicos. La edad al momento de la iniciación ha estado descendiendo, especialmente para los grupos más jóvenes de hombres. En la cohorte de 44 a 53 años, solo el 61% de los hombres y el 42% de las mujeres comenzaron a fumar antes de los 20 años.

En total, en Colombia, el número más grande de fumadores se encuentra en los estratos socioeco-

nómicos bajos porque dichas personas tienen prevalencias iguales o mayores de tabaquismo que las personas del estrato socioeconómico alto y porque constituyen el segmento más grande de la población. En consecuencia, el cálculo sobre la participación en el mercado de los cigarrillos de contrabando (35 a 52%) proporcionado por la industria tabacalera, es sorprendentemente alto, porque, según ya se dijo, los cigarrillos de contrabando son mucho más costosos.

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

Todas las encuestas del tabaquismo entre los adolescentes en Colombia han formado parte de encuestas sobre el uso de medicamentos y han variado en las definiciones usadas para "tabaquismo" (Cuadro 6). En general, el "fumador" en estas encuestas se designa como un adolescente que está experimentando con cigarrillos (por el uso registrado en el último año). Las encuestas de adultos en Colombia sugieren que, debido a las tasas de prevalencia del tabaquismo relativamente altas, una gran mayoría de experimentadores se vuelvan adictos a la nicotina. Los datos también sugieren que una cantidad mayor de hombres jóvenes que de mujeres jóvenes empiezan a fumar durante la adolescencia. En 1985, el 29,6% de los adolescentes en Medellín eran experimentadores. En 1989, solo el 17,8% de los estudiantes adolescentes a nivel nacional eran experimentadores. Sin embargo, los datos son algo incoherentes de una ciudad a otra y nacionalmente.

Otras encuestas

El estudio de la OPS-CLAP sobre los hábitos y los medicamentos en el embarazo reveló que aproximadamente el 20% de las mujeres fumaron en los seis meses antes del embarazo (OPS 1987). Este cálculo fue corroborado por otros investigadores que informaron que en 1980 el 19% de las mujeres embarazadas en Colombia eran fumadoras, con lo cual 150 600 niños cada año estaban expuestos al tabaco *in utero* (Chandler 1986).

En el estudio de 1991 de los empleados del Hospital Pediátrico de Bogotá, la prevalencia global del tabaquismo fue del 25,3% y la prevalencia del ex-tabaquismo fue del 25,8%. Que estas prevalencias son bajas comparadas con la población en general (38,4%) en parte puede reflejar la edad comparativamente joven del grupo (18 a 58 años), y la renuencia de estos empleados a exponer a los niños hospitalizados al humo del cigarrillo. Sin embargo,

Cuadro 6. Encuestas de consumo en adolescentes y prevalencia (%), por sexo, del tabaquismo, Colombia, década de los 80

Entidad y fecha	Cobertura	Edad	Definición de fumador	Prevalencia (%)			N
				Hombres	Mujeres	Ambos	
Velázquez 1985	Medellín	10-15	Fumó el año anterior			29,6	371
Torres 1987	Colombia urbana	12-15	Fumó el año anterior	5,3	3,8	4,6	400
Ministerio de Educación 1988-1989	Estudiantes de secundaria, nacional	11-18	Experimental	20,8	14,7	17,8	5737
			Ocasional	3,3	1,5	2,4	
			Diario	2,3	0,6	1,4	
Climent 1985	Estudiantes de Cali	Grados 9-10	Fumó en el último mes	30,4	20,8		1937
Bergonzoli 1985	Estudiantes de Cali	Grados 10 y 11	Usa/no usa				512
			Escuela pública			6,1	
			Escuela privada			9,5	

es más factible que sea porque muchos de estos empleados eran profesionales de la atención de salud, los cuales tienen mayores probabilidades de conocer las consecuencias del tabaquismo para la salud.

En la encuesta de médicos de 1991 (Chavez 1991), 73% de los cuales tenían entre 20 y 39 años, el 21,3% global eran fumadores (21,2% de los hombres y 21,7% de las mujeres). La prevalencia del tabaquismo en el grupo de 20 a 39 años de la población general notificada por el ENS, fue del 62% entre los hombres y del 30% entre las mujeres. Parece no haber diferencial por sexo entre los médicos en la prevalencia de tabaquismo, pero la prevalencia de tabaquismo es mucho menor al de la población general.

Otras formas del consumo de tabaco

El ENS encontró que solo 3,1% de la población eran fumadores de pipa. A lo largo de la costa atlántica de Colombia y en la parte nordeste de Antioquia, pueblos autóctonos todavía practican el tabaquismo invertido, que consiste en fumar con el extremo encendido del cigarrillo dentro de la boca. En particular, las mujeres utilizan este método para evitar que caigan las cenizas en la ropa que lavan y sobre sus niños pequeños. En un estudio odontológico realizado en 1989 por la Universidad de Cartagena (Quintero 1989), estudiaron 46 902 casos a través de muestreos de población y se reexaminaron las historias clínicas de pacientes con carcinoma escamocelular de la cavidad bucal. Los datos sobre tabaquismo invertido estaban incluidos en la mayo-

ría de los registros de casos. En base a los mismos, se observó que la mayoría de las personas que practicaban el tabaquismo invertido eran residentes rurales (87%) y mujeres (89,7%). Dichos datos no permiten una estimación de la prevalencia general de esta práctica, porque las personas en este estudio y la mayoría que padece de carcinoma bucal, no representan la población general.

En otro estudio del carcinoma bucal en tres municipios del Departamento de Bolívar en la costa atlántica (Quintero 1984), se examinaron 859 personas con cáncer orofaríngeo; de estos, el 85% de los hombres y el 80% de las mujeres eran fumadores. Entre los fumadores hombres, 32 (el 11%) fumaban en forma invertida, y entre las mujeres, 193 (el 46%) notificaron tabaquismo invertido. La costumbre parecería ser más prevalente entre las personas de más edad, aunque esta encuesta no proporciona la distribución de edades de los entrevistados.

Tabaquismo y salud

Mortalidad general

En Colombia, es significativo el subregistro de defunciones, especialmente en las áreas rurales de las costas del Atlántico y del Pacífico. Debido a que las causas de muerte en estas áreas reflejan las condiciones y la pobreza rural, los datos publicados sobre la mortalidad son más representativos de las áreas mejor desarrolladas; es también más probable que dichas áreas sufran un mayor número de muertes por enfermedades crónicas asociadas con

Cuadro 7. Cinco causas principales de defunción en la población general, según la mortalidad proporcional y las tasas por 100 000 habitantes, Colombia, 1984

Causa de defunción	Orden del rango	Tasa (por 100 000)	Mortalidad proporcional (de todas las defunciones registradas)
Cardiopatías (CIE 390-429)	1	100,4	21,8
Tumores malignos (CIE 140-208)	2	60,3	13,1
Lesiones (E800-E949, E980-E989)	3	49,9	10,8
Enfermedad cerebrovascular (CIE 430-438)	4	38,3	8,3
Homicidios (E960-E978, E990-E999)	5	33,3	7,2

Fuente: OPS, 1990.

el tabaquismo. En 1984 el patrón de mortalidad estuvo dominado por las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos (OPS 1990) (Cuadro 7). Además, el aumento de la mortalidad entre los hombres jóvenes debido a la violencia ha pasado a ser un factor competitivo entre las causas de defunción. La proporción mayor de los tumores malignos y enfermedad cardiovascular (por ejemplo, cáncer del cuello uterino, accidente cerebrovascular hemorrágico y cáncer del estómago) se asocia con la falta de acceso a los servicios de salud (OPS 1990).

Morbilidad y mortalidad debidas a cáncer de pulmón

Desde 1962, se ha mantenido un registro de la incidencia de cáncer en Cali, según los métodos

estándar de registro. En base a dichos datos, la incidencia de cáncer de pulmón entre los hombres ha aumentado gradualmente en años recientes excepto entre los dos grupos más jóvenes (Cuadro 8). Comparado con tasas de incidencia de cáncer de pulmón entre los hombres de países desarrollados como Finlandia y la Unión Soviética, las tasas para grupos de edad específicos son muy inferiores en Cali (OMS 1990). Por ejemplo, entre 1976 y 1980, la tasa de incidencia de cáncer de pulmón entre los hombres finlandeses de 40 a 44 años, era de 15/100 000, mientras que en Cali la tasa para los hombres en ese grupo de edad entre 1977 y 1981 era de 4,8/100 000.

Es posible que la exposición de la población al tabaco no haya alcanzado todavía un punto máximo en la incidencia de cáncer de pulmón en Cali,

Cuadro 8. Tasa de incidencia de cáncer de pulmón en hombres (por 100 000), Cali, 1962-1986

Edad	1962-1966	1967-1971	1972-1976	1977-1981	1982-1986
30-34	0	1,8	1,4	1,2	0
35-39	1,2	2,9	0	2,8	4,56
40-44	3	10,8	8,8	4,8	6,44
45-49	21,4	9,9	12,6	19,8	13,74
50-54	20,4	16,9	22,8	38,6	31,3
55-59	76,2	40,9	51,7	71,7	53,6
60-64	78,8	92,1	81,9	104,8	105,8
65-69	100,0	131,5	139,5	200,1	153,0
70-74	127	111,8	170	177,7	231,5

Fuente: Datos inéditos. Registro de Cáncer de Cali.

Cuadro 9. Tasa de mortalidad en hombres por cáncer de pulmón (por 100 000), Colombia, 1960-1987

Edad	1960-1964	1965-1969	1972-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1987
35-39	0,64	1,33	1,39	1,85	1,51	1,94
40-44	6,19	2,27	4,12	2,86	4,30	4,44
45-49	4,47	6,03	6,21	7,83	9,37	9,80
50-54	8,61	10,81	13,25	13,37	19,60	20,21
55-59	16,08	16,46	19,57	24,58	32,52	39,00
60-64	27,07	32,73	34,36	37,40	49,51	61,82
65-69	30,35	45,55	45,45	55,42	65,28	82,92

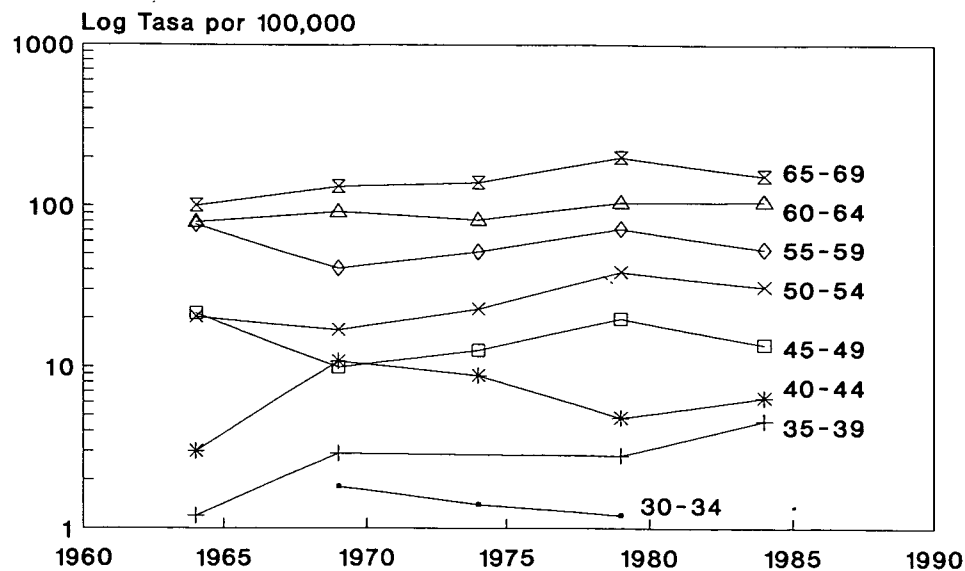
Fuente: OMS, Cancer Incidence in the Continents, Vols. I-V.

pero quizá no se llegue nunca a tasas tan altas como las registradas en los países más desarrollados. Una de las razones es el hecho de que los colombianos fuman menos cigarrillos por día que las personas en los países desarrollados. En 1983, el número promedio de cigarrillos fumados por día por hombres adultos en Colombia fue del 5,1; en los Estados Unidos en 1980, 17; y en Gran Bretaña en 1983, 7,1. En segundo lugar, cuando los países desarrollados (en particular, Gran Bretaña) experimentaron la exposición máxima a los cigarrillos, la mayoría de los cigarrillos fumados eran de tabaco negro sin filtro. En Colombia, la preferencia de los consumidores se desplazó a los cigarrillos de tabaco rubio con filtro, en un momento relativamente posterior, durante

1969 a 1987, cuando la población experimentó la máxima exposición al tabaquismo. Este cambio no afectará la mayor incidencia de la enfermedad cardiovascular, pero puede reducir el aumento de la incidencia de cáncer de pulmón porque los cigarrillos rubios con filtro pueden tener un potencial carcinogénico reducido comparado con los cigarrillos negros sin filtro (USDHHS 1981).

Las tasas de mortalidad causada por cáncer de pulmón están aumentando para los hombres de Cali de todos los grupos de edad (Cuadro 8) y en Colombia en general (Cuadro 9). Aunque solo se registran las tasas de mortalidad para los hombres de Cali, la mortalidad causada por cáncer de pulmón en Colombia para los grupos de edad de 45 a

Figura 2. Tasa de incidencia de cáncer de pulmón entre hombres, Cali, 1962-1986



Fuente: Datos inéditos, Registro de Cáncer de Cali.

54 años y de 55 a 64 años tanto de los hombres como de las mujeres, aumentó en forma general en el período de 1960 a 1964 y el período de 1985 a 1987 (Figura 2); sin embargo, las tasas de mortalidad de los hombres son mucho más altas que las de las mujeres, especialmente entre los grupos de más edad.

Este diferencial se debe a una exposición históricamente inferior al tabaquismo entre las mujeres, ya sea debido a la adopción posterior del tabaquismo o a un consumo diario más bajo de cigarrillos. Esta situación es similar en el Canadá, pero las tasas de mortalidad debida a cáncer de pulmón son mayores en el Canadá en los grupos de edad más jóvenes (Organización Mundial de la Salud 1990). Las diferencias entre Cali, un área urbana y los datos del registro nacional, sugieren que la menor exposición al cigarrillo registrada en las áreas rurales modera la incidencia nacional; en Cali, la exposición por parte de la población ha sido mayor que la del país en su totalidad y, en consecuencia, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón son más altas que las registradas para la nación en su totalidad.

Morbilidad y mortalidad debidas a otras enfermedades malignas asociadas con el tabaquismo

Según los datos registrados por el Instituto Nacional de Oncología en Bogotá (Cuadro 10), la proporción de los tumores orofaríngeos disminuyó desde fines de la década de los 40 hasta fines de la década de los 80. Sin embargo, dicha disminución se debe a la derivación de la mayoría de los casos a hospitales especializados en las áreas donde dicha lesión ocurre con mayor frecuencia debido al taba-

quismo invertido (costa atlántica y Antioquia). Está aumentando la proporción de cáncer de pulmón (del 0,2% entre 1945 y 1949 al 1,7% entre 1985 y 1989), pero los tumores malignos como los cánceres de cuello uterino y estómago, que pueden estar más asociados con el subdesarrollo, ocupan todavía el primer y segundo lugares en el porcentaje de los diagnósticos. Dichos tumores también están asociados con el tabaquismo, pero los hábitos alimenticios y el acceso a los exámenes médicos son probablemente más importantes en los resultados de la mortalidad que el tabaquismo existente en este momento en Colombia.

El cáncer bucal y el tabaquismo invertido en Colombia merecen especial consideración. En el Departamento de Bolívar, de 27 personas diagnosticadas con carcinoma escamocelular de la cavidad bucal, 18 practicaban el fumar en forma invertida (riesgo relativo 2,9 [límites de confianza de 95% de 1,2-6,7]). Además, de 377 personas con lesiones precancerosas, 218 fumaban en forma invertida (riesgo relativo crudo 3,0 [límites de confianza del 95% de 2,6-3,39]) (Quintero 1984). Quintero también revisó los archivos de patología del hospital en los departamentos de la costa atlántica de Córdoba entre 1958 y 1981 y de Sucre entre 1968 y 1981. De 207 casos de carcinoma escamocelular de la cavidad bucal en Córdoba y 122 casos semejantes en Sucre, el carcinoma del paladar duro y blando se diagnosticó en el 36% de los casos en Córdoba y el 46,7% de los casos en Sucre. Estas proporciones eran comparables a las observadas en la India, donde el tabaquismo invertido es también común entre las mujeres. En otras áreas (por ejemplo, en Cuba, Buenos Aires y la ciudad de Nueva York), las ubicaciones

Cuadro 10. Tumores malignos diagnosticados por el Instituto Nacional de Cancerología en tres períodos, Colombia, 1945-1949, 1965-1969, 1985-1989

Sitio/Código CIE	1945-1949		1965-1969		1985-1989	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pulmón (162)	8	0,2	86	1	326	1,7
Vejiga (188)	14	0,3	88	1	193	1
Cavidad bucal y faringe (140-149)	296	7,2	9	0,1	49	0,3
Páncreas (157)	2	0,05	365	4,1	629	3,3
Esófago (150)	65	1,6	260	2,9	447	2,3
Laringe (161)	50	1,2	75	0,8	220	1,2
Cuello del útero (180)	172	28,4	2639	29,7	4414	23
Estómago (151)	80	1,9	444	5	1278	6,7
Otros sitios	2446	59,2	4927	55,4	11 521	60,4
Todos los sitios	4133	100	8893	100	19 077	100

Fuente: Datos inéditos. Instituto Nacional de Cancerología.

más frecuentemente encontradas de carcinoma de la cavidad bucal eran el labio y la lengua, y los tumores del paladar duro y blando representaron no más del 10% de los sitios de tumores malignos (Quintero 1986).

Quintero y Alvarez también revisaron los registros de patología de la Universidad de Antioquia para el período 1960 a 1986 (Quintero-Gonzalez 1989). De 722 casos diagnosticados como carcinoma escamocelular de la cavidad bucal, el 41,5% tenía antecedentes de tabaquismo y el 15,6% fumaba en forma invertida. Los sitios más comúnmente afectados eran la lengua (31,8%) y el paladar (14,1%). Resulta claro que el tabaquismo invertido es una causa principal del cáncer orofaríngeo en la costa atlántica de Colombia y probablemente también en Antioquia. Las altas temperaturas de la colilla encendida del cigarrillo (900^oF) y el efecto irritativo sobre las membranas mucosas, aumentan la exposición a los carcinógenos conocidos de los cigarrillos, liberados por la combustión.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Acciones del Gobierno

Estructura ejecutiva y políticas

En 1982, la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud produjo un documento para fomentar las acciones de salud pública del Ministerio contra el tabaquismo (Ministerio de Salud 1983). Sin embargo, no fue hasta 1983 cuando tuvo lugar un taller organizado por la Unión Internacional contra el Cáncer (IUAC) que se creó el Consejo Nacional sobre Cigarrillo y Salud, cuya función fue abordar dicho problema de salud pública (Ministerio de Salud 1984). Los miembros del Consejo son el Ministro de Salud (que preside), la Oficina de Atención Médica del Ministerio de Salud, el Director del Instituto Nacional de Oncología, el Presidente de la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer y un miembro de la prensa elegido por consenso. El Instituto Nacional de Oncología administra el Consejo. En 1989, un proyecto financiado llamado "Control del tabaquismo" fue iniciado por el Instituto. Este proyecto está diseñado para desarrollar una estrategia a largo plazo a fin de reducir la prevalencia del tabaquismo (González 1989). En conexión con este proyecto, en 1991 se debían recabar datos sobre conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con el consumo de tabaco.

Legislación

En diciembre de 1982, la publicidad de los productos del tabaco fue restringida hasta después de las 23 horas (Ministerio de Comunicaciones 1982). Posteriormente, el Consejo Nacional de Narcóticos asumió la responsabilidad de fijar las normas para la publicidad de los productos del tabaco por radio y televisión mediante una determinación sobre políticas, establecida en 1991 por el Ministerio de Salud.

El Decreto de Ley No. 30 (31 de enero de 1986), el "Estatuto Nacional de Narcóticos", ordenaba que los cigarrillos o el tabaco pueden dispensarse solo a las personas de 15 años y más de edad. Además, el decreto ordenaba que cada paquete de cigarrillos vendido en Colombia (marcas nacionales o extranjeras) debe exhibir la advertencia "El tabaco es nocivo para la salud". Dicho aviso debe ocupar un décimo del extremo inferior de la etiqueta.

También en 1991, la Resolución 3027, emitida por el Ministerio de Salud, invitaba a la autoridad de aeronáutica civil a estudiar la prohibición de fumar en los vuelos nacionales de las compañías aéreas. Como resultado de este estudio, se prohibió fumar en todos los vuelos nacionales en Colombia (Departamento Administrativo de Aeronáutica Civil 1991). La Resolución 3027 también prohibió fumar en todas las instalaciones del Sistema Nacional de Salud.

Educación basada en la escuela

El Ministerio Nacional de Educación incluye el tabaquismo en el Programa para la Prevención de la Drogadicción. Una cartilla intitulada "El placer de no fumar" se ha publicado dos veces por el Consejo Nacional del Cigarrillo y la Salud y el Instituto Nacional de Oncología; la cartilla se distribuye en forma gratuita y se utiliza en los programas de numerosas escuelas públicas y privadas relativos al comportamiento y la salud.

Campañas de información pública

Desde 1984, la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer ha celebrado, en noviembre de cada año, un "Día del no fumador" en conjunción con el "Great American Smokeout" de la Sociedad Americana contra el Cáncer. En 1989, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional del Cáncer unieron esfuerzos para celebrar el Día Mundial sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, el 31 de mayo. En 1991, el Consejo Nacional sobre Ciga-

rrillo y Salud y el Instituto Nacional de Oncología iniciaron una campaña llamada "El fumador, especie en camino a la extinción," que hace hincapié en que el tabaquismo es socialmente inadmisibile (Ronderos-Torres 1991).

Impuestos

Los cigarrillos se tasan a 122% del precio mayorista. Del total de ese impuesto, el 82% se dedica al fondo general, el 8% para Coldeportes (auspiciadora de deportes) y el 10% constituye el impuesto nacional del valor agregado. Los impuestos al tabaco representaron el 2,9% de todos los ingresos fiscales nacionales en 1985 y el 2,0% en 1988 (Ronderos-Torres 1991).

Organizaciones no gubernamentales

La principal organización no gubernamental (ONG), activa en la campaña de antitabaquismo, ha sido la Liga Colombiana contra el Cáncer, mediante sus capítulos locales. Desde 1990, esta organización ha tenido un Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. En 1991, bajo el lema "Los niños y jóvenes colombianos libres del humo", la mencionada organización realizó cinco talleres para los sectores de educación y salud; estos fueron patrocinados por el Instituto Nacional del Cáncer. Además, esta ONG ha sido particularmente visible en las campañas de información pública asociadas con el "Día del no fumador" y el Día Mundial sin Tabaco (Albornoz 1989).

Resumen y conclusiones

La historia del tabaco y la salud en Colombia proporciona varias lecciones históricas importantes. En primer lugar, el desarrollo colonial en Colombia dependió en gran parte del cultivo del tabaco. Mediante un aumento del comercio internacional, la agricultura del tabaco ha experimentado recientemente en Colombia un leve resurgimiento. Sin embargo, como porcentaje de la economía nacional, sigue siendo pequeña. En segundo lugar, los focos residuales de formas desusadas de consumo del tabaco, especialmente en la costa atlántica de Colombia, han creado un patrón de enfermedades que no se registran en otros sitios del Hemisferio. En tercer lugar, es evidente que en Colombia existe un comercio ilegal de cigarrillos extranjeros bastante sustancial. Esta situación es similar a la experiencia de otros países latinoamericanos que se habían resistido a la entrada de las empresas taba-

caleras multinacionales en sus mercados nacionales. Con la intensa publicidad de cigarrillos de venta ilegal, las industrias internas fueron subvertidas y con el tiempo superadas por las multinacionales, mediante el licenciamiento o la adquisición directa. En Colombia, el mercado del cigarrillo ha estado cambiando en forma sostenida hacia el tabaco rubio con filtro, las marcas de cigarrillo vendidas por empresas tabacaleras multinacionales. Debido al mayor consumo de estos cigarrillos, los colombianos están experimentando ahora tasas más altas de mortalidad debida a cáncer de pulmón y patrones de mortalidad cambiantes directamente relacionados con una mayor exposición al cigarrillo por parte de la población.

Por otro lado, Colombia tiene una comunidad científica establecida, un Ministerio de Salud y una ONG dedicadas y activas en la prevención y cese del uso de tabaco. Existe una estructura gubernamental oficial para el control del tabaquismo y, hasta ahora, los fondos del Gobierno se han asignado para estudiar el consumo del tabaco y difundir información sobre las consecuencias que puede tener el tabaquismo para la salud.

La información presentada en este informe apoya las siguientes conclusiones:

1. La agricultura del tabaco ha estado aumentando en Colombia como resultado de un sistema de apoyo vertical bien integrado y de un mayor comercio extranjero.
2. Un comercio ilegal sustancial de cigarrillos es evidente en Colombia, con las consecuentes dificultades en estimar el consumo total per cápita de cigarrillos. El consumo de cigarrillos per cápita en Colombia (estimado en 1722 por año) se encuentra entre los más altos de los países del Hemisferio occidental.
3. En 1971, la prevalencia del tabaquismo entre los hombres en Bogotá era del 52,4% y entre las mujeres, del 20,2%. En 1987, la prevalencia entre los hombres de las áreas urbanas había disminuido a 42,5% y entre las mujeres había aumentado al 25,3%. Casi el 20% de los adolescentes entre los 11 y 18 años experimentaron con el tabaco, durante el año anterior a la encuesta de 1989.
4. Las tasas de incidencia y mortalidad debidas a cáncer de pulmón, tanto entre los hombres como entre las mujeres, están aumentando, como se ha observado en los datos del registro a nivel nacional y en Cali. Las tasas de mortalidad debida a cáncer de pulmón para los hombres son sustancialmente mayores que para las mujeres,

y las tasas para Cali son mayores que para aquellas de la nación en su totalidad.

5. Existe en Colombia un programa oficial del Gobierno para prevenir y controlar el consumo de tabaco. Dicho programa, específicamente financiado, utiliza la recaudación de datos, una coalición de importantes agencias gubernamentales y no gubernamentales, y las actividades de información pública. Estos son componentes esenciales en el enfoque institucional para la prevención de las enfermedades crónicas asociadas con el tabaco.

Referencias

- AGRO-ECONOMIC SERVICES AND TABACOSMOS, LTD. *The employment, tax revenue and wealth that the Tobacco Industry creates*. Septiembre de 1987.
- ALBORNOZ, S. Informe de Colombia. *Taller sobre Medios de Comunicación y Tabaquismo*. Caracas: junio de 1989.
- BERGONZOLI, G., RICO, O., RAMIREZ, A., PAZ, M.I., RAMIREZ, J., RIVAS, J.C., SALINAS, A., RODRIGUEZ, O., SALAZAR, O., RINCON, N. Uso de drogas entre estudiantes de Cali, Colombia. *Bol Of Sanit Panam* 106(1):22-31, 1989.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP). *Tabaquismo y embarazo: hay que ayudar a parar*. *Salud Perinatal* 2(7):65-77, 1987.
- CLIMENT, C., DE ARAGON, L.V. Factores asociados con el uso de drogas en estudiantes de secundaria en Cali. Parte I. Aspectos epidemiológicos y psicométricos. *Colombia Médica* 17(2): 58-69, 1986.
- CONCEJO DE BOGOTA. *Acuerdo 3 de 1983*.
- CHANDLER, W.U. Banishing tobacco. *Worldwatch Paper*, 68, enero de 1986.
- CHAPMAN, S., LENG, W.W. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. Penang, Malaysia: International Organization of Consumers Unions, 1990.
- CHAVEZ, M. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la población colombiana. *Ateroma* 3(1):15-24, enero de 1991.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE AERONAUTICA CIVIL. *Resolución Número 11073*. Septiembre 4 de 1991.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS. *Colombia Estadística Vol I:183-186*, 1987.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. *Definición de una política para la industria del cigarrillo*. Documento destinado al Consejo Nacional de Precios. 1970.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. *La industria del tabaco en Colombia*. Documento inédito, 1983.
- DIRECCION DE IMPUESTOS NACIONALES. *Boletín Económico y Fiscal No. 2, July-Sept, Bogotá, 1987*.
- GOMEZ, C., MAYORGA, O.A, MESTRE, C.E. *Estudio sobre la prevalencia y la incidencia de los hábitos de fumar y consumir licor en la Escuela Colombiana de Medicina*. Tesis para optar el título de Doctor en Medicina. Bogotá: Facultad de Medicina. Escuela Colombiana de Medicina. Noviembre de 1988.
- GONZALEZ, J., RONDEROS-TORRES, M., SALAMANCA, H. *El tabaquismo en Colombia: Un problema de salud pública. Estrategias para el control* 1989.
- HARRISON, J.P. La evolución de la comercialización del tabaco colombiano hasta 1875. En: *El siglo XIX en Colombia visto por historiadores norteamericanos*. Editorial La Carreta, p. 60, 1952.
- JOLY, D.J. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica 337, 1977.
- KALMANOVITZ, S. *La agricultura en Colombia 1950-1972. I. Evolución de la estructura agraria. II. Evolución general de la producción agrícola*. Separata del Boletín Mensual de Estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, mayo de 1978.
- LEAL, F. El sistema político del clientelismo. *Revista Análisis Político* No. 8, septiembre-diciembre, 1989.
- LOSADA, R., VELEZ, E. Tendencias de muertes violentas en Colombia. *Revista Coyuntura Social*, diciembre de 1989.
- MAXWELL, J.C. *The Maxwell Consumer Report. International Tobacco 1988--Part One*. Richmond, Virginia: Wheat First Securities/Butcher and Singer, Inc. WFBS-5455. 1990.
- MINISTERIO DE AGRICULTURA. *Anuario Estadístico del Sector Agropecuario*, 1988.
- MINISTERIO DE COMUNICACIONES. *Resolución 4063 de diciembre de 1982*. Resolución reglamentaria del decreto presidencial 3040 suscrito por los Ministerios de Comunicaciones y Salud, 1982.
- MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción. Programa "Promoción Juvenil y Uso Creativo del Tiempo Libre como Estrategia de Prevención de la Drogadicción". Factores

asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de básica secundaria y media vocacional. Informe interno. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional, 1989.

MINISTERIO DE SALUD. Tabaquismo: Un problema de salud pública. Documento interno. Bogotá: Ministerio de Salud, Dirección Epidemiología, 1983.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Cancer Incidence on Five Continents*. Lyon, France: International Agency for Research in Cancer. Scientific Publication 102, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas-Edición de 1990*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 524, 1990.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. *Desarrollo Humano. Informe de 1990*. Bogotá: Tercer Mundo Editores. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990.

QUINTERO-GONZALEZ, J. Cáncer y precáncer en fumadores con candela hacia adentro en el Departamento de Bolívar. *Revista de Ciencia, Tecnología y Educación* 6:39-60, Universidad de Cartagena, 1984.

QUINTERO-GONZALEZ, J. Registro de carcinoma escamocelular en los departamentos de Córdoba y Sucre. *Revista de Ciencia, Tecnología y Educación* 7:75-80, Universidad de Cartagena, 1986.

QUINTERO-GONZALEZ, J. *Tabaquismo en la Costa Atlántica*. Cartagena: Universidad de Cartagena. Informe. Facultad de Odontología, octubre de 1989.

QUINTERO-GONZALEZ, J., ALVAREZ, E. Carcinoma escamocelular de cavidad oral en el departamento de Antioquia 1960-1986. Trabajo presentado para ascender en el escalafón docente de la Universidad de Cartagena. Universidad de Cartagena, Facultad de Odontología, 1989.

REPUBLICA DE COLOMBIA. *Resolución 07559 de junio de 1984*, Ministerio de Salud, 1984.

REPUBLICA DE COLOMBIA. *Resolución 4063 de diciembre de 1982*. Ministerio de Comunicaciones, 1982.

RODRIGUEZ, E., RONDEROS-TORRES, M. *El hábito de fumar en Colombia. 1977-1980*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, I.N.S.-I.N.C., Editorial Gente Nueva, noviembre de 1988.

RODRIGUEZ, R. Apuntes sobre la actividad tabacalera en Colombia. Segunda edición. Mimeo. Bogotá: Instituto Nacional de Fomento Tabacalero, 1960.

TOBACCO INTERNATIONAL. Colombia: Drug cash wash, smokes smuggling linked. *Tobacco International* 191(15), abril de 1989a.

TOBACCO INTERNATIONAL. Colombia: Cigarette smuggling tolerated. *Tobacco International*, Latin America Issue, 1 de junio de 1989b.

TORRES, Y., MURRELLE, L. Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia. Mimeo. Medellín: Universidad de Antioquia, 1989.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking—The Changing Cigarette. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (PHS) 81-50156, 12 de enero de 1981.

VELAZQUEZ DE PABON, E., TORRES, Y., RAMIREZ, H., SANCHEZ, M., HERNANDEZ, N.E., REBAGE, L., BUSTAMANTE, L.M. Estudio epidemiológico del uso de sustancias que producen dependencia en la población general. Mimeo. Medellín: Corporación Colombiana contra el Alcoholismo y la Farmacodependencia. Universidad de Antioquia. Facultad de Salud Pública, Hospital Mental de Antioquia, Servicio de Farmacodependencia. Universidad Pontificia Bolivariana. Hospital Universitario San Vicente de Paul. 1985.

Costa Rica

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación y producción de tabaco
- Comercialización
- Actividades de publicidad y promoción
- Consumo

Prevalencia y consumo

- Encuestas y limitaciones
- Prevalencia de tabaquismo entre los adultos
- Prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes
- Otros tipos de tabaquismo
- Actitudes, conocimientos y opiniones sobre el tabaquismo

Tabaquismo y salud

- Indicadores de mortalidad

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Acción del Gobierno
 - Estructura y políticas ejecutivas
 - Legislación
 - Educación basada en la escuela
 - Campañas de información pública
 - Servicios para dejar de fumar
 - Impuestos
- Acción de los organismos no gubernamentales

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Costa Rica ocupa 51 000 km² en el Istmo centroamericano y colinda con Panamá, Nicaragua y los Océanos Pacífico y Atlántico. La población a mediados de 1990 se estimó en más de tres millones (Centro Latinoamericano de Demografía [CELADE] 1990) (Cuadro 1) y la estructura de edad ha cambiado de manera significativa en los últimos 20 años, debido a importantes cambios en las condiciones de salud. Dichos cambios han comprendido una disminución en la fecundidad y una mejora en la mortalidad infantil y en la mortalidad global. La tasa bruta de mortalidad descendió de 6,6 por 1000 en 1970 a 3,8 por 1000 en 1988, y la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 61,5 a 18 por 1000 nacidos vivos durante el mismo período (OPS, 1990). Estas mejorías en los indicadores de salud han sido resultado de la influencia ejercida por los gobiernos democráticamente elegidos para alcanzar las metas del plan nacional de salud establecidas en 1970.

El Banco Mundial clasificó a Costa Rica como una economía de ingreso medio, con un producto nacional bruto per cápita de \$US1690 en 1988. Sin embargo, a comienzos de los años ochenta se registró una disminución considerable en el producto interno bruto con una mayor deuda externa, empobrecimiento y desempleo. Costa Rica es principalmente una sociedad agrícola, en la que se basa la

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Costa Rica, decenio de 1980

Indicador	Año	Valor
Población	1990	3 014 596
Por ciento < 15	1988	36,4
Por ciento ≥ 65	1988	4,0
Por ciento urbano	1988	45,0
Esperanza de vida al nacer	1985-90	
Hombres		72,4
Mujeres		77,0
Tasa total de fecundidad	1988	3,2
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1988	18,0
Tasa de mortalidad bruta por 1000 personas	1988	4,0
Porcentaje de alfabetizados	1985	94,0
Producto nacional bruto per cápita	1988	\$US1690
Tasa porcentual de crecimiento anual del PNB	1980-88	2,6

Fuentes: CELADE, 1990; Banco Mundial, 1990.

economía; las exportaciones incluyen café, frutos y, anteriormente, tabaco.

El sistema de gobierno democrático también tiene el objetivo de salud para todos los ciudadanos. Como Costa Rica no ha tenido un ejército permanente durante más de 40 años, ha habido más recursos nacionales disponibles para los programas de salud y servicios sociales. En los últimos años, casi 200 000 refugiados de otros países centroamericanos han entrado en Costa Rica, con numerosos problemas de salud, tales como desnutrición y elevada mortalidad infantil. Nuevamente, con la influencia demostrada por el Gobierno en la superación de los problemas autóctonos de salud, ha mejorado la condición de estas personas (OPS, 1990). Costa Rica ocupa una posición única para hacer frente a los futuros problemas de salud, entre los que figuran los causados por el consumo generalizado de tabaco.

La industria del tabaco

Agricultura

El tabaco lo han venido cosechando los pueblos autóctonos en Costa Rica durante casi 1000 años (Arce *et al.*, 1988). En 1988 había sembradas 955 hectáreas de tabaco, que representaban el 0,24% del total de la tierra cultivable del país. Las granjas de tabaco, que promedian 1,4 hectáreas, son propiedad de 689 productores pequeños y están situadas en cuatro regiones principales (Pérez Zeledón, Alajuela, Parrita y Puriscal). Costa Rica produce tabacos de las variedades Burley, curados al humo y curados al sol.

Los agricultores venden sus cosechas a una de las tres empresas de procesamiento que operan en Costa Rica. En las ventas de tabaco intervienen el cosechero, el comprador de la empresa y un representante de la Junta de Defensa de Tabaco, que supervisa las relaciones entre las otras dos partes. La Junta de Defensa de Tabaco es una agencia del Gobierno establecida por una ley de 1956 para defender los derechos de los cosecheros al fijarse el precio del tabaco crudo. De este modo están protegidos contra los precios fijados arbitrariamente por las empresas manufactureras. En 1987, los cosecheros recibieron un total de 311 000 millones de colones por 1662 TM del tabaco crudo (Comunicación personal, Departamento Agropecuario del Banco Central, 18 de noviembre de 1991).

Costa Rica también tiene un sistema llamado ACIOS, mediante el cual el Banco Central subsidia a los cosecheros con créditos hasta del 70% del capi-

Cuadro 2. Producción, comercio externo y consumo del tabaco, Costa Rica, 1979-1989

Años	Tabaco en rama (toneladas métricas)			Cigarrillos
	Producción	Importaciones	Exportaciones	(miles de millones de unidades) Consumo
1979	2385	274	672	2,43
1980	2082	121	210	2,26
1981	1608	23	41	2,34
1982	1630	25	100	2,00
1983	1434	35	0	2,20
1984	1864	0	0	2,30
1985	2306	0	0	2,40
1986	1912	0	0	2,20
1987	1662	17	15	2,14
1988	1590	18	0	2,14
1989	1571	56	0	2,08

Fuentes: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, 1990; Maxwell, 1990.

tal necesario para financiar la producción hasta que termine la cosecha. Cuando se vende esta, el Gobierno retiene el monto del préstamo, y los cosecheros reciben las ganancias netas. Este sistema no permite que los intermediarios controlen las condiciones del mercado, porque los propios productores entregan sus cosechas directamente a las empresas manufactureras. Las empresas, trabajando por intermedio de su Instituto del Tabaco, también proporcionan asistencia técnica a los cosecheros. Estos no reciben otro tipo de asistencia agrícola del Gobierno.

En 1980, la filial de la British-American Tobacco (BAT) en Costa Rica introdujo un programa de conservación de suelos (CORENA). La empresa recibe financiación para este proyecto, de la Comunidad Económica Europea y del Ministerio de Recursos Naturales, Energía, y Minas de Costa Rica. Se otorgan préstamos de interés bajo a los agricultores, y la asistencia técnica la proporciona BAT. En los primeros 10 años del programa, el rendimiento de tabaco aumentó 75% (Barquero, 1990).

La producción de tabaco en Costa Rica descendió de 2385 TM en 1979 a un mínimo de 1434 TM en 1983 (Cuadro 2). Luego la producción aumentó algo, aparentemente porque las importaciones de tabaco aumentaron en 1984. El tabaco costarricense es muy caro en el mercado internacional y, como resultado, casi 100% de la producción interna se consume en el propio país.

Fabricación y producción de tabaco

En Costa Rica operan tres empresas tabacaleras: la Republic Tobacco Co., filial de BAT, un 20%

de la cual es propiedad de intereses nacionales; Tabacalera Costarricense, una subsidiaria de Philip Morris, un 25% de la cual es propiedad de empresas nacionales; y la Tabacalera Cachí (TACASA), propiedad del consorcio nacional de Bejos Yamuni, que produce tabaco negro. En 1987, estas empresas dieron empleo a 477 personas, es decir, 0,05% de la fuerza laboral del país (Agroeconomía, 1987).

Comercialización

La Republic Tobacco Co. domina el 72,5% del mercado, nivel que se ha mantenido estable durante los últimos 15 años. La Tabacalera Costarricense tiene el 27%, y TACASA menos del 1% (Maxwell, 1990). Aproximadamente el 73,1% de los cigarrillos se vende en paquetes blandos de 20 unidades. Los cigarrillos también se compran sueltos, especialmente por personas con bajos ingresos. Se prohíbe la venta de cigarrillos a los menores de 18 años de edad (Decreto Ejecutivo 17,967-S, 1988). En 1990 el precio promedio de un paquete de cigarrillos era de 70,75 colones; esto equivalía al 0,45% del salario industrial mensual medio en Costa Rica. En consecuencia, si un residente promedio empleado en Costa Rica fumara la mitad de un paquete de cigarrillos por día, gastaría aproximadamente el 7% del total de su ingreso mensual en cigarrillos.

Actividades de publicidad y promoción

En Costa Rica aparecen anuncios de los productos de tabaco en todos los medios de información; sin embargo, por decreto ejecutivo el Gobierno ha introducido varias restricciones sobre la

publicidad. Desde 1980, se han prohibido los anuncios de cigarrillos en las secciones deportivas e infantiles de los periódicos, en las revistas deportivas e infantiles, y en la radio y la televisión durante las horas cuando la mayoría de los televidentes son niños. La prohibición de la radio y la televisión está en vigor todo el día los domingos y días feriados, y antes de las 7:00 p.m. en días hábiles, excepto durante los programas de noticias. En los cines no se permite ninguna publicidad de productos de tabaco antes de las 5:00 p.m. Otras restricciones en la publicidad incluyen una prohibición en el empleo de menores o personajes famosos, como figuras de deportes, en los anuncios impresos o por televisión; también se prohíbe el uso de modelos que parezcan menores de edad o se asemejen a personajes famosos. Todo el material publicitario debe ser aprobado por el Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo 12,069-SPPS, 1980).

A las empresas tabacaleras se les permite una gran variedad de actividades promocionales. Por ejemplo, en Costa Rica es común la distribución de muestras gratuitas, la publicidad en el sitio de venta, carteles en el transporte público, cupones, conciertos y donaciones a asociaciones deportivas. Estas últimas son anunciados ampliamente en los medios informativos. Aunque no se permite la publicidad en los eventos deportivos y culturales propiamente dichos, las empresas tabacaleras eluden la intención de la ley mediante el establecimiento de agencias independientes que usan los nombres

de las marcas de cigarrillos. Estas agencias luego patrocinan eventos tales como conciertos para jóvenes y actividades paralelas relacionadas con eventos deportivos.

Consumo

El consumo total de cigarrillos manufacturados se mantuvo estable en Costa Rica de 1979 a 1989 (Cuadro 2). En 1989, el consumo interno alcanzó más de 2 mil millones de cigarrillos (USDA, 1989). Sin embargo, Costa Rica tiene uno de los niveles aparentes más bajos de consumo per cápita en las Américas; menos de 1000 cigarrillos por año entre las personas de 15 años y mayores (Allen, 1989). El consumo total per cápita por todas las edades descendió de 992 cigarrillos en 1980 a 707 en 1989 (USDA, 1990; OPS, 1990).

Prevalencia y consumo

Encuestas y limitaciones

Entre 1984 y 1988, en cuatro encuestas nacionales se hicieron preguntas acerca del tabaquismo en Costa Rica (Cuadro 3). Aunque tres de ellas utilizaron una definición no especificada del "fumador," las prevalencias estimadas son similares. La encuesta de Gallup, de 1988, patrocinada por la Sociedad Americana del Cáncer, usó las siguientes definiciones estándar "¿Ha consumido usted al-

Cuadro 3. Encuestas sobre el consumo de tabaco en Costa Rica, década de 1980, y prevalencia (porcentaje) del tabaquismo actual, por sexo

Patrocinador de la encuesta/Autor	Año	Muestra	N	Prevalencia	
				Hombres	Mujeres
Salud de la mujer (Rosero-Bixby)	1984-85	Grupo control para estudio del cáncer entre mujeres	870		14,0
Fecundidad y salud (Martínez-Lanza)	1986	Mujeres de 15-49 años	3527		12,4
Encuesta de viviendas (Vargas)	1986	Nacional	35000	34,7	14,4
Consumo de drogas en Costa Rica (IAFA)	1987	Nacional de 14-60 años	2700	32,9	10,6
Tabaquismo en Latinoamérica (Gallup/American Cancer Society)	1988	Población general	1213	35,0	20,0

guna vez 100 cigarrillos en toda su vida? Si responde sí, "¿Fuma cigarrillos ahora?". La primera pregunta establece la categoría "fumadores de siempre" y, la segunda, los "fumadores actuales". Los exfumadores son los fumadores de siempre menos los fumadores actuales (Gallup, 1988). La Encuesta Nacional de Viviendas de 1986 utilizó una técnica nacional de muestreo de conglomerados (Vargas, 1989); no se ha notificado la técnica de muestreo usada en la Encuesta Gallup. La encuesta hecha en 1984-1985 por Rosero-Bixby y Oberle (1987) se originó en un grupo de control para un estudio de control de casos de cáncer cervicouterino y de mama en Costa Rica. Como el grupo de control había sido apareado por edad a los casos, los resultados fueron ajustados a la distribución por edades de la totalidad de la población femenina en Costa Rica. La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y la Salud (Asociación Demográfica Costarricense, 1987) entrevistó mujeres en edad de procrear (15 a 49 años de edad).

Prevalencia de tabaquismo entre los adultos

La prevalencia de tabaquismo actual entre los hombres notificada por todas las encuestas se encuentra en una amplitud media del 30% (Cuadro 3). En 1986 se informó que la prevalencia de tabaquismo entre los hombres era del 34,7% (Vargas, 1989); la encuesta nacional sobre consumo de drogas notificó una prevalencia de 32,9% en 1987; y la Encuesta Gallup registró una prevalencia de 35% en 1988. Por lo tanto, es probable que la prevalencia de tabaquismo entre los hombres en Costa Rica sea un poco más alta que entre los hombres en América del Norte y sustancialmente más baja que la de los hombres de los países sudamericanos.

La prevalencia de tabaquismo entre las mujeres es notificada de manera fidedigna en varias fuentes diferentes. La prevalencia de tabaquismo actual entre las mujeres en la encuesta de Bixby-Rosero fue del 14,0%, un nivel similar al (14,4%) notificado en la Encuesta Nacional de Viviendas de 1986 realizada 15 meses más tarde (Vargas, 1989). La prevalencia de tabaquismo entre las mujeres embarazadas (8,1%) fue más baja que entre las no embarazadas (12,7%); la prevalencia entre las mujeres que utilizan anticonceptivos orales (15,5%) fue mayor que entre las que no los usan (11,4%) (Rosero-Bixby y Oberle, 1987). Entre las mujeres en edad de procrear que respondieron a la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, la prevalencia estimada de tabaquismo actual era del 12,4% (Asociación Demográfica Costarricense, 1987). La Encuesta Gallup,

que probablemente se basó en una muestra urbana, notificó una prevalencia mayor de tabaquismo entre las mujeres de 18 años y mayores (20,0%). La encuesta nacional realizada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en 1987 para determinar el consumo de drogas, estimó la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres en tan solo el 10,6% (Martínez-Lanza y Alfaro-Murillo, 1987). Estas encuestas sugieren que la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres en Costa Rica es relativamente baja en comparación con la mayoría de los países de América del Sur o del Norte y es considerablemente inferior a la de los hombres costarricenses.

La encuesta nacional sobre el consumo de drogas informó que 73% de los hombres y las mujeres que usaban drogas ilícitas también consumían tabaco, mientras que solo 19% de los que no usaban drogas ilícitas consumían tabaco (*Boletín de la OSP*, 1990).

Estas encuestas acusan diferencias pertinentes en la prevalencia de tabaquismo por ocupación, educación y estado socioeconómico. La población activa, tanto de hombres como de mujeres, mostró una prevalencia mucho mayor de tabaquismo que la población no activa (Cuadro 4) (Martínez-Lanza, 1987). La prevalencia de tabaquismo se correlacionó positivamente con el nivel educacional entre las mujeres: las de un nivel educacional progresivamente mayor, mostraron prevalencias mayores de tabaquismo (10,3% en las mujeres que

Cuadro 4. Prevalencia (porcentaje) de tabaquismo, por ocupación, Costa Rica, 1986-1987

Ocupación	Prevalencia (ambos sexos)
Desempleado	10,2
Trabaja	31,2
Profesionales	25,9
Técnicos	42,2
Administrativos	31,1
Empleados y vendedores	24,8
Operarios y artesanos calificados	35,8
Operarios y artesanos semicalificados	35,5
Operarios y artesanos no calificados	31,8
Personal de servicio	25,7

Fuentes: Martínez-Lanza, 1987.

Cuadro 5. Prevalencia de tabaquismo actual y anterior, (porcentaje) por sexo y nivel educacional, Costa Rica 1988

Categoría	Fumador actual	Fumador anterior	N
Sexo			
Hombres	35	23	609
Mujeres	20	10	604
Nivel educacional			
Primaria	26	19	592
Terciaria	29	14	196

Fuente: Gallup, 1988.

terminaron la escuela primaria, 14,1% en las que tuvieron alguna educación secundaria y 18,8% en las que terminaron la escuela secundaria o tenían una educación postsecundaria (Asociación Demográfica Costarricense, 1987). Los hombres, sin embargo, muestran la tendencia opuesta. La prevalencia de tabaquismo era del 43,3% entre los hombres que no terminaron la escuela primaria, 31,6% entre los que terminaron la escuela primaria, 29,3% entre los que recibieron enseñanza secundaria y 27,2% entre los que obtuvieron educación postsecundaria (Madrigal y Sandí, 1989). La Encuesta Gallup de 1988 notificó una prevalencia algo mayor de tabaquismo entre las personas con educación superior (29%) en comparación con las que solo recibieron educación primaria (26%) (Cuadro 5).

En la Encuesta de Viviendas de 1986 no se notificaron grandes diferencias en las tasas de prevalencia de tabaquismo basadas en los niveles de ingreso familiar (Vargas, 1989). La prevalencia de tabaquismo era del 29,9% en las personas que ganaban menos de 10 000 colones al mes y 29,5% en las que ganaban 10 000 o más colones al mes. Entre las entrevistadas femeninas de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud sin embargo, la prevalencia de tabaquismo fue mayor entre las mujeres de altos

ingresos (18,6%) que entre las de ingresos bajos y medios (10,1%) (Asociación Demográfica Costarricense, 1987).

Según la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas y la Encuesta Nacional de Fecundidad, la prevalencia de tabaquismo es mayor entre las poblaciones urbanas que entre las rurales, en particular entre las mujeres (Cuadro 6). Supuestamente, las mujeres de zonas urbanas en Costa Rica son más cultas y han alcanzado un nivel educacional mayor que sus contrapartes de zonas rurales y, por lo tanto, se esperaba que la prevalencia de tabaquismo fuese mayor en las poblaciones urbanas.

Entre los entrevistados masculinos de la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas, la prevalencia de tabaquismo aumentó con la edad hasta los 35 años, después de la cual disminuyó (Madrigal y Sandí, 1989). Las mujeres costarricenses más jóvenes (de 20 a 35) entrevistadas en esta encuesta acusaron una prevalencia de tabaquismo mucho mayor que las mujeres mayores (de 40 a 55) (aproximadamente, 15 frente a 8%).

Es importante el bajo número de cigarrillos fumados diariamente en Costa Rica, tanto por hombres como por mujeres (Arce *et al.*, 1988). Tanto en la Encuesta de Viviendas de 1986 como en la Encuesta Gallup de 1988, la frecuencia más alta notificada del número de cigarrillos fumados por día estuvo en la categoría de menos de 10 (61% y 53%, respectivamente). Pocos de los entrevistados en estas encuestas fumaban más de 20 cigarrillos por día (9% y 25%, respectivamente). Esta exposición tan baja ejercerá efectos beneficiosos sobre los patrones de mortalidad de las enfermedades crónicas relacionadas con el tabaquismo.

Prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes

Existe muy poca información sobre el tabaquismo entre los adolescentes de Costa Rica. En 1984 se hicieron encuestas en las escuelas secundarias del área metropolitana de San José (Calderón,

Cuadro 6. Prevalencia de tabaquismo (porcentaje) por lugar de residencia, Costa Rica, 1986 y 1987

Lugar de residencia	Encuesta sobre consumo de drogas 1987		Encuesta sobre fecundidad y salud 1986
	Hombres	Mujeres	Mujeres
Area metropolitana de San José	37,3	16,7	19,7
Otras áreas urbanas	34,3	9,8	12,9
Rural	30,4	7,7	6,7

Fuentes: Martínez-Lanza, 1987.

Cuadro 7. Prevalencia de tabaquismo (porcentaje) entre adolescentes en el Area Metropolitana de San José, por sexo, edad, tipo de institución educativa y tabaquismo familiar, Costa Rica, 1984

Categoría	Prevalencia
Total	12,7
Sexo	
Hombres	17,0
Mujeres	9,6
Edad	
Menor de 15 años	9,6
De 15 a 20 años	14,9
Tipo de institución educativa	
Colegios oficiales	12,5
Colegios privados	20,0
Tabaquismo familiar	
Ningún miembro fuma	7,3
Hermano(s) fuma (n)	10,3
Madre fumadora	13,8
Padre fumador	14,5
Ambos padres fuman	25,5

Fuente: Calderón, Castro y Montero, 1984.

Castro y Montero, 1984) (Cuadro 7). La prevalencia de tabaquismo fue mayor en las escuelas privadas que en las públicas (20,0 versus 12,5%). Esta encuesta también reveló que los niños de familias con fumadores tienen más probabilidades de ser fumadores, especialmente si ambos padres fuman.

Otros tipos de tabaquismo

No se dispone de ningún dato sobre el consumo de otros tipos de tabaco. Sin embargo, conforme a los datos sobre ventas de tabaco, el consumo de otras formas de tabaco parece ser bajo porque el tabaco negro, usado en los puros y quizás en los cigarrillos liados a mano, representa menos del 0,1% del mercado (Maxwell, 1990).

Actitudes, conocimientos y opiniones sobre el tabaquismo

Los datos respecto al conocimiento y las opiniones sobre el tabaquismo solo están disponibles en relación con los estudiantes del área de San José en 1984 (Calderón, *et al.*, 1984). No se notificó ninguna diferencia en el conocimiento de las consecuencias del tabaco para la salud entre los estudiantes de las escuelas públicas y privadas. Todos los estudiantes asociaron el fumar cigarrillos princi-

palmente con síntomas o enfermedades de las vías respiratorias. Solo 16,6% relacionaron el tabaquismo con infartos de miocardio, mientras que el 97,7% lo asoció con el cáncer de pulmón, y 64,9% con bronquitis y enfisema. Con base en una escala de puntos múltiples del conocimiento de las consecuencias del tabaco para la salud, 19,4% de los fumadores y 19,3% de los no fumadores fueron clasificados como que tenían un bajo nivel de conocimiento; 9,7% de los fumadores y 15,8% de los no fumadores tenían un alto nivel de conocimientos.

Tabaquismo y salud

Indicadores de mortalidad

En Costa Rica, el número de defunciones atribuidas a los "síntomas, signos y condiciones mal definidas" (CIE 780-799) es bajo (2,9% del total de muertes en los hombres y 3,3% en las mujeres). Dado que la causa de la defunción es notificada en prácticamente todas las defunciones de personas de 15 años y mayores, los datos sobre mortalidad pueden ser muy fiables al evaluar el impacto del tabaco en las enfermedades en Costa Rica.

Desde 1970, las causas principales de defunción entre los adultos en Costa Rica han sido enfermedades crónicas no transmisibles (OPS, 1990). Las cardiopatías han sido la causa principal de muerte, ocupando el segundo lugar los tumores malignos. La tasa de mortalidad para la categoría "síntomas, signos y condiciones mal definidas", disminuyó considerablemente de 1980 a 1988. Esta disminución sugiere que la asignación de la causa de defunción ha mejorado en el último decenio. Las tasas para otras cinco causas comunes de defunción se mantuvieron estables durante esos años, pero las de mortalidad por cardiopatía isquémica y cáncer del estómago pueden haber aumentado ligeramente.

El examen de las tasas de defunción ajustadas por edad y por edad específica correspondientes a enfermedades crónicas selectas por sexo entre las personas de 35 y más años, ayuda a comprender las posibles repercusiones del tabaquismo en las enfermedades. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad relacionadas con las enfermedades cardiovasculares (incluyendo la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular) en 1983 y 1988 demuestran una disminución de la tasa en las mujeres pero un aumento entre los hombres (Cuadro 8). La tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores del labio, la cavidad oral y la faringe aumentó lige-

Cuadro 8. Tasas de mortalidad (por 100 000 habitantes) por enfermedades seleccionadas, asociadas al tabaquismo, por sexo y grupo de edad, Costa Rica, 1983 y 1988

Causa de defunción (CIE-9)	Año	Tasa ajustada por edad	Grupo de edad		
			35-44	45-54	55-64
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)					
Hombres	1983	63,4	17,4	65,9	203,6
	1988	71,1	20,8	73,0	215,1
Mujeres	1983	44,8	4,1	39,0	114,3
	1988	38,6	5,6	19,8	71,3
Enfermedad cerebrovascular (430-438)					
Hombres	1983	27,8	3,3	26,8	69,1
	1988	30,3	6,2	24,0	76,8
Mujeres	1983	28,0	9,9	22,0	57,1
	1988	25,1	7,0	21,9	80,2
Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe (140-149)					
Hombres	1983	1,3	0,8	—	1,8
	1988	1,8	1,4	1,0	7,7
Mujeres	1983	0,7	—	—	1,8
	1988	0,8	—	—	1,5
Tumor maligno de tráquea, bronquio y pulmón (162)					
Hombres	1983	9,1	2,5	15,9	50,9
	1988	10,2	1,4	8,3	41,5
Mujeres	1983	3,0	—	6,1	14,3
	1988	2,9	1,4	2,1	14,9

Fuente: Datos de la Organización Panamericana de la Salud, 1986 y 1990.

Nota: Tasas ajustadas para todas las edades de acuerdo con la población total de América Latina.

ramente, mientras que la mortalidad por tumores de la tráquea, el bronquio y el pulmón se mantuvo prácticamente igual durante este período. Sin embargo, la tasa de mortalidad por tumores de la tráquea, los bronquios y los pulmones aumentó entre los hombres de 65 años y más (no mostrado en la figura), y la tasa de mortalidad por este cáncer disminuyó entre los hombres de 35 a 64 años. Cuando se estudiaron las tasas de mortalidad durante cinco años para detectar el cáncer de pulmón entre los hombres de 45 a 64 años, se observó un aumento significativo en los grupos de 45 a 54 y 55 a 64 años de edad entre 1970 y 1974 y 1980 y 1984; después de 1984, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón disminuyó algo (Cuadro 9). En Costa Rica, el cáncer de pulmón es más frecuente en las áreas urbanas, con una relación urbana-rural de 1,9 para los hombres y de 1,8 para las mujeres (Sierra *et al.*, 1988).

Estos datos sugieren que la repercusión del tabaquismo en las enfermedades entre las mujeres

Cuadro 9. Tasas de mortalidad (quinquenales), por 100 000 habitantes, por cáncer de pulmón en hombres, Costa Rica, 1970-1989

Período	Grupo de edad	
	45-54	55-64
1970-74	10,9	27,0
1975-79	11,2	44,6
1980-84	12,9	48,9
1985-89	10,6	44,6

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, Costa Rica, 1990.

es baja, y que puede estar disminuyendo entre los cohortes de hombres más jóvenes. El cáncer de pulmón es un indicador del impacto del tabaquismo en la población. Como la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres costarricenses es muy baja y debido a que el número de cigarrillos fumados por día por hombres y mujeres es bajo, las tasas de mortalidad para esta enfermedad indicadora son bajas, y en grupos más jóvenes están disminuyendo. Esta disminución puede indicar que las presiones económicas y las campañas contra el tabaquismo de las décadas de los 70 y los 80 en Costa Rica han producido algunos resultados positivos. Las tasas de mortalidad de las enfermedades cardiovasculares también están disminuyendo, lo que respalda aún más esta conclusión. Las diferencias entre zonas urbanas y rurales en la mortalidad por cáncer de pulmón confirman que la exposición de los hombres al tabaco y, en particular, la de las mujeres en las áreas urbanas, es mayor que en las áreas rurales.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Acción del Gobierno

Estructura y políticas ejecutivas

El Ministerio de Salud ha sido responsable de la definición de las políticas relacionadas con la prevención y el control del consumo de tabaco. La División de Enfermedades Crónicas recibe apoyo del Departamento de Asuntos Jurídicos y del Departamento de Educación en Salud para formular las políticas relacionadas con el tabaco (Arce, 1988). El Departamento de Medicina Preventiva en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) pone en práctica las medidas preventivas de salud pública en general y, en consecuencia, ha patrocinado campañas y programas educacionales para ayudar a los costarricenses a dejar de fumar. El Instituto de Alcoholismo y Farmacoadicciones (IAFA), una institución de investigación y atención clínica, es una agencia estatal que depende del Ministerio de Salud; ha incorporado los temas relacionados con el tabaco en su programa de investigación, y también ha patrocinado programas para abandonar el hábito de fumar. Aunque diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales trabajan en la prevención y el control del consumo de tabaco en Costa Rica, todavía no se ha establecido ningún

programa nacional sistemático de antitabaquismo. El Ministerio de Salud no tiene ningún programa sobre el tabaco propiamente dicho, pero colabora en las actividades organizadas por organismos no gubernamentales y la CCSS.

Legislación

La mayoría de las actividades contra el tabaco han sido legislativas, principalmente en forma de decretos ejecutivos por el Gobierno. Aunque en diversas ocasiones se han presentado a la Asamblea Legislativa proyectos de leyes para prohibir la publicidad sobre cigarrillos, ninguno ha llegado a convertirse en ley.

Desde 1980, todas las actividades publicitarias y de promoción sobre cigarrillos deben ser aprobadas por el Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo 11016-SPPS, 1980). Se requiere que la publicidad sea objetiva y real; no se pueden transmitir anuncios comerciales durante los programas destinados a niños y jóvenes, y todos los anuncios deben ser aprobados por el Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo 12069-SPPS, 1980). Se ha establecido un consejo para vigilar la publicidad sobre cigarrillos; su organización fue modificada en 1986 (Decreto 12323-S, 1986) para incluir un miembro del Consejo Nacional del Cáncer, así como funcionarios del Ministerio de Salud.

La exposición al humo de tabaco ambiental (HTA) también ha sido estudiada por el Ministerio de Salud. Entre 1987 y 1988 se emitió una serie de decretos dirigidos a la protección de la salud de los no fumadores. Por ejemplo, a los funcionarios públicos no se les permite fumar en el trabajo (Decreto No. 17398-S-J, 1987), y se prohíbe fumar en los cines y teatros (Decreto 17694-S, 1987). Posteriormente se ampliaron estos decretos (Decretos 18216-TSS, 1988 y 18771-S-J, 1989) para incluir la colocación obligatoria de anuncios en lugares visibles, la provisión de áreas especiales para fumar, y sanciones por incumplimiento. También se prohíbe fumar en los transportes públicos (Decreto 18248-MOPT-S, 1988). En febrero de 1988 se declaró que el 7 de abril sería el "Día sin Humo" en Costa Rica (Decreto 17969, 1988).

Los paquetes de cigarrillos manufacturados en Costa Rica deben llevar una de las advertencias siguientes: "El fumar durante el embarazo es nocivo para el feto y puede provocar el nacimiento prematuro", o "El fumar causa cáncer del pulmón, cardiopatía y enfisema" (Decreto 18780-S, 1989).

La venta de cigarrillos a menores (menores de

18 años) está prohibida (Decreto 17967-S, 1988), así como la venta de cigarrillos en el transporte público (Decreto 18340-S-MOPT, 1988), aunque no se especifican las sanciones por el incumplimiento con este dictamen. Por lo tanto, al igual que en otros países de las Américas, el cumplimiento de las leyes que restringen el acceso de menores al tabaco es probablemente mínimo.

Educación basada en la escuela

Durante la reciente revisión del programa de estudios de las escuelas primarias y secundarias en Costa Rica, se incluyeron segmentos específicos sobre los efectos del tabaquismo. El CCSS distribuye en las escuelas material educativo relacionado con el tabaco. Se han eliminado las referencias al tabaquismo en los libros de texto, y se ha preparado material sobre las consecuencias del tabaquismo en la salud para incluirlo en los libros de texto de ciencia. Cada año, la CCSS gasta aproximadamente 1,6 millones de colones en actividades educacionales y en campañas basadas en la escuela y de información pública en general.

Campañas de información pública

La CCSS distribuye ampliamente en clínicas, hospitales y al público en general, volantes, calcomanías y carteles que describen los efectos nocivos del tabaquismo. La CCSS también ha producido anuncios de televisión para contrarrestar los producidos por las empresas tabacaleras, gastando cerca de 1,5 millones de colones cada mes en esta actividad solamente. La CCSS también ha hecho un esfuerzo para adiestrar a los periodistas en los temas de salud, incluido el tabaquismo.

Servicios para dejar de fumar

La CCSS y el IAFA han ofrecido programas esporádicos a grupos para ayudar a las personas a dejar de fumar. Durante la etapa inicial del programa de la CCSS, se adiestró a 10 personas para que dirigieran los grupos. No se ha evaluado el efecto de estas clases.

Impuestos

El 5% de los ingresos fiscales de Costa Rica proceden de la venta de productos de tabaco. Cerca del 75% del precio de venta al detalle de un paquete de 20 cigarrillos es para el impuesto; 65% es del

impuesto sobre consumo y 10% del impuesto sobre las ventas. Este último es el mismo impuesto ad valorem que se impone a otros artículos de consumo en Costa Rica. No se han usado impuestos para controlar el consumo de tabaco, sino más bien para generar ingresos.

Acción de los organismos no gubernamentales

La Asociación Nacional Anti-Tabáquica ha organizado talleres educativos para los estudiantes de escuelas secundarias. Estos han gozado del apoyo de los Ministerios de Educación, Salud y Cultura, Juventud y Deportes. Sin embargo, la Asociación no tiene una fuente garantizada de recursos financieros, y en consecuencia depende principalmente del trabajo de voluntarios.

El Comité de Defensa del Consumidor ha ampliado sus objetivos para incluir la prohibición de toda publicidad y promoción de productos de tabaco. Con este fin, ha ejercido presiones políticas para que se promulguen leyes restrictivas, pero hasta 1990 este proyecto de ley había sido rechazado dos veces en la Asamblea Legislativa. El Comité también ha producido un programa educacional contra el tabaco en una estación de radio religiosa, y participa en debates poco frecuentes sobre temas relacionados con el tabaco.

Resumen y conclusiones

En Costa Rica, el tabaco es cultivado por agricultores pequeños que están vinculados estrechamente a la industria manufacturera. El Gobierno actúa como intermediario en la venta del tabaco en rama y en el acceso de los agricultores a créditos. Prácticamente todo el tabaco producido en Costa Rica se consume en el país; cada año se producen y consumen aproximadamente 2200 millones de cigarrillos.

Según las encuestas sobre consumo de tabaco hechas a mediados de los 80, la prevalencia de tabaquismo entre los hombres oscila del 32,9 al 35,0% y del 10,6 al 14,4% entre las mujeres. La prevalencia de tabaquismo es mayor en las áreas urbanas y en las personas empleadas. Las mujeres con niveles educativos e ingresos más altos tienen una prevalencia de tabaquismo mayor que las que han recibido menos educación e ingresos. Aunque la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres embarazadas es menor que entre las no embara-

zadas, las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen una prevalencia mayor de tabaquismo que las que no los usan. La prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes fue mayor que entre los adolescentes en 1984 y la tasa global alcanzó el 12,7%. Significativamente, el tabaquismo entre los adolescentes es más común en las familias con fumadores que en las que no tienen fumadores. La exposición a los cigarrillos es baja en los hombres y las mujeres, tanto en función de la prevalencia como del número de cigarrillos fumados por día. Esta limitación de la exposición tiene repercusiones importantes en el resultado de las enfermedades, así como en el nivel de adicción de los fumadores costarricenses. Un bajo nivel de cigarrillos fumados por día puede permitir dejar de fumar con más facilidad. Se carece de datos para analizar las creencias públicas sobre las consecuencias del tabaquismo en la salud y sobre actitudes con respecto a políticas relacionadas con el tabaquismo. Datos como estos pueden ser útiles para ayudar al Ministerio de Salud a asesorar al Gobierno sobre las políticas relacionadas con el tabaco. Es necesario comunicar al público datos como los indicados anteriormente, especialmente sobre el consumo de tabaco por las mujeres, con objeto de movilizar opiniones nacionales y programas de control.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha aumentado algo en los hombres pero no en las mujeres. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón aumentó entre los hombres de 55 a 64 años de edad en la década de los 70, pero ha permanecido estable desde entonces. Este tumor es más frecuente en las áreas urbanas, donde las tasas de prevalencia de tabaquismo son más altas, particularmente entre las mujeres. Por lo tanto, el impacto del tabaquismo en la carga de las enfermedades crónicas en Costa Rica es limitado. Habida cuenta de que el Gobierno de Costa Rica ha demostrado una determinación para proporcionar buena salud a todos sus residentes, la prevención de estas enfermedades se puede abordar. Las enfermedades cardiovasculares y por tumores son las causas principales de defunción en Costa Rica, y una parte considerable de esta mortalidad se puede evitar mediante la prevención y el control del consumo de tabaco.

Varias agencias y organizaciones relacionadas con la salud participan en una variedad de actividades contra el tabaco en Costa Rica. Actualmente, sin embargo, estas no son sistemáticas ni están coordinadas. Por iniciativa del Ministerio de Salud se

ha puesto en práctica una serie de decretos ejecutivos destinados a reglamentar la publicidad, prohibir el fumar en lugares públicos, y exigir advertencias de salud en paquetes de cigarrillos. Además, se prohíbe la venta de cigarrillos a los menores. Las campañas de información pública y las actividades de grupos no gubernamentales para prevenir y controlar el tabaquismo son evidentes pero no frecuentes. Por lo tanto, existe una infraestructura que puede prevenir que las personas jóvenes comiencen a fumar, y ayudar a los adultos a establecer su intención de dejar el hábito.

Con base en los datos presentados en este capítulo, puede llegarse a las siguientes conclusiones:

1. La agricultura y el comercio del tabaco reciben asistencia del Gobierno, en particular en apoyo de precios y préstamos para los agricultores. Para controlar el consumo de tabaco en Costa Rica, es preciso introducir otros cultivos y actividades agrícolas sin tabaco.
2. A pesar de cierto control del Gobierno sobre la publicidad y promoción de los productos de tabaco, existe un uso generalizado de muchos medios y dispositivos promocionales diferentes para incentivar a los jóvenes a fumar. La legislación integral para controlar esa publicidad ha sido derrotada repetidamente en la legislatura; una prohibición total de toda publicidad y promoción del tabaco apoyaría los esfuerzos que llevan a cabo la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud para prevenir el consumo de tabaco entre los costarricenses jóvenes.
3. La exposición de la población costarricense al tabaco es relativamente baja según normas mundiales, y por lo tanto los efectos del tabaco en las enfermedades han sido limitados. La prevención de enfermedades crónicas, especialmente el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares causadas por tabaquismo, es posible en este entorno. Las causas más importantes de defunción entre los costarricenses adultos son las enfermedades crónicas y degenerativas. Es necesario dar prioridad a la prevención y el control del tabaco a fin de superar la carga futura de estas enfermedades.
4. La prevalencia de tabaquismo es más alta entre las mujeres con niveles de educación más altos y mejor posición socioeconómica. A medida que han ido aumentando la urbanización y los niveles educacionales, también parece que ha aumentado el comportamiento de riesgo para la salud. La correlación positiva entre la educación,

el ingreso y las tasas más altas de tabaquismo no parece ser tan evidente entre los hombres. Las actividades de educación e información pública deben estudiar esta situación.

5. La recopilación y notificación de datos sobre el consumo, el conocimiento y las actitudes del público en relación con el tabaco son componentes importantes del esfuerzo de salud pública que se lleva a cabo para controlar el tabaco, y necesitan ser consolidados en Costa Rica.
6. Las acciones de control del tabaquismo han dependido de los decretos del Gobierno, y estos pueden carecer de disposiciones para hacerlas cumplir, especialmente en lo referente a las restricciones en las ventas a menores. Estos decretos serán más eficaces si se promulgan como parte de un programa concentrado e integral de prevención y control del tabaquismo que incluya educación basada en la escuela, campañas de información pública, restricciones sobre la publicidad de tabaco y la recopilación y notificación de datos.

Referencias

- ALLEN, T. Global per capita consumption of manufactured cigarettes—1987. *Chronic Diseases in Canada* 10(3):51-52, mayo de 1989.
- ARCE, R.C., ORTIZ, C., ZUÑIGA, N., Informe sobre la situación del tabaquismo en Costa Rica, Ministerio de Salud, Costa Rica. En: *OPS, Informe Preliminar sobre el Taller Subregional para Mesoamérica*, Ciudad de Guatemala, octubre de 1988.
- ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE. *Encuesta nacional de fecundidad y salud: Costa Rica, 1986*, San José, 1987.
- BANCO MUNDIAL, *World Development Report 1989*. Nueva York, Oxford University Press, 1989.
- BANCO MUNDIAL, *World Development Report 1990—Poverty*. Nueva York, Oxford University Press, 1990.
- BARQUERO, M. Alerta para salvar suelos. *La Nación, Suplemento Agropecuario* 9 de enero, 1990, p. C,1.
- CALDERON, M.E., CASTRO, V.M., MONTERO, J.P. *Conocimientos, opiniones y prácticas relacionadas con el hábito de fumar*. Tesis. Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica, 1984.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico Año XXIII*, No. 45. Santiago, 1990.
- DECRETO EJECUTIVO No. 11016-SPPS, La Gaceta No. 3, 4 de enero, 1980.
- DECRETO EJECUTIVO No. 12069-SPPS, La Gaceta No. 234, 5 de diciembre, 1980.
- DECRETO EJECUTIVO No. 17323-S, La Gaceta No. 231, 4 de diciembre, 1986.
- DECRETO EJECUTIVO No. 17393-S-J, La Gaceta No. 26, 6 de febrero, 1987.
- DECRETO EJECUTIVO No. 17694-S, La Gaceta No. 167, 4 de octubre, 1987.
- DECRETO EJECUTIVO No. 17967-S, La Gaceta No. 39, 25 de febrero, 1988.
- DECRETO EJECUTIVO No. 17969-S, La Gaceta No. 39, 25 de febrero, 1988.
- DECRETO EJECUTIVO No. 18216-TSS, La Gaceta No. 131, 11 de julio, 1988.
- DECRETO EJECUTIVO No. 18248-MOPT-S, La Gaceta No. 139, 21 de julio, 1988.
- DECRETO EJECUTIVO No. 18340-MOPT-S, La Gaceta No. 149, 8 de agosto, 1988.
- DECRETO EJECUTIVO No. 18771-S-J, La Gaceta No. 26, 6 de febrero, 1989.
- DECRETO EJECUTIVO No. 18780-S, La Gaceta No. 26, 6 de febrero, 1989.
- DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS. Tobacco, Cotton and Seeds Division, Foreign Agricultural Service (tabulaciones inéditas), abril de 1990.
- MADRIGAL, J., SANDI, L.E. Una medición estadística del hábito de fumar en Costa Rica. En consideración para publicación, 1989.
- MARTINEZ-LANZA, P., ALFARO-MURILLO, E., *Prevalencia del consumo de drogas en Costa Rica*. San José, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1987.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe especial—Epidemiologic report on the use and abuse of psychoactive substances in 16 countries of Latin America and the Caribbean. *Bull Pan Am Health Organ* 24(1):97-143, 1990.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LAS SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Publicación Científica No. 500, Washington D.C., OPS, 1986.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Publicación Científica No. 524, Washington D.C., OPS, 1990.
- ROSETO-BIXBY, L., OBERLE, M.W. Tabaquismo en la mujer costarricense, 1984-85. *Revista de Ciencias Sociales* (35):95-102, 1987.

SIERRA, R., PARKIN, D.M., BARRANTES, R., BIEBER, C.A., MUÑOZ-LEIVA, G., MUÑOZ-CALERO, N. *Cancer in Costa Rica*. International Agency for Research on Cancer, Organización Mundial de la Salud y Universidad de Costa Rica. Informe Técnico de IARC No. 1, 1988.

THE MAXWELL CONSUMER REPORT. International Tobacco 1989—Part One, Wheat First Securities Butcher and Singer, mayo 18, 1990.

VARGAS, H. Prevalencia de fumado en Costa Rica. *Prevención* 2(9):1-5, mayo de 1989.

Cuba

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación y exportación
- Comercialización

Prevalencia y consumo

- Prevalencia de tabaquismo entre los adultos
- Prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes
- Otros tipos de tabaquismo
- Actitudes, conocimientos y opiniones sobre el tabaquismo

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Estructura y políticas ejecutivas
- Legislación
- Educación basada en la escuela
- Campañas de información pública

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Cuba es una isla del Mar Caribe que se encuentra a la entrada del Golfo de México. Diez millones de habitantes ocupan 111 000 km² y gozan de algunos de los mejores indicadores de salud en las Américas. Entre 1985 y 1988, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 16,5 a 11,9 por 1000 nacidos vivos. La fecundidad global descendió de 4,4 a 1,83 durante este mismo período y la esperanza de vida al nacer aumentó de 67 a 75 años (Cuadro 1). La salud y los servicios sociales se encuentran entre los más ampliamente disponibles en las Américas, con solo 333 personas por médico en 1988 y casi 100% de alfabetismo (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1990).

Al igual que otros países de las Américas, Cuba ha sufrido los efectos de la crisis económica de los años de 1980. Las reservas de moneda fuerte y el ingreso personal han disminuido en los últimos años. Los productos agrícolas cubanos, incluido el tabaco, han encontrado menos mercados como resultado de los cambios políticos en los principales socios comerciales de Cuba, la antigua Unión Soviética y la Europa del este. Cuba ha sido una importante nación productora y exportadora de tabaco en América Latina. Por ser uno de los principales cultivos, el tabaco ha sido identificado como parte del patrimonio cultural nacional, con tradi-

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Cuba 1980-1990

Indicador	Valor
Población (1990) ^a	10 608 303
Esperanza de vida al nacer (hombres) (1985-90) ^a	73,48
Esperanza de vida al nacer (mujeres) (1985-90) ^a	77,01
Tasa total de fecundidad (1985-90) ^a	1,83
Tasa de mortalidad infantil (1988) ^d	11,9
Tasa de alfabetismo (1985) ^b	96,00%
Tasa de crecimiento anual per cápita del PNB (1965-80) ^b	0,6 %
PNB per cápita (1987) ^c	N/R

Fuentes:

^a Centro Latinoamericano de Demografía, 1990.

^b Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 1990.

^c Esta información no ha sido comunicada a ninguna de las agencias del sistema de la ONU, ni al Banco Mundial. Lo mismo se aplica a la tasa de crecimiento anual per cápita del PNB desde 1980 en adelante.

^d Las condiciones de salud en las Américas (PAHO), 1990.

ciones musicales, folklóricas y culturales asociadas con la producción y el consumo de tabaco (Suárez Lugo 1988). Sin embargo, Cuba ha reconocido las repercusiones que tiene en la salud el elevado consumo per cápita de tabaco entre sus habitantes y ha emprendido un extenso programa de control, apoyado por la voluntad política de sus líderes y por un sistema de salud bien organizado que incluye una vigilancia adecuada de las enfermedades y del estilo de vida y hábitos de consumo de la población.

La industria del tabaco

Agricultura

Cuba ocupa el segundo lugar entre los grandes productores de tabaco en América Latina, después del Brasil. El tabaco es uno de los cultivos tradicionales del país y en el pasado la actividad tabacalera constituyó uno de los rubros de mayor importancia económica, principalmente como fuente de ingreso de divisas que solamente fue superado por la producción azucarera. Actualmente, la producción tabacalera continúa teniendo un peso importante en la economía cubana. La producción ha mostrado fluctuaciones en distintos años y períodos, debidas entre otros factores, a condiciones climáticas adversas y al efecto de plagas y enfermedades, como ocurrió en 1980 por el moho azul.

El 22% del cultivo de tabaco está en manos del Estado en tanto que el 78% de todo el cultivo corresponde a los sectores cooperativos y campesinos. En 1988 un total de 56 700 hectáreas estaban plantadas con tabaco, o sea, un área equivalente al 1,6% del total de la tierra dedicada a la agricultura en Cuba (Varona Pérez 1990). Se emplearon 15 000 personas en el cultivo del tabaco, lo que representa el 3,1% del empleo total en el sector agrícola (Chapman 1990). Desde 1983 se han producido aproximadamente 40 000 TM de tabaco en rama seco.

Fabricación y exportación

Los centros de producción de tabaco están ubicados fundamentalmente en zonas rurales tabacaleras y el proceso se realiza en condiciones artesanales. La producción se concentra en 97 fábricas de tabaco y en 6 de cigarrillos, todas pertenecientes a 23 empresas que forman la Unión de Empresas del Tabaco. Casi toda la producción se destina al consumo interno, especialmente en lo referente a los cigarrillos, comparado con otros productos de tabaco, tales como los puros.

Las perspectivas de la producción tabacalera están sujetas a los mercados externo e interno, donde el consumo presenta una tendencia decreciente desde 1985. Aunque la cantidad de la exportación real de tabaco en rama y la de cigarrillos resultó inferior en esta década, el valor de las exportaciones aumentó debido al efecto de los precios externos. En Cuba anualmente ingresan alrededor de \$US90 millones derivados de la exportación, lo que indica que el tabaco todavía representa un importante renglón de la economía cubana.

Comercialización

Desde 1960 en Cuba se prohibió toda la publicidad de productos de consumo, incluso el tabaco, y desde 1970 las cajetillas de cigarrillos llevan impresas la advertencia FUMAR DAÑA SU SALUD (Varona Pérez 1990). El Ministerio de Agricultura cuenta con una institución responsabilizada del análisis de los componentes químicos de los cigarrillos, de todas las marcas y tipos. El contenido de alquitrán en los cigarrillos de tabaco negro sin filtro es mayor que en los restantes tipos de cigarrillos y son aquellos precisamente los de mayor consumo en la población, lo que aumenta la potencialidad de riesgo para la salud del tabaquismo.

La comercialización del tabaco en Cuba se realiza de dos formas: una distribución a bajo precio dentro del mercado racionado y otra de precios altos en el mercado libre. Los cigarrillos se ofrecen en paquetes de 20 unidades. Los cigarrillos sueltos se han vendido solo en la Provincia de Matanzas pero este sistema se eliminó a fines de 1990. Está prohibida la venta de cigarrillos a menores de 16 años en los centros de salud y en las instituciones de educación así como en los centros de recreo para niños y personas jóvenes.

El consumo racionado ofrece, desde 1971, cuatro cajetillas de cigarrillos mensuales por persona a un precio de 30 centavos a los nacidos antes del 1 de enero de 1956. En el mercado libre los precios son altos, con el propósito de no estimular el consumo, fundamentalmente entre los jóvenes. El cigarrillo rubio tiene un precio de 1,80 pesos y el precio del cigarrillo negro oscila entre 1,60 pesos y 2,0 pesos por cajetilla. Es de destacar que de 1973 a 1990 el precio promedio oficial ha tenido un aumento aproximado del 30%, lo que concuerda con el objetivo de utilizar el precio como mecanismo regulador del consumo. El salario promedio mensual en Cuba en 1989 fue de 188 pesos y las estadísticas del Instituto Cubano de Investigaciones y

Orientación de la Demanda Interna (ICIODI) sobre los gastos de la población en el rubro de cigarrillos y tabacos en la última década, han oscilado entre 8 y 12% del sueldo mensual (Varona Pérez 1990).

Prevalencia y consumo

De 1959 a 1970 los cigarrillos y productos de tabaco se vendían totalmente liberados y a precios bajos, y se distribuían gratis a sectores específicos (macheteros, etc), por lo que el consumo mostró una tendencia creciente hasta alcanzar su máximo punto en los años 1967-1968.

Los productos de tabaco se racionaron en 1971 a fin de mantener los precios bajos, y asegurar las cuotas. Este racionamiento, que aún se mantiene, tuvo la peculiaridad de desestimular el consumo. En agosto de 1972 se reinició la venta libre de estos productos, pero a precios elevados, entre 1,60 y 2,00 pesos la cajetilla de cigarrillo negro, 2,40 la de rubios y 0,68 el puro, al tiempo que se mantuvieron las cuotas. La comercialización a estos precios provocó un aumento sustancial del precio promedio de los cigarrillos y puros, lo que representó otra medida desestimuladora del consumo.

Una vez pasado el efecto novedoso de la venta libre de cigarrillos y puros a precios altos, el consumo total per cápita (cigarrillos más tabacos) se estabilizó hacia 1985 aproximadamente entre los 2500 y 2800 cigarrillos anuales, con una tendencia ligeramente decreciente (Cuadro 2). A partir de dicho año, en el que se inició la campaña para desestimular el tabaquismo, el consumo comenzó a descender de forma más acentuada, llegando a situarse por debajo del nivel mencionado anteriormente.

Cuadro 2. Consumo de cigarrillos per cápita, Cuba 1974-1989

Período	Consumo anual per cápita (15 años y más) de cigarrillos	Disminución porcentaje
1974-1975	2694	36,1 ^a
1976-1980	2660	1,3
1981-1985	2620	1,5
1986-1988	2315	11,6
1989	2247	46,7 ^a

Fuente: ICIODI.

^aCalculado en relación con 1970.

Cuadro 3. Prevalencia (%) del tabaquismo entre adultos de 17 años y más, 1980-1989

Año	Población total ^a	Población fumadora ^b	% de fumadores en la población total
1980	6 034 411	3 192 203	52,9
1984	6 647 307	2 805 164	42,2
1988	7 173 712	2 876 659	40,1
1989	7 529 025	2 819 318	37,4

Fuentes:

^aAnuarios Estadísticos de Cuba.

^bEncuestas Nacionales, ICIODI.

Prevalencia de tabaquismo entre los adultos

La primera encuesta nacional sobre prevalencia del tabaquismo data de 1978 y fue realizada por el Ministerio del Interior. En 1980, 1984 y 1988 el ICIODI, organismo especializado en estudios de hábitos de consumo de la población, ejecutó encuestas nacionales con carácter representativo. En todas ellas, el "fumador actual" fue definido como aquel que fumaba a diario, en el momento de hacerse la encuesta. El emplear la misma definición y el mismo marco de encuesta es lo que permite hacer comparaciones valiosas para períodos más largos.

En 1989 se realizó una encuesta nacional sobre consumo de bebidas alcohólicas la que también proporcionó datos sobre la prevalencia de tabaquismo. Se ejecutó una nueva encuesta nacional en 1990, pero sus resultados no estaban concluidos cuando se solicitó la información para la preparación del presente informe.

En 1980, 3 192 203 cubanos de 17 años y más fumaban, lo que produce una prevalencia de 52,9% de la población en ese grupo de edad. En 1988 la prevalencia descendió a 40,1% y en 1989 llegó a 37,4%. Esto quiere decir que en la década comprendida entre 1980 y 1990, independientemente del crecimiento de la población, Cuba mantuvo una disminución de 15,5% en la prevalencia del tabaquismo, con un promedio anual de disminución de 1,5% (Cuadro 3).

En 1988 la prevalencia del tabaquismo en la población de 17 años y más fue de 53,7% entre los hombres y en las mujeres de 28,3% (Cuadro 4).

Los grupos de edades de mayor prevalencia eran los de 30 a 39 y de 40 a 49 años y esa prevalencia de fumadores es ligeramente mayor en la zona rural que en la urbana (42,1 frente a 39,3, respectivamente) (Figura 1).

Aunque la prevalencia por nivel educacional no presenta grandes diferencias, puede apreciarse que se encuentra un porcentaje más alto de fumadores en la población con el nivel más bajo de escolaridad (Cuadro 5).

Referente a la ocupación, la prevalencia más alta es la de los obreros agrícolas e industriales, con el mayor número de fumadores en las zonas rurales. Le siguen en orden decreciente los trabajadores de servicios, los dirigentes, los jubilados, y el personal administrativo y de oficina. La prevalencia de médicos fumadores es alta, pues 3 de cada 10 fuman (Cuadro 6).

La prevalencia del tabaquismo es más alta en las provincias donde se cultiva tabaco, como Sancti Spiritus, Cienfuegos y Pinar del Río, y la prevalencia mayor de mujeres fumadoras se encuentra en Ciudad de La Habana. El primer punto se corresponde con la tradición cultural del tabaquismo y el segundo con el desarrollo y la mayor incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo.

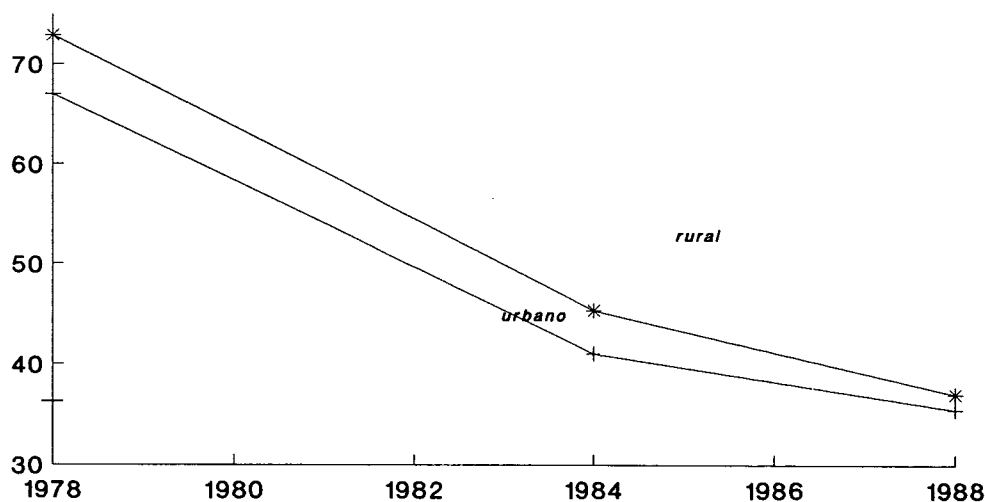
Con base en estos datos, parece que tanto la prevalencia entre los adultos como el consumo de tabaco han mostrado una tendencia decreciente en años recientes.

Prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes

De acuerdo con la encuesta de 1988, el 95% de los fumadores cubanos comenzó a fumar antes de los 30 años y de ellos el 58,5% lo hizo entre los 13 y los 16 años (Varona Pérez 1990).

Debido a que estos resultados son muy similares a los obtenidos en las encuestas anteriores, se comparó la información obtenida en los hogares con la obtenida de los adolescentes encuestados fuera de su hogar. En efecto, en una encuesta nacional de 1847 estudiantes de 13 a 17 años de edad mediante un cuestionario auto-administrado

Figura 1. Prevalencia (%) de tabaquismo, por lugar de residencia, Cuba, 1978-1988



Fuente: ICIODI 1978, 1988a.

Cuadro 4. Prevalencia (%) de tabaquismo, por sexo, entre adultos de 17 años y más, Cuba, 1988

	Hombres	Mujeres
Fuman	53,7	28,3
No fuman	46,3	71,7

Fuente: Encuesta Nacional 1988, ICIODI.
Incluye exfumadores.

Cuadro 5. Prevalencia (%) de fumadores entre adultos de 17 años y más, por escolaridad, Cuba, 1988

	Fuman	No fuman
Primaria inconclusa	47,1	52,9
Primaria	40,5	59,5
Media	39,2	60,8
Media superior	33,1	66,9
Universidad	36,8	63,2

Fuente: Encuesta Nacional 1988, ICIODI.

(ICIODI 1988) se encontró una prevalencia de tabaquismo del 5,7% (8,1% entre los hombres y 2,9% entre las mujeres). En una encuesta realizada en 1988 en los hogares, los adultos que respondieron

Cuadro 6. Prevalencia (%) de fumadores entre adultos de 17 años y más, por ocupación, Cuba, 1988

	Fuman	No fuman
Obrero agrícola e industrial	54,0	46,0
Servicios	49,6	50,4
Dirigente	48,9	51,1
Jubilado o pensionado	46,0	54,0
Personal administrativo y de oficina	43,7	56,3
Otro profesional	36,2	63,8
Médico	33,9	66,1
Maestro	29,6	70,4
Ama de casa	27,2	72,8
Estudiante	7,8	92,2

Fuente: Encuesta Nacional 1988, ICIODI.

en nombre de sus hijos adolescentes indicaron que la prevalencia del tabaquismo era solo del 2,8% entre los hombres y 0,6 entre las mujeres. Obviamente los padres de los adolescentes subestimaron la presencia de tabaquismo entre sus hijos.

Otros tipos de tabaquismo

En Cuba la mayoría del tabaco se consume en forma de cigarrillos. En 1988 solo el 8,5% de los

fumadores de 17 años y más fumaban puros, un 1,8% fumaba tanto cigarrillos como puros, y un 1% de la población declaraba consumir otros tipos de tabaco, es decir fumaban pipa o mascaban tabaco (Varona Pérez 1990). Los puros representan 15,4% del tabaco consumido en Cuba y el tabaco para mascar representa solo un 0,5%.

Actitudes, conocimientos y opiniones sobre el tabaquismo

Dado que las actividades de prevención y control del tabaquismo comenzaron en forma sistemática a fines de los años ochenta, en la encuesta efectuada por el ICIODI en 1988 se hicieron preguntas sobre los conocimientos y las actitudes con respecto al tabaquismo. De la población total, 97% se consideró "bien informada" sobre los efectos nocivos del tabaquismo, y tanto los fumadores como los no fumadores no difirieron en sus respuestas a esta pregunta. Noventa por ciento de los entrevistados había obtenido información relacionada con el tabaquismo en la televisión, 80% en la radio y 61% en la prensa (ICIODI 1988). Los encuestados también estaban de acuerdo con las políticas destinadas a restringir el fumar en lugares públicos y casi todos (98%) aprobaban las prohibiciones sobre el fumar en lugares cerrados. Al propio tiempo, la mayoría (76%) también creía que la reglamentación no era suficiente para afectar al comportamiento respecto al tabaquismo debido al incumplimiento generalizado (ICIODI 1988).

Tabaquismo y salud

Las estadísticas de mortalidad en Cuba se encuentran entre las más exactas de las Américas. En 1988 se estimó que el subregistro era solo del 1,5%, y que únicamente 0,2% de todas las defunciones habían sido clasificadas como "síntomas y condiciones mal definidos" (OPS 1990).

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte en Cuba, entre las personas en los grupos de edad de 15 a 49 años y de 50 a 64 años. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan el primero y el segundo lugar, respectivamente, entre las personas de 50 a 64 años. La causa más frecuente de muerte debida a cáncer en Cuba es el cáncer de pulmón (tasa global ajustada por edad de 16,2 por 100 000 personas en 1988), con una tasa mayor para los hombres (23,5 por 100 000) que para las mujeres (8,7 por 100 000)

(OPS 1990). La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad en Cuba es sobrepasada únicamente por la de los Estados Unidos y el Canadá entre los países de las Américas. De 1983 a 1988, la tasa de mortalidad ajustada por edad para el cáncer de pulmón entre los hombres aumentó ligeramente pero no significativamente.

En Cuba, el consumo de cigarrillos de tabaco negro sin filtro y de puros es más común que en otros países de las Américas. En vista de la excesiva tasa de mortalidad por cáncer de pulmón registrada en Cuba, Joly llevó a cabo un estudio, con base en el hospital, de 826 casos y controles para evaluar la relación entre el consumo de estos tipos de tabaco, y el riesgo de cáncer de pulmón. Se calculó la razón de productos cruzados como estimado de riesgo relativo a fin de medir el grado de asociación entre el cáncer de pulmón y diversas formas del consumo de tabaco. Dichas razones fueron mayores para los consumidores de tabaco negro que para los de tabaco rubio (razón de 8,6 frente a 4,6 para las mujeres y 14,3 frente a 11,2 para los hombres). Los fumadores de puros tenían un riesgo mucho menor de cáncer de pulmón (razón = 4,0) que los que fumaban cigarrillos solamente. Sin embargo, los que fumaban tanto puros como cigarrillos tenían una razón mayor que los que fumaban cigarrillos solamente (15,0 frente a 14,1). Basado en las asociaciones encontradas en este estudio, Joly también consideró que 91% de las muertes debidas al cáncer de pulmón entre los hombres y 66% de las muertes debidas a cáncer de pulmón entre las mujeres podían deberse al tabaquismo, aun cuando se consideraron otras variables como la exposición ambiental, la ocupación y otros factores de riesgo. Por lo tanto, en 1988, 2647 muertes por cáncer de pulmón fueron causadas por el tabaquismo en Cuba.

Además del cáncer de pulmón, se pueden observar pruebas del impacto del tabaquismo en determinadas enfermedades cardiovasculares en Cuba durante el período de 1983 a 1988. La tasa de mortalidad ajustada por edad de la cardiopatía isquémica aumentó tanto para los hombres como para las mujeres hasta 1987 (Figura 2). Sin embargo, la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, ajustada por edad, así como las de cáncer del labio, la cavidad bucal y la faringe siguieron siendo estables tanto para hombres como para mujeres. Estas enfermedades pueden tener otros factores de riesgo que contribuyen a las mismas, como la hipertensión arterial y el consumo excesivo de alcohol, cuyas prevalencias han disminuido en Cuba.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Estructura y políticas ejecutivas

En Cuba, todas las actividades de prevención y control del tabaquismo se llevan a cabo dentro del marco gubernamental, y el Gobierno ha reconocido oficialmente la importancia del tabaco como uno de los contribuyentes a la emergencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población cubana (Suárez Lugo 1988). Ya en la década de 1960 comenzaron las acciones contra el tabaquismo, incluidas la prohibición de publicidad sobre los productos de tabaco, la aplicación de una advertencia en los paquetes de los cigarrillos y diversas actividades educativas por los profesionales de salud. En 1976, el Ministerio de Salud Pública creó la Comisión Nacional para la Promoción de la Salud, con los objetivos declarados de reducir el sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo. En 1986, se creó un Grupo de Trabajo Nacional (GTN) para iniciar una campaña antitabáquica. En 1987 se organizó el Programa Nacional para Reducir el Tabaquismo, del cual forma parte integral la campaña antitabáquica.

El GTN incluye a representantes de 15 organismos del Gobierno: los ministerios de salud, educación, educación superior, cultura, agricultura, comercio y transporte; los institutos de radio, televisión, deportes, educación física, recreación y aeronáutica; la Unión de la Juventud Comunista; la Organización de Pioneros José Martí, y el ICIODI, que actúa de coordinador general. Cien personas participan como mínimo en este grupo que, aunque no tiene presupuesto propio, utiliza los recursos de las instituciones miembros. El GTN ha establecido los componentes provinciales para regionalizar las actividades.

Legislación

La campaña antitabáquica utiliza principalmente la educación pública a través de los medios de divulgación, pero recientemente las medidas legislativas han aumentado. Las primeras disposiciones legales relacionadas con el tabaco se concentraban en la prevención de incendios mediante la prohibición de fumar en lugares donde hubiese sustancias inflamables o explosivas (Decreto No. 41 1988). Ahora se prohíbe también fumar en los aviones (Resolución DJ 26/88 1988) y vehículos de transporte público urbano (Ley No. 60 1987), así como en los establecimientos de salud, educación y algunas oficinas públicas (Rodríguez Palacios 1988).

Debido a la preocupación por el incumplimiento de estas restricciones, el GTN ha preparado un proyecto proponiendo la reformulación de la reglamentación existente. La nueva versión prohíbe fumar en centros de reunión, centros de salud, instalaciones educativas, centros deportivos, oficinas públicas y todas las instalaciones de transporte público, incluidas las terminales (Varona Pérez 1990). El proyecto de ley también exhorta a los dirigentes nacionales a supervisar el cumplimiento de las reglamentaciones y a imponer multas a quienes las violen. Los ingresos en concepto de estas multas, serían asignados al GTN para invertirlos en la campaña antitabáquica.

En Cuba existen algunas restricciones sobre las ventas de cigarrillos (Varona Pérez 1990). Se prohíbe la venta de cigarrillos en los centros de salud, escuelas y otros lugares donde los niños y los jóvenes suelen reunirse. Por decreto del Ministerio de Comercio, se prohíbe la venta de cigarrillos a las personas menores de 16 años de edad.

Educación basada en la escuela

En 1989 se comenzó el diseño de un programa de educación antitabáquica para niños y adolescentes, que abarcaba tanto la enseñanza curricular como la extracurricular. El programa está valorándose, tanto desde el punto de vista de su efectividad como de la factibilidad de su introducción en el sistema nacional de educación.

También en 1989, se inició un procedimiento para ayudar a que las personas abandonen el tabaquismo. Se aplica principalmente en la comunidad a nivel de la familia que es la unidad básica del sistema de atención primaria de salud. Además se proporciona a los médicos información para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

Campañas de información pública

Las campañas de información pública son el componente principal de las actividades contra el tabaquismo en Cuba. Estas campañas enseñan al público los efectos peligrosos del tabaquismo para la salud; aumentan el conocimiento público de los derechos de los no fumadores a respirar aire puro, e incentivan a los padres, maestros y funcionarios del Gobierno para que sirvan de ejemplo dejando de fumar.

Varias subcampañas están dirigidas a diferentes grupos, tales como los fumadores que desean dejar la adicción, miembros de una familia, médicos, educadores y otros líderes de opinión

tales como maestros y deportistas, adolescentes y jóvenes, y los fumadores pasivos. Otra subcampana destaca los efectos económicos del tabaquismo en el ingreso familiar. Los instrumentos utilizados han incluido los medios de divulgación en masa, carteles, mensajes en los guardafangos y camisas con el mensaje, "En vez de humo, llénese de vida".

En los dos primeros años de la campaña antitabáquica, la atención se centró en la educación. Sin embargo, se dispone de pocos recursos para ayudar a los fumadores a dejar el tabaquismo. Los datos de las encuestas comentadas en párrafos precedentes indican que tanto los fumadores como los no fumadores están bien informados acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud, pero solo se dispone de ayudas farmacológicas y programas clínicos esporádicos. Además, el GTN intenta encontrar apoyo de organismos internacionales.

En 1988 Fidel Castro, dirigente nacional, recibió la condecoración de la OMS en ocasión del Día Mundial sin Fumar como reconocimiento a la expresión de la voluntad política del Gobierno cubano de combatir el tabaquismo y priorizar la salud de la población.

Resumen y conclusiones

El cultivo del tabaco ha desempeñado una función importante en la economía y cultura cubanas. Cuba ha ocupado el segundo lugar entre los mayores productores y exportadores de tabaco en América Latina, y el consumo de tabaco per cápita de los cubanos es uno de los más altos del Hemisferio. En el período de 1986 a 1989 los cubanos consumieron 2315 mil millones de cigarrillos por año. Este consumo excesivo ha llevado al incremento del cáncer de pulmón como una de las causas principales de muerte atribuibles al cáncer en Cuba, con más de 2600 defunciones por cáncer de pulmón atribuibles al tabaquismo cada año.

El Gobierno y sus dirigentes han reconocido la gravosa carga del tabaquismo, tanto para la salud como para el bienestar de una economía que lucha por expandirse. El trabajo educativo desarrollado y el interés del Estado por mejorar los indicadores de salud de la población, propician que se mantenga una tendencia decreciente en el consumo de tabaco, la que se inició en 1985. No obstante esta disminución, la prevalencia del tabaquismo aumentó entre las mujeres, así como entre los adultos jóvenes. Además, los cubanos continúan comen-

zando a fumar a una edad temprana, aunque en 1988 solo el 5,7% de la población adolescente declaró ser fumador.

Se están intensificando las acciones legales antitabáquicas del Programa nacional, especialmente contra el tabaquismo en lugares públicos. Los médicos, como líderes de opinión y asesores de sus pacientes que fuman, se encuentran involucrados activamente en el Programa contra el tabaquismo.

El GTN considera necesario proporcionar ayuda eficaz a quienes quieren dejar el tabaquismo. También es un aspecto positivo que el Programa se ejecute a través de un grupo multidisciplinario y multisectorial con alcance nacional.

Partiendo de los datos presentados con anterioridad, pueden sacarse las siguientes conclusiones:

1. La producción y el consumo de tabaco están profundamente arraigados en la cultura cubana, lo que se refleja en una prevalencia alta de tabaquismo. El alto nivel de tabaquismo no es tanto un producto de la comercialización sino de las costumbres profundamente arraigadas en Cuba.
2. Cuba ocupa el tercer lugar en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en las Américas, y las tasas de mortalidad por este cáncer están aumentando para hombres y mujeres. Cada año se atribuyen al tabaquismo más de 2600 muertes debidas a cáncer de pulmón. También están aumentando las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica. La cardiopatía y la enfermedad neoplásica son las causas principales de muerte de adultos en Cuba.
3. El Gobierno cubano ha encontrado necesario prevenir y controlar el consumo de tabaco entre sus ciudadanos. Desde 1960 no ha habido publicidad de los productos de tabaco. Los sistemas de datos que existen en Cuba han proporcionado la información necesaria para formular un programa nacional de prevención y control del tabaco, que se inició en 1986. Los efectos de este programa se miden a través de indicadores de consumo, prevalencia, mortalidad, y de los resultados de encuestas, de conocimientos y actitudes.
4. Las actividades contra el consumo de tabaco incluyen información pública usando los medios de divulgación en masa, la educación basada en la escuela, las medidas legales, y el compromiso público de los líderes del Gobierno de controlar el consumo de tabaco. Los estudios realizados han demostrado que el conocimiento de las con-

secuencias del tabaquismo para la salud es universal, pero se necesitan servicios para llevar a cabo el cese del mismo.

5. La prevalencia de tabaquismo ha descendido en la década de los ochenta en un 15,5%. La prevalencia del tabaquismo aumentó entre los adultos de 30 a 49 años, así como en las mujeres. El consumo de cigarrillos y tabacos per cápita ha tenido una disminución del 46,7% de 1974 a 1989. Aún con las reducciones alcanzadas, la prevalencia y el consumo de tabaco entre los cubanos es alto.

Referencias

- AGRO-ECONOMIC SERVICES LTD. y TABACOSMOS LTD. *The employment, tax revenue and wealth that the tobacco industry creates*. 1987.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990*. New York: Oxford University Press, 1990.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. Santiago, Chile: CELADE, Año XXIII, No. 45., enero de 1990.
- CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. International Organization of Consumers Unions, Penang, Malasia, 1990.
- HEDGES, M. Trail of phony Winstons leads to Noriega, Cuba. *The Washington Times*, julio 5 de 1990, pág. A3.
- JOLY, O.G., LUBIN, J.H., CARABALLOSO, M. Dark tobacco and lung cancer in Cuba. *Journal of the National Cancer Institute* 70(6):1033-1039, junio de 1983.
- MASIRONI R., ROTHWELL, K. Tendences et effets du tabagisme dans le monde. *Rapp Trimest Statist Sanit Mond.* 41:228-241, 1988.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 500, 1986.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas—Edición de 1990*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Publicación Científica No. 524, 1990.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe Preliminar, Taller Sobre Tabaquismo y Salud, Región Mesoamérica, Ciudad de Guatemala, 11 de octubre de 1988.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. *Human Development Report 1990*. New York: Oxford University Press, 1990.
- RODRIGUEZ-PALACIOS, E. Estudio sobre aspectos legales del hábito de fumar. Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna. La Habana, 1988. Mimeografiado.
- SUAREZ-LUGO, N. Actividades antitabáquicas en Cuba, La Habana 1988 (mimeografiado).
- U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Foreign Agricultural Service. Latin American and Caribbean Tobacco Production and Consumption (tabulaciones inéditas), abril de 1990.
- VARONA-PEREZ, P. Informe sobre tabaquismo, Cuba, 1990. (Datos inéditos.)

Chile

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Manufactura, comercialización y tributación
- Publicidad y comercialización

Prevalencia y consumo

- Datos sobre consumo
- Encuestas sobre comportamiento
- Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Medidas del Gobierno: Estructura y política ejecutiva
- Actividades de información pública
- Legislación y políticas
- Medidas tomadas por organismos no gubernamentales
- Programas de cesación e información

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

Chile es una república de más de 13 millones de habitantes situada en la costa del Pacífico de Sudamérica (CELADE, 1990). Ocupa el décimo lugar en cuanto a tamaño geográfico (756 626 km²) entre los países de las Américas. La población es principalmente urbana (85%), y el 39% de todos los habitantes viven en el área del Gran Santiago. La población de Chile ha acusado un aumento constante en la proporción de personas de 15 años o más de edad, de 61% en 1965, al 67% en 1988 (Cuadro 1). Con un producto nacional bruto (PNB) per cápita de \$US1150, Chile está clasificado por el Banco Mundial entre los "países de ingresos medios inferiores"; la tasa anual de crecimiento (0,2% entre 1965 y 1987) mejoró después de la democratización de 1989 (Banco Mundial, 1990). Los indicadores de salud y económicos en Chile figuran entre los mejores de todos los países latinoamericanos (CELADE, 1990; Banco Mundial, 1990) (Cuadro 1). A diferencia de las tendencias mostradas por la ma-

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Chile, en el decenio de 1980

Indicador	1965	1988
Población	7 614 000	12 800 000
Porcentaje < 15 años	39,4	33,4
Porcentaje urbano	72	85
Tasa bruta de natalidad (por mil personas)	34	23
Tasa bruta de mortalidad (por mil personas)	11	6
Esperanza de vida al nacer		
Hombres	55,3	67,5
Mujeres	60,9	74,5
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	101	20
Tasa del promedio anual de inflación (1980- 1988) Porcentaje		20,8
Porcentaje de alfabetizados (12 años y más de edad)		94,4
Producto interno bruto per cápita (\$US)		1510

Fuentes: CELADE, 1990; OPS, 1990; Banco Mundial, 1990.

yoría de los países de América Latina, la tasa anual de inflación descendió durante la década de los 80. Entre 1965 y 1980, la inflación promedió 129,9% por año; entre 1980 y 1987, la inflación anual media fue del 20,6%. En 1987, la deuda externa ascendía a \$US21 mil millones, equivalente al 103,6% del PNB.

La industria del tabaco

Agricultura

Chile ha producido tabaco durante muchos años. Aproximadamente 1200 agricultores de tabaco (Misdorp, 1990) trabajan en 2500 hectáreas de tabaco, o sea el 0,16 a 0,19% de la tierra cultivable total del país. El cultivo del tabaco está concentrado en el fértil valle central de Chile, donde aproximadamente 3760 personas (0,4% de la fuerza de trabajo agrícola) participan en el cultivo de tabaco, por lo menos a tiempo parcial (Agro-Economic Services and Tabacosmos, Lt., 1987). Chiletabacos (una filial doméstica de British American Tobacco, Ltd. [BAT]) proporciona asistencia técnica y financiera mediante contrato a agricultores de tabaco que cultivan como promedio 20 ha cada uno (Misdorp, 1990).

Los datos proporcionados por el Departamento de Agricultura de los EUA (USDA) y el Ministerio de la Agricultura de Chile indican que la producción de tabaco disminuyó aproximadamente de 7500 toneladas métricas en 1979 a 4780 en 1983. Para 1989, la producción de tabaco había aumentado a más de 9000 TM (Cuadro 2). Se espera que la producción de tabaco aumente un 50% durante los próximos cinco años; este aumento está dirigido principalmente al mercado de exportación (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1990). En 1988, el tabaco representó aproximadamente 1% de todas las exportaciones agrícolas. Las exportaciones aumentaron 15% entre 1988 y 1989 (USDA 1990, Cuadro 2). Entre 1980 y 1989, las importaciones disminuyeron casi 75%. Fuentes de la industria del tabaco informan que en 1989 los Estados Unidos importaron 2000 y el Japón 500 TM de tabaco de Chile (Misdorp, 1990). El aumento de las exportaciones de tabaco ha coincidido con una importante mejora en la situación general del comercio exterior de Chile (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

Manufactura, comercialización y tributación

En 1989, tres empresas manufactureras de cigarrillos proporcionaron empleo a 1945 personas

Cuadro 2. Producción, exportaciones, importaciones y consumo interno total de tabaco sin manufacturar, en toneladas métricas, Chile, 1979-1989

Año	Producción	Exportaciones	Importaciones	Consumo interno total
1979	7508	0	1357	10 300
1980	5256	0	2281	13 707
1981	5608	110	3300	8009
1982	4910	1109	2540	5940
1983	4780	980	1010	6530
1984	7280	1720	340	6800
1985	6230	1357	310	5712
1986	6450	1100	560	6530
1987	7219	1894	272	6468
1988	8019	2080	979	6988
1989	9277	2400	600	7104

Fuente: USDA, 1990.

(0,4% de la mano de obra industrial) en Chile (Maxwell, 1990). La Compañía Chile de Tabacos (Chiletabacos, S.A.) es una subsidiaria de BAT. Existen dos compañías más pequeñas: Facil es subsidiaria de la Philip Morris Company y R.J. Reynolds es subsidiaria de la empresa multinacional del mismo nombre (Sepúlveda, 1990). Chiletabacos, S.A. domina el mercado interno con más del 90% de las ventas notificadas (Tobacco Merchants Association, [TMA], 1989). La industria manufacturera de tabaco demuestra un grado moderado de integración vertical, con subsidiarias para la distribución y producción del material de empaque. La producción de cigarrillos varió entre 7 y 10,5 mil millones por

año (Cuadro 3) y representó aproximadamente 2% del producto interno bruto en la década de los 80.

El precio medio de un paquete de 20 cigarrillos era de 140 pesos en 1990 (Sepúlveda, 1990). Los precios de los cigarrillos aumentaron 16,2% en general en 1989, mientras que el costo de vida aumentó 21,4% durante el mismo período (Misdorp, 1990). El impuesto sobre consumo representó aproximadamente el 70% del precio de venta al detalle de los cigarrillos y el 5,2% del total de los ingresos fiscales del Gobierno en 1989 (\$US200 millones) (Sepúlveda, 1990).

En Chile no se utilizan las máquinas vendedoras de cigarrillos. No hay pruebas de que exista

Cuadro 3. Producción, exportaciones, importaciones y consumo interno total (en millones), y consumo per cápita de personas de 15 años y más, Chile, 1979-1989

Año	Producción	Exportaciones	Importaciones	Total del consumo interno	Consumo per cápita (Edad ≥ 15)
1979	9988		400	10 028	
1980	10 500		526	11 026	1403
1981	10 700		800	11 500	1200
1982	7800		1100	8900	980
1983	7900		300	8200	961
1984	8220		157	8377	1014
1985	8260		120	8380	1019
1986	8260	30	170	8400	1005
1987	8630	40	107	8697	1079
1988	9353	39	63	9377	1080
1989	9718	40	60	9738	1075

Fuentes: USDA, 1990; TMA, 1989.

ND = No disponible.

un extenso comercio ilegal de cigarrillos en el país. Las importaciones representaron aproximadamente 1,5% del consumo total interno de cigarrillos en 1987 y 1988.

Publicidad y comercialización

En Chile se permiten y utilizan todos los tipos de publicidad del tabaco, incluyendo los medios electrónicos. Sin embargo, por una regulación del Consejo Nacional de Televisión no se puede transmitir por televisión ningún anuncio sobre tabaco antes de las 9:30 p.m. El gasto total anual en todos los tipos de publicidad de cigarrillos ascendió a \$US1 500 000 en 1984 y en 1985. De este total, 69% se destinó a la publicidad por televisión, 20% a la publicidad en revistas y 11% en periódicos. El presupuesto total destinado a la publicidad del tabaco representó menos del 1% del gasto publicitario para todos los productos de consumo (OPS, 1986). Entre los 10 anunciantes chilenos principales existentes en 1987 y 1988, uno era una empresa de cigarrillos; el presupuesto de publicidad para esta empresa (Chiletabacos) era el 6% del total de gastos de operación.

En 1986, Chiletabacos, S.A. estableció una nueva fábrica de tabaco. A la par con esta empresa, estableció una clínica de salud y promovió intensamente ambas por los medios informativos. Las empresas tabacaleras han tenido éxito en limitar las advertencias en los avisos de la televisión, así como en detener la distribución de un sello de correos contra el tabaquismo (1987) (Sepúlveda, 1990).

Prevalencia y consumo

Datos sobre consumo

Los datos sobre consumo del tabaco se pueden obtener de tres fuentes, entre ellas la Asociación de Fabricantes de Tabaco (Tobacco Merchants Association of the US [TMA], 1989), el USDA (1990) y el Instituto Nacional de Estadísticas (Sepúlveda, 1990). Los datos del AFT y el Departamento de Agricultura de los EUA (USDA) provienen de fuentes similares (TMS, 1989). Los datos compilados por el Gobierno chileno difieren levemente de los obtenidos de las dos fuentes mencionadas, pero como el USDA suministró datos más completos y porque se hacen comparaciones con otros países, se utilizarán principalmente los datos del USDA.

En la década de los 70, el consumo promedio anual de cigarrillos por persona adulta (de 15 años o más) aumentó 4,6% (AFT, 1989). Con la excepción

de 1984, el consumo anual de cigarrillos por persona descendió 4,0% por año durante la década de los 80 (AFT, 1989) (Cuadro 3). El consumo por persona adulta estimado en 1989 fue de 1075, casi un tercio del notificado en los Estados Unidos (2900) (USDA, 1990). Aproximadamente del 2 al 3% de todo el tabaco consumido se emplea en pipas, mientras que otro 1 a 2% se destina a puros; el consumo de puros decayó un promedio de 6,6% por año en la década de los 80 (Sepúlveda, 1990). La proporción de cigarrillos sin filtro consumidos permaneció en aproximadamente 1% durante la década de los 80 (AFT, 1989).

Encuestas del comportamiento

En Chile se han hecho varias encuestas diferentes de adultos, y se pueden hacer algunos análisis importantes de tendencias con datos selectos resultantes de estas encuestas (Cuadro 4). Santiago estuvo incluida en la encuesta de la OPS de 1971 sobre el consumo de tabaco entre los adultos de 15 a 74 años de edad en ocho ciudades latinoamericanas (Joly, 1977). Posteriormente, en 1984 Medina entrevistó a 998 adultos de Santiago (Medina, 1986) y en 1985 a 2700 adultos en 12 ciudades chilenas diferentes (Medina, 1985). En una encuesta auspiciada por la OPS, Berrios y colegas entrevistaron a 1800 adultos de Santiago en 1986 para detectar factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (Berrios, 1987). Además, se pueden obtener datos sobre los residentes de Santiago, de la Encuesta Gallup de 1988 entre adultos urbanos de 18 años de edad y mayores en 12 ciudades latinoamericanas; el estudio fue patrocinado por la Sociedad Americana del Cáncer (Gallup, 1988).

La encuesta de Joly usó una muestra aleatoria multietápica y fue realizada en hogares e incluyó a 1975 individuos. Los datos de las diferentes ciudades latinoamericanas encuestadas por Joly pueden compararse entre sí; aunque los datos de cada ciudad estudiada no se pueden generalizar para las poblaciones de los países respectivos. La prevalencia general del tabaquismo en 1971 era similar en las tres ciudades de la subregión del Cono Sur (35,7% en Santiago, Chile; 36,2% en La Plata, Argentina; y 36,0% en São Paulo, Brasil). Aparecen diferencias significativas entre estas poblaciones estudiadas cuando se estratifican por sexo y edad: la prevalencia del tabaquismo actual entre los hombres era menor en Santiago (47,1%) que en La Plata (54,4%) y São Paulo (53,8%). Entre las mujeres, 26,2% eran fumadoras actuales en Santiago, comparado con 20,0% en La Plata y 20,2% en São Paulo en 1971. La prevalencia del tabaquismo actual fue más alta

Cuadro 4. Encuestas sobre tabaquismo y prevalencia (porcentaje) de fumadores actuales, por sexo, Chile, 1971-1988

Encuesta	Fecha	Muestra	Grupo de edad	Prevalencia de fumadores actuales		
				Hombres	Mujeres	Ambos
Adultos						
Joly 1977	1971	Santiago N = 1778	15-74	47,1	26,2	35,7
Medina 1986	1984	Santiago N = 998	15+	33,5	27,6	30,1
Medina 1985	1985	12 ciudades N = 2700	15+			31,0
Sepúlveda 1987	1986	Salud N = 915	20-60	34,8	30,2	
Berrios 1987	1986	Santiago N = 1800	15+	36,0	31,9	33,3
Gallup 1988	1988	Santiago N = 600	18+	41	37	39
Adolescentes						
Salas 1980	1979*	Escuela secundaria N = 312	18-20	69,2	65,0	66,7
Reyes 1982	1981	Escuela secundaria Area de Santiago N = 2172	15-22	58,8	52,9	56,5
Sobarzo 1987	1986*	Estudiantes rurales N = 415	18-20	37,2	28,4	34,0
Sepúlveda 1986	1986*	Escuela secundaria N = 761	Edad media 17			
Valenzuela	1988*	Santiago N = 1665	15-24	53,3	41,0	50,9

*Incluye todo tipo de fumador (diario y ocasional).

(52,5%) entre los hombres de 25 a 39 años. La prevalencia del tabaquismo entre las mujeres de este grupo de edad fue del 30% (Cuadro 5).

La encuesta de Joly también preguntó la edad de iniciación en el tabaquismo. La mayoría de los fumadores adultos (73,6% de los hombres y 61,4% de las mujeres) empezó a fumar antes de los 20 años. Además, 38,0% de los hombres y 27,2% de las mujeres indicaron que comenzaron a fumar antes de los 16 años.

En 1971, aproximadamente la quinta parte de los fumadores de Santiago eran fumadores excesivos (22,8% de los hombres y 18,0% de las mujeres) (Cuadro 5). Por el contrario, 44,3% de los hombres, y 59% de las mujeres, fumaban menos de 10 cigarrillos por día. Esta tendencia hacia un tabaquismo más leve contrasta con la observada entre los fumadores masculinos en los otros dos países de la subregión. Entre los residentes de La Plata, 38,2% de los hombres y 17,5% de las mujeres fumaban más de 20 cigarrillos por día. En São Paulo, 51,5% de los hombres y 18,5% de las mujeres eran fumadores excesivos.

Los entrevistados en la encuesta Joly respondieron que fumaban tabaco negro en proporciones elevadas (33,6% entre fumadores varones y 30,5% entre las fumadoras).

Comparado con las otras ocho ciudades de la encuesta de Joly, solo los fumadores de Bogotá, Colombia, notificaron que fumaban tabaco negro más frecuentemente (58,9% entre los hombres y 42% entre las mujeres).

Los datos de 1984 de una encuesta poblacional de residentes de Santiago, de 15 años o más (Medina, 1986) sugieren que la prevalencia del tabaquismo actual y ocasional entre los hombres (43,9%) descendió en poco y que la prevalencia del tabaquismo actual y ocasional entre las mujeres (39,1%) aumentó considerablemente en los 13 años anteriores. La prevalencia del tabaquismo (34,6%) entre las personas de menos de 30 años fue más alta que entre las de 30 a 49 años (33,6%) o entre los de 50 o más años de edad (18,7%) (Cuadro 6).

Medina posteriormente llevó a cabo una encuesta entre las poblaciones de otras 12 ciudades chilenas: Iquique, Antofagasta, Coquimbo, Serena,

Cuadro 5. Prevalencia (porcentaje) de quienes nunca han fumado, fumadores actuales y exfumadores, y número de cigarrillos por día, Santiago, 1971

Sexo	Grupo de edad	Prevalencia			Porcentaje de fumadores que fuman		
		Nunca fumaron	Fumadores actuales	Exfumadores	1-9 Cigarrillos por día	10-19	20+
Hombres	15-74	43,0	47,1	9,9	44,3	30,5	22,8
	15-24	45,0	49,8	5,2			
	25-39	38,6	52,5	8,9			
	40-54	44,3	46,7	9,0			
	55-74	45,9	28,1	26,0			
Mujeres	15-74	68,4	26,2	5,4	59,0	22,8	18,0
	15-24	67,9	30,0	2,2			
	25-39	65,4	30,0	4,5			
	40-54	66,5	25,6	8,1			
	55-74	79,0	11,0	10,0			
Ambos	15-74	56,8	35,7	7,5			
	15-24	57,2	39,3	3,6			
	25-39	53,0	40,4	6,6			
	40-54	56,7	34,8	8,5			
	55-74	64,5	18,5	17,0			

Fuente: Joly, 1977.

Cuadro 6. Prevalencia (porcentaje) de fumadores actuales, ocasionales y no fumadores entre adultos de 15 años y más, por sexo y grupo de edad, Santiago, 1984

Sexo	Grupo de edad	Fumadores actuales	Fumadores ocasionales	No fumadores	No.
Hombres	≥ 15 años	33,5	10,4	56,1	412
Mujeres	≥ 15 años	27,6	11,6	61,1	586
Ambos	≥ 15 años	30,1	10,9	59,0	998
	< 30	34,6	15,0	50,4	260
	30-49	33,6	11,6	51,7	327
	50+	18,7	5,3	75,9	411

Fuente: Medina, 1986.

Valparaíso, Viña del Mar, Rancagua, Talca, Chillán, Concepción, Talcahuano y Coronel (Medina 1985) (Cuadro 7). En general, la proporción de adultos en estas ciudades que eran fumadores actuales en 1985 (31%) fue similar a la proporción registrada en Santiago durante 1984. La prevalencia del tabaquismo actual fue mayor entre las personas de un nivel socioeconómico más alto, que entre las de un nivel socioeconómico bajo (40,4 frente a 19,8%) (definición no proporcionada). De igual modo, la prevalencia del tabaquismo estuvo relacionada positivamente con el nivel de educación alcanzando 23,6% entre las personas con enseñanza primaria; 32,6%

entre las personas con enseñanza secundaria y 33,6% entre las personas con enseñanza superior. No se dispone de datos de prevalencia para la categoría "tabaquismo ocasional" y, por tanto, no se pueden comparar con los de la encuesta de Joly de 1971.

En 1986, el personal de atención primaria de salud de Santiago Metropolitano, entre 20 y 60 años de edad, fue entrevistado en relación con el consumo de tabaco (Sepúlveda, 1987). La prevalencia del tabaquismo diario entre los hombres (34,8%) fue similar a la registrada entre los hombres de Santiago entrevistados por Medina en 1984, pero la

Cuadro 7. Prevalencia (porcentaje) de fumadores y no fumadores entre adultos urbanos de 15 años y más de 12 ciudades (Iquique, Antofagasta, Coquimbo, Serena, Valparaíso, Viña del Mar, Rancagua, Talca, Chillón, Concepción, Talcahuano, Coronel), por situación socioeconómica y nivel educacional, Chile, 1985

Categoría	Fumadores actuales	No fumadores	No.
Total	31	69	2700
Nivel socioeconómico			
Más bajo	19,8		
Más alto	40,4		
Nivel educacional			
Primaria	23,6		
Secundaria	32,6		
Superior	33,6		

Fuente: Medina, 1985.

prevalencia del tabaquismo entre las mujeres (30,2%) fue considerablemente mayor (Cuadro 8). En esta muestra se observó una proporción elevada de exfumadores (38,0% entre los hombres y 32,9% entre las mujeres), lo que sugiere que la prevalencia del tabaquismo era mucho más alta entre estos sujetos en el pasado. Este resultado concuerda con los datos de Medina, que revelaron una prevalencia mayor de tabaquismo actual entre las personas con un alto nivel socioeconómico y educacional. Siendo profesionales de salud, es posible que estas personas ahora estén dejando de fumar como resultado de su preocupación por las consecuencias del tabaquismo para la salud.

En 1986 los residentes de Santiago y otras cinco ciudades latinoamericanas (Porto Alegre, São Paulo, Caracas, La Habana y Piedras Negras) fueron entrevistados sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas en un estudio sobre los factores de riesgo en las enfermedades crónicas, patrocinado por OPS (Berrios, 1987). Esta muestra en

dos etapas estratificada de viviendas de 1800 personas de 15 años o más en Santiago fue similar a la de otras ciudades de la encuesta. La proporción global detectada de fumadores actuales de ambos sexos fue similar a la de encuestas anteriores de residentes de Santiago (33,3%) (Cuadro 9). La prevalencia del tabaquismo diario actual entre las mujeres fue relativamente alta (32,3%) y similar a la de los hombres (34,9%). Nuevamente, parece que existe una relación entre el nivel socioeconómico y educacional elevado y una mayor prevalencia del tabaquismo. Berrios encontró que los hombres fumadores de Santiago fumaban un promedio de 12,7 cigarrillos por día y que las fumadoras fumaban solo un promedio de 8,6. También encontró que la edad de iniciación en el tabaquismo puede haber disminuído desde la encuesta de Joly en 1971. En 1986, 83,7% de los hombres y 76,5% de las mujeres empezaron a fumar antes de los 20 años. Cuando se compara esta encuesta con la de Joly en 1971 la prevalencia combinada del tabaquismo diario y ocasional de los hombres (50,8%) y de las mujeres (44,8%) de nuevo fue más alta que en 1971.

Los residentes de Santiago fueron entrevistados nuevamente en 1988 por la Organización de Gallup en nombre de la Sociedad Americana del Cáncer (Gallup, 1988) (Cuadro 10). La información metodológica sobre esta encuesta es escasa. La prevalencia del tabaquismo, que se supone incluye el fumar ocasionalmente, fue algo mayor entre los entrevistados en esta encuesta que entre los de encuestas anteriores (41% entre los hombres y 37% entre las mujeres; 39% en total). En general, los datos revelan una relación similar entre el nivel socioeconómico elevado y la mayor prevalencia de tabaquismo (41% entre las personas de un nivel socioeconómico elevado y 35% entre las personas de un nivel socioeconómico bajo; no se proporcionó ninguna definición).

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

Desde 1980 se han notificado cinco encuestas del tabaquismo entre los adolescentes chilenos

Cuadro 8. Prevalencia (porcentaje) de fumadores diarios, fumadores ocasionales y exfumadores entre el personal de atención primaria de salud, por sexo, Región Metropolitana de Santiago, 1986

Categoría	Fumadores diarios	Fumadores ocasionales	Exfumadores	No.
Hombres	34,8	17,4	38,0	184
Mujeres	30,2	17,5	32,9	731

Fuente: Sepúlveda, 1987.

Cuadro 9. Prevalencia (porcentaje) de fumadores actuales, exfumadores y fumadores ocasionales, por sexo, nivel socioeconómico, nivel educacional y ocupación, Santiago, 1986

Categoría	Fumadores actuales	Exfumadores	Fumadores ocasionales	No.
Hombres	34,9	17,7	15,8	475
Mujeres	32,3	12,5	11,1	728
Ambos	33,3	14,6	13,0	1203
Nivel socioeconómico				
Más alto	32,5	13,8	14,9	543
Más bajo	34,7	15,8	10,0	329
Nivel educacional				
Primaria	46,4	29,0	24,2	252
Secundaria	59,4	20,6	20,1	394
Superior	57,5	24,1	18,4	87
Ocupación				
Privado	56,1	23,1	20,8	264
Independiente	51,0	27,6	21,4	98
Militar	50,0	33,3	16,7	6
Retirado	33,3	56,7	10,0	30
Desempleado	63,5	21,2	15,4	52
Casa	56,5	22,3	21,0	186
Estudiante	60,7	8,2	31,2	61
Otro	41,7	27,8	27,8	36

Fuente: Berrios, 1987.

Cuadro 10. Prevalencia (porcentaje) de fumadores actuales y exfumadores entre adultos de 18 años y más, por sexo, grupo de edad y nivel socioeconómico, Santiago, 1988 (N = 600)

Categoría	Fumadores actuales	Exfumadores
Total	39	14
Hombres	41	17
Mujeres	37	11
Grupo de edad		
Hombres		
18-29	51	7
30-49	46	11
50 y más	23	33
Mujeres		
18-29	50	8
30-49	35	18
50 y más	25	8
Nivel socioeconómico		
Alto	41	18
Bajo	35	12

Fuente: Gallup, 1988.

(Cuadro 11). En 1981 se entrevistaron 330 estudiantes (de 15 a 20 años de edad) de una clase de una escuela secundaria de Santiago empleando un cuestionario autoadministrado (Salas, 1980). La prevalencia del tabaquismo actual entre los adolescentes de 15 a 16 años de edad y los de 17 a 20 años fue muy alta (55,1 y 64,5%, respectivamente); las prevalencias de los hombres y las mujeres fueron similares.

Reyes (1982) entrevistó a 2172 estudiantes de secundaria de 13 a 20 años que vivían en la parte occidental de Santiago. La prevalencia de los que nunca fumaron fue muy similar entre los hombres y las mujeres (58,8% y 53,0% en general). Las mujeres entrevistadas indicaron una edad de iniciación menor que los varones: 15,8% de las fumadoras notificaron que habían comenzado a fumar entre los 10 y los 12 años; 9,1% de los fumadores empezaron a fumar en estas edades. Casi todos los fumadores fumaron menos de 10 cigarrillos por día (94,4% entre los hombres y 97% entre las mujeres). En esta encuesta se notificaron datos adicionales sobre el consumo de alcohol: 23% de los entrevistados no eran fumadores ni consumidores de alcohol; 16% eran fumadores solamente; 21% solo be-

Cuadro 11. Prevalencia (porcentaje) de fumadores entre adolescentes, varias encuestas, por edad y sexo, Chile, 1979-1989

Salas 1980 (Escuela secundaria, N=312)			
Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Ambos
15-16	51,6	56,6	55,1
17-20	65,0	64,2	64,5
Reyes 1982 (Escuelas secundarias en Santiago, N=2172)			
Edad	Hombres	Mujeres	Ambos
14	42,8	17,0	35,0
15	40,0	39,3	39,7
16	54,1	48,4	51,8
17	61,5	50,6	57,5
18	65,1	63,5	64,5
19	51,6	69,5	48,2
20	85,0	22,2	73,1
Total 14-20	58,8	52,9	56,5
Sepúlveda 1986a (Escuela secundaria, N=76)			
Grupo de edad	Ambos		
15	48,3		
16	51,0		
17	58,0		
18	57,1		
19-20	50,9		
Sobarzo 1987 (Estudiantes rurales, N=415)			
Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Ambos
< 14	37,5	14,2	26,7
14-15	37,9	14,1	25,7
16-17	34,8	19,4	26,2
> 17	37,2	28,4	34,0
Valenzuela 1989 (Jóvenes adultos de Santiago, de 15-24 años, N=1665)			
Grupo de edad	Hombres	Mujeres	
15-17	46,0	33,9	
18-19	60,1	44,0	
20-21	55,2	36,0	
22-24	56,2	42,1	
Todas las edades	53,3	41,0	

bían alcohol, y 40% consumían tanto alcohol como tabaco.

En 1986, 761 estudiantes de enseñanza secundaria de 16 a 20 años, de escuelas municipales de

dos comunas de Santiago, entrevistados en relación con el consumo de tabaco, comunicaron una prevalencia relativamente alta de tabaquismo actual (aproximadamente del 50% en general [no se dispone de datos exactos] (Sepúlveda, 1986).

En 1988, 458 estudiantes rurales de secundaria, de 13 a 20 años, fueron entrevistados mediante un cuestionario autoadministrado (Sobarzo, 1987). Las prevalencias de tabaquismo actual tanto entre los hombres (37,2%) como entre las mujeres (28,4%) de 17 a 20 años fueron mucho menores que las registradas entre los estudiantes de Santiago del mismo grupo de edad notificadas por Sepúlveda.

Sin embargo, en 1978 el Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile encuestaron 1665 adultos jóvenes (15 a 24 años) en el Gran Santiago (Valenzuela, 1989). Esta encuesta cuidadosamente administrada reveló una prevalencia mas alta de tabaquismo entre los hombres (53,3%) y las mujeres (41,0%) (Cuadro 11). La prevalencia de fumadores actuales aumentó con el mayor nivel de educación entre las mujeres y disminuyó con el nivel más alto de educación entre los hombres. Aproximadamente, el 90% de las mujeres y el 80% de los hombres fumaban medio paquete de cigarrillos o menos.

La prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes, de procedencia rural y urbana, es notablemente alta en Chile, aunque las diferencias en metodología y definiciones del "fumador actual" entre las encuestas no permiten hacer una comparación válida. La tendencia hacia una edad de iniciación cada vez más baja, observada en las encuestas de Joly y Berrios, resulta perturbadora. En las encuestas que revelaron la prevalencia por edad y sexo, la del tabaquismo fue más elevada en los grupos de edad más jóvenes. Por lo tanto, durante las próximas décadas en Chile surgirá una cohorte de personas de más edad con una alta prevalencia de tabaquismo. Estos fumadores empezarán a mostrar una morbilidad y mortalidad excesivas debido a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, a menos que se logre una tasa generalizada de cesación del tabaquismo semejante a la indicada por una tasa de 50% entre los trabajadores de salud de Santiago de abandono del tabaquismo (definida como la proporción de exfumadores entre todos los que fumaban) (Sepúlveda, 1987). Parece que las personas jóvenes, urbanas y bien educadas son el grupo con más alto riesgo de consumo de tabaco en Chile. Este modelo recuerda el observado en los países desarrollados durante las décadas de los 50 y los 60, antes que se generalizara el conocimiento

sobre las consecuencias del tabaquismo para la salud. El consumo de tabaco entre las mujeres es particularmente problemático en Chile; debido a las elevadas tasas de prevalencia registradas en el pasado y a un aumento bien documentado de las tasas actuales, la repercusión de las enfermedades debido al tabaquismo entre las mujeres pueden ser considerables en el futuro próximo.

Tabaquismo y salud

Los datos de mortalidad en Chile son de muy buena calidad, con menos del 10% de las causas de defunción clasificadas como mal definidas (CIE 780-789) (OPS, 1990). Las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos son las dos causas principales de defunción en Chile. La mortalidad por estas dos categorías de enfermedad puede estar relacionada con las tasas históricamente altas de consumo de tabaco en la población chilena. Más de la mitad (57,6%) de todas las defunciones entre las personas de 35 años o más se atribuye a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo (enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, otros cánceres relacionados con el tabaquismo, y enfermedad pulmonar) (Sepúlveda, 1990). En 1983, Sepúlveda y Naveillán (1986) estimaron que de un total de 74 428 defunciones registradas, 5316 (7,1%) eran atribuibles al tabaquismo. En comparación, el tabaquismo representó aproximadamente el 15% de todas las defunciones en los Estados Unidos en 1984 (Centros para el Control de Enfermedades [CDC], 1987).

La mortalidad por cáncer de pulmón se puede considerar como un indicador de los efectos del tabaquismo en la población. En Chile, desde 1935 la tasa de mortalidad debida al cáncer de pulmón ha aumentado 16 veces entre los hombres y 10 veces

entre las mujeres. En 1988, el cáncer de pulmón representó el 2,5% de todas las defunciones entre los hombres y 1,2% entre las mujeres de 35 años o más (Organización Mundial de la Salud, 1988).

La tasa global de mortalidad ajustada por edad descendió 48% entre los hombres y 54% entre las mujeres entre 1968 y 1987 (Cuadro 12). La mortalidad general ajustada por edad por todas las causas de cáncer también ha disminuido, 14% entre los hombres y 21% entre las mujeres. Sin embargo, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón ajustadas por edad aumentaron entre 1968 y 1987, 18% entre los hombres y 23% entre las mujeres. Estos datos respaldan la idea de que está mejorando el estado general de salud de los chilenos, con un efecto creciente de las tasas de prevalencia del tabaquismo que fueron históricamente altas. Estas han provocado una tasa creciente de mortalidad por cáncer de pulmón. En particular, los efectos del tabaquismo entre las mujeres en Chile son evidentes en el aumento de la tasa de la mortalidad por cáncer de pulmón, ajustada por edad, frente a la de los hombres. La mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad entre los hombres es todavía de dos a tres veces mayor que la registrada entre las mujeres de Chile.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Medidas del Gobierno: Estructura y política ejecutiva

Desde 1985, dentro del Programa de Salud del Adulto del Ministerio de Salud ha venido funcionando un programa para el control del tabaquismo. El presupuesto anual para esta actividad es, aproxi-

Cuadro 12. Cambios en las tasas de mortalidad (por 100 000 personas) por sexo y grupo de edad por todas las causas de defunción, todos los tumores y cáncer de pulmón, Chile, 1968-1987

Sexo y categoría	Grupo de edad			Ajustado por edad
	25-55	45-64	65+	
Hombres				
Todas las causas	-0,57	-0,45	-0,11	-0,48
Todos los tumores	-0,35	-0,23	-0,01	-0,14
Cáncer de pulmón	-0,35	+0,11	+0,37	+0,18
Mujeres				
Todas las causas	-0,64	-0,44	-0,21	-0,54
Todos los tumores	-0,31	-0,21	-0,13	-0,21
Cáncer de pulmón	-0,40	+0,06	+0,60	+0,23

Fuente: Tabulaciones inéditas, Banco de Datos de Mortalidad, OPS, 1991.

madamente, de \$US15 000. Las actividades han incluido un proyecto de educación en la prevención del tabaquismo en 1987 para las escuelas secundarias municipales de tres comunas del área de Santiago; este proyecto se extendió a otras tres comunas en 1988 (contribución de OMS). La prevalencia básica entre los estudiantes de 13 años o más en las comunas estudiadas fue del 34%, con un 5% que fuma diariamente. Para 1990, este proyecto había alcanzado a 10 000 estudiantes, y las actividades educacionales incluían a padres y tutores en las comunidades. El proyecto es un esfuerzo conjunto de los Ministerios de Salud y Educación, el Sistema Nacional de Servicios de Salud, los departamentos provinciales de educación, y las corporaciones municipales de salud y educación. En un estudio de evaluación se compararon los grupos de intervención y los de control; los resultados preliminares sugieren una diferencia significativa en la iniciación en el consumo de tabaco entre los grupos de intervención y los de control (3,7 frente a 10%) durante el programa educativo. Seis meses después de la intervención, no se notificó ningún nuevo fumador adicional en el grupo de intervención, y 20% de los no fumadores del grupo de control habían empezado a fumar. En el caso de los estudiantes del grupo de intervención que ya eran fumadores, no se observó ningún efecto del programa educativo. Por lo tanto, la educación en prevención parece ser eficaz antes de que se inicie el tabaquismo. Cuando los estudiantes se vuelven adictos al tabaco, la educación tiene poco efecto sobre su comportamiento. Se han hecho más planes para incluir el programa de prevención del uso del tabaco como una parte integral del programa de salud escolar (Latin American Coordinating Committee on Smoking Control, 1990).

El programa de prevención del tabaquismo publicó un documento orientado a la promoción y orientación de actividades contra el tabaquismo, titulado "Fundamentos y estrategias básicas para el control del tabaquismo en Chile" (Ministerio de Salud, 1986). Además, el programa proporciona con regularidad información, referencias y recursos a grupos que desean instituir las actividades de prevención y control del tabaco (Sepúlveda, 1991).

En 1986 el Gobierno publicó un decreto creando la Comisión Nacional de Control del Tabaquismo (Chapman, 1990), una organización multisectorial constituida por representantes del Ministerio de Salud, la Agrupación de Periodistas del Medio Ambiente, la Sociedad Chilena contra el Cáncer, la Asociación Chilena contra los Enfermedades Respiratorias, la Facultad de Medicina de la

Universidad Católica y la Asociación para Protección del Consumidor, la Iglesia Adventista y otras agencias de voluntarios. El fin de la comisión es ayudar a planificar la educación relacionada con el tabaco, compilar datos, asesorar al Gobierno respecto a políticas sobre el tabaco, y establecer vínculos internacionales.

Actividades de información pública

El programa para el control del tabaco y los grupos voluntarios han tenido extensos contactos con los medios informativos de Chile a través de entrevistas, artículos en revistas y periódicos, y anuncios. Estas actividades se han dirigido principalmente hacia la juventud y las mujeres. El plan de Salud de la Mujer, del Adulto y del Niño, comprende metas y objetivos contra el tabaquismo (Sepúlveda, 1990). La programación de radio y televisión incluye mensajes regulares contra el tabaco. El Día Mundial sin Tabaco es celebrado activamente en todo Chile, con programas diversos dentro del Servicio de Salud, los gobiernos de ciudades y otras instituciones públicas y privadas.

En 1981, el diario "El Mercurio", en su suplemento dominical, patrocinó una campaña contra el tabaquismo dirigida a los lectores de nivel socioeconómico medio y alto. Esta campaña sirvió para elevar el debate sobre las leyes que limitan la publicidad del tabaco y provocó una fuerte reacción de parte de las empresas tabacaleras de Chile (Sepúlveda, 1991).

Legislación y políticas

En Chile existen medidas legislativas moderadas contra los anuncios del tabaco. Los anuncios y las cajetillas de cigarrillos deben llevar la siguiente advertencia de salud:

"El tabaco puede causar cáncer"

Esta advertencia debe ocupar el 10% de la superficie del anuncio y estar incluida en todas las cajetillas de cigarrillos manufacturados en Chile (Decreto 106, 8 de abril de 1981, complementado por el Decreto 156, 2 de junio de 1981). Los anuncios de cigarrillos en la televisión están prohibidos antes de las 9:30 p.m. (Rodríguez, 1986).

En 1986, se presentó ante la legislatura un proyecto de ley que habría prohibido todas las formas de promoción del tabaco, sin embargo este no se llegó a promulgar debido a la oposición del Ministerio de Salud. Una segunda propuesta para prohibir el uso de imágenes y permitir solamente el texto en los anuncios de tabaco también fue infruc-

tuosa. La Comisión del Senado sobre Salud desarrolló una iniciativa que habría restringido los anuncios sobre tabaco, el fumar en lugares públicos y la venta de tabaco a menores (Sepúlveda, 1990).

En Chile existen varias restricciones administrativas y legales sobre el consumo de tabaco en lugares públicos, pero se desconoce hasta qué punto se cumplen. El Ministerio de Salud restringe el tabaquismo en todas las instalaciones de los servicios de salud (memorandos internos, 11 de diciembre de 1981 y junio de 1982). Se prohíbe fumar en las escuelas públicas en virtud de una orden administrativa (11 de mayo de 1981). La Ley de Transporte No. 18.250 (7 de febrero de 1985) prohíbe fumar en los medios de transporte públicos. No se notifican sanciones por incumplimiento de cualquiera de estas restricciones (Sepúlveda, 1990).

No existe ningún requisito legislativo para notificar los niveles de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los cigarrillos producidos en Chile. En 1982, la Cia. Chiletabacos analizó cinco marcas de cigarrillos con filtro para detectar su contenido de alquitrán y nicotina (Cuadro 13). Los niveles de alquitrán varían de 9 a 18 mg por cigarrillo, y los de nicotina de 0,7 a 1,2 mg por cigarrillo. Estos niveles están en el nivel medio del contenido de alquitrán y nicotina. Por ejemplo, las 10 marcas de cigarrillos con menos alquitrán notificadas por la Comisión Federal de Comercio de los EUA (USFTC) varían de 0,5 a 2 mg por cigarrillo, y las 10 con mayor contenido varían de 24 a 26 mg por cigarrillo (USFTC, 1991).

No hay leyes o reglamentaciones referentes a la educación escolar obligatoria contra el tabaquismo ni contra el acceso al tabaco por los menores. Se estima que 18% de todos los cigarrillos vendidos comercialmente se venden sueltos (Rodríguez, 1986).

Cuadro 13. Contenido de alquitrán y nicotina (en mg por cigarrillo) de las cinco marcas más populares vendidas en Chile, 1982

Marca	Alquitrán	Nicotina
Advance	9,0	0,7
Derby	16,0	1,2
Viceroy lights	13,0	1,0
Belmont	17,0	1,2
Life king size	18,0	1,1

Fuente: Chiletabacos, 1982.

Medidas tomadas por organismos no gubernamentales

Los organismos no gubernamentales han estado activos en la prevención y el control del tabaco en Chile. Por ejemplo, la Sociedad de Enfermedades Respiratorias (CONAC) produjo mensajes de televisión en 1989 en cooperación con una empresa farmacéutica. La Asociación de Pacientes Laringectomizados organizó una exposición móvil para presentarla en escuelas, oficinas y centros de trabajo. La Asociación de Protección de los Consumidores (ACHICO) está planificando nuevas actividades contra el tabaco. Los programas comunitarios contra el uso indebido de drogas y alcohol entre los adolescentes incluyen el consumo de tabaco. La Sociedad Nacional contra el Cáncer es muy activa en presentar mensajes de prevención tanto en los medios electrónicos e impresos como en preparar a los maestros para que ayuden a prevenir el tabaquismo entre sus estudiantes (Sepúlveda, 1990; Rodríguez, 1986).

Programas de cesación e información

En Chile existen varios programas de tratamiento e información sobre la adicción al tabaco (Sepúlveda, 1991). Entre ellos figuran los siguientes:

- El Instituto para las Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica, desde 1988 brinda servicios de tratamiento para que los pacientes que desean hacerlo abandonen el tabaquismo.
- El programa de control del tabaquismo ha seleccionado las instalaciones de servicios de salud para proporcionarles información sobre el tabaco y el cese del tabaquismo en reuniones y conferencias clínicas.
- El programa de control del tabaquismo ha ofrecido programas educativos a los empleados de los Ministerios de Justicia, Transporte y Salud.
- Los funcionarios de atención primaria de salud han recibido adiestramiento e información especial con respecto a las pacientes de alto riesgo (es decir, mujeres embarazadas, pacientes de enfermedades crónicas y mujeres que emplean anti-conceptivos orales).
- Las actividades educativas del programa contra el tabaco han prestado asesoría a los trabajadores tanto del sector público como privado.
- Varios médicos y clínicas privadas ofrecen programas de cesación del tabaquismo (detalles no disponibles).

- La Iglesia Adventista del Séptimo Día ofrece al público general un programa, en grupo, de tres días para dejar de fumar.

Resumen

Chile presenta indicadores generales de salud y económicos relativamente buenos cuando se comparan con los de otros países de América Central y del Sur. El país recientemente ha regresado a un sistema de gobierno democrático, y aparentemente los planes para la recuperación económica están teniendo éxito. Produce, exporta e importa tabaco y cigarrillos. Las exportaciones, que empezaron en la década de los 80, son cada vez más importantes para la recuperación económica del país, en tanto que la importancia de las importaciones y el consumo interno per cápita están disminuyendo.

La prevalencia del tabaquismo entre los hombres chilenos urbanos ha descendido desde 1971, pero entre las mujeres ha aumentado, de modo que la proporción de mujeres urbanas que fuman es casi idéntica a la de los hombres. La mayoría de los fumadores consume menos de 10 cigarrillos por día. La edad de iniciación en el tabaquismo ha descendido durante los últimos dos decenios en Santiago.

El perfil de mortalidad de Chile se caracteriza por la predominancia de las enfermedades crónicas como causas de defunción. Más de la mitad de todas las defunciones registradas en 1988 pueden estar por lo menos parcialmente relacionadas con el tabaquismo, y como mínimo 7% de todas las defunciones notificadas en 1983 fueron atribuidas al tabaquismo. La tasa de aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres chilenas es notable en el sentido de que está aumentando con más rapidez que entre los hombres chilenos y es mayor que la de las mujeres en otros países de la subregión. Este modelo refleja el cambio en la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres chilenas en los últimos dos decenios y sugiere que los modelos de mortalidad futura entre las mujeres serán dominados por las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

Desde 1981 han estado en vigor prohibiciones moderadas sobre la publicidad de productos de tabaco, que incluyen restricciones sobre cuándo pueden mostrarse estos anuncios en la televisión. Los anuncios y las cajetillas de cigarrillos deben contener advertencias. La ley prohíbe fumar en los me-

dios de transporte público. Las restricciones sobre el consumo de tabaco en lugares públicos están limitadas a reglamentaciones internas en las escuelas y los servicios de salud.

Chile tiene una organización para la prevención y el control del tabaquismo que deberá oficializarse. Al amparo del Programa de Salud del Adulto y del Programa de Salud de la Mujer, del Ministerio de Salud, se han puesto en práctica actividades de prevención y control del tabaco. Las organizaciones no gubernamentales han estado activas en el control del tabaco en Chile.

Conclusiones

1. El consumo de tabaco ha causado un aumento considerable en la mortalidad por cáncer de pulmón en Chile entre las décadas de los 60 y los 80. Lo que más preocupa es el aumento en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres en comparación con los hombres.
2. En 1986, la prevalencia del tabaquismo diario entre las mujeres y los hombres urbanos de Chile era muy similar (34,9% y 32,3%, respectivamente). Sin embargo la prevalencia del tabaquismo diario y ocasional entre los hombres urbanos descendió algo, de 47,1% en 1971 a 43,9% en 1984, y la prevalencia entre las mujeres aumentó de 26,3% en 1971 a 39,1% en 1984.
3. Se observan prevalencias más altas de tabaquismo en las personas con un nivel socioeconómico y educacional elevado en comparación con las personas con un estado socioeconómico bajo y educación mínima.
4. Chile ya cuenta con una infraestructura gubernamental y no gubernamental para prevenir y controlar el tabaquismo. La evaluación de las actividades de prevención del tabaquismo indica que la educación puede prevenir la iniciación en el tabaquismo, pero no ejerce ningún efecto sobre el abandono del tabaquismo entre los jóvenes.
5. En Chile está en proceso un proyecto de ley contra la publicidad del tabaco y el consumo de tabaco en lugares públicos. La industria del tabaco ha sido afectada por legislación adicional, por medio de presión política e influencias económicas. Sin embargo, parece que la industria tabacalera ha sido efectiva en moderar esa legislación mediante presiones políticas e influencias económicas.

Referencias

AGRO-ECONOMIC SERVICES LTD., TABACOSMOS LTD. *The employment, tax revenue and wealth that the tobacco industry creates*. Septiembre de 1987.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report—1990*. New York: Oxford University Press, 1990.

BERRIOS, X. Estudio de factores de riesgo susceptibles de intervención para la prevención de las enfermedades crónicas de adultos 1986–1987. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1987.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico* No. 45., Santiago de Chile, enero de 1990.

CENTROS PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost—Estados Unidos, 1984. *MMWR* 36:694–697, 1987.

CLACCTA. Informe de la Sexta Reunión Anual. Quito, 25 de enero de 1990.

COMISION FEDERAL DE COMERCIO DE LOS EE.UU. Tar, Nicotine, and Carbon Monoxide of the Smoke of 475 Varieties of Domestic Cigarettes. Washington, D.C., 1991.

CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. International Organizations of Consumer Unions. Penang: Malasia, 1990.

DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS EUA. Tobacco Production, Import, Export and Consumption. Datos inéditos, U.S. Department of Agriculture, Tobacco, Cotton, and Seeds Division, Foreign Agricultural Service. Washington, D.C., 1990.

EL MERCURIO. Hectáreas de bosques quemados por cigarrillos. 1983.

EUROMONITOR CONSULTANCY. *The World Market for Tobacco: Strategy 2000*, vol. I y II. Agosto de 1989.

GALLUP ORGANIZATION. *The Incidence of Smoking in Central and Latin America*. Gallup Organizations Inc. Princeton. New Jersey, 1988.

JOLY, D. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Publicación Científica 337. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1977.

MAXWELL, J.C. *The Maxwell Consumer Report: International Tobacco 1989*, Part Three. Richmond, Virginia: Wheat First Securities/Butcher & Singer, Inc. WFBS-5685, 30 Octubre de 1990.

MEDINA, E. Encuesta de tabaquismo en la población general de Santiago. *Rev Med Chile* 114: 257–262, 1986.

MEDINA, E. Tabaquismo en doce ciudades chilenas. Gallup, Chile. 1985.

MINISTERIO DE SALUD. Fundamentos y estrategias para el control del hábito de fumar en Chile. Santiago, 1986.

MISDORP, S. Chile's burley excellent; U.K. buys Argentine; Paraguay wanes. *Tobacco International* 39:22–24, agosto 13 de 1990.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION. *Tobacco: supply demand, and trade projections, 1994 and 2000*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO Economic and Social Development Paper 86. Rome, 1990.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Trends in Mortality for selected causes of death, 1950–1954 to 1980–84. En: *1988 Health Statistics Annual*. Geneva: OMS, 1988.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas—Edición de 1990*. Publicación Científica 524. Washington, D.C., OPS, 1990.

REYES, F.C., REX, C.S., BRAVO, I.L., OYARZUN, R.V. El hábito de fumar en estudiantes de educación media en Santiago, Chile. *Bol Of Sanit Panam* 93(6), 1982.

RODRIGUEZ, H. Chile Report. En: Organización Panamericana de la Salud, *Control del hábito de fumar—Taller Subregional para el Cono Sur y Brasil*, Buenos Aires, noviembre de 1985. Cuaderno Técnico No. 2.

SALAS, I. Prevalencia del tabaquismo en alumnos de enseñanza media de las comunas de Providencia y Las Condes. *Rev Med Chile* 108:453, 1980.

SEPULVEDA, C. Country Collaborator's Report, Chile (datos inéditos). Organización Panamericana de la Salud, 1990.

SEPULVEDA, C. Estudio del hábito de fumar en estudiantes de grado medio de la comunidad Ñuñoa y Conchali de Santiago, inédito, 1986.

SEPULVEDA, C. Prevalencia del hábito de fumar en personal de salud de atención primaria de la Región Metropolitana. *Bol Epidemiol Chile* 14(2):40–49, 1987.

SEPULVEDA, C., NAVEILLAN, C. Mortalidad y morbilidad imputables al hábito de fumar. *Bol Vigil Epidemiol* Vol. 33 (4), 1986.

SOBARZO, A.P., MUÑOZ, J., et al. Tabaquismo en estudiantes de enseñanza media de una comunidad rural. *Rev Med Chile* 115:167–171, 1987.

TOBACCO MERCHANTS ASSOCIATION OF THE U.S., INC. *Production and consumption of tobacco products for selected countries 1979-1988*, Special Report 89-3, 28 de septiembre de 1989.

VALENZUELA, M.S., HEROLD, J.M., MORRIS, L. *Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes. Gran Santiago 1988*. Informe Final Universidad de Chile, Departamento

de Salud Pública, División Ciencias Médicas Occidente. U.S. Public Health Service, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, 1989.

VARGAS, N., CARRETO, A., SALOMON, V. Hábito de fumar en la población escolar urbana. *Rev Chil Pediatr* 51:379, 1980.

Departamentos y Territorios Franceses de Ultramar: Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica, y San Pedro y Miquelon

Características generales

La industria del tabaco

Prevalencia y consumo

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

La República de Francia comprende varios territorios y departamentos de ultramar. Aunque, en cierto modo, tienen autonomía local, dichos territorios están administrados directamente desde París y no se consideran colonias sino territorios franceses localizados en el extranjero. Se utiliza un sistema jurídico y de servicios públicos franceses, a menudo con algunas adaptaciones locales.

San Pedro y Miquelon es un territorio francés localizado en el golfo de San Lorenzo, a poca distancia de la costa sur de Terranova. Tiene importancia estratégica para la industria pesquera francesa.

La Guayana Francesa, un extenso territorio escasamente poblado que limita con el mar Caribe, está localizado al este de Guyana y de Suriname. Tiene una superficie de 91 000 km², con una densidad de población de un habitante por km². En 1989, el producto nacional bruto (PNB) per cápita se estimaba en \$US3370 (Banco Mundial, 1990). Las principales actividades económicas son la elaboración de langostinos y la producción de madera.

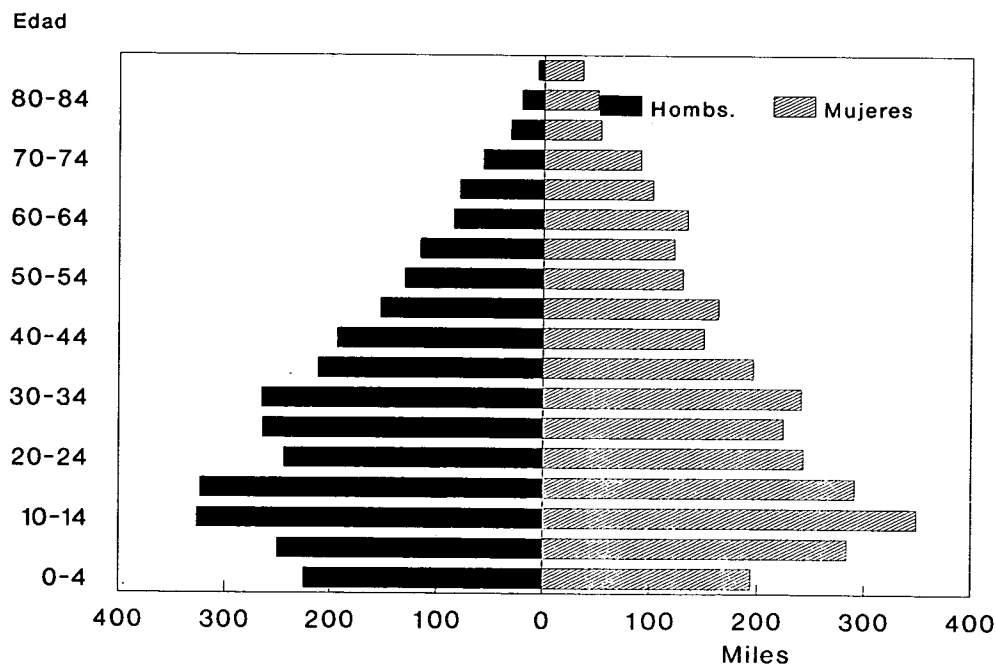
Guadalupe está compuesta por dos islas principales, a saber, Grande-Terre y Basse-Terre, que están separadas por un angosto canal. Sin embargo, varias otras islas más pequeñas del Caribe,

tales como La Désirade, Marie-Galante, Les Saintes, San Martín y San Bartolomé forman parte de Guadalupe, por razones administrativas. En 1989, el PNB per cápita se estimaba en \$US3918 (Banco Mundial, 1990).

Martinica está localizada al sur de Guadalupe y Dominica en las islas de Barlovento de las Antillas Menores. Es una isla de 1100 km², con una densidad de población de 319 habitantes por km². En 1989, el PNB per cápita fue de \$US4075 (Banco Mundial, 1990). Sus industrias más importantes son el turismo y la refinación de petróleo; sus principales exportaciones son productos refinados de petróleo, banano, ron y piña (Banco Mundial, 1990; Enciclopedia Británica, 1990).

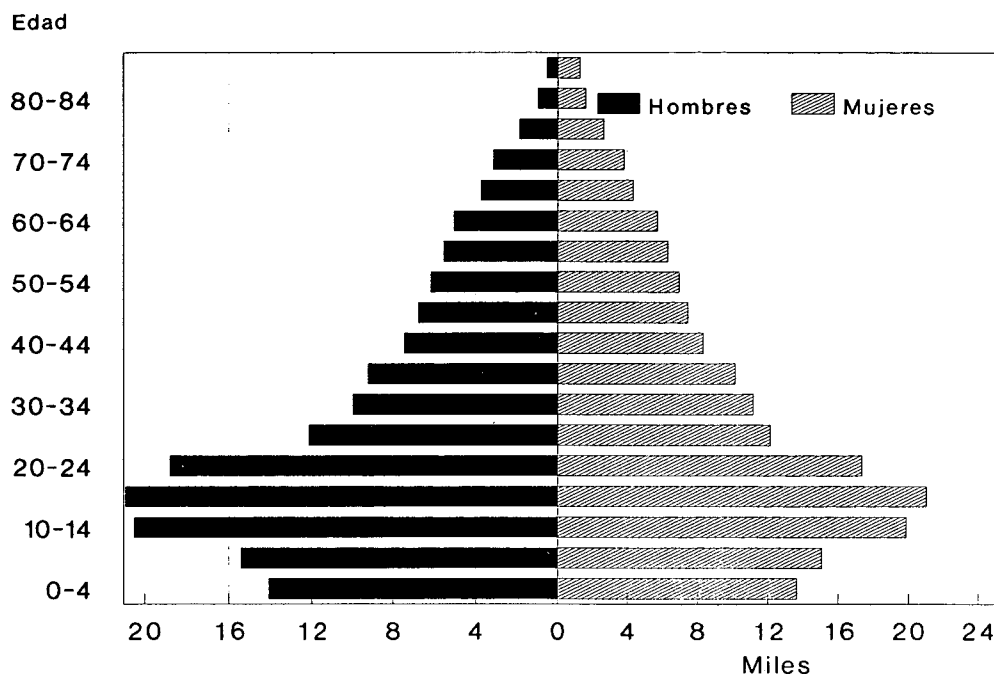
San Pedro y Miquelon es el más pequeño de los territorios franceses en las Américas, con una población de cerca de 6000 habitantes (Figura 1). La Guayana Francesa tiene una superficie geográfica mucho más extensa que Martinica y Guadalupe, sus territorios caribeños hermanos, pero su población es menos de un tercio de la de Guadalupe o Martinica (aproximadamente 90 000 frente a 338 000 y 330 000, respectivamente) (Figuras 2, 3 y 4) (Banco Mundial, 1989). Como puede observarse en las Figuras 2 y 3, en 1985, una gran parte de la población de Martinica y Guadalupe estaba compuesta de

Figura 1. Pirámide de población, San Pedro y Miquelon, 1982



Fuente: Naciones Unidas, 1989.

Figura 2. Pirámide de población, Martinica, 1985.



Fuente: Naciones Unidas, 1989.

personas de 10 a 24 años. Esta cohorte extraordinariamente grande refleja una rápida tasa de mejoramiento en lo que respecta a la prevención de la mortalidad de lactantes y niños pequeños ocurrida en los años 1960 (Banco Mundial, 1989). La reducción de la tasa de fecundidad desde 1975 puede apreciarse por la cohorte relativamente menor de individuos de cero a nueve años (Banco Mundial, 1989). En la Guayana Francesa también ha mejorado la prevención de la mortalidad de lactantes y niños pequeños; en 1982 no se observó ninguna disminución del número de nacimientos en la pirámide de población (Figura 4). Es posible que durante los años 1980 haya emigrado un gran número de hombres de 20 a 39 años a la Guayana Francesa, lo que llevó al predominio de hombres de esa edad en la población en 1982 (Figura 4).

La esperanza de vida al nacer en la Guayana Francesa se estimó en 71 años en 1989. En ese año, la tasa de alfabetismo se calculó en 73% (Banco Mundial, 1990). Durante los años de 1970 y 1980 mejoró continuamente la esperanza de vida al nacer y disminuyó la tasa total de fecundidad en Guadalupe. En 1988, la esperanza de vida en esa isla se estimó en 74 años, con 2,2 nacimientos por mujer (Banco Mundial, 1989). En ese mismo año, la espe-

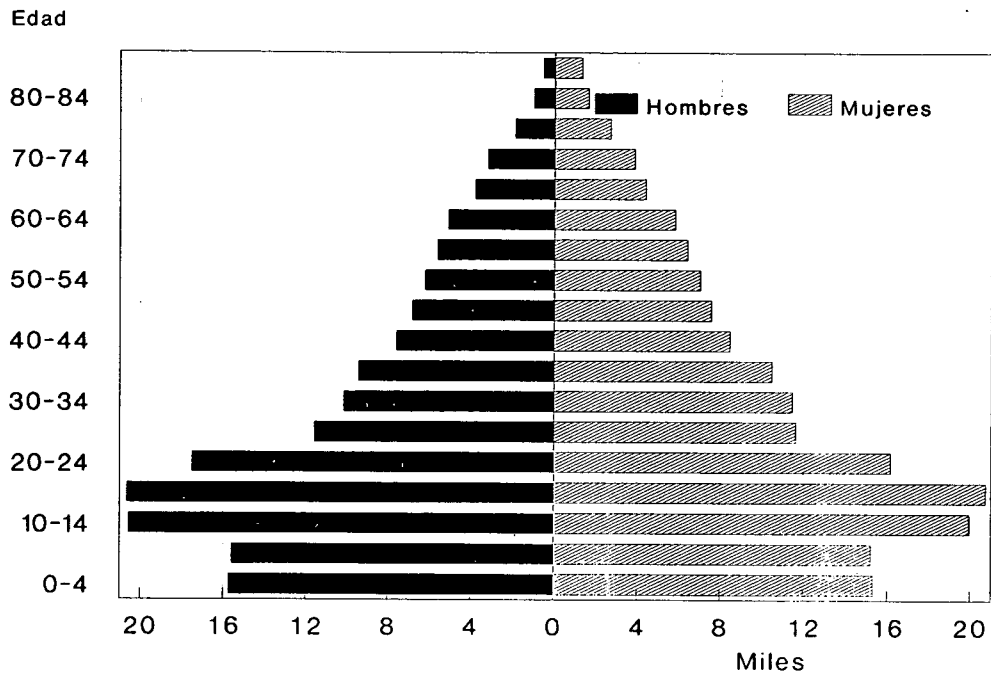
ranza de vida al nacer en Martinica fue también de 74 años y la tasa total de fecundidad se estimó en 2,1 nacimientos por mujer (Banco Mundial, 1989). En el Cuadro 1 se resumen estos y otros indicadores sociales, de salud y demográficos correspondientes a San Pedro y Miquelón, Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa.

Es obvio que las defunciones de niños y jóvenes por enfermedades infecciosas ya se están controlando en los departamentos franceses del Caribe. Con la mejora de la esperanza de vida que tuvo lugar en los años 1980, dichos departamentos pueden esperar un rápido aumento de la población mayor de 45 años. Esta será vulnerable a varias enfermedades crónicas, entre las que se incluyen las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

La industria del tabaco

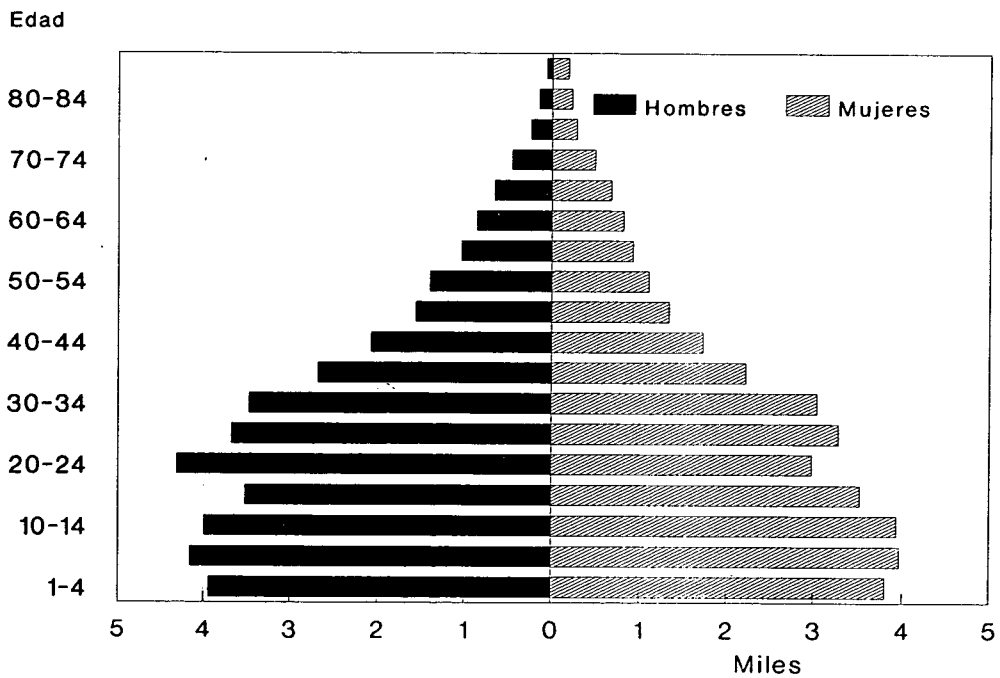
No se cultiva tabaco ni tampoco se fabrican productos del tabaco en los cuatro departamentos franceses en las Américas. Todos esos productos se importan principalmente de la Comunidad Económica Europea (CEE) (Prefectura de San Pedro y Miquelón, 1989; Prefectura de Martinica, 1989; Prefectura de la Guayana Francesa, 1989).

Figura 3. Pirámide de población, Guadalupe, 1985.



Fuente: Naciones Unidas, 1989.

Figura 4. Pirámide de población, Guayana Francesa, 1982.



Fuente: Naciones Unidas, 1989.

Cuadro 1. Indicadores demográficos y de salud selectos correspondientes a San Pedro y Miquelon, Guadalupe, Martinica y la Guayana Francesa

	San Pedro y Miquelon	Guadalupe	Martinica	Guayana Francesa
Población	6 000	320 000	330 000	110 000
Porcentaje < 15 ^a	27,0	30,7	29,8	32,6
Porcentaje ≥ 65 ^a	8,8	7,3	7,2	4,7
Tasa total de fecundidad ^b		2,2	2,1	
Tasa bruta de natalidad ^c		21	18	27
Tasa bruta de defunción ^c		7	7	6
Tasa de defunción ajustada por edad ^d		4,2	3,3	5,6
Tasa de mortalidad infantil ^c		13	11	21
Esperanza de vida, hombres ^c		70	71	68
Esperanza de vida, mujeres ^c		77	77	75
Tasa de alfabetismo de adultos (%) ^c		90	93	73

Fuentes: a: Naciones Unidas (1989).
 b: Banco Mundial (1989).
 c: Enciclopedia Británica (1990); Banco Mundial (1990).
 d: Organización Panamericana de la Salud (1990).

Prevalencia y consumo

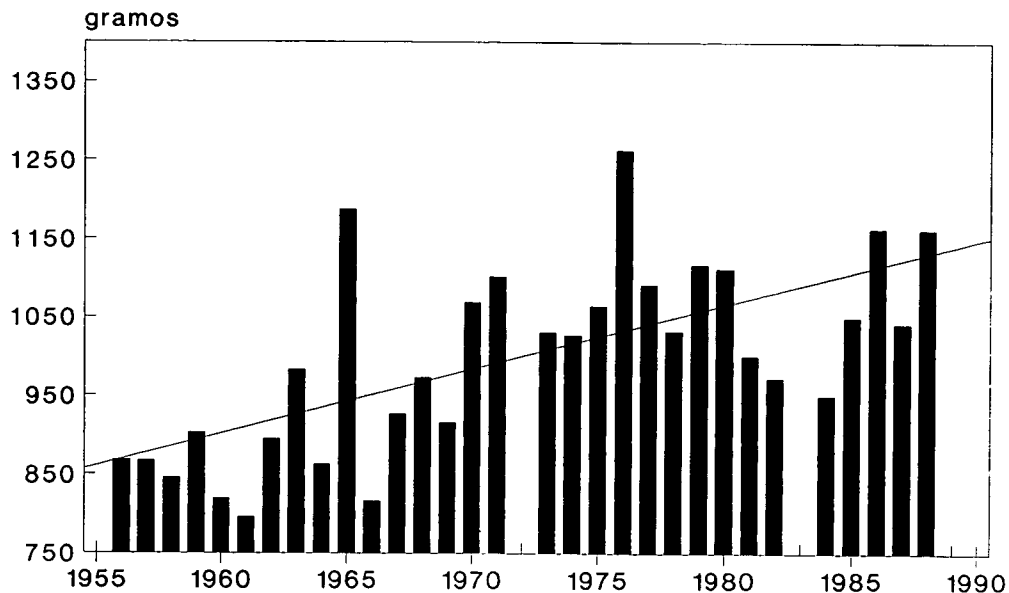
En 1989, el consumo per cápita de tabaco de la población de 15 años o más de San Pedro y Miquelon fue de un promedio de 544 g (o sea el equivalente de 544 cigarrillos). La venta de artículos libres de impuestos a visitantes de la vecina Terranova, como también de otras partes del Canadá, ha sido siempre una actividad económica importante. La venta de productos del tabaco desempeña un papel importante en este comercio libre de impuestos. En 1989, un elevado porcentaje de los 30 700 kg de productos de tabaco comprados libres de impuestos en San Pedro y Miquelon correspondió a cigarrillos en comparación con el volumen de puros y tabaco suelto (22 500 frente a 300 y 7900 kg, respectivamente). Las compras de productos de tabaco libres de impuestos fueron casi 13 veces superiores al consumo interno de 2400 kg (Prefectura de San Pedro y Miquelon, 1989). Es probable que estos productos del tabaco libres de impuestos hayan terminado en Terranova u otras partes del Canadá, donde los impuestos sobre el tabaco son mucho más altos que en San Pedro y Miquelon. Algunos habrían sido importados legalmente al Canadá, pero es probable que muchos de estos cigarrillos y otros productos del tabaco hayan llegado al Canadá por medios ilícitos.

No existen datos sobre el consumo de tabaco en Guadalupe. Sin embargo, algunos datos indican

que el consumo de la Guayana Francesa en 1988 fue comparable al del Canadá y los Estados Unidos (2543 cigarrillos por persona de 15 años o más) (Prefectura de la Guayana Francesa, 1989; Kaiserman, 1991). Los Países Bajos, Francia y el Reino Unido fueron las principales fuentes de importaciones de cigarrillos a la Guayana Francesa (35, 35 y 24%, respectivamente) (Prefectura de la Guayana Francesa, 1989).

En el caso de Martinica, existen datos más completos sobre las tendencias del consumo de tabaco. En 1989, el consumo per cápita de las personas de 15 años o más alcanzó un promedio de 1112 cigarrillos (Prefectura de Martinica, 1989). La mayoría de los cigarrillos consumidos se compró a los países miembros de la CEE, incluso al Reino Unido, Países Bajos, Francia, Bélgica y Alemania (Prefectura de Martinica, 1989); 40% del total de los cigarrillos consumidos en 1989 se importó del Reino Unido. La Figura 5 muestra las tendencias a largo plazo del consumo anual de tabaco de adultos per cápita en Martinica. Las fluctuaciones interanuales del consumo pueden reflejar la llegada hacia el fin del año de grandes cargamentos de productos del tabaco; es muy probable que estos cambios no reflejen las fluctuaciones similares del consumo real. Aparte de las fluctuaciones a corto plazo, los datos indican que hubo un aumento total del consumo de tabaco en Martinica. Sin embargo, el consumo per cápita permanece bajo en comparación con el mun-

Figura 5. Consumo de tabaco per cápita en gramos por persona mayor de 15 años en Martinica, 1956 a 1988



Fuentes: de Thoré, 1990; Martinica, 1989.

dial (Kaiserman, 1988). Por ejemplo, el consumo de tabaco per cápita en el Canadá fue de 2700 cigarrillos por persona de 15 años o más en 1989 (Kaiserman, 1991).

Existen pocos datos de encuestas sobre prevalencia, actitudes u opiniones sobre el tabaquismo en San Pedro y Miquelon o en los otros tres Departamentos franceses en el Caribe.

Sin embargo, en 1985-1986, se llevó a cabo una encuesta sobre las prácticas de salud de escolares de 11 a 13 años en las zonas urbanas de la Guayana Francesa (Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale [INSERM], 1986). Los datos de esta encuesta indicaron que más niños que niñas fuman actualmente, por lo menos de vez en cuando (7 frente a 2%, respectivamente).

Tabaquismo y salud

Los registros de defunción y su clasificación no son problemas graves en los Departamentos franceses del Caribe. No hay indicios de graves problemas de subregistro de mortalidad y la proporción de defunciones registradas por síntomas y afecciones mal definidas es más baja que en otros países del Caribe y América Central. La proporción de defunciones por síntomas y afecciones mal definidas fue de 9,7% en Guadalupe en 1981, 13,2% en

la Guayana Francesa en 1984 y 11,1% en Martinica en 1985 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990).

En los tres Departamentos del Caribe, las enfermedades crónicas y los accidentes son las cinco causas principales de defunción. En Guadalupe en 1981, las principales causas de defunción definidas fueron la cardiopatía (21,6%), los tumores malignos (16,7%), los accidentes (12,7%), las enfermedades cerebrovasculares (10,7%) y los trastornos mentales (5,1%). En la Guayana Francesa predominó un patrón similar en 1984 y las principales causas fueron la cardiopatía (20,9%), los accidentes (14,7%), los tumores malignos (12,5%), las enfermedades cerebrovasculares (8,4%) y las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis (6,1%). Las enfermedades crónicas no transmisibles fueron también la principal causa de defunción en Martinica en 1985, y las cinco causas principales de defunción definidas fueron los tumores malignos (22,3%), las enfermedades cerebrovasculares (19,0%), la cardiopatía (19,0%), los accidentes (7,7%) y la diabetes mellitus (3,0) (OPS, 1990).

No existen datos sobre la mortalidad relacionada con el tabaco en San Pedro y Miquelon. En 1987, 25, 17 y 8 hombres en comparación con 6, 3 y 0 mujeres murieron de cáncer de pulmón en Martinica, Guadalupe y la Guayana Francesa, respectivamente (INSERM 1989).

Cuadro 2. Mortalidad total y proporcional por cáncer de pulmón, Martinica, 1979-1987

Año	Defunciones por cáncer de pulmón			Total de defunciones (ambos sexos)	Porcentaje de defunciones por cáncer de pulmón (ambos sexos)
	Hombres	Mujeres	Total		
1970	10	3	13	1953	0,67
1974	11	2	13	2296	0,57
1975	21	3	24	2190	1,10
1977	17	4	21	2155	0,97
1980	—	—	26	2109	1,23
1981	22	4	26	1873	1,39
1982	16	6	22	2070	1,06
1983	16	7	23	2034	1,13
1985	15	10	25	2140	1,17
1987	25	6	31	2007	1,54

Fuente: de Thoré (1990); OPS (1990).

En el Cuadro 2 se presentan las tendencias de defunción por cáncer del pulmón desde 1970 en comparación con el total de defunciones en Martinica. Durante 1970-1987, el porcentaje de defunciones por cáncer del pulmón como porcentaje del total aumentó a más del doble (0,7% frente a 1,5%, respectivamente).

Existen datos de un registro de tumores sobre la incidencia de cáncer de pulmón en toda la población de Martinica. En un estudio de 63 casos de tumores incidentes en casos de cáncer del pulmón registrados en 1981-1983, las tasas normalizadas de incidencia de cáncer de pulmón fueron más bajas que las observadas en otros registros de tumores de los Estados Unidos y del Caribe en el mismo período (Cuadro 3) (de Thoré, 1990).

Cuadro 3. Tasas de incidencia de cáncer de pulmón normalizadas por edad, registros de tumores seleccionados, decenio de 1980

Lugar	Tasas de incidencia	
	Hombres	Mujeres
Martinica	11,5	1,0
Jamaica	19,8	4,0
Antillas Neerlandesas	30,2	3,9
Puerto Rico	16,3	5,4
Los Angeles, EUA (blancos)	58,6	22,4
Los Angeles, EUA (negros)	73,7	18,5

Fuente: de Thoré, 1990.

Actividades de control y prevención del tabaquismo

Los departamentos y territorios franceses situados en las Américas están sujetos a la legislación francesa. El reglamento de propaganda y promoción del tabaco y el control del tabaquismo en sitios públicos se aplica igualmente a los territorios y departamentos de ultramar, aunque la aplicación de las leyes tributarias varía en los territorios y departamentos. San Pedro y Miquelon, Martinica, Guadalupe y la Guayana Francesa tienen "una estricta prohibición parcial" de hacerle propaganda al tabaco (Roemer, 1982). La propaganda se permite, con algunas restricciones, en los expendios, diarios y revistas. Se prohíbe a las compañías fabricantes de tabaco patrocinar actividades, con excepción de carreras de automóviles. Esta prohibición, decretada en 1976, tiene formas de evasión que fueron explotadas por los anunciadores de tabaco, principalmente por medio de propaganda de fósforos y encendedores de apariencia similar a la de cigarrillos (Roemer, 1986). La Asamblea Nacional Francesa promulgó una nueva legislación en 1990, vigente a partir del 1 de enero de 1993, que prohíbe todas las formas de propaganda del tabaco (Evin, 1990); United Press International [UPI], 1990). Esta legislación prohíbe también la venta de cigarrillos a menores, retira los productos del tabaco del índice de precios al consumidor y exige advertencias de "graves daños para la salud" más estrictas que las actuales que indican que "el abuso es peligroso." La regulación permitirá también que el Ministro de Salud exija que se impriman en los paquetes otras advertencias sobre los peligros para la salud.

La ley francesa prohíbe fumar en las escuelas, las tiendas de víveres, los centros de recreo de la comunidad, los ascensores, las clínicas y los hospitales, con excepción de las habitaciones privadas. Por lo menos la mitad de los asientos de los vuelos comerciales debe asignarse a no fumadores (Roemer, 1982). Sin embargo, estas restricciones sobre el tabaquismo no se hacen cumplir estrictamente. En la Guayana Francesa, por ejemplo, se fuma a menudo en las instituciones de atención de salud (Diouf, 1990). Sin embargo, la nueva legislación de 1993 prohíbe fumar en lugares públicos, con excepción de los designados para ello (Evin, 1990; UPI, 1990).

La política sobre tributación del tabaco en los departamentos y territorios franceses en el exterior es distinta de la francesa. En Francia, aproximadamente el 75% del precio de los cigarrillos al por menor corresponde a un impuesto y en la Guayana Francesa, cerca de 52% (Townsend, 1987, Aduanas francesas, Guyana, 1990). Los requisitos de venta de cigarrillos solo en expendios minoristas de tabaco con licencia para ello no se aplican a los departamentos y territorios de ultramar. El lugar de venta de tabaco al por menor no está restringido en ninguno de los territorios franceses de las Américas (de Thoré, 1990; Diouf, 1990).

Por medio de su Comité de Educación para la Salud, el Gobierno francés prepara varios carteles, folletos y mensajes por la radio y la televisión para fomentar el cese del tabaquismo y mantener un estilo de vida sin tabaco. Aunque estos materiales se distribuyen regularmente a los departamentos de ultramar, no se usan con frecuencia porque no se han adaptado a la población local. Por ejemplo, los carteles con modelos blancas francesas son muy poco o no son casi apropiados en la Guayana Francesa, donde la mayoría de la población es de raza negra (Diouf, 1990). Por falta de apoyo financiero de los gobiernos centrales, los esfuerzos locales de promoción de la salud para controlar el tabaquismo en los departamentos del Caribe van desde mínimos, como en Martinica (de Thoré, 1990), hasta nulos, como en la Guayana Francesa (Diouf, 1990).

Resumen

Los departamentos y territorios franceses en las Américas tienen un clima diverso que va del subártico al tropical. Los patrones de consumo de tabaco también son diversos; el consumo de tabaco per cápita en la Guayana Francesa es casi cinco veces mayor que en San Pedro y Miquelon. Los

datos existentes sobre Martinica indican que aumentó la tendencia a largo plazo del consumo de tabaco de 1956 a 1988. En Martinica, la incidencia de cáncer de pulmón aumentó mucho de 1970 a 1987 y ha adquirido mayor importancia relativa como causa de defunción. Sin embargo, la incidencia de cáncer de pulmón de 1981 a 1983 fue la más baja que se haya registrado en el Caribe y una de las menores del mundo.

El reglamento que prohíbe o restringe la propaganda del tabaco y los avisos colocados en sus productos y fumar en sitios públicos es más estricto que en la mayoría de las demás naciones del Caribe. Sin embargo, la imposición de estas leyes ha sido irregular en el territorio continental de Francia y puede ser aún menos efectiva en los territorios y departamentos del extranjero, especialmente con respecto al control del tabaquismo en las instituciones de atención de salud y en sitios públicos.

Conclusiones

1. Las elevadas tasas de consumo de tabaco en la Guayana Francesa y las crecientes tasas de consumo en Martinica por parte de la población que muy pronto va a experimentar un rápido aumento del grupo mayor de 45 años presagian la manifestación de una epidemia de enfermedades y defunciones relacionadas con el tabaquismo.
2. La nueva legislación que entrará en vigor el 1 de enero de 1993 permitirá establecer políticas y reglamentos de control del tabaco de amplio alcance en los territorios y departamentos franceses y en Francia. El cumplimiento de estas medidas puede ser problemático.
3. La vigilancia del consumo de tabaco en los territorios y departamentos franceses puede mejorar efectuando encuestas domiciliarias regulares sobre la prevalencia del tabaquismo.

Referencias

BANCO MUNDIAL. *The World Bank Atlas 1989*. Washington, D.C., International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, noviembre de 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990-Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.

DE THORE, J. Country Collaborator's Report, Martinique. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.

DIOUF, M.A. Country Collaborator's Report, French Guiana. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.

DOUANES FRANÇAISES, GUYANE. Datos inéditos, 1990.

ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. *Encyclopedia Britannica World Data Annual 1990*. Chicago, Encyclopedia Britannica, 1990.

EVIN, C. Projet de loi relatif à la lutte contre le tabaquisme et à la lutte contre l'alcoolisme, no. 1418. Assemblée Nationale. France, 1990.

FRENCH GUIANA PREFECTURE. Datos inéditos, 1989.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Behaviour and Health Survey of Pre-adolescents in French Guiana, 1988. Datos inéditos. INSERM, 1986.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Annual Statistics of Medical Causes of Death, French Guiana. Datos inéditos. INSERM, 1989.

KAISERMAN, M.J., ALLEN, T.A. Global per capita consumption of manufactured cigarettes—1988. *Chronic Diseases in Canada* 11(4):56-57, julio de 1990.

KAISERMAN, M.J., COLLISHAW, N.E. Trends in Canadian tobacco consumption, 1980-1990. *Chronic Diseases in Canada* 12(4):50-52, julio-agosto, 1991.

MARTINIQUE PREFECTURE. Datos inéditos, 1989.

NACIONES UNIDAS. *Demographic Yearbook, 1988*. New York, 1989.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990*. Publicación Científica 524. Washington, D.C., OPS, 1990.

ROEMER, R. *Legislative Action to Combat the World Smoking Epidemic*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1982.

ROEMER, R. *Recent Developments in Legislation to Combat the World Smoking Epidemic*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986.

SAN PEDRO Y MIQUELON PREFECTURE. Datos inéditos, 1989.

TOWNSEND, J. Price, tax and smoking in Europe. En: White, P. (ed.) *Tobacco Price and the Smoking Epidemic: Smoke-free Europe: 9*. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de Europa, Copenhagen, 1987.

UNITED PRESS INTERNATIONAL. France to ban tobacco and alcohol advertising by 1993. *United Press International Newswire*. Diciembre 13 de 1990.

Ecuador

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación y comercio de cigarrillos
- Publicidad y promoción del tabaco

Prevalencia y consumo

- Consumo de cigarrillos per cápita
- Encuestas sobre comportamiento
 - Metodología y limitaciones
 - Prevalencia del tabaquismo entre los adultos
 - Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes
 - Otras formas de tabaquismo
 - Conocimiento y actitudes acerca del tabaquismo

Tabaquismo y salud

- Morbilidad
- Temas generales de mortalidad
- Mortalidad asociada con el tabaquismo

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Actividades gubernamentales
 - Políticas y estructura ejecutiva
 - Legislación
 - Educación basada en la escuela
 - Campañas de información pública
 - Impuestos
- Actividades no gubernamentales

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

El Ecuador ocupa 284 000 km² en la costa occidental de América del Sur. La capital, Quito, antaño un centro colonial español importante, está ubicada en la cordillera de los Andes. El Ecuador tiene vastos recursos naturales, especialmente en la agricultura, pero a fines de la década de los 80 experimentó una grave crisis económica similar a la de la mayoría de las demás naciones latinoamericanas. En 1987, una serie de terremotos dañaron numerosos edificios e interrumpieron gravemente servicios culturalmente importantes en varias comunidades de montaña. El petróleo, la pesca, la fabricación y la silvicultura son componentes importantes del producto interno bruto (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990). La población es joven: aproximadamente 40% tiene menos de 15 años y solo 4.2% tiene más de 65 años (Banco Mundial, 1990; Cuadro 1). La urbanización ha dado lugar a centros urbanos superpoblados y a una transculturación gradual de los grupos indios y mestizos que residen en las áreas rurales.

El Ecuador es una nación productora de tabaco, y el tabaco ha sido importante como un producto que se consume en el país. Debido a la estructura de edad joven de la población, las enfermedades crónicas que pueden asociarse con el consumo del tabaco no han surgido todavía como causas importantes de defunción en el país. En efecto, hasta 1984, no había política establecida para la protección y la atención de las personas de

65 años y más (OPS, 1990). A medida que envejece la población, la repercusión de las enfermedades relacionadas con el tabaco puede hacerse más evidente en esta población vulnerable.

La industria del tabaco

Agricultura

En 1988, se estimó que la tierra del Ecuador dedicada al cultivo de tabaco oscilaba entre 1590 y 1968 hectáreas. (INEC, 1988; Ministerio de Agricultura y Ganadería, 1988), lo que representa menos de 0,1% de la tierra cultivable. La provincia de Guayas cuenta con 70% de la tierra cultivable y del porcentaje total de la tierra arable en esta provincia se dedica 0,12% al tabaco. Dos grandes empresas de fabricación de cigarrillos produjeron 79,7% del tabaco de hoja del Ecuador (3242,1 TM) en 1988. Se cultiva tabaco adicional específicamente para puros (Tobacco International, 1990). Parece que los agricultores dependen de estas empresas para arreglos de compra por adelantado, adelantos para capital de operación y para semillas y asistencia técnica (Tabea, 1988). En efecto, la Philip Morris Company ha proporcionado más ayuda técnica agrícola en el Ecuador que en otros países donde tiene licencia o es dueña de sus propios intereses manufactureros (Philip Morris, 1988). La dependencia financiera del agricultor de pequeña a mediana escala de la empresa tabacalera es casi absoluta.

La producción de tabaco de hoja ha aumentado de un promedio de 1631,8 TM en la década de los 70 a un promedio de 3982 TM en la década de los 80 (Cuadro 2). En estos dos decenios, los niveles de importación del tabaco crudo fueron aproximadamente el doble de los de las exportaciones por lo que el consumo absoluto nacional de hojas aumentó en un 200%. Sin embargo, debido a un crecimiento demográfico rápido concomitante, el consumo per cápita no aumentó a una tasa comparable (Cuadro 3).

Fabricación y comercio de cigarrillos

Dos grandes empresas que manufacturan cigarrillos operan en el Ecuador: Tabacalera Andina, licenciataria de Philip Morris que controla cerca de 80% del mercado total y la Fábrica de Cigarrillos El Progreso, licenciataria de R. J. Reynolds que controla el resto. En 1982, cuatro fábricas que manufacturaban cigarrillos, propiedad de estas dos empresas, empleaban a 1060 personas, o 0,03% de la mano de obra ecuatoriana total (Samaniego, 1990).

Cuadro 1. Indicadores básicos económicos y de salud, Ecuador, década de 1980

Indicador	Año	Valor
Población total	1988	10 232 000
Porcentaje < 15 años	1988	40,5
Porcentaje ≥ 65 años	1988	4,2
Porcentaje urbano	1988	55
Tasa de fecundidad total (Por 1000 mujeres)	1988	4,2
Tasa de alfabetización	1985	82
Esperanza de vida al nacer	1988	66
Tasa de mortalidad infantil (Por 1000 nacidos vivos)	1988	62
Tasa bruta de mortalidad (Por 1000 personas)	1988	7
PIB per cápita (\$US)	1988	1120
Cambio porcentual anual en PIB per cápita	1965-88	3,1

Fuente: Banco Mundial, 1990.

Cuadro 2. Producción, importaciones, exportaciones y consumo nacional total de tabaco sin elaborar (en toneladas métricas), Ecuador, 1979–1989

Año	Producción	Importaciones	Exportaciones	Consumo nacional total
1970	2141	477	117	1130
1971	790	612	70	1475
1972	635	295	246	1515
1973	1713	1144	68	2329
1974	1448	2074	113	2773
1975	1466	1089	157	2345
1976	1272	2404	250	3501
1977	1805	2967	131	4016
1978	2494	3000	174	3710
1979	2554	2197	373	3370
1980	2871	951	215	3124
1981	3765	620	186	3416
1982	3539	630	270	4123
1983	3300	766	216	4242
1984	2900	1000	133	4467
1985	4062	996	424	4172
1986	3850	1000	629	3471
1987	3850	1000	423	3677
1988	3850	1000	279	3821
1989	3850	900	285	3715

Fuente: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), 1990.

Cuadro 3. Producción, importaciones, exportaciones, consumo total(TM) y consumo per cápita (15 y más años) de cigarrillos manufacturados, Ecuador, 1970–1989

Año	Producidos	Importados	Exportados	Consumo total		Consumo per cápita
				USDA	Maxwell	
1970	1284	473	20	1737		525
1971	1340	957	20	2277		666
1972	1327	1424	38	2713		769
1973	1434	1570	0	3004		791
1974	1740	1940	0	3680	3570	949
1975	2642	1568	0	4210	3780	1081
1976	3736	0	0	3736	3659	928
1977	4224	40	0	4264	3914	1024
1978	3900	36	0	3936	3889	914
1979	4090	36	246	3880	4017	872
1980	3932	36	256	3712	3740	806
1981	4270	36	445	3861	4032	811
1982	4766	36	484	4318	4596	876
1983	4980	50	300	4730	3919	928
1984	5000	50	300	4750	3983	900
1985	4800	0	200	4600	3804	843
1986	4600	0	100	4500	3786	798
1987	4600	0	100	4500	3604	773
1988	4600	0	100	4500	3076	749
1989	3319	ND	ND	ND	3319	535

Fuentes: USDA, 1990; The Maxwell Report, 1989.

La producción de cigarrillos aumentó significativamente desde mediados de la década de los 70 hasta mediados de los 80, después de lo cual los niveles de producción permanecieron esencialmente inalterados hasta el final del decenio (USDA, 1990) (Cuadro 3). Puede haber ocurrido una disminución sustancial en el consumo total (Maxwell, 1989), de conformidad con las tasas altas de inflación y la crisis económica en la década de los 80 indicadas anteriormente. La importación de cigarrillos es mínima, pero las exportaciones se tornaron significativas a comienzos de la década de los 80. No obstante, debido a las importaciones de tabaco sin elaborar y manufacturado, en 1984 se estimó que el Ecuador tenía una balanza comercial negativa para el tabaco de \$US907 000 (Chapman, 1990). Además de las importaciones legales, un comercio ilegal de cigarrillos contribuye con una cantidad desconocida al consumo nacional total en el Ecuador (Samaniego, 1990).

Publicidad y promoción del tabaco

En el Ecuador, se permite la publicidad de los cigarrillos en la televisión después de las 7:30 p.m., ostensiblemente a fin de limitar la exposición de las personas jóvenes a los anuncios del tabaco. Sin embargo, este es un medio importante para la industria del tabaco. Se estimó que, desde 1986 a 1988, 70% de los gastos totales en la publicidad de los cigarrillos se destinó a la televisión, 21% a la radio y el 9% restante se dividió entre las carteleras, puntos de venta y los medios impresos (Maxwell, 1989). El efecto de esta publicidad se ha medido en una encuesta llevada a cabo en Quito en 1990 para determinar el conocimiento y las actitudes relacionadas con el tabaco. En esta encuesta 90,1% de los entrevistados declararon que habían observado la publicidad en la televisión, 61,9% había oído la publicidad en la radio, y 32,9% recordaba haber visto la publicidad del tabaco en las carteleras. Una proporción más pequeña recordó haber visto la publicidad del tabaco en los medios impresos (Ministerio de Salud Pública, 1990). En los países con prohibiciones de la publicidad del tabaco en la televisión, las proporciones mayores de los gastos en publicidad del tabaco tienden a concentrarse en la radio y las carteleras. La inversión estimada de Philip Morris en la publicidad en el Ecuador fue de \$US1 000 000 en 1986 y 1987 (Philip Morris, 1988).

En el Ecuador se emplea una estrategia de publicidad interesante. "La información" comercial impresa en los paquetes de cigarrillos, todos los cuales se manufacturan en el Ecuador, está siempre

en inglés (por ejemplo, "filter cigarettes", "richly rewarding", etc.) Esta estrategia puede sugerir a los fumadores que al fumar los cigarrillos están asumiendo un estilo de vida más similar al de un nivel socioeconómico más alto.

Prevalencia y consumo

Consumo de cigarrillos per cápita

El Ecuador se encuentra entre los 10 países latinoamericanos con el consumo más bajo de cigarrillos per cápita. Aunque el consumo per cápita en 1985 fue similar al de los vecinos países de Perú y Bolivia, fue menos que la mitad del de Colombia y Venezuela. Tomando como base los datos del USDA (1990), el consumo per cápita aumentó sustancialmente en la década de los 70 y disminuyó algo de 1986 a 1988 (Cuadro 3). En este patrón de consumo se demuestra la relación entre la capacidad económica y el consumo del tabaco ya que en esos años una crisis económica grave fue evidente en todos los países de la subregión.

Encuestas sobre comportamiento

Metodología y limitaciones

Se dispone de numerosas encuestas sobre el consumo de tabaco en el Ecuador. Cruz (1954) informó acerca de una encuesta sobre el consumo de tabaco realizada entre 535 hombres en Quito. Aunque no se dispone de información sobre la metodología empleada esta puede ser la primera encuesta de esta naturaleza en la América Latina.

En 1990, Informe Confidencial e IESOP (CEIC/IESOP) llevaron a cabo una encuesta en Quito y Guayaquil de 600 personas de 18 y más años. También se desconoce la metodología empleada. La encuesta preguntó a los fumadores acerca de su edad, la edad a la que empezaron a fumar, la edad cuando dejaron de fumar, y algunas preguntas sobre sus actitudes y conocimiento (Zevallos, 1990).

En 1988, la División de Salud Mental del Ministerio de Salud y la Fundación "Nuestros Jóvenes" (Ministerio de Salud Pública, 1988) realizaron una encuesta sobre el consumo del alcohol, el tabaco y las drogas con una muestra representativa de la población ecuatoriana de 10 a 65 años. La muestra proyectada de 6800 personas se obtuvo por una técnica estratificada de muestreo de conglomerados. El tamaño de la muestra final fue de 6256, de los cuales 3644 eran adultos (de 20 a 65 años) y 2612

eran adolescentes (de 10 a 19 años). Entre los adolescentes, se determinó el consumo de cigarrillos alguna vez en la vida por sexo y edad. Entre los adultos, se evaluó el consumo actual y el consumo de cigarrillos alguna vez en la vida. Los fumadores actuales se estratificaron en fumadores ocasionales (siete o menos cigarrillos por día), y en fumadores habituales (más de siete cigarrillos por día) (Aguilar, 1990).

En 1990, el Ministerio de Salud realizó una encuesta de 1805 residentes de Quito de 10 y más años de edad en cuanto al comportamiento de fumar y el conocimiento acerca del tabaquismo (Ministerio de Salud Pública, 1990). En esta encuesta, al entrevistado se le preguntó si consumía cigarrillos regular u ocasionalmente, pero no se definieron estas categorías; los entrevistados hicieron sus propios juicios en cuanto a la definición.

Entre 1981 y 1984 la Oficina nacional del Contralor General realizó una encuesta de todas las 20 838 personas de 12 a 20 años de edad que asistían a la escuela en nueve de las 20 provincias del Ecuador (Ministerio de Finanzas, 1987). Aunque esta encuesta estaba diseñada principalmente para cubrir el uso de drogas, también determinó la prevalencia del fumar cigarrillos diaria y ocasionalmente.

El "Estudio sobre los hábitos y las drogas en el embarazo" coordinado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; (CLAP, 1987) determinó la prevalencia del fumar cigarrillos en el Ecuador entre 2009 mujeres en edad de procrear durante los seis meses antes de su embarazo. Se dispone de poca información sobre la metodología para esta encuesta.

Finalmente, en 1987 la División del Control de Enfermedades Crónicas en el Ministerio de Salud realizó una encuesta sobre 338 empleados públicos en los Ministerios de Salud y Educación y Cultura. La única información disponible de esta encuesta es la prevalencia del tabaquismo en el momento de la encuesta y la edad a la que se comenzó a fumar.

Prevalencia del tabaquismo entre los adultos

En la encuesta de 1954, 85% de los entrevistados masculinos eran fumadores. Es probable que se observara esta prevalencia alta porque los únicos hombres encuestados se hallaban comprendidos en los grupos de edad en los cuales la prevalencia del tabaquismo es más alta (46% de los entrevistados tenían entre 24 y 39 años de edad). De los fumadores, 38,8% fumaban siete o más cigarrillos por día, con un promedio de 12 cigarrillos diarios. Por

contraste, la prevalencia actual del tabaquismo entre los hombres de 18 años y más en los Estados Unidos en 1955 fue del 59,2% (Departamento de Salud Pública y Servicios Sociales de los EUA [USDHHS], 1988).

En la encuesta de 1988 del Ministerio de Salud entre personas de 20 a 65 de edad, 36,4% eran fumadores actuales, 30,8% eran exfumadores (los que no fumaron en los 30 días antes de la encuesta), y 32,8% nunca habían fumado. De los fumadores, 48,9% fumaban siete o menos cigarrillos por día y el resto fumaba más de siete cigarrillos por día (Ministerio de Salud, 1988).

La encuesta de CEIC/IESOP encontró que 39,6% de los residentes de Quito eran fumadores actuales (52% de los hombres y 28% de las mujeres), y que la prevalencia del tabaquismo era más alta entre las personas en el estrato socioeconómico medio (41%) comparadas con aquellas que se hallaban en el estrato superior (39%) y aquellas en el estrato bajo (35%). En la segunda ciudad más grande de Ecuador (Guayaquil), 33,8% de los entrevistados eran fumadores actuales (48% entre los hombres y 20% entre las mujeres). En esta ciudad, las prevalencias del tabaquismo entre las personas en los estratos socioeconómicos medios y bajos eran esencialmente iguales (34%); entre las comprendidas en el estrato socioeconómico superior, solo 25% eran fumadores actuales. La encuesta también reveló que 72 y 77% de los fumadores de Quito y Guayaquil, respectivamente, empezaron a fumar antes de los 18 años de edad.

Entre 400 residentes de Quito encuestados por Zevallos en 1991 como parte de la encuesta de CEIC/IESOP, 47% habían fumado en algún momento de sus vidas. Entre los fumadores, 96% de los hombres y 100% de las mujeres creían que el consumo de tabaco afecta a su salud. Casi 90% de los fumadores de 38-52 años de edad expresaron el deseo de dejar de fumar mientras que solo 59% de las personas de 18-27 años expresaron este deseo (Zevallos, 1990).

En la encuesta de Quito de 1990 acerca del comportamiento y las actitudes entre los residentes de 10 y más años de edad, la prevalencia del tabaquismo regular fue del 22,7%; del tabaquismo ocasional, del 26,5%; y del tabaquismo anterior, del 18,4%. Desafortunadamente, los resultados para las personas de 20 años y más en esta encuesta no pueden compararse con los de las otras encuestas.

Entre los empleados de los Ministerios de Salud y Educación y Cultura, 70% eran fumadores actuales. Sin embargo, esta población, nuevamente, consiste en adultos trabajadores, la mayoría

de los cuales se hallan en los grupos de edad con prevalencias más altas de tabaquismo. De estos fumadores, 54% empezó a fumar antes de los 19 años, pero ninguno lo hizo antes de los 12 años de edad.

En el estudio del CLAP de las mujeres parturientas que visitaron una maternidad pública, solo 6% de estas mujeres habían fumado durante los seis meses antes de su embarazo.

Sobre la base de los datos recientes disponibles, la prevalencia del tabaquismo entre los adultos del Ecuador es aproximadamente del 35%, y parece que la mayoría de los fumadores fuman menos de siete cigarrillos por día. Estos niveles son similares a los de otros países en la subregión andina. Las disminuciones observadas desde 1954 son notables. La información adicional sobre el tabaquismo, por estado socioeconómico, de la encuesta del Ministerio de Salud en 1988, representativa de todo el país, será importante para comprender la relación entre el tabaquismo y variables como la educación, el ingreso, la residencia urbana, etc.

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

La encuesta de 1981 a 1984 de los adolescentes en las escuelas de nueve provincias realizada por la Oficina del Contralor General encontró que las prevalencias en las diferentes provincias variaban en-

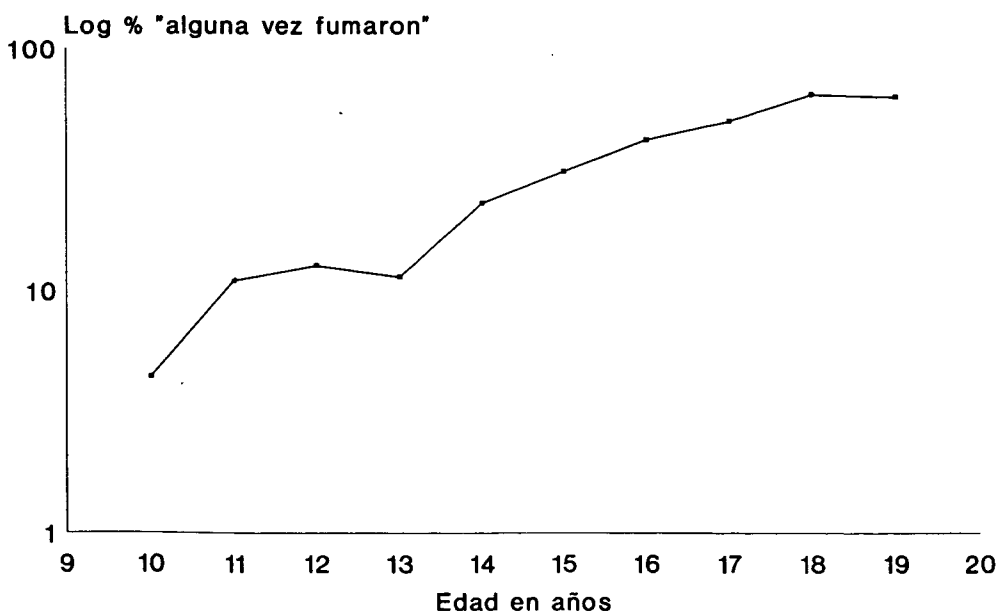
tre 41 y 75% para el tabaquismo ocasional, entre 23 y 38% para el tabaquismo habitual pero no diario y entre 0,5 y 15% para el tabaquismo diario. Se informó que 20% de los entrevistados habían empezado a fumar antes de los 12 años de edad.

En la encuesta de 1988 del Ministerio de Salud, la prevalencia promedio a través de la vida de haber fumado alguna vez fue de 45,8% entre todos los adolescentes. La prevalencia acumulativa a través de la vida de haber fumado alguna vez es de 62,7% a la edad de 19 años y esta es casi idéntica a la de los adultos de 20 a 65 años de edad, en los que la prevalencia de haber fumado alguna vez en la vida fue de 67,2%. Aunque este análisis no incluye la misma cohorte, parece que hay dos edades críticas para la experimentación con los cigarrillos: entre los 10 y 11 años y entre los 13 y 14 años (Figura 1). Además, hay diferencias en la experimentación según el sexo. De los hombres de 10 a 19 años, un promedio de 46,1% habían fumado alguna vez, pero solo un promedio de 25,3% de las mujeres habían fumado alguna vez. En total, 14,8% fumaba diariamente; de estas, 62,2% fumaban menos de siete cigarrillos diarios.

Otras formas de tabaquismo

La única encuesta que recogió datos sobre otras formas de consumo del tabaco se realizó en Quito en 1990 (Ministerio de Salud Pública, 1990).

Figura 1. Prevalencia de tabaquismo entre adolescentes por edad, Ecuador, 1988



Fuente: Ministerio de Salud, 1988.

Se encontró que 1,3% de los entrevistados fumaban puros, 0,4% fumaban pipa y 0,9% consumían rapé, masticaban tabaco u hoja liada.

Conocimiento y actitudes acerca del tabaquismo

La encuesta de CEIC/IESOP preguntó si los entrevistados consideraban que los cigarrillos afectaban a la salud. En Quito y Guayaquil 94 y 95,5%, respectivamente, respondió que sí. Cuando se les estratificó por condición de fumadores, 90 y 99% de los fumadores en Quito y Guayaquil, respectivamente, creían que el tabaquismo afecta a la salud "mucho"; solo en Quito respondieron algunos entrevistados (2,6%) que "nada en absoluto".

La Encuesta de 1990 del Ministerio de Salud en Quito informó que 91,8% de los entrevistados creían que los cigarrillos dañan a la salud. Al preguntárseles la fuente de su información sobre este tema, 12,7% nombraron a un maestro, 14,4% nombraron a su familia, 12% nombraron a un médico, 11% nombraron a un amigo y el resto mencionó otras fuentes.

En la encuesta de CEIC/IESOP se preguntó a los fumadores por qué fumaban; la respuesta más común fue "por placer" (61,7% en Guayaquil y 46,4% en Quito). El resto de los encuestados en ambas ciudades dividieron sus respuestas entre "porque sí" (20,3% en Quito y 30,5% en Guayaquil) y los "nervios" (13% en Quito y 4,7% en Guayaquil).

En la encuesta de Quito en 1990 (Ministerio de Salud, 1990), 7,8% de los encuestados respondió que los cigarrillos producen beneficios; cuando se les pidió que especificasen los beneficios, 82% respondió que "producían bienestar", 8% respondió que "económicos" y 10% respondió que "otros". En esta encuesta también se preguntó acerca de las actitudes hacia los fumadores que fuman en los lugares cerrados. Treinta y nueve por ciento de los no fumadores respondieron que "se apartan de ellos", 33,8% respondió que no tienen ninguna clase de actitud, 21,4% respondió que le piden al fumador que no fume, y los restantes no respondieron.

Tabaquismo y salud

Morbilidad

Desde 1985, se ha mantenido en Quito un registro de cáncer y los datos disponibles más recientes de este registro son los de 1988. Durante los cuatro años de registro, el sitio más frecuente de la

incidencia de cáncer entre los hombres (excluyendo la piel) fue el estómago; el quinto sitio más frecuente fue el cáncer de pulmón. En las mujeres, el sitio más frecuente fue el cuello uterino, con cáncer de pulmón en el decimoquinto lugar en cuanto a frecuencia. La razón hombre-mujer es de 1:7 para el cáncer de pulmón y de 2:0 para el cáncer de la vesícula.

Los diagnósticos de egreso de hospital pueden emplearse para comprender la repercusión de la enfermedad producida por el tabaquismo en la utilización de la atención médica. En 1987 y 1988, 13 246 egresos se debieron a enfermedades que pueden asociarse con el tabaquismo, con una mayor proporción de estos diagnósticos encontrados entre los hombres (2,6% de los egresos totales). Entre las mujeres, esta proporción es mucho más pequeña porque los partos normales se incluyen en el total (Cuadro 4).

Temas generales de mortalidad

En 1987, el subregistro estimado de las defunciones fue aproximadamente del 30% (OPS, 1990). Esta estimación del subregistro es mayor en las partes menos desarrolladas del país y en consecuencia la estructura de la mortalidad en el Ecuador refleja principalmente las áreas urbanas y las áreas rurales más desarrolladas. Además, en lo que se refiere a las tasas de mortalidad, el subregistro puede restarle importancia a ciertas condiciones porque se incluye a la población total en el denominador.

Ha cambiado la estructura de mortalidad del país, con una reducción en la mortalidad global desde 1972 a 1987 (Cuadro 5). Ha habido una reducción sustancial de las tasas de mortalidad por enfermedad infecciosa y un aumento de la mortalidad debida a los tumores malignos, las enfermedades del aparato circulatorio, los accidentes y las enfermedades perinatales. La mortalidad proporcional debida a enfermedades malignas más que se duplicó entre 1972-1974 y 1985-1987. El patrón de mortalidad en el período desde 1972 a 1987 muestra una tendencia hacia las causas asociadas con el estilo de vida, como el tabaquismo y la ingestión alta de grasas en la alimentación. Mosley (1990) ha recalorado este cambio en la estructura de mortalidad de los países en desarrollo como parte de la transición demográfica evidente en todo el mundo. Considerando que la prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta muchos años después de que ocurren los cambios en el estilo de vida, el efecto del aumento en el consumo de cigarrillos descrito

Cuadro 4. Egresos de hospital por diagnósticos asociados con el tabaco y porcentaje del total, por sexo, Ecuador, 1987-1988

Causas	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
Tumores malignos	1879	0,20	1258	0,41	621	0,10
Boca y faringe	145	0,02	79	0,03	66	0,01
Esófago	204	0,02	154	0,05	50	0,01
Páncreas	374	0,04	211	0,07	163	0,03
Laringe	148	0,02	132	0,04	16	0,00
Pulmón	571	0,06	396	0,13	175	0,03
Vejiga	244	0,03	178	0,06	66	0,01
Riñón	193	0,02	108	0,04	85	0,01
Aparato circulatorio	9425	0,99	5602	1,83	3873	0,60
Enfermedad isquémica del corazón	3491	0,36	2244	0,73	1247	0,19
Enfermedades cerebrovasculares	5934	0,62	3358	1,10	2626	0,40
Enfermedades del pulmón	1942	0,20	1093	0,36	849	0,13
Bronquitis crónica	1692	0,18	922	0,30	770	0,12
Enfisema	250	0,03	171	0,06	79	0,01
Total de egresos asociados al tabaquismo	13 246	1,38	7953	2,60	5343	0,82
Total de egresos*	956 595		306 418		650 177	

Fuente: INEC, Informe Anual sobre Egresos de Hospital, 1988.

*Incluye partos normales.

Cuadro 5. Defunciones, mortalidad proporcional, tasas de mortalidad ajustadas por edad por 100 000 personas en grupos de causas seleccionadas, Ecuador, 1972-1987

	1972-1974			1978-1980			1985-1987		
	No.	%	Tasa*	No.	%	Tasa*	No.	%	Tasa*
Enfermedades infecciosas (000-136,470-474,480-486)*	22 434	34	314,9	15 768	27,2	199,8	9230,6	18	107,6
Tumores malignos (140-209)	2308	3,5	41,3	3273	5,6	43,4	4569	8,9	48,2
Enfermedades del aparato circulatorio (400-404,410-414,420-429,430-438,450-458)	5798	8,8	101,1	6974	12	95,6	7980	15,6	82,6
Mortalidad perinatal (760-779)	2455	3,7	31,7	3105	5,4	42,9	3017	5,9	43
Accidentes (E810-E823, E800-E807, E825-E949)	3487	5,3	55,2	4650	8	60,8	4739	9,2	49,8
Otras causas definidas	16 897	25,6	247,44	14 606	25,2	195,5	13 935	27,2	155,9
Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-796)	12 616	19,1	193,26	9480	16,4	123,6	7741	15,1	83,3
Total	65 994	100	984,9	57 857	100	761,7	51 212	100	570,3

Fuente: OPS, 1986; OPS, 1990.

*Estandarizada para la población de América Latina alrededor de 1960, 1972-1974 y 1978 CIE VIII Rev, 1979-1980, 1985-1987 CIE IX Rev.

en la década de los 70 comprensiblemente no es evidente todavía. Es probable que el subdesarrollo explique una mayor proporción de las defunciones por enfermedades como el cáncer de cuello uterino, el cáncer gástrico, la enfermedad hipertensiva y el accidente cerebrovascular.

Mortalidad asociada con el tabaquismo

Se estimó que entre 1984 y 1988 25 933 (10% de las defunciones totales) podrían estar asociadas con los cigarrillos (Cuadro 6). Aunque los riesgos relativos de tumores asociados con el tabaquismo son mayores que los de otras enfermedades (USDHHS, 1989), la proporción de estas defunciones entre todas las defunciones relacionadas con el tabaquismo es todavía baja en el Ecuador (1,3% en general). Esto no es sorprendente dada la pequeña proporción (3,8%) de la población de 65 y más años de edad, que son los que están en mayor riesgo de morir por estas enfermedades.

Las tendencias específicas de mortalidad por cáncer de pulmón, por sexo, entre las personas pertenecientes a dos grupos de edad: 45 a 54 años y 55 a 64 años pueden considerarse como un indicador de la repercusión de la exposición pasada de la población a los cigarrillos. Por lo tanto, las tendencias en la mortalidad por cáncer de pulmón para estos grupos de edad mostrarán los efectos del taba-

quismo en generaciones sucesivas de ecuatorianos. La relación de las tasas de mortalidad de hombres y mujeres varía inexplicablemente de 1968 a 1988, pero esta variación puede deberse al reducido número de casos tanto entre los hombres como entre las mujeres. La tasa de mortalidad entre los hombres es sistemáticamente casi tres veces más alta que entre las mujeres cuando se presentan los datos agrupados por cinco años. El aumento en las tasas de mortalidad de cáncer de pulmón entre los hombres también se muestra claramente en estos datos, pero no se demuestra tan bien el cambio en las tasas de mortalidad de cáncer de pulmón entre las mujeres. Entre los hombres y las mujeres de 45 a 54 años, la tasa de mortalidad para el cáncer de pulmón, empleando los datos agrupados por cinco años, muestra un aumento general con una variabilidad periódica.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Actividades gubernamentales

Políticas y estructura ejecutiva

Desde 1986 la División de Enfermedades Crónicas en el Ministerio de Salud, mediante su pro-

Cuadro 6. Defunciones y mortalidad proporcional (%) por enfermedades seleccionadas, asociadas al hábito de fumar, Ecuador, 1984-1988

Causas asociadas	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	%	Defunciones	%	Defunciones	%
Tumores malignos	3345	1,29	2137	1,50	1208	1,03
Boca y faringe	218	0,08	119	0,08	99	0,08
Esófago	430	0,17	325	0,23	105	0,09
Páncreas	823	0,32	424	0,30	399	0,34
Laringe	165	0,06	137	0,10	28	0,02
Pulmón	1279	0,49	874	0,61	405	0,35
Vejiga	246	0,09	129	0,09	55	0,05
Riñón	184	0,07	129	0,09	117	0,10
Aparato circulatorio	20 277	7,81	10 984	7,71	9293	7,95
Enfermedad isquémica del corazón	8144	3,14	4727	3,32	3417	2,92
Enfermedades cerebrovasculares	12 133	4,68	6257	4,39	5876	5,02
Enfermedad de pulmón	2311	0,89	1353	0,95	958	0,82
Bronquitis crónica	1837	0,71	1013	0,71	824	0,70
Enfisema	474	0,18	340	0,24	134	0,11
Total de defunciones asociadas al tabaquismo	25 933	9,99	14 474	10,15	11 459	9,80
Total de defunciones	259 508		142 550		116 958	

Fuente: INEC, 1988.

grama de salud mental, ha tenido jurisdicción sobre los asuntos relacionados con el tabaco. En 1988, el Ministerio patrocinó la Encuesta Nacional de Prevalencia de las Drogas y el Alcohol (Aguilar, 1990) y la División preparó un informe sobre el tabaquismo para el segundo taller subregional de la OPS en Caracas en 1986 (OPS, 1987).

El 13 de enero de 1989, por decreto del Ministerio de Salud, se creó el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica (CILA). Las siguientes agencias participan en el CILA: Ministerios de Salud Pública, Educación, Trabajo, Asistencia Social, Agricultura e Industria y Comercio; el Instituto Ecuatoriano del Seguro Social; SOLCA (Sociedad de la Campaña contra el Cáncer, una organización semiprivada que realiza actividades aisladas contra el tabaco); las universidades; las iglesias; las organizaciones sociales no gubernamentales; y los medios de comunicaciones masivas. Este Comité ha propuesto un Plan Nacional de la Campaña contra el Tabaco que esboza un conjunto de acciones. Estas incluyen el establecimiento de una estructura orgánica específica para la prevención y el control del consumo del tabaco en el Ministerio de Salud, la realización de investigaciones sobre diferentes factores determinantes del tabaquismo, la formulación de una política económica sobre el tabaco, la formulación de una política educativa institucional oficial contra el tabaco y la consolidación de la legislación y las reglamentaciones existentes relacionadas con el tabaco. Actualmente no se han asignado recursos presupuestarios al Ministerio de Salud para ejecutar este plan; sin embargo, ocho funcionarios a tiempo parcial están trabajando en tareas específicas. En 1989, CILA contó con la asistencia técnica y el apoyo financiero de la OPS.

Legislación

El artículo 99 del Código de Salud, expedido en 1971, ordenó al Ministerio de Salud que reglamentase la publicidad de los cigarrillos y advirtiese al público los peligros de fumar cigarrillos (Gobierno del Ecuador, 1971). En 1973, se instituyó la reglamentación No. 965 en apoyo de ese Artículo; esta reglamentación contenía varias disposiciones. Primero, los paquetes de cigarrillos deben mostrar la siguiente advertencia:

“Atención: fumar cigarrillos es peligroso para su salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador”

Segundo, la misma advertencia así como el conte-

nido de nicotina y de alquitrán de los cigarrillos deben aparecer en toda la publicidad impresa de los cigarrillos. Tercero, la industria debe notificar periódicamente al Ministerio de Salud sobre el contenido de alquitrán y de nicotina de los cigarrillos manufacturados en el Ecuador. Cuarto, se prohibió toda publicidad o promoción directa de los cigarrillos a los niños, y se prohibió la publicidad por televisión antes de las 7:30 p.m.; la publicidad de los cigarrillos no debe asociarse con los deportes o la cultura. La reglamentación estableció sanciones financieras para el incumplimiento de estas normas, pero en la práctica las únicas disposiciones que se cumplen son las relativas a la advertencia en el paquete y la restricción de la publicidad por televisión. Aparentemente el Ministerio de Salud no ha abordado el incumplimiento de las otras normas. No se dispone de información acerca de los recursos presupuestarios y de personal necesarios para asegurar el cumplimiento en el Ministerio.

En 1987, se redactó una ley integral para la prevención y el control del consumo del tabaco para la rama ejecutiva del Gobierno. Esta ley se vetó debido a su supuesto efecto negativo sobre la libre empresa. En 1989, CILA preparó un nuevo proyecto de ley, pero hasta 1990 no había sido considerado por el Congreso de Ecuador.

Educación basada en la escuela

No se requiere instrucción directa en relación con el tabaquismo y la salud en los seis grados de nivel primario en el Ecuador. Sin embargo, existe un marco para la enseñanza de este material ya que temas como la contaminación del aire, la protección ambiental y la importancia de la ventilación adecuada para la salud humana se incluyen como parte del programa de ciencias naturales. En 1989, los Ministerios de Salud y Educación a través de la Oficina Técnica Interinstitucional de Educación en Salud (OTIDES), llevaron a cabo un proyecto piloto llamado “Programa para la Prevención del Tabaquismo” en las escuelas de la ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí, pero no se conocen el contenido y la efectividad de este programa.

Campañas de información pública

La única actividad basada en los medios de comunicación informada por CILA y el Ministerio de Salud es el Día Mundial sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, que se celebra en Ecuador cada 31 de mayo desde 1989.

Impuestos

El impuesto ad valorem de diciembre de 1989 varió para diferentes productos de tabaco. La tasa es más alta para los cigarrillos hechos con tabaco rubio extranjero o importado (260%). Las marcas con filtro hechas en el país producidas con envase especial se tasan a 240%, las marcas nacionales con filtro con envase convencional a 220%, las marcas nacionales sin filtro con envase convencional a 200%, los cigarrillos de tabaco negro con filtro a 70%, y el tabaco negro sin filtro a 30%. La estructura fiscal parece repercutir menos en los consumidores de nivel socioeconómico inferior, porque es en este grupo en el que los cigarrillos negros se fuman preferentemente. En efecto, el Ministerio de Finanzas observó que, debido al bajo poder adquisitivo de la población en 1989, el consumo de tabaco negro sin filtro aumentó debido a su bajo costo (Ministerio de Finanzas 1989). En una política fiscal coherente vinculada a la salud pública, estos cigarrillos "más nocivos" deben tasarse a una tasa mayor que los cigarrillos rubios; sin embargo, no hay tal cosa como un cigarrillo "menos nocivo". La distribución de los ingresos fiscales de los cigarrillos en 1986 fue la siguiente: 49,4% al Presupuesto Estatal, 28,2% a FONPAR y 22,4% al Programa Nacional de Medicina Gratuita para los Niños (Samaniego, 1990).

Actividades no gubernamentales

Las facultades de medicina, la Asociación del Pulmón del Ecuador, CEPAM (una organización de mujeres) y varias empresas farmacéuticas nacionales participan en las actividades de educación del público y de los medios de información en relación con el tabaco y la salud. La Fundación "Nuestros Jóvenes", que recalca la educación contra el uso de las drogas, ha apoyado la investigación de la conducta en relación con el tabaquismo. Finalmente, la Iglesia Adventista del Séptimo Día, como en otros países de la región, ofrece clases de abandono del tabaco.

Resumen y conclusiones

1. En relación con otros países latinoamericanos, el Ecuador muestra prevalencias intermedias de tabaquismo de aproximadamente 36% entre los adultos y 14% entre los adolescentes. El conocimiento del vínculo entre el tabaquismo y la mala salud es casi universal entre los residentes de

Quito y de Guayaquil, pero no ha cambiado todavía la aceptabilidad social del tabaquismo.

2. Dos grandes empresas transnacionales dominan un creciente mercado nacional para el tabaco. Estas empresas muestran estrategias de comercialización agresivas, utilizando varias condiciones favorables: 1) se permite la publicidad en la televisión; 2) la política de impuestos a los cigarrillos permite la penetración del mercado en los estratos socioeconómicos más bajos y las poblaciones jóvenes; 3) hay incumplimiento flagrante y falta de castigo de las infracciones de la legislación existente contra el tabaco.
3. La incipiente organización para la prevención y el control del consumo de tabaco del Ecuador (CILA) ha formulado planes e iniciativas legislativas ambiciosos. Debido a la falta de compromiso político y la escasez de los recursos, no se ha puesto en práctica todavía la iniciativa nacional. Sin embargo, está instituida una estructura y el marco legislativo para la prevención eficaz de las enfermedades relacionadas con el tabaco en una creciente población que envejece.

Referencias

- AGUILAR, E. Prevalence of the improper use of alcohol, tobacco, and drugs in the Ecuadorean population. *Bol Of Sanit Panam* 24(1):35-38, 1990.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. Nueva York: Oxford University Press, 1990.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO. Hábito de fumar y embarazo: Hay que ayudar a parar. *Salud Perinatal* 1(7):65-77, 1987.
- CHAPMAN, S., LENG, W.W. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. International Organizations of Consumers Unions. Penang, Malasia, 1990.
- CRUZ, J. Higiene mental y vicios sociales. *Archivos de Criminología y Neuropsiquiatría y Disciplinas Anexas*. 2a. época. Año II, No. 8:oct-dic, 1954.
- DIARIO EL COMERCIO. *Consumos especiales*. Sección Economía. 5-XII, 1989.
- GOBIERNO DEL ECUADOR. *Código de Salud*. Registro Oficial. DS 188- RO 158:8-11-71, 1971.
- INEC. *Encuesta de superficie. Producción por muestreo de*

áreas. *Sistema Estadístico Agropecuario Nacional*. Tomo I, 1988, p. 13.

MAXWELL, J. *The Maxwell Consumer Report: International Tobacco—Part One*. Wheat First Securities. Richmond, VA, 30 de marzo de 1989.

MINISTERIO DE AGRICULTURA Y GANADERIA. *Precios de los productos agropecuarios al nivel del productor*. Dependencia de Planificación, División de Estadística e Información. Boletín No. 14, p. 110, 1988.

MINISTERIO DE FINANZAS. *Informe sobre el ingreso actual, cuentas especiales y transferencias del presupuesto del Estado—Año 1987*. Subsecretaría de Presupuesto, Quito, 1987.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. *Conocimiento y hábitos de consumo de tabaco*, Quito. Informe preliminar. Manuscrito inédito, Quito, 1990.

MOSLEY, W.H., JAMISON, T.T., HENDERSON, D.A. The health sector in developing countries: problems for the 1990s and beyond. *Ann Rev Public Health* 11:335–358, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Control del hábito de fumar. Segundo Taller Subregional. Area Andina*. Washington, D.C., OPS, 1987, p. 112.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990*. Publicación Científica No. 524. Washington, D.C., OPS, 1990.

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL INC. *The activities of*

Philip Morris in the Third World. Richmond, Va., abril de 1988, Apéndice II.

SAMANIEGO, N. Informe de colaborador en el país. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.

TABEA, A. *Oficio TB-105/88*. Para el Ministerio de Agricultura del Ecuador, 28 de diciembre de 1988.

TOBACCO INTERNATIONAL. ASP on the move: Argentina, Ecuador now growing cigar leaf. *Tobacco International* 1 de junio de 1989, p. 30.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco, Cotton and Seeds Division. Foreign Agricultural Service. Tabulaciones inéditas. Washington, D.C., abril de 1990.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking—Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General, 1988*. Centros para el Control de Enfermedades, Centro para la Prevención de las Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina sobre el Tabaco y la Salud. Publicación de DHHS No. (CDC) 88–8406. Rockville, MD, 1988.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking—25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General, 1988*. Centros para el Control de Enfermedades, Centro para la Prevención de las Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina sobre el Tabaco y la Salud. Publicación de DHHS No (CDC) 89–8406. Rockville, MD, 1989.

ZEVALLOS, J.C. CEIC/IESOP Survey on tobacco use in Guayaquil and Quito, 1990. Datos inéditos.

El Salvador

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura

- Producción, fabricación y consumo interno total

- Publicidad y promoción

Prevalencia y consumo

- Consumo per cápita de cigarrillos

- Encuestas sobre la conducta

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Estructura y política del Gobierno

- Tributación

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Ubicado entre Honduras, Guatemala y Nicaragua, El Salvador ocupa 21 000 km² en Centroamérica. La población nativa incluye a los indios Pipil y Lenca, desciende de los aztecas y habla nahuatl o un dialecto maya. La mayoría de los 5,1 millones, aproximadamente, de habitantes son mestizos. La población es joven, ya que cerca del 50% es menor de 15 años de edad. La tasa global de fecundidad (4,86) es muy alta (Cuadro 1). La mortalidad general disminuyó de 10,8 por 1000 habitantes en el período de 1980 a 1985, a 6,4 por 1000 de 1985 a 1988. Por lo tanto, puede preverse un considerable crecimiento demográfico futuro.

El Salvador sufre de graves problemas sociales desde la década de los ochenta, debidos principalmente a una guerra civil que ha durado casi 10 años y que ha traído como consecuencia que los "homicidios y las lesiones intencionalmente infligidas" figuren entre una de las cinco primeras causas de defunción durante este período (Organización Panamericana de la Salud, 1990). La gran pobreza que acarreó la guerra fue exacerbada por un violento terremoto ocurrido en la ciudad capital, San Salvador, en 1986. El producto nacional bruto per cápita (US\$940 en 1988) descendió 0,4% por año entre 1965 y 1988 (OPS 1990; Banco Mundial 1990). Se estima que más de 500 000 personas desplazadas viven dentro de los confines de El Salvador, y que hay numerosos refugiados en los países vecinos y en los Estados Unidos de América (OPS 1990).

La industria del tabaco

Agricultura

En 1988, en El Salvador se sembraron 800 hectáreas de tabaco que representaban el 0,1% de la

tierra cultivable (Dirección General de Estadística Agropecuaria, 1989). Esta área es mucho más pequeña que las 2376 hectáreas (5% de la tierra cultivable) sembradas en la temporada de 1979 a 1980 (Ministerio de Planificación, 1985) o las 3000 ha sembradas en 1986 notificadas por Chapman y Wong (1990). Durante estos años, la producción de tabaco alcanzó su nivel histórico más alto: 3138 toneladas métricas en 1980 (USDA, 1990). La considerable disminución de la producción registrada en 1980 y 1981 vino acompañada de un aumento en las importaciones de tabaco (de 400 TM en 1980 a 1184 TM en 1981). La producción de hojas de tabaco se niveló y las exportaciones de tabaco disminuyeron a 100 toneladas de 1983 a 1988. La mayor parte del tabaco en rama se exporta a los Estados Unidos. Tanto las importaciones (principalmente de Guatemala) como el consumo interno disminuyeron durante 1983-1988 (Cuadro 2).

A pesar de esta baja en la producción, el valor agregado al PNB mediante el cultivo de tabaco fue aproximadamente de US\$10,6 millones (valor de 1988) durante el período de 1980 a 1984 (Ministerio de Planificación, 1985).

Producción, fabricación y consumo interno total

El Departamento de Agricultura de los E.U.A. (USDA, 1990) y el Maxwell Consumer Report (Maxwell, 1989, 1990) publicaron los datos sobre producción y consumo. Ambas fuentes indican una disminución reciente en el consumo total; Maxwell informa que en 1981 se consumieron 2300 millones de cigarrillos y tan solo 1400 millones en 1989. El USDA notifica una disminución de 2500 millones a 1900 millones durante el mismo período. El total de cigarrillos manufacturados aumentó gradualmente de aproximadamente 2 mil millones a comienzos de la década de 1970 a un máximo de 2500 millones en

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, El Salvador, década de 1980

Indicador	Año	Nivel
Población	1990	5,1 millones
Esperanza de vida al nacer (hombres)	(1985-1990) ^a	58,00
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	(1985-1990) ^a	66,50
Tasa global de fecundidad por 1000 mujeres de 15-44 años	(1985-1990) ^a	4,9
Tasa bruta de mortalidad por 1000 personas	(1985-1990) ^a	6,8
Tasa de mortalidad infantil	(1985-1990) ^a	57,4
Tasa de analfabetismo	(1985) ^b	28,0
Tasa de crecimiento real del PNB	(1980-1988) ^b	-0,4 %
PNB per cápita	(1988) ^b	\$940

Fuentes: ^aCentro Latinoamericano de Demografía, 1990.

^bBanco Mundial, 1990.

Cuadro 2. Producción, importaciones, exportaciones (en toneladas métricas) de tabaco, y consumo interno total de cigarrillos, El Salvador, 1978-1986

Año	Tabaco en rama (toneladas métricas)			Consumo interno total de cigarrillos (mil millones de unidades)
	Producción	Importaciones	Exportaciones	
1978	2533	665	300	2,5
1979	3183	600	200	2,5
1980	3228	400	200	2,5
1981	2016	1184	356	2,5
1982	2102	347	242	2,5
1983	1763	657	177	2,5
1984	1375	637	150	2,5
1985	1256	600	130	2,3
1986	1256	579	102	2,1
1987	1394	300	100	1,9
1988	1380	385	110	1,9

Fuentes: USDA 1989; Maxwell 1990.

1985. Los cigarrillos se venden en cajetillas de 20 cigarrillos y también por unidad.

Hay dos empresas manufactureras de tabaco en El Salvador: la Cigarrera Morazán, filial de British American Tobacco, y la Tabacalera Centroamericana, filial de Philip Morris. Comenzando en 1979, se importaron 200 millones de cigarrillos por año para atender la demanda de mercados locales (USDA 1989). En 1989, la Cigarrera Morazán controlaba el 73,7% del mercado, lo que representó una reducción con respecto al 87,7% notificado en 1984. La Tabacalera Centroamericana aumentó su proporción del mercado interno durante el mismo período (Maxwell, 1990).

Publicidad y promoción

La publicidad del tabaco es permitida y se emplea en todos los medios informativos. En 1988, la legislación (Decreto Legislativo 955) restringió esta publicidad prohibiendo los anuncios ya sea de cigarrillos o de licores durante los programas orientados a los niños en la radio, la televisión y los cines. El Departamento de Salud Mental había recomendado las restricciones más estrictas antes de que se aprobara esta ley (Urquilla-Milian, 1988). Se utilizan ampliamente otros medios de promoción, entre ellos las vallas anunciadoras, los carteles en los medios de transporte, contribuciones de la industria tabacalera a eventos deportivos y actividades culturales, y la distribución de muestras gratuitas de cigarrillos (Urquilla-Milian 1988).

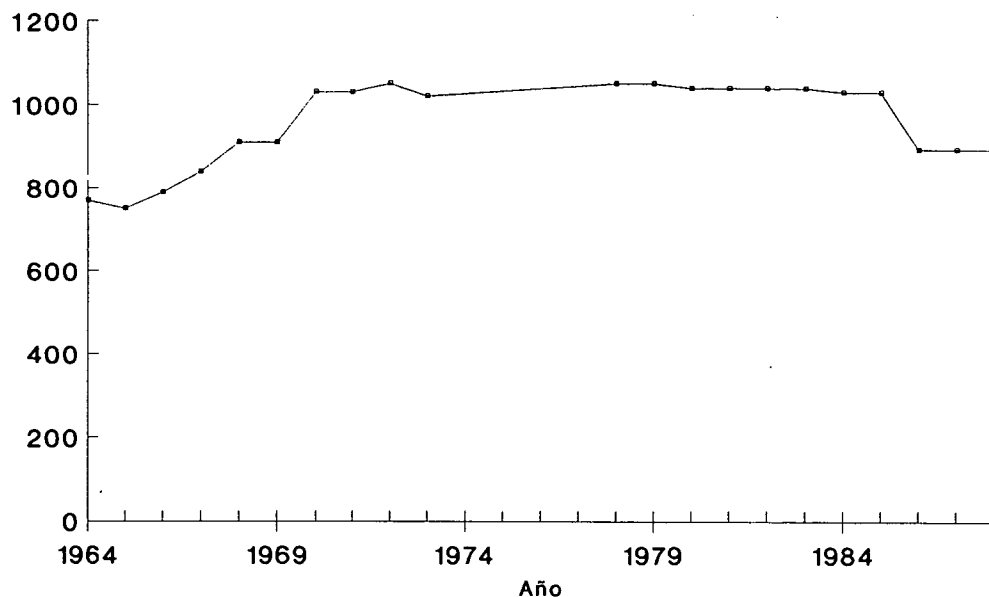
Prevalencia y consumo

Consumo per cápita de cigarrillos

En la década de los 60, el consumo anual de tabaco per cápita entre las personas de 15 o más años aumentó considerablemente, de menos de 800 a casi 1100 y luego se niveló en cerca de 1000 cigarrillos (Figura 1). La disminución evidente en el consumo per cápita observada a fines de la década de los años 80 probablemente no es tan marcada, porque actualmente una gran parte del mercado interno la provee el comercio ilegal de cigarrillos. En efecto, se puede comprar un paquete de cigarrillos de contrabando por la mitad del precio de uno producido en el país. Por representar una pérdida de ingresos fiscales, el contrabando se ha convertido en un tema preocupante para las autoridades locales, que han propuesto algunas medidas de control (La Prensa Gráfica 1990).

En 1989, el precio promedio era de 5 colones (US\$0,62) por cajetilla, más del doble que en 1985. El promedio de la inflación general fue de 16,8% anual desde 1980 a 1988 (Banco Mundial 1990); por lo tanto, el aumento de precio va a la par con el de la tasa de inflación. En El Salvador, el salario medio de un día laborable de ocho horas es de 18 colones, o cerca de 400 colones al mes. Esto significa que un paquete de cigarrillos representa el 1% del salario mensual o aproximadamente la mitad de la cantidad diaria requerida para las necesidades básicas de un residente urbano de El Salvador (OPS 1990).

Figura 1. Consumo per cápita de cigarrillos, El Salvador, 1964-1988 (población de 15 años y mayores)



Fuentes: Lee, 1975; USDA, 1990.

Encuestas sobre la conducta

Solo hay disponible una encuesta sobre el consumo de tabaco en El Salvador. En 1988, la Organización Gallup, bajo los auspicios de la Sociedad Americana del Cáncer, entrevistó a 1300 residentes urbanos en relación con su actitud frente al tabaquismo. Se definió que en ese momento un fumador era una persona que había fumado por lo menos 100 cigarrillos durante su vida (fumador de siempre) y que fumaba en el momento de la encuesta (Gallup, 1988). La prevalencia general de tabaquismo se estimó en 25% con una prevalencia del 38% entre los hombres y del 12% entre las mujeres. La prevalencia más alta de tabaquismo (28%) se registró entre las personas de 30 a 39 años de edad. La prevalencia actual de tabaquismo fue mayor entre las personas con los ingresos más altos, excepto en el estrato de ingresos más elevados, que demostró una prevalencia menor que la media nacional. La prevalencia de exfumadores (definidos como los que fueron fumadores pero que no fumaban en el momento de la encuesta) fue la más alta en este grupo (Cuadro 3).

Tabaquismo y salud

Solo 46,5% de las defunciones que ocurrieron en 1983 en El Salvador, fueron certificadas por un

médico (OPS 1986). En 1984, la notificación insuficiente se estimó en 45%, mientras que el 23% de todas las defunciones notificadas se registraron bajo "síntomas, signos y estados morbosos mal definidos", por lo que en El Salvador los datos sobre causas de defunción solo se pueden obtener en el 50% de las defunciones (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

Cuadro 3. Prevalencia (%) de tabaquismo según edad e ingreso familiar, El Salvador, 1988

	Fumadores actuales	Ex-fumadores
Total	25	8
Hombres	38	10
Mujeres	12	5
Edad		
18-29	24	4
30-39	28	9
40 en adelante	23	13
Ingreso familiar mensual ^a		
menos de 90	24	7
90-600	26	9
601-999	29	5
1000 en adelante	20	10

Fuente: Gallup Organization Inc. 1988.

^aEn \$US de 1988.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad por enfermedades seleccionadas, relacionadas con el tabaquismo, por sexo y edad, El Salvador, 1984^a

Causa de defunción (Código CIE-9)	Tasa ajustada por edad	35-44	45-54	55-64
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)				
Hombres	24,6	16,3	34,4	106,3
Mujeres	14,3	7,5	25,9	47,7
Enfermedad cerebrovascular (430-438)				
Hombres	20,7	8,9	24,9	80,8
Mujeres	18,5	13,0	29,5	71,5
Tumor maligno de labio, cavidad oral y faringe (140-149)				
Hombres	0,6	2,0	0,7	3,2
Mujeres	0,6	0,5	2,2	1,0
Tumor maligno de tráquea, bronquio y pulmón (162)				
Hombres	1,2	0,5	3,7	6,4
Mujeres	0,6	0,5	0,7	2,0

Fuente: OPS, 1990.

^aTasas ajustadas para todas las edades de acuerdo con la población de América Latina.

No obstante, se puede tener una estimación aproximada del efecto del tabaquismo en la población de El Salvador. En 1984 las tasas de mortalidad ajustadas por edad para la enfermedad isquémica del corazón fueron de 24,6 por 100 000 entre los hombres y de 14,3 por 100 000 entre las mujeres. Las de mortalidad por cáncer de pulmón fueron de 1,2 por 100 000 para hombres y 0,6 por 100 000 para mujeres (Cuadro 4). Estas tasas bajas concuerdan con la prevalencia mayor del tabaquismo entre los hombres y son compatibles con la menor exposición de la población al cigarrillo en El Salvador.

Los tumores malignos ocupan el quinto lugar como causa de defunción, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad isquémica del corazón y la bronquitis y enfisema ocupan los lugares sexto, séptimo y octavo, respectivamente. Juntas, estas causas de muerte representan el 14% de todas las causas de defunción notificadas (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Estructura y política del Gobierno

El Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud y Bienestar Social está encargado de

las actividades de control del tabaquismo, pero no cuenta con un presupuesto específico para llevarlas a cabo. El Departamento ha realizado algunos esfuerzos para difundir información sobre los problemas relacionados con el tabaquismo mediante conferencias y mensajes esporádicos por televisión.

En 1991 se promulgó la Resolución 451 por iniciativa del Departamento de Salud Mental. Dicha Resolución prohíbe fumar en los edificios del Ministerio de Salud.

La legislación de 1988 sobre salud (Código de Salud de 1988) contiene las restricciones previamente mencionadas sobre publicidad del tabaco y el alcohol dirigida a menores. Además, el Código también requiere imprimir la advertencia "El tabaquismo es peligroso para la salud" en todos los paquetes de productos de tabaco, de un tamaño específico que "no sea menor de 1,5 mm". Sin embargo, en la actualidad el Departamento de Salud Mental está estudiando esta ordenanza. Los cigarrillos de contrabando vendidos ilegalmente no tienen esta advertencia.

Tributación

Del precio total al detalle de una cajetilla de 20 cigarrillos, 42,5% corresponde al impuesto sobre el consumo. El Salvador cobra anualmente 98 millones de colones (US\$20 millones) en concepto de

impuestos sobre tabaco. En 1990 la Asamblea Legislativa consideró una propuesta para reducir el impuesto sobre el consumo al 35% del precio de venta al detalle por cajetilla. Aparentemente, la preocupación primordial fue la competencia injusta planteada por el comercio ilegal de cigarrillos, principalmente procedentes de Honduras, que proporciona cigarrillos más baratos que los producidos en el país. La Asamblea rechazó la propuesta basándose en que el Estado de inmediato perdería 20 millones de colones (US\$4 millones) en impuestos anuales (La Prensa Gráfica, 1990); el impuesto permaneció en 42,5%.

Resumen y conclusiones

El tabaco como problema de salud pública en El Salvador ha quedado relegado a segundo plano por la devastación de la guerra civil y los desórdenes sociales experimentados en la década de 1980. La producción agrícola de tabaco ha disminuido considerablemente, posiblemente como resultado de la interrupción de la agricultura en general durante este período. Aunque los impuestos sobre los cigarrillos generan grandes ingresos para el Gobierno, el comercio ilegal ha tenido una repercusión lo suficientemente negativa en la industria del tabaco como para justificar medidas destinadas a reducir la carga fiscal sobre el tabaco. En un contexto económico difícil, donde ha aumentado el costo de vida, las ventas de cigarrillos ilegales a precios reducidos ha permitido a muchos fumadores seguir consumiendo tabaco. El sesgo sistemático de los datos sobre consumo notificados por los países, como en el caso de El Salvador, hacen que la disminución aparente en el consumo per cápita desde 1984, deba ser interpretada con cuidado. El nivel del consumo per cápita es aproximadamente la mitad del notificado en los Estados Unidos.

La única encuesta sobre la conducta con respecto al tabaquismo realizada en El Salvador, con metodología y marco de muestreo no notificados, revela que más de un tercio de los hombres y más del 10% de las mujeres son fumadores actuales.

La prevalencia de los fumadores de siempre aumenta con el ingreso, lo que sugiere que en los residentes urbanos, el tabaquismo es más común entre los hombres y entre quienes tienen los ingresos disponibles más altos, situación similar a la de la mayoría de los países de las Américas. Los limitados datos de mortalidad disponibles sobre El Salvador corroboran la exposición mucho mayor de los hombres en comparación con las mujeres y la

menor exposición general de la población total comparada con países como los Estados Unidos y el Canadá, donde el consumo máximo de tabaco per cápita tuvo lugar en la década de 1960.

Se dispone de poca información sobre las actividades no gubernamentales contra el tabaco. No existe ninguna restricción sobre el tabaquismo en lugares públicos o sobre el acceso de menores al tabaco. Aparentemente no existe ninguna actividad educacional o desincentivos económicos contra el tabaco en El Salvador. El Departamento de Salud Mental constituye el núcleo del programa mínimo contra el tabaquismo en el país. Los recursos financieros para estas actividades son escasos, y otros problemas apremiantes de salud han impedido el desarrollo de un programa integral.

Basados en la información presentada se puede concluir en lo siguiente.

1. El Salvador ha venido sufriendo una devastadora guerra civil de 10 años que ha dado lugar a una severa disminución en la producción agrícola e industrial, de la que no ha quedado exento el sector tabacalero.
2. El consumo notificado de los productos de tabaco está distorsionado por un considerable comercio ilegal de cigarrillos, procedentes principalmente de Honduras. Se estima que la prevalencia general del tabaquismo en ciertas zonas urbanas es del 25%.
3. La deficiente calidad y cobertura del registro de defunciones en El Salvador obstaculiza una descripción adecuada de la mortalidad causada por las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.
4. El tabaquismo como problema de salud pública tiene una baja prioridad en El Salvador, hecho que se refleja en una falta de políticas y de programas contra el tabaco. Está surgiendo lentamente una preocupación al respecto mediante acciones legislativas que ordenan las advertencias sobre salud y restringen las campañas publicitarias de cigarrillos destinadas a los niños.

Referencias

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989*. New York: Oxford University Press, 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990*. New York: Oxford University Press, 1989.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. CELADE, Santiago: Año XXIII, No. 45, 1990.

CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World: A Resource Atlas*. IOCU, Penang, Malasia, 1990.

CODIGO DE SALUD. *Diario Oficial* 299(86):40-41, mayo 11, 1988.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA AGROPECUARIA. *Anuario Estadístico Agropecuario*. Ministerio de Agricultura, El Salvador, 1989.

GALLUP ORGANIZATION INC. The Incidence of Smoking in Central and South America. Realizado en nombre de American Cancer Society, abril 1988.

LA PRENSA GRAFICA. Iniciativa de ley para bajar el impuesto al cigarrillo. Agosto 29, 1990, p. 2.

MAXWELL, J.C. JR. The Maxwell Consumer Report: *International Tobacco 1989*, Part One. Richmond, Virginia: Wheat First Securities/Butcher & Singer, Inc. WFBS-5455, mayo 18, 1990.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. Indicadores Económicos y Sociales. Sección de Indicadores Económicos, Dirección General de Coordinación del Ministerio de Planificación, El Salvador, enero-diciembre, 1985.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. *Salud pública en cifras, 1989*. Anuario No. 21, Unidad de Estadísticas de Salud, 1991.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las Condiciones de Salud en las Américas, Edición de 1990*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 524, 1990.

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco, Cotton, and Seeds Division, Foreign Agricultural Service, mayo 4, 1989 (datos inéditos).

URQUILLA-MILAN, E.A. El Salvador Country Report, En: Control del Hábito de Fumar, IV Taller Subregional. Area de Mesoamérica. octubre 31-noviembre 3, 1988, OPS, manuscrito inédito.

Guatemala

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación y producción
- Comercialización

Prevalencia y consumo

- Consumo per cápita de cigarrillos
- Encuestas sobre la conducta y sus limitaciones
- Prevalencia del tabaquismo entre los adultos
- Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes
- Otros usos del tabaco y tipos de tabaco fumados
- Actitudes, conocimiento y opiniones acerca del tabaquismo

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Acción gubernamental
 - Estructura ejecutiva y políticas
 - Legislación
 - Educación basada en la escuela y actividades de información pública
 - Impuestos
- Acción por los organismos no gubernamentales

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Guatemala, centro de la civilización maya en Centroamérica durante la era precolombina, tiene todavía una extensa población autóctona descendiente de los mayas. En 1981, 41,9% de la población total era india. Las prácticas culturales tradicionales persisten entre estas personas, quienes hablan más de 20 idiomas, además del español. En consecuencia, los problemas de comunicación son comunes entre la población de habla hispana y la población india y casi la mitad de la población (45%) es analfabeta (Cuadro 1). La mayoría (62%) de los nueve millones de habitantes viven en unas 19 000 comunidades con poblaciones de menos de 2000 personas cada una. Estas condiciones rurales influyen en la estructura social, en el sistema de provisión de la atención de salud y en el estado general de salud del país. Los indicadores económicos y de salud (Cuadro 1) reflejan un alto grado de pobreza. El producto nacional bruto per cápita (PNB) es una vigésima parte del de los Estados Unidos y continúa descendiendo. Las causas más comunes de defunción en Guatemala son la diarrea, las infecciones respiratorias agudas y la malnutrición (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

De la población total a mediados de 1990 (9 197 345), 45% tiene menos de 15 años de edad (Cuadro 1a). La tasa estimada global de fecundidad para el período 1985-1990 es de 5,8 nacimientos por mujer en edad reproductiva (Centro Latinoamericano de Demografía [CELADE], 1990). Estos datos sugieren que la población estará concentrada en los grupos de edad más jóvenes durante muchos años. Por lo tanto, este país retiene una configuración de salud característica de los países menos desarrollados, y las enfermedades crónicas causadas por el tabaco no han surgido todavía como problemas principales de salud.

Cuadro 1a. Distribución de la población (porcentaje) por edad y sexo

Edad	Hombres	Mujeres
0-4	17,64	17,32
5-9	15,14	14,80
10-14	13,03	12,85
15-19	10,79	10,65
20-24	8,76	8,74
25-29	7,21	7,25
30-34	5,83	5,93
35-39	4,86	4,97
40-44	3,79	3,88
45-49	3,09	3,15
50-54	2,66	2,71
55-59	2,33	2,41
60-64	1,33	1,94
65-69	1,33	1,40
70-74	0,83	0,89
75-79	0,50	0,55
80 y más	0,39	0,47
Total	100,00% (4 646 724)	100,00% (4 550 621)

La industria del tabaco

Agricultura

Nueve mil hectáreas están sembradas con tabaco en Guatemala. La mayoría de las explotaciones agrícolas están ubicadas en las regiones costeras orientales y meridionales del país. El tabaco tipo Virginia y Burley se cultiva en el oriente, mientras que los cultivos en el sur son principalmente

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Guatemala

Indicador	Año	Nivel
Población	1990	9 197 345*
Expectativa de vida al nacer		
hombres	1985-1990	59,7 años*
mujeres	1985-1990	64,4 años*
Tasa global de fecundidad	1985-1990	5,8*
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1985-1990	58,7*
Analfabetismo	1985	45%**
Tasa de crecimiento real del PNB	1980-1988	-0,3% por año**
PNB per cápita \$US	1988	800**

Fuentes: *Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1990.

**Banco Mundial, 1989.

Cuadro 2. Producción, exportaciones e importaciones, Guatemala 1959-1989 (en toneladas métricas)

Año	Producción	Exportaciones	Importaciones
1959	1569	0	269
1964	1699	131	212
1969	1890	890	371
1974	4088	4122	1086
1979	7006	4600	800
1984	8250	5500	50
1989	6537	4801	158

Fuente: USDA, 1990.

tabaco tipo Burley y aromático (o turco) (Gremial de Fabricantes de Cigarrillos, 1988). Los cultivadores de tabaco alternan sus campos con otros cultivos después de la estación de siete meses de producción de tabaco.

En 1985, había 1190 cultivadores de tabaco inscritos en Guatemala. Aproximadamente 16 500 personas estaban empleadas en una base temporal o a tiempo parcial en la producción de tabaco, el equivalente a unos 6550 trabajadores a tiempo completo. El tabaco proporciona empleo al 2,2% de la fuerza laboral agrícola en Guatemala (Agro-Economic Services y Tabacosmos, 1987).

La producción de tabaco disminuyó de 7006 toneladas métricas en 1979 a 6537 en 1989. Las exportaciones fluctuaron mínimamente en respuesta a la demanda exterior durante este período (Mollinedo-Castillo, 1988) (Cuadro 2). Tanto la producción como la exportación determinan la cantidad de tabaco disponible para el mercado nacional. Mollinedo-Castillo también informó que las importaciones de tabaco han descendido a medida que ha mejorado la calidad del tabaco nacional. La devaluación de la moneda y la inflación contribuyeron a que el precio del cigarrillo importado sea inaccesible a la población. Una publicación de la industria del tabaco (Tobacco International, 1989) informó que el área plantada con tabaco aumentó en 1989, con una producción destinada mayormente al mercado de exportación (principalmente tabaco tipo Burley, que se exporta al Japón, los Estados Unidos y Europa).

Fabricación y producción

Operan en Guatemala dos fabricantes de cigarrillos, la Tabacalera Centroamericana, S.A. (TACASA) y la Tabacalera Nacional, S.A. (TANASA), como filiales de las empresas tabacaleras multinacio-

nales Philip Morris y British American Tobacco, respectivamente. Estos fabricantes emplean a 1480 personas, lo que representa el 2,0% de la fuerza laboral industrial del país. Los jornales para estos trabajadores equivalen a 109,4% del jornal medio recibido por la fuerza laboral industrial. Aproximadamente 930 trabajadores a tiempo completo participan en la distribución de productos del tabaco (Agro-Economic Services y Tabacosmos, Ltd., 1987).

Comercialización

La mayor parte del tabaco consumido en Guatemala se comercializa como cigarrillos manufacturados, vendido en paquetes de 20 y como cigarrillos individuales vendidos por los comerciantes ambulantes. El precio en 1990 para los cigarrillos nacionales varió de 2,25 a 4,40 quetzales (\$US0,45 a \$US0,90), mientras que los cigarrillos importados se vendieron al precio de 4,5 a 6,0 quetzales (\$US2,25 a \$US3,00). Desde mediados de 1990 se pusieron en venta por primera vez cajetillas de 10 cigarrillos a mitad del precio de las cajetillas de 20. No hay restricción en la venta, promoción o publicidad del tabaco en Guatemala. Se emplean todas las formas de divulgación para la publicidad; otras actividades promocionales por las empresas tabacaleras incluyen muestras gratuitas de tabaco y el auspicio de eventos deportivos y culturales.

Prevalencia y consumo

Consumo per cápita de cigarrillos

Según el Informe Maxwell de 1990 (Cuadro 3), el consumo per cápita de cigarrillos manufacturados descendió en un 61% entre 1977 y 1988. La industria del tabaco atribuye esta disminución a un grave deterioro económico en Guatemala durante la década de los años 80 y al hecho de que la proporción de fumadores entre la creciente población autóctona es baja en comparación con la población ladina (Tobacco International, 1989).

Encuestas sobre la conducta y sus limitaciones

La Ciudad de Guatemala fue una de las ocho ciudades incluidas en el estudio de la OPS de 1971 sobre el tabaquismo en América Latina (Joly, 1977). Desde 1971, se han realizado varias encuestas más sobre el consumo del tabaco por los adultos, incluida otra encuesta de adultos de Ciudad de Guatemala en 1982, una encuesta nacional de adultos en las zonas urbanas en 1989 y dos encuestas de grupos de población específicos (Cuadro 4). La en-

Cuadro 3. Consumo total y per cápita de cigarrillos en Guatemala, 1976-1989

Año	Unidades de cigarrillos (en miles de millones)	Consumo per cápita
1976	2,6	924,0
1977	2,7	940,0
1978	2,6	878,0
1979	2,5	856,0
1980	2,7	889,0
1981	2,2	675,0
1982	2,2	653,0
1983	2,1	603,0
1984	2,0	511,0
1985	1,9	447,0
1986	1,8	410,0
1987	2,0	430,0
1988	1,9	365,0
1989	1,9	Nd

Fuente: Maxwell, 1990.

Nd/ no disponible.

cuesta de Ciudad de Guatemala de 1971 (Joly, 1977) y la encuesta nacional de 1989 de las zonas urbanas (Arango 1989) son las únicas encuestas basadas en la población acerca del consumo de tabaco por los adultos. La Encuesta Nacional sobre el Tabaco y el Alcohol estuvo dirigida a los establecimientos co-

merciales, industriales y educativos enumerados en una guía especial. En esta encuesta, se seleccionó aleatoriamente un establecimiento de la guía, y se entrevistó a todos los empleados en el lugar (Dirección General de Servicios de Salud (DGSS), 1982). Además de los datos sobre el consumo de tabaco, esta encuesta preguntó si los entrevistados consideraban que estaban bien informados en cuanto a los temas de salud asociados con el tabaco. El estudio de los profesores y los estudiantes en la Facultad de Medicina recogió datos no solo sobre el comportamiento en cuanto al consumo de tabaco sino también sobre el conocimiento, las actitudes y las creencias acerca del tabaco y la salud (Morales, 1987). Una encuesta de 1983 por los Centros para el Control de Enfermedades de los EUA (CDC) se concentró en las mujeres en la edad reproductiva (15 a 44 años de edad) (Anderson, 1985); los resultados de esta encuesta no se incluyen en el Cuadro 4 pero se describirán posteriormente en este capítulo.

Prevalencia del tabaquismo entre los adultos

Joly (1977) notificó una prevalencia general del tabaquismo en ese momento de 21,5% entre los adultos de 15 a 74 años de edad en la Ciudad de Guatemala. La prevalencia general del tabaquismo entre los adultos urbanos notificada en la Encuesta Nacional de 1989 sobre Tabaquismo fue de 26,8%

Cuadro 4. Encuestas sobre tabaquismo realizadas en Guatemala y prevalencia (%) del hábito de fumar, por sexo, 1971-1989

Encuesta	Año	Población encuestada	Tamaño de la muestra	Prevalencia		
				Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Encuesta nacional de tabaquismo (Arango)	1989	Zonas urbanas ≥ 15 años de edad	7372	37,8	17,7	26,8
Encuesta nacional sobre tabaco y alcohol (DGSS)	1982	Ciudad de Guatemala > 10 años de edad	2403	53,4	29,8	47,0
Conocimientos sobre tabaquismo y daños a la salud (Rojas-Espino)	1989	Empleados del Departamento de Hacienda	350	48,2	38,4	44,0
Prevalencia de tabaquismo en docentes y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas (Morales)	1987	Estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos	170	34,0	36,0	34,4
El hábito de fumar en América Latina (Joly)	1971	Ciudad de Guatemala	1401	36,2	10,1	21,5

(Arango, 1989). La encuesta de 1982 de los adultos empleados en la Ciudad de Guatemala puso de relieve una prevalencia general mucho mayor del tabaquismo que los otros dos estudios (en conjunto 47,0%), pero esta diferencia en la prevalencia puede deberse a diferencias en el marco de muestreo en vez de a diferencias en la verdadera prevalencia del tabaquismo en la población (DGSS, 1982). El estudio de los empleados del Departamento de Hacienda puso de manifiesto una prevalencia similar de tabaquismo (44,0% en conjunto) (Rojas-Espino, 1989). En estas dos últimas encuestas se entrevistó solo a personas con ingresos regulares y que, en consecuencia, podían adquirir artículos de consumo como los cigarrillos. Morales (1987) informó acerca de una prevalencia general del tabaquismo de 34,4% entre los estudiantes y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos. Esto contrasta en forma pronunciada con la prevalencia del tabaquismo entre los médicos estadounidenses y los canadienses (menos de 10%) declarada por Pierce (1991). Aún más, es notable que la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres en esta población bien educada fue similar a la prevalencia existente entre los hombres (36 frente a 34%).

Entre 1971 (Joly 1977) y 1989 (Arango 1989), la prevalencia del tabaquismo entre los hombres siguió relativamente inalterada (de 36,1 a 37,8%) (Cuadro 4). Entre las mujeres, la prevalencia del tabaquismo aumentó de 10,1 a 17,7% durante este período. La inclusión de otras ciudades guatemaltecas en la encuesta de 1989 puede limitar la comparabilidad de estos datos, pero es probable que la verdadera prevalencia para 1989 en la Ciudad de Guatemala, especialmente entre las mujeres, sea mayor que la notificada para todas las áreas urbanas. Esto se desprende también de los resultados de la encuesta de 1982 de las personas activas empleadas en la Ciudad de Guatemala (DGSS, 1982). Es probable que la prevalencia del tabaquismo entre las personas empleadas haya aumentado sustancialmente durante los últimos dos decenios, por lo menos en la Ciudad de Guatemala. Es también probable que el porcentaje de mujeres que se han tornado "económicamente activas" aumentase durante este período, facilitando así modelos de consumo más representativos de los hombres en los decenios anteriores.

Entre los hombres de 20 a 24 años de edad, 56,8% eran fumadores en 1982 y 34,1% lo eran en 1989. La prevalencia del tabaquismo entre los hombres en los grupos de edad medios (25 a 49) fue de 56,4% en 1982 y de 51,8% en 1989, pero la prevalen-

cia entre los hombres con más de 50 años de edad fue aproximadamente 30 puntos porcentuales más baja que entre los hombres más jóvenes en 1982 (39,5%) y aumentó a 40,9% en 1989 (DGSS, 1982, Arango, 1989). En 1971, la prevalencia del tabaquismo fue del 24,2% entre los hombres de 15 a 24 años de edad, y del 45,6% entre los hombres de 40 a 54 años de edad. En los Estados Unidos, la prevalencia del tabaquismo entre los hombres de 65 años de edad es sustancialmente más baja que entre los hombres más jóvenes debido a los aumentos en el número de fumadores que abandonan el hábito y a la mortalidad diferencial entre los fumadores en los grupos de más edad. En los países más pobres como Guatemala, la menor capacidad económica entre las personas de más edad también puede influir de diferente manera su hábito de fumar.

Joly (1977) informó que en 1971 la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres en la Ciudad de Guatemala no difirió significativamente en función de la edad. Entre las mujeres de 25 a 39 años de edad, la prevalencia del tabaquismo fue del 11,9%; entre las de 40 a 54 años de edad, del 13,5%, y entre las mujeres de 55 a 74 años de edad, del 11,8%. En el estudio de 1982, sin embargo, la prevalencia en ese momento del tabaquismo entre las mujeres económicamente activas fue más alta (35,9%) en las del grupo de 25 a 39 años de edad en comparación con las mujeres de 40 a 54 años de edad (21,3%) y con las mujeres de más de 55 años de edad (10%). Según la encuesta urbana de 1989, la prevalencia más alta entre las mujeres (25,5%) ocurrió en el grupo de 25 a 34 años de edad (Arango, 1989).

En 1983, en la encuesta nacional del CDC comprendió 3670 mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) se notificó una prevalencia general de 6,6% de tabaquismo (Anderson, 1985). La prevalencia del tabaquismo fue más elevada para las mujeres de más edad (35 a 44 años) que para las mujeres más jóvenes (15 a 19 años) (9,8 frente a 4,4%). La prevalencia del tabaquismo entre las mujeres con un nivel secundario o más alto de educación fue mayor que para las mujeres con menos logros educativos (9,4 frente a 5,2%). Este estudio también informó que 4,3% de las mujeres embarazadas eran fumadoras, al igual que lo eran 12,5% de las mujeres que empleaban anticonceptivos orales. Se encontró que la prevalencia del tabaquismo en ese momento era mayor entre las mujeres embarazadas o que empleaban métodos anticonceptivos y que habían logrado una educación mayor (8,6 y 15,9%, respectivamente).

Las tasas de prevalencia del tabaquismo actual para las mujeres desde los estudios de 1971 (Joly,

1977) y los de 1983 (Anderson, 1985) son similares. Sin embargo, la prevalencia general del tabaquismo actual entre las mujeres urbanas (10,9%) puesta de relieve por la encuesta del CDC difiere significativamente de los resultados de las encuestas de 1982 y 1989, que informaron que la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres urbanas en edad reproductiva fue del 26,1 y del 16,1%, respectivamente. Las disparidades se deben en parte a diferencias de muestreo. Otra posibilidad es la de que la prevalencia del tabaquismo para las mujeres en la Ciudad de Guatemala fue mucho mayor que para las mujeres urbanas en general en 1983 y significativamente más alta entre 1983 y 1989. Sin embargo, la industria del tabaco declaró una disminución en el consumo general entre 1980 y 1988 (Maxwell, 1990).

El análisis de la asociación entre el tabaquismo y las profesiones, se limitará principalmente a los hombres porque relativamente pocas mujeres en Guatemala están empleadas. Según la encuesta urbana nacional de 1989 (Arango, 1989), los trabajadores agrícolas tuvieron la prevalencia más alta de tabaquismo (61,5%). El porcentaje más bajo fue el de la población autóctona (21,4% para los hombres y 2,3% para las mujeres). La prevalencia entre trabajadores diurnos fue de 56,7%; entre trabajadores capacitados fue de 18,8% y de 35,6 entre los empleados públicos.

La encuesta de 1982 notificó una relación variable entre el nivel de prevalencia del tabaquismo y la ocupación: 51,6% entre trabajadores técnicos, 48,8% entre trabajadores no calificados, 47,4% entre trabajadores capacitados y 42,9% entre los profesionales.

Las encuestas de 1989 y 1982 observaron prevalencias similares para los estudiantes (21,2 y 27,7%, respectivamente).

En 1982, la mayoría de los fumadores (65,1%) informaron que fumaban entre uno y cinco cigarrillos por día, un nivel bajo de consumo, similar al que se observó en 1971, cuando el 62,0% de los hombres y 82,6% de las mujeres declararon que fumaban entre uno y nueve cigarrillos por día. Aproximadamente 25% de los fumadores entrevis-

tados en 1971 informaron que habían comenzado a fumar antes de los 16 años.

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

Aunque se entrevistó a pocos adolescentes en las encuestas que se resumen en el Cuadro 4, se pueden hacer algunas observaciones basadas en los datos correspondientes a 1982 y 1989 (DGSS, 1982, Arango, 1989) (Cuadro 5). La prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes con menos de 20 años de edad es mayor entre los hombres que entre las mujeres. La prevalencia del tabaquismo es significativamente mayor para las personas comprendidas en el grupo de 15 a 19 años de edad en comparación con las personas comprendidas en el grupo de 10 a 14 años de edad, lo que indica que se comienza a fumar a fines de los años adolescentes. Las poblaciones sometidas a muestreo en ambas encuestas representan personas económicamente activas, empleadas. Por lo tanto, estos datos no son representativos de la población general de adolescentes en Guatemala, pero describen el comportamiento de consumo de tabaco entre los adolescentes con los ingresos disponibles más altos.

Otros usos del tabaco y tipos de tabaco fumados

La prevalencia del consumo de tabaco en pipa y en forma de puro fue tan baja en la encuesta de 1971 de ocho ciudades latinoamericanas que no se proporcionaron datos específicos sobre cada ciudad. De todos los entrevistados, solo 1% declaró fumar pipa y 1,6% puros.

En la Ciudad de Guatemala, 74,4% de los hombres fumadores y 83,4% de las mujeres fumadoras declararon que fumaban solo tabaco rubio, mientras 12,7% de los hombres y 9,9% de las mujeres dijeron que fumaban solo tabaco negro. Casi todos los fumadores (89,4% de los hombres y 92,8% de las mujeres) dijeron que fumaban cigarrillos con filtro (Joly, 1977). Un informe de mercadeo (Maxwell, 1989) indicó que el consumo del tabaco negro ha disminuido en Guatemala desde 1976, represen-

Cuadro 5. Prevalencia (%) de tabaquismo en adolescentes, por edad y por sexo, Guatemala, 1982 y 1989

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Ambos		N	
	1982	1989	1982	1989	1982	1989	1982	1989
10-14	14,1	12,1	4,9	3,4	12,9	8,5	99	25
15-19	25,9	31,3	19,2	8,2	24,1	20,9	176	319

Fuentes: DGSS, 1982; Arango, 1989.

tando solo 2,1% del consumo general de tabaco en 1989.

Actitudes, conocimiento y opiniones acerca del tabaquismo

A los entrevistados en la encuesta de 1982 de personas empleadas se les preguntó si consideraban que estaban bien informadas, algo informadas, o no informadas en cuanto al tema del tabaquismo y la salud. Como se esperaba, casi todos los hombres y las mujeres (21,8 y 16,7%) con los niveles más altos de educación dijeron que se consideraban bien informados (DGSS, 1982). Entre los que tenían niveles más bajos de educación, el porcentaje de las personas que consideraron que estaban bien informadas fue mucho más bajo (12 y 0% para los hombres y las mujeres, respectivamente).

En la encuesta de Rojas-Espino (1989), se formularon preguntas a los empleados del Departamento de Hacienda para evaluar su nivel de conocimiento en cuanto a los riesgos del tabaco para la salud. Los que respondieron correctamente a 16-20 preguntas fueron calificados de bien informados, los que respondieron bien a 11-15 preguntas fueron clasificados en una categoría intermedia y los que tuvieron 10 o menos respuestas correctas fueron clasificados como con bajo nivel de conocimiento acerca del tabaco y la salud. Los no fumadores tuvieron mejores calificaciones que los fumadores, aunque la mayoría de los entrevistados (64% de los fumadores y 56% de los no fumadores) fueron clasificados como con bajo nivel de conocimiento. Estos resultados deben interpretarse con cuidado ya que dependen en un alto grado de la validez de las preguntas formuladas. No se dispone de una descripción de la metodología de la encuesta o los procedimientos de validación.

“El nivel de conocimiento” es un concepto difícil de medir porque la medición depende de la opinión de los investigadores acerca de lo que los entrevistados deben saber y, en consecuencia, de la validez de las preguntas. Una encuesta de profesores y estudiantes de último año (n=170) en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos demostró las dificultades con las que se tropieza en la evaluación del conocimiento acerca del tabaco (Morales-Linares, 1987). La encuesta empleó una escala de cinco niveles de conocimiento basada en el porcentaje de respuestas correctas. Si 20% o menos de las respuestas eran correctas, el conocimiento del entrevistado se clasificó como “ninguno”; si 80% o más de las preguntas se respondían correctamente, el conocimiento del entrevista-

tado se clasificó como “excelente”. Tomando como base los datos de la encuesta, 53% de los estudiantes y 52% de los docentes tenían un nivel “deficiente” de conocimiento (entre 21% y 40% de las preguntas se respondieron correctamente). Ningún entrevistado respondió correctamente a más de 60% de las preguntas. La muestra fue demasiado pequeña para sacar una conclusión válida acerca del nivel de conocimiento de los entrevistados y de su situación ante el tabaco.

En resumen, tomando como base varios intentos limitados por obtener información sobre el conocimiento de los guatemaltecos acerca de los riesgos del tabaco para la salud, parece que el nivel de su conocimiento acerca de los riesgos del tabaco es relativamente bajo, especialmente entre los fumadores.

Tabaquismo y salud

La tasa de mortalidad infantil en Guatemala es de 59 por 1000 nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer es de 63 años, lo que indica que la mayoría de las defunciones en Guatemala ocurren antes de la edad de 15 años. Un análisis de los efectos del tabaco sobre la salud se debe concentrar en la población adulta de 35 y más años de edad. Sin embargo, la calidad y la disponibilidad de los datos de mortalidad impiden realizar un análisis de la relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad. Por ejemplo, 10,4% de las defunciones en 1984 se atribuyeron a síntomas, signos y condiciones mal definidas. Esta designación fue sumamente común para las defunciones entre las personas con menos de 5 años o más de 64 años de edad. Además, la OPS estimó que el subregistro de la mortalidad en 1984 ascendía a 18,1% (OPS, 1990). Por lo tanto, ha de considerarse con cautela todo análisis de la mortalidad.

La mortalidad por cardiopatía isquémica del corazón (EIC) aumentó sustancialmente entre 1981 y 1984, especialmente entre los hombres y las mujeres más jóvenes (Cuadro 6). Este aumento puede reflejar simplemente una mejor notificación de la mortalidad, aunque antes de 1981 se observó una tendencia ascendente en la mortalidad por EIC. En 1974, la tasa global de mortalidad por EIC fue de 5,6 por 100 000 para ambos sexos, y este nivel es 10% más bajo para los hombres y 7% más bajo para las mujeres en comparación con los niveles registrados en 1981. Para 1984, se habían duplicado estas tasas. La mortalidad por la enfermedad cerebrovascular y los tumores malignos permaneció relativamente

Cuadro 6. Mortalidad por enfermedades seleccionadas, asociadas al tabaquismo, según sexo y edad, Guatemala, 1981 y 1984 (tasas por 100 000 habitantes)

Causa de Muerte (Código CIE-9)	Año	Tasa ajustada por edad	Grupo de edad		
			35-44	45-54	55-64
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)					
Hombres	1981	9,7	6,9	21,3	35,8
	1984	21,9	14,8	31,5	73,9
Mujeres	1981	7,1	3,8	5,2	28,8
	1984	13,9	12,4	25,2	26,9
Enfermedad cerebrovascular (430-438)					
Hombres	1981	14,7	11,2	15,7	51,8
	1984	14,3	2,5	16,6	51,8
Mujeres	1981	13,5	6,7	19,0	31,7
	1984	16,8	12,4	16,8	51,4
Tumor maligno de labio, cavidad oral y faringe (140-149)					
Hombres	1981	1,0	1,6	2,6	4,4
	1984	0,6	1,2	1,7	—
Mujeres	1981	0,6	—	1,7	6,5
	1984	0,3	1,2	—	—
Tumor maligno de tráquea, bronquio y pulmón (162)					
Hombres	1981	1,4	—	1,7	5,8
	1984	0,5	—	1,7	2,5
Mujeres	1981	0,6	0,3	0,4	2,9
	1984	1,3	1,2	—	4,9

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 1986 y 1990.

*Tasas ajustadas para todas las edades de acuerdo con la población de América Latina.

inalterada. Sin embargo, las tasas informadas representaron pocos casos y quizás no presenten una imagen clara de las tendencias en la mortalidad de estas enfermedades. Desde 1969 a 1984, las tasas de mortalidad por bronquitis crónica descendieron de 37,7 a 8,3 por 100 000 en los hombres y de 31 a 7,8 por 100 000 en las mujeres. Estas disminuciones pueden reflejar en parte el control de los procesos infecciosos que precipitan la muerte debida a bronquitis crónica. Durante el mismo período, la tasa de mortalidad para todas las enfermedades infecciosas disminuyó de 21,8 a 6,9 por 100 000 para los hombres y de 16,9 a 6,0 por 100 000 para las mujeres. La mortalidad global ha disminuido durante los últimos 20 años en Guatemala. A medida que se controla la causa principal de mortalidad, la enfermedad in-

fecciosa, es probable que aumente la mortalidad proporcional debida a las enfermedades crónicas (OPS, 1988).

La atención de salud en Guatemala la proporcionan varios organismos. En general, la atención de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero el Instituto Guatemalteco del Seguro Social proporciona atención de salud para los trabajadores asegurados y sus familias. La Municipalidad y el ejército también prestan servicios a sus asociados. A medida que se hacen más comunes las enfermedades crónicas, no hay duda de que el sistema de atención de salud se verá sometido a presiones adicionales debido al aumento del costo para la atención de estas enfermedades.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Acción gubernamental

Estructura ejecutiva y políticas

Las actividades de control del tabaquismo son responsabilidad del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud y Asistencia social; no se ha establecido una oficina exclusiva que abarque el tabaco y la salud debido a falta de funcionarios y de recursos presupuestarios. En la práctica, la única acción específica contra el tabaquismo es dirigida por la Comisión Nacional de Lucha contra el Tabaco. De los 20 miembros que sirven en esta coalición voluntaria, ocho son funcionarios del Gobierno, ocho son representantes de asociaciones médicas (principalmente la Asociación Guatemalteca de Médicos y Cirujanos), y cuatro son miembros de agencias voluntarias (ONG). Las funciones de la Comisión son, entre otras, las de educación pública e información, compilación de datos, investigaciones clínicas, consulta gubernamental, coordinación con otras agencias y enlace internacional (Medina, 1990).

Legislación

Al año 1990, se habían introducido en Guatemala tres medidas legislativas para controlar el tabaquismo. La primera es el requisito de que todo envase de cigarrillos manufacturado en Guatemala lleve la siguiente advertencia:

“El consumo de este producto es nocivo para su salud”.

Esta advertencia es poco legible debido a que es pequeña así como en cuanto al lugar que ocupa y al color. La segunda medida es parte del Reglamento de Transporte Público, que prohíbe fumar en los autobuses. Finalmente, aunque es más una medida general de seguridad que una intervención para reducir el consumo de tabaco, la Ley del Reglamento de Salud y Seguridad Laboral prohíbe fumar en los lugares donde hay peligro de explosión. Por Acuerdo Gubernativo No. 681-90 del 3 de agosto de 1990, de la presidencia de la República, existe la prohibición de no fumar en diversos ambientes. Sin embargo, no existen los mecanismos para hacer cumplir el Acuerdo Gubernativo, aunque se ha notado algún impacto, principalmente en oficinas del gobierno (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 1990).

Educación basada en la escuela y actividades de información pública

La Comisión Nacional de Lucha contra el Tabaquismo está formulando un plan para introducir en el programa escolar un programa educativo que abarcaría los efectos del tabaco sobre la salud y que apoyaría las actividades de prevención entre los jóvenes. Hasta ahora, no se imparte educación uniforme contra el tabaquismo en las instituciones educativas. En los medios electrónicos e impresos han aparecido programas esporádicos relacionados con el tabaquismo y la salud.

Impuestos

A los productos del tabaco correspondió 2,03% de los ingresos fiscales totales del Gobierno en 1987. Aunque la cantidad bruta de ingresos fiscales ha aumentado, el porcentaje relativo de los impuestos del tabaco (como parte de los impuestos totales) ha disminuido desde 1986 (Cuadro 7). Los impuestos comprenden el 7% del precio medio de un paquete de cigarrillos en Guatemala (1989). Además el valor agregado (IVA) añade el 100% al precio de cada paquete de 10 cajetillas de 20 cigarrillos cada una.

Acción por los organismos no gubernamentales

El ONG más activo en los temas relacionados con el tabaquismo y la salud es la Comisión Nacional de Lucha contra el Tabaquismo del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Además, una Subcomisión de Juventudes de la Comisión Nacional contra el Tabaco organizó el Primer Congreso de Juventudes sobre el Tabaquismo en 1990. Los obje-

Cuadro 7. Impuestos recaudados por concepto de venta de productos del tabaco, Guatemala, 1981-1987

Año	Impuestos a productos de tabaco	Porcentaje del total de impuestos
1981	20 587.1	3.154
1982	22 755.0	3.634
1983	24 515.4	4.279
1984	22 951.3	4.609
1985	32 539.3	4.790
1986	34 990.6	3.148
1987	47 023.6	2.034

Fuente: Medina, 1990.

tivos para este congreso fueron proporcionar incentivos, instrucción y adiestramiento para animar a los jóvenes de Guatemala a rechazar el tabaco (Medina, 1990). Durante una sesión de un día de duración, tuvieron lugar debates y presentaciones con diversos grupos juveniles, educadores y líderes de juventudes en torno a los temas relacionados con el tabaco y la salud.

Resumen y conclusiones

La agricultura del tabaco en Guatemala se basa en los pequeños agricultores que alternan generalmente sus cultivos durante parte del año. Por lo tanto, no dependen totalmente del tabaco para su supervivencia. En total, los sectores agrícola y manufacturero relacionados con el tabaco emplean solo a 2,0% de la fuerza laboral total del país. La producción de tabaco se ha ampliado durante los últimos cinco años, aunque esta ampliación se ha dirigido aparentemente al mercado de exportación. El consumo nacional ha descendido durante este período a medida que se ha reducido el poder adquisitivo de los guatemaltecos.

El mercado nacional está dividido por igual entre una filial de la Philip Morris y la filial de British American Tobacco. Ambas empresas promueven sus productos en todos los medios y emplean distintas estrategias de publicidad. No hay restricción legal en cuanto a la publicidad y la promoción de los productos del tabaco en Guatemala.

Se han llevado a cabo varias encuestas en Guatemala para evaluar la prevalencia del tabaquismo. Estas difieren enormemente en la metodología, principalmente en los marcos de muestreo. Una encuesta realizada por la OPS en 1971 entre los residentes de la Ciudad de Guatemala puso de manifiesto que la prevalencia del tabaquismo era del 36,2% entre los hombres y del 10,1% entre las mujeres. Una encuesta de 1989 que abarcó todas las áreas urbanas halló una prevalencia similar (37,8%) entre los hombres y una prevalencia mayor (17,7%) entre las mujeres. Estos datos indican que el porcentaje de las mujeres urbanas que son fumadoras ha aumentado pero que la prevalencia del tabaquismo entre los hombres urbanos ha permanecido relativamente estable en los últimos dos decenios. Una encuesta del CDC nacionalmente representativa de mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) puso de relieve una prevalencia global del tabaquismo de 6,6% y de 10,9% para las zonas urbanas. En esta encuesta, se encontró que las mujeres que empleaban anticonceptivos orales tenían una pre-

valencia mayor de tabaquismo que las que no los empleaban.

De varias encuestas pueden obtenerse datos mínimos sobre el conocimiento, actitudes y prácticas en lo referente al consumo del tabaco en Guatemala. El nivel del conocimiento acerca de las consecuencias para la salud del consumo de tabaco que se observó en estas encuestas fue, en general, algo bajo, pero es difícil relacionar los resultados de estas encuestas con la población total.

Los datos de mortalidad en Guatemala indican que los efectos del tabaquismo sobre enfermedades como el cáncer de pulmón, la enfermedad cardiovascular y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas no se han puesto aún de manifiesto. Aunque la tasa de mortalidad para la cardiopatía isquémica aumentó entre 1981 y 1984, las tasas de mortalidad para la enfermedad respiratoria y el cáncer de pulmón siguieron siendo relativamente bajas.

La legislación para controlar la publicidad del tabaco, el fumar en lugares públicos y el acceso al tabaco por los menores es esencialmente inexistente. La participación del Gobierno en la prevención y el control del tabaquismo está limitada a la participación en la Comisión Nacional de Lucha contra el Tabaco. Esta coalición depende de los esfuerzos voluntarios de sus miembros; recibe su apoyo más sustantivo de las organizaciones no gubernamentales. Es, sin embargo, una de las pocas coaliciones nacionales funcionales de lucha contra el tabaquismo en América Central o del Sur. Con el tiempo, esta coalición podría proporcionar la estructura para una campaña eficaz de control del tabaco. Ya ha empezado a proporcionar liderazgo en el área de la educación escolar.

Partiendo de los datos presentados con anterioridad, pueden sacarse las siguientes conclusiones:

1. El cultivo de tabaco y la fabricación de cigarrillos no tienen una importancia económica principal en Guatemala en función del empleo y los ingresos fiscales. Estas actividades emplean a 2,0% de la fuerza laboral y contribuyen 2,03% de los ingresos fiscales de la nación.
2. El consumo per cápita de tabaco en Guatemala descendió en más del 50% entre 1981 y 1989.
3. La prevalencia del tabaquismo actual cambió muy poco en los hombres urbanos entre 1971 y 1989 pero parece haber aumentado entre las mujeres urbanas durante este período.
4. Las mujeres guatemaltecas con un nivel más alto

- de educación tienen una prevalencia mayor de tabaquismo que las que tienen menos educación. Las mujeres que emplean anticonceptivos orales tienen una prevalencia mayor de tabaquismo actual que las que no los emplean.
5. Los efectos del tabaquismo sobre la salud no se han analizado suficientemente en Guatemala. Es difícil interpretar las estadísticas de mortalidad debido a los actuales problemas con la calidad de los datos y al número bajo de defunciones de adultos.
 6. La participación del Gobierno en el control del tabaquismo es muy limitada, y las acciones legislativas son poco comunes, excepto por el Acuerdo Gubernativo que limita fumar en lugares públicos. Sin embargo, una coalición nacional voluntaria contra el tabaco incluye a representantes del Gobierno y puede servir como núcleo para un eficaz programa de prevención y control del tabaquismo si se dispone de recursos.

Referencias

- AGRO-ECONOMIC SERVICES LTD. y TABACOSMOS LTD. The employment, tax revenue and wealth that the tobacco industry creates. Septiembre de 1987.
- ANDERSON, J.E. *Smoking during pregnancy and while using oral contraceptives*. Presentado en la Conferencia Internacional sobre el Tabaco y la Salud Reproductiva, San Francisco, octubre de 1985.
- ARANGO, L. Encuesta nacional de tabaquismo. Comisión Nacional de Lucha contra el Tabaco (resultados no publicados), 1989.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989*. Nueva York: Oxford University Press, 1989.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. CELADE, Santiago: año XXIII, No. 45, 1990.
- DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD. *Encuesta sobre alcohol y tabaco*, División de Programación; Departamento de Estadística; Dirección General de Servicios de Salud (publicación interna), 1982.
- GREMIAL DE FABRICANTES DE CIGARRILLOS (CFG). *El tabaco: su importante aporte al desarrollo socioeconómico de Guatemala*, 1988.
- JOLY, D.J. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 337, Washington, D.C., 1977.
- MAXWELL, J. *The Maxwell Consumer Report*. International Tobacco 1989, parte uno, mayo de 1990.
- MEDINA, R.L. Country collaborator's report, Guatemala. Datos inéditos, Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Acuerdo Gubernativo No. 681-90, 3 de agosto de 1990.
- MOLLINEDO-CASTILLO, E.V., ESCOBAR de JUAREZ de MINERVA, B.L., LEAL-LOPEZ, M.L., CASTILLO-RIVERA, A.F. *Cultivo de tabaco*. Tesis, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de San Carlos, Guatemala, 1988, pp. 52-102.
- MORALES-LINARES, J.C. *Tabaquismo: determinación de la prevalencia y el grado de información sobre tabaquismo en estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos*. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas; Universidad de San Carlos, Guatemala, 1987.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en Las Américas 1981-1984*. Publicación Científica No. 500, Washington, D.C., 1986.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evolución de la mortalidad en Las Américas (1968-1987)*: Guatemala, 1988, pp. 404-419.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en Las Américas 1990*. Publicación Científica No. 524, Washington, D.C., 1990.
- PIERCE, J.P. Progress and problems in international public health efforts to reduce tobacco usage. *Annual Review of Public Health* 12:383-400, 1991.
- ROJAS-ESPINO, N.J. *Conocimiento sobre tabaquismo y daños a la salud*. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas; Universidad de San Carlos; Guatemala, 1989.
- TOBACCO INTERNATIONAL. Guatemala: economy up; cigarette sales to follow. *Tobacco International*. 1 de junio de 1989.

Guyana

Características generales

La industria del tabaco

Agricultura

Manufactura, comercialización y tributación

Prevalencia y consumo

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

Pese a estar situada en la costa de la región centro norte del Continente sudamericano, Guyana se considera una nación caribeña. Tiene una superficie de 215 000 km² y está dividida en 10 regiones. Más del 80% de la población vive en las llanuras de la costa, que ocupan 5% de la superficie; el resto vive en comunidades rurales de las montañas y sabanas del interior. En 1986, la población se estimaba en 756 072 habitantes. Según la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPALC), 28% de la población reside en cinco zonas urbanas, a saber, Georgetown, New Amsterdam, Linden, Corriverton y Rose Hall (CEPALC, 1987). Guyana, excolonia británica, es hoy en día una república cooperativa dentro de la Mancomunidad Británica (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990).

A fines de los años 70, la baja de los precios del azúcar y de la bauxita, dos de las principales exportaciones de Guyana, ocasionó un continuo deterioro de la economía (OPS, 1990). En 1989, el producto interno bruto (PIB) per cápita era de \$US207, equivalente a menos de 50% del de 1988 (\$US476) (CEPALC, 1990). Los principales renglones contribuyentes al PIB son la agricultura, la minería y las manufacturas, que representan más del 50% del PIB y emplean 45% de la fuerza de trabajo.

Desde 1980, los cambios de las condiciones económicas han incrementado la emigración a una tasa media anual de 8500 personas, o sea más de 1% de la población en el período comprendido entre 1986 y 1989 (Oficina de Estadística, 1988). Esos emigrantes han sido principalmente profesionales jóvenes y personas calificadas; 65% de los emigrantes tenían de 15 a 34 años y la razón de sexo era de 1:1,2. Esto, junto con una tasa de natalidad que se redujo de 33,7 por 1000 habitantes en 1970 a 23,8 en 1986, ha dado como resultado una continua reducción de la tasa de crecimiento demográfico, de 3,25% anual en 1960 a 0,78% anual en 1986 (OPS, 1990).

Al comparar la composición por edad de la población de 1980 con los resultados de la encuesta GUYREDEM efectuada en 1986 y las estimaciones de mediados del año de 1990, se observa una población todavía joven que se envejece lentamente (OPS, 1990; CEPALC, 1987). Las personas menores de 15 años representaron 33% de la población en 1990, 37% en 1986 y 40% en 1980. Hubo un aumento correspondiente de la proporción de la de 25 a 44 años, de 21% en 1980 a 25% en 1985 y 29% en

1990, que representa una reserva creciente para la futura manifestación de enfermedades crónicas, incluidas las relacionadas con el uso del tabaco.

Todos los datos demográficos deben interpretarse con mucha precaución. La extensión y la topografía del país impiden el acopio ordinario de datos precisos sobre acontecimientos vitales, situación que se agrava por la falta de recursos físicos y humanos.

El Ministerio de Salud se encarga de mejorar y proteger la salud de la población guyanesa. Esto se hace por medio de 4 hospitales regionales, 5 especializados, 20 de distrito, 159 centros de salud y 15 puestos de salud. Además, las compañías azucareras tienen 7 hospitales privados y 16 dispensarios (OPS, 1990).

Para el 83% de la población que vive en la zona costera de Guyana, la atención de salud es bastante accesible. Se atiende al 10% de la población del interior con servicios móviles y trabajadores comunitarios, por lo general enfermeras parteras y personal médico auxiliar. El fomento de la atención primaria de salud ha sido la meta de las autoridades del sector. Por tanto, el acceso a la atención se puede explicar mejor por el número de trabajadores de atención preventiva en relación con la población: hay 9,8 enfermeras, 5,1 parteras y 1,6 trabajadores médicos auxiliares por 10 000 habitantes (OPS, 1990). Esta aguda escasez de recursos humanos en el sector público ha sido el resultado de la emigración.

Ha habido un deterioro gradual del estado de salud de la población de Guyana (Cuadro 1). La

Cuadro 1. Indicadores demográficos y de salud básicos, Guyana, 1979 y 1986

Indicador	1979	1986
Tasa bruta de natalidad (por 1000 habitantes)	27,2	23,8
Tasa total de fecundidad (por mujer)	3,8	2,8
Tasa bruta de defunción (por 1000 habitantes)	7,1	7,98
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 niños nacidos vivos)	33,5	49,0
Esperanza de vida al nacer (hombres)	N.d.	65,8
(mujeres)	N.d.	70,9

Fuente: OPS, 1986, 1990.

N.d.: No se dispone de datos.

tasa bruta de defunción aumentó de 7,1 en 1979 a 7,98 en 1986. Durante el mismo período, la tasa de mortalidad infantil se acrecentó de 33,5 a 49,0 por cada 1000 nacidos vivos (OPS, 1986 y 1990).

La industria del tabaco

Agricultura

En 1989, se destinaron 385 hectáreas al cultivo del tabaco, o sea 0,23% del total de terrenos sembrados; 200 correspondían a fincas de propiedad particular y las 185 restantes eran de propiedad de la Demerara Tobacco Company (Demtoco) o arrendadas por esta. La industria tabacalera emplea a 400 individuos (0,15%) de una fuerza laboral de 270 000, incluidos 100 de un total de 25 000 agricultores (0,4%) (Ministerio de Salud, 1990).

Demtoco planea mejorar la producción tabacalera incrementando el hectareaje cultivado, por medio de un contrato de alquiler provisional de 1250 hectáreas de terrenos cultivables. Ese contrato de alquiler suplementa una concesión de 809 hectáreas recibida del Gobierno de Guyana en 1984 (Demtoco, 1988). Se concede apoyo financiero con autorización del Gobierno en forma de líneas de crédito, liberación de divisas y liberalización de las restricciones de importación para compra de maquinaria y suministros. Sin embargo, hay una gran escasez de divisas en Guyana, una nación sumamente endeudada.

La única compañía tabacalera que funciona en el país tiene 30% de capital local y 70% de capital de la British American Tobacco Company Limited, una empresa multinacional. La compañía contrata a los tabacaleros, les proporciona herramientas y materiales al costo (incluso madera para curado) y les paga un precio fijo basado en la clase de tabaco producido (Guyana Chronicle, 1988). La compañía presta a sus agricultores servicios médicos, educativos y de transporte. En algunos casos, se les permite vivir en las fincas tabacaleras.

Manufactura, comercialización y tributación

Demtoco fabrica y empaca cigarrillos Bristol con filtro y de tamaño gigante, que son la única marca legal en el mercado. Se estima que por lo menos 50% de los cigarrillos vendidos en el mercado nacional corresponden a unas 14 marcas extranjeras importadas ilegalmente de Brasil y Suriname. Esas marcas, que incluyen Topten, Ronhill, Buckingham y Champion, no están sujetas a impuesto al consumo por proceder de una fuente ilí-

cita y, por ende, se venden a menor precio que los Bristol (\$GUY13 frente a 20). El resultado ha sido una sustancial reducción de la venta de cigarrillos Bristol, de 478 000 000 en 1988 a 265 700 000 en 1989, pese a que los fumadores afirman que prefieren esa marca (Guyana Chronicle, 1989). La reducción general de la actividad económica nacional puede haber disminuido las compras de cigarrillos.

La industria tabacalera no contribuye mucho a los sectores de manufactura ni agricultura de la economía y representa menos de 2% del PIB. Con el fin de reducir la dependencia con respecto a las divisas para importación de tabaco, Demtoco ha venido incrementando la producción local. En 1989 se cultivaban localmente 150 000 kg, o sea un tercio del tabaco necesario para la fabricación de cigarrillos. La industria tabacalera no genera divisas y la dificultad en conseguirlas para la compra de nuevo equipo y repuestos para mantenimiento ha obstaculizado los planes de expansión. Sin embargo, la compañía ha emprendido un programa de diversificación para cultivar frutas y verduras para los mercados nacionales y extranjeros. Esas medidas mejorarían la eficiencia de utilización de la tierra durante los períodos en que no se cultiva nada y ayudaría a generar divisas (Demtoco, 1988).

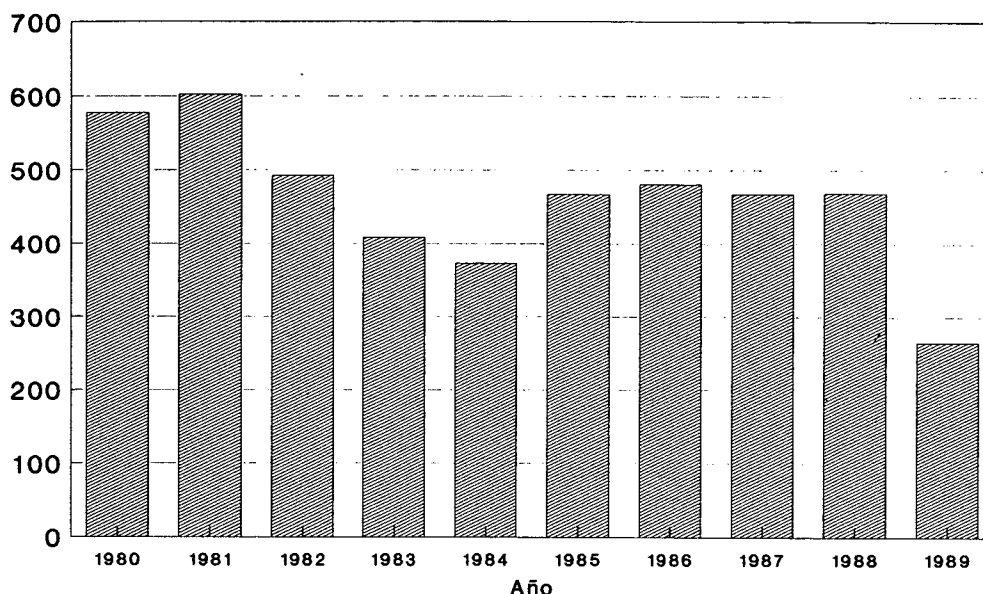
Prevalencia y consumo

No ha habido encuestas sobre el uso del tabaco en Guyana. La producción de cigarrillos se empleó en un principio para estimar el consumo per cápita; sin embargo, la drástica reducción de la producción notificada en 1989 podría explicarse solo por la gran cantidad de marcas extranjeras en el mercado (Guyana Chronicle, 1989) (Figura 1). Dado que la producción de Demtoco, que alcanzó un total de 550 000 000 cigarrillos, representó 75% del mercado en 1980, el consumo en esa época puede estimarse en 1100 cigarrillos por adulto de 15 años o más. Si la producción de 265 700 000 cigarrillos en 1989 representó 50% del mercado interno, el consumo por adulto (1050) no ha cambiado mucho. El mercado legítimo de cigarrillos fue de \$US6,1 millones en 1989 y la oferta ilícita se estimó en otros \$US3 millones (Ministerio de Salud, 1990).

Tabaquismo y salud

Puesto que algunas comunidades están situadas en lugares remotos, la notificación de los hechos vitales, especialmente de las defunciones, se puede demorar meses o aun años. Además, es

Figura 1. Producción de cigarrillos, en millones de cigarrillos, Guyana, 1980-1989



Fuente: Oficina de Estadística de Guyana.

posible que la persona que presencia y/o notifica la defunción no tenga la debida idoneidad médica. Esa situación crea dudas sobre la integridad de los datos y la precisión de la causa de defunción notificada. El hecho de que la clasificación "signos, síntomas y estados mal definidos" hubiera sido la tercera causa de defunción en importancia en Guyana y representado una décima parte del total, acentúa esa preocupación (OPS, 1990). El último año sobre

el cual existen datos de mortalidad por causa es 1984. En esa época, las personas adiestradas en codificar la causa de defunción pertenecían a la plantilla del Ministerio de Salud.

Si se excluyen "los signos, síntomas y estados mal definidos", el patrón de mortalidad ha cambiado poco en los últimos siete años (Cuadro 2). La Figura 2 demuestra la similitud de la mortalidad proporcional por enfermedades que pueden estar

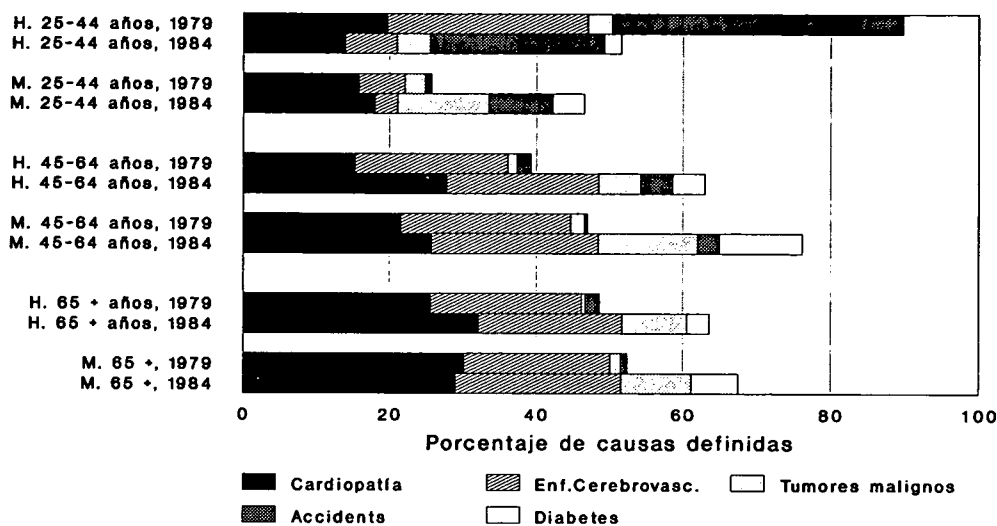
Cuadro 2. Cinco causas principales de defunción, Guyana, 1979 y 1984

Causas de defunción	1979		1984	
	Clasificación	% del total*	Clasificación	% del total*
Signos, síntomas y estados mal definidos		13,2		10,8
Defunciones por causas definidas		100,0		100,0
Cardiopatías (398-429)	1	16,4	1	20,5
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	2	14,0	2	13,7
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	3	2,7	3	7,5
Tumores malignos (140-208)	5	1,0	4	6,6
Carencias nutricionales	no clasificada		5	5,8

Fuente: OPS, 1986, 1990.

*Porcentaje por causa basado en el total de defunciones por causas definidas.

Figura 2. Mortalidad proporcional por edad y sexo, Guyana, 1979 y 1984 (causas selectas)



Fuente: OPS, 1986, 1990.

relacionadas con el tabaquismo. El aparente aumento de la mortalidad proporcional por diabetes y otras causas puede ser producto de la calidad relativamente deficiente de los datos de 1979, cuando los tumores benignos causaron tantas defunciones como los malignos (y a veces más que estos).

En 1984, 28 defunciones de un total estimado de 6000 se atribuyeron a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 14 a cáncer de pulmón. Las tasas de estas y otras enfermedades relacionadas con el tabaquismo son mucho menores que las predominantes en el Canadá y los Estados Unidos (Cuadro 3). Una larga historia de menor prevalencia del tabaquismo, una estructura de menos edad y los problemas de notificación de la mortalidad en Guyana podrían contribuir a esas bajas tasas de enfermedad relacionada con el tabaquismo. Sin embargo, eso puede cambiar a medida que grandes cohortes de adultos menores de 35 años lleguen a la edad mediana. Si hay una proporción sustancial de fumadores en esas cohortes, es de esperar que aumenten las tasas de enfermedad relacionadas con el tabaquismo.

El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) ha sugerido que hay una diferencia en los efectos que tiene fumar cigarrillos para la población de la subregión del Caribe, ocasionada por factores dietéticos y genéticos (CAREC, 1977).

En un estudio realizado en los años 70 con pa-

cientes afectados por expectoración crónica (cuya frecuencia llegaba hasta 14%, según el sexo, la edad, el lugar y el grupo étnico), se notó que los fumadores de cigarrillos, en su mayoría, manifestaron poco más que una tendencia permanente a te-

Cuadro 3. Tasas brutas de defunción por enfermedades selectas relacionadas con el tabaquismo por cada 100 000 habitantes, Guyana, Canadá, Estados Unidos, último año sobre el que existen datos

Causa	Guyana (1984)	Canadá (1988)	EUA (1987)
Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	5,2	8,9	9,2
Otras enfermedades respiratorias (010-012, 480-487)	19,6	26,0	29,1
Cáncer de pulmón (162)	1,6	50,2	53,4
Cáncer de las vías respiratorias (140-149)	0,3	5,3	4,5
Tumores malignos de otros sitios (resto de 140-208)	27,7	139,1	145,0

Fuente: OPS, 1990.

Cuadro 4. Número de defunciones y mortalidad proporcional por enfermedades relacionadas con el tabaco, por edad y sexo, Guyana, 1984

Edad	Sexo	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Cáncer de pulmón	Cáncer relacionado con el tabaquismo	Cardiopatía coronaria	Enfermedad cerebrovascular
35-44	Hombre	—	1 (0,5)	2 (1,1)	15 (8,2)	18 (9,8)
	Mujer	—	—	—	5 (5,3)	4 (4,2)
45-54	Hombre	—	1 (0,4)	—	38 (13,8)	42 (15,3)
	Mujer	—	1 (0,6)	1 (0,6)	9 (5,1)	39 (22,0)
55-64	Hombre	3 (0,7)	3 (0,7)	4 (0,9)	52 (11,8)	104 (23,7)
	Mujer	4 (1,2)	—	1 (0,3)	14 (4,2)	58 (17,2)
65+	Hombre	15 (2,4)	6 (1,0)	6 (1,0)	81 (12,9)	155 (24,8)
	Mujer	6 (0,9)	2 (0,3)	1 (0,2)	36 (5,6)	150 (23,4)

Fuente: Datos inéditos, Ministerio de Salud, 1990.

ner tos y flema (Miller y Ashcroft, 1971; Miller, 1974). Los pocos pacientes que tienen manifestaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son de edad similar y tan susceptibles a hipoxia y a insuficiencia cardíaca derecha como los afectados por esa enfermedad en los países industrializados.

Con excepción de la enfermedad cerebrovascular en el grupo de 45 a 54 años de edad, hay una proporción sustancialmente mayor de defunciones causadas por enfermedades relacionadas con el tabaquismo en los hombres de 35 a 65 años o más en comparación con las mujeres (Cuadro 4). Se citan casos ocasionales de neumonía lipóide fatal con cor pulmonale por fumar tabaco cuyo sabor se intensifica con aceite mineral.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Guyana no tiene departamentos ni programas especiales de prevención y control del uso del tabaco; al parecer, el tabaquismo no se considera un problema de salud prioritario. No existen controles ni restricciones de carácter oficial o legislativo con respecto al uso del tabaco o a su promoción.

El hecho de gravar la venta de cigarrillos con un impuesto al consumo de 100% probablemente ha contribuido a reducir las ventas de cigarrillos Bristol (Stabroek News, 1989; Guyana Chronicle, 1988), aunque no era esa la finalidad buscada. Las rentas por impuestos sobre cigarrillos, que ascendieron a \$US300 000, representaron 35% de todos los impuestos al consumo en Guyana en 1989 (Mi-

nisterio de Salud, 1990). Sin embargo, la finalidad principal y el efecto secundario del impuesto pueden quedar anulados por el comercio ilícito de cigarrillos.

No se han establecido restricciones sobre la propaganda del tabaco y se publican anuncios de cigarrillos en la radio, los diarios, carteleros y carteles. También se hace propaganda indirecta por medio del patrocinio de actividades deportivas y culturales y de una activa campaña de Demtoco por darse a conocer como sociedad de beneficencia. Por ejemplo, Demtoco donó \$US1500 al hospital de New Amsterdam para rehabilitación. También concede becas de mérito a estudiantes de secundaria.

No existen restricciones legales sobre el uso ni las ventas de tabaco y las advertencias sobre los peligros para la salud se encuentran solo en las marcas importadas ilícitamente. No se prohíbe fumar en los establecimientos de salud, los medios de transporte públicos, el lugar de trabajo ni los restaurantes. En los teatros se permite fumar solo en el vestíbulo. Aunque no se deja fumar a los estudiantes en la escuela, los maestros pueden hacerlo (Ministerio de Salud, 1990).

Cualquier campaña antitabaquismo y otras actividades de control del mismo provienen generalmente de las organizaciones internacionales de salud, aunque son ejecutadas por la Unidad de Educación para la Salud del Ministerio de Salud. Estas incluyen la Gran Campaña Nacional de Abstención de Fumar de la Asociación Americana de los Pulmones y el Día Mundial sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. Esas actividades se concentran cada año en los efectos nocivos del tabaquismo para la salud, particularmente para

las mujeres embarazadas y los niños por nacer. Lamentablemente, toda la información empleada en esas campañas se refiere a los países desarrollados. El Consejo Nacional de Coordinación de la Educación sobre Estupefacientes ha organizado un programa para incorporar material didáctico en el plan de estudios de las escuelas. En el que prepara el Consejo se incluyen enseñanzas sobre prevención del tabaquismo (Ministerio de Salud, 1990).

La falta de información sobre la prevalencia del uso del tabaco y sus efectos desfavorables para la salud, junto con la idea predominante en el país de que el tabaquismo no constituye un problema de salud prioritario, crea un medio que no conduce a la introducción de intervenciones de control. Sin embargo, puesto que hay campañas activas contra el uso indebido de alcohol y drogas, tal vez sea posible usar esas intervenciones como vehículo de promoción del cese del tabaquismo. Además, la imposición de gravámenes a las marcas extranjeras puede reducir el consumo (Ministerio de Salud, 1990).

Resumen

La economía guyanesa experimentó una reducción sustancial en los años 80, que repercutió en todos los sectores. Han emigrado muchas personas calificadas del país, incluso trabajadores de salud. La escasez de divisas ha impedido comprar medicamentos y mantener el equipo médico, con lo que la medicina curativa se hace más difícil y costosa. En ese clima económico, la prevención de la enfermedad es particularmente importante, sobre todo la de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

Los cambios económicos también han afectado a los sectores industrial y agrícola, incluso a la industria tabacalera. El movimiento de agricultores y la imposibilidad de mantener la maquinaria existente o de comprar nuevo equipo han representado un grave obstáculo para la viabilidad de la industria. No se ha cumplido la promesa de lograr autosuficiencia en la producción de tabaco. La industria tabacalera crea una pérdida neta de las escasas reservas de divisas de Guyana empleadas para comprar hoja de tabaco y maquinaria de fabricación.

Otro aspecto desfavorable de esa industria es el uso de madera para curado. Aunque Demtoco ha iniciado un proyecto de reforestación, no se sabe cuál será el efecto del tiempo transcurrido entre la destrucción y el nuevo crecimiento forestal.

Pese a la escasez de dinero en la economía, el gasto personal en tabaco es asombroso. Un paquete de cigarrillos representa el sueldo de medio día. El monto total del gasto nacional equivale a medio millón de meses-hombre. El consumo estimado de cigarrillos per cápita no se redujo entre 1980 y 1989.

Un posible argumento a favor del cultivo del tabaco puede ser la generación de empleo, pero aun ese argumento es espurio porque menos de 0,15% de la fuerza laboral se encuentra empleada en la industria.

Cuando se consideran las pérdidas económicas causadas por la producción y el consumo de tabaco, junto con los gastos por concepto de salud relacionados con el tabaquismo, cuyo monto se desconoce, una suma de \$US5 millones en divisas para generar el equivalente local de \$US3 millones en rentas y el posible daño causado al medio ambiente por la deforestación, surge una grave disparidad entre los resultados favorables y desfavorables del uso del tabaco. Sin embargo, hasta que se pueda determinar el consumo real y haya datos más fidedignos que indiquen lo contrario, es posible comprender la idea común de que las enfermedades relacionadas con el tabaquismo no constituyen un problema de salud prioritario en la actualidad. La continua eficacia de las actividades tendientes a desestimular el consumo de tabaco ahora evitará que ocurran futuras epidemias de enfermedades relacionadas con el mismo.

Conclusiones

1. Aunque resulta difícil calcular la carga del tabaquismo para la salud pública, varios indicadores de salud, incluidas las tasas brutas de mortalidad y de mortalidad infantil, muestran que la situación de salud se ha deteriorado desde 1979. En estas condiciones, es especialmente importante prevenir las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.
2. Se notifica que la industria tabacalera de Guyana tiene una balanza comercial negativa. Es por eso que se exporta moneda dura, a fin de mantener el tabaquismo entre los guyanenses.
3. El intenso comercio ilegal de cigarrillos a bajo precio contribuye al sostenido consumo de cigarrillos per cápita en Guyana.
4. Los organismos internacionales de salud y el Consejo Nacional de Coordinación de la Educación sobre Estupefacientes llevan a cabo algunas actividades contra el tabaquismo en Guyana.

Referencias

CARIBBEAN COMMISSION. 1980-1981 *Population Census of the Commonwealth Caribbean—Guyana*, Volúmenes 1 y 2.

CARIBBEAN EPIDEMIOLOGY CENTER. Cigarette smoking and chronic obstructive lung disease in the Caribbean. *CAREC Surveillance Report* 3(6):1-3, junio de 1977.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (NU). Preliminary Results and Tables from GUYREDEM. 1987.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (NU). Selected Statistical Indicators of the Caribbean Countries, Volumen 2. 1990.

DEMERARA TOBACCO COMPANY LIMITED. 1988 Annual Reports & Accounts. 1988.

GUYANA CHRONICLE. Demtoco effects \$302,000 (US) savings annually. 1988.

GUYANA CHRONICLE. Lowering of tax could keep 'Kings' on the market—Demtoco. 1989.

GUYANA STATISTICAL BUREAU. *Quarterly Statistical Abstract*. 1988.

MILLER, G.J. Cigarette smoking and irreversible airways obstruction in the West Indies. *Thorax* 29(5): 495-504, 1974.

MILLER, G.J., ASHCROFT, M.T. *Thorax* 26(3): 331-338, 1971.

MINISTERIO DE SALUD. Country Collaborator's Report, Guyana, datos unéditos, OPS, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Publicación Científica de la OPS 500. Washington, D.C. 1986.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990*. Publicación Científica de la OPS 524. Washington, D.C. 1990.

STABROEK NEWS. Consumption Tax Kills Cigarette Sales. 1989.

Haití

Características generales

La industria del tabaco

Prevalencia y consumo

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

Haití, país donde se habla francés y *créole*, el dialecto criollo, comparte la isla de Hispaniola con la República Dominicana, su vecino del oriente. La actividad agropecuaria es importante en Haití y representó 32% del producto nacional bruto (PNB) en 1989 (Encyclopedia Britannica, 1990). El PNB per cápita en 1989 era de \$US356, el menor del Hemisferio Occidental (Encyclopedia Britannica, 1990). El PNB haitiano per cápita se redujo 2,1% anual entre 1980 y 1988 (Banco Mundial, 1989). Solo 38% de las personas de 6 a 24 años de edad asisten a la escuela y 63% de la población es analfabeta (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990).

A mediados de 1990, la población haitiana se estimaba en 6,3 millones de habitantes. Hoy en día, la esperanza de vida al nacer es mayor que en 1970, cuando llegaba a 48 años (Banco Mundial, 1989). Aun así, en 1989, la de los hombres era de 55 años y la de las mujeres, de 56, una de las más bajas de la subregión del Caribe (Banco Mundial, 1990). En 1985, 40,1% de la población era menor de 15 años y 3,8% tenía 65 o más años (OPS, 1990). Haití tiene una población joven; más de la mitad es menor de 20 años.

La población haitiana es característica de los países con elevadas tasas de natalidad y de defunción. Aunque la tasa total de fecundidad se redujo de 5,9 nacimientos por mujer en 1970 a 4,7 en 1988 (Banco Mundial, 1989), 20% de la población infantil muere antes de cumplir cinco años (OPS, 1990). La tasa bruta de natalidad se estimó en 35,4 por 1000 entre 1980 y 1985 y la tasa de mortalidad infantil, en 128 por cada 1000 niños nacidos vivos en el mismo período (OPS, 1990). La tasa bruta de natalidad y la tasa de fecundidad no han comenzado a reducirse en Haití, por contraste con lo observado en los demás países del Caribe y en la mayoría de los países en desarrollo. De hecho, en los últimos 10 años ha aumentado el promedio de niños por mujer de 5,5 a 6,5.

Las enfermedades infecciosas son las principales causas de mortalidad y morbilidad. La diarrea y las infecciones respiratorias ocasionan 50% de las defunciones de niños menores de cinco años (OPS, 1990). La malaria es un grave problema para los adultos, pero los datos epidemiológicos obtenidos recientemente no permiten estimar su magnitud con precisión. El SIDA está también muy generalizado en Haití; entre 1981 y 1990 se registraron 3086 casos y las mujeres representan ahora 40% del total de los casos ocurridos en ese país (OPS, 1990). La

seroprevalencia del VIH en la población urbana sexualmente activa es de 5 a 10%.

Las actuales prioridades de salud de Haití comprenden el control de las enfermedades infecciosas y transmisibles por medio de la corrección de las deficiencias nutricionales y el suministro de agua potable limpia y de instalaciones apropiadas de eliminación de excreta (OPS, 1990). Ante los graves problemas de salud que suscitan las enfermedades infecciosas y transmisibles, los haitianos no han asignado prioridad alguna al control del uso del tabaco.

La industria del tabaco

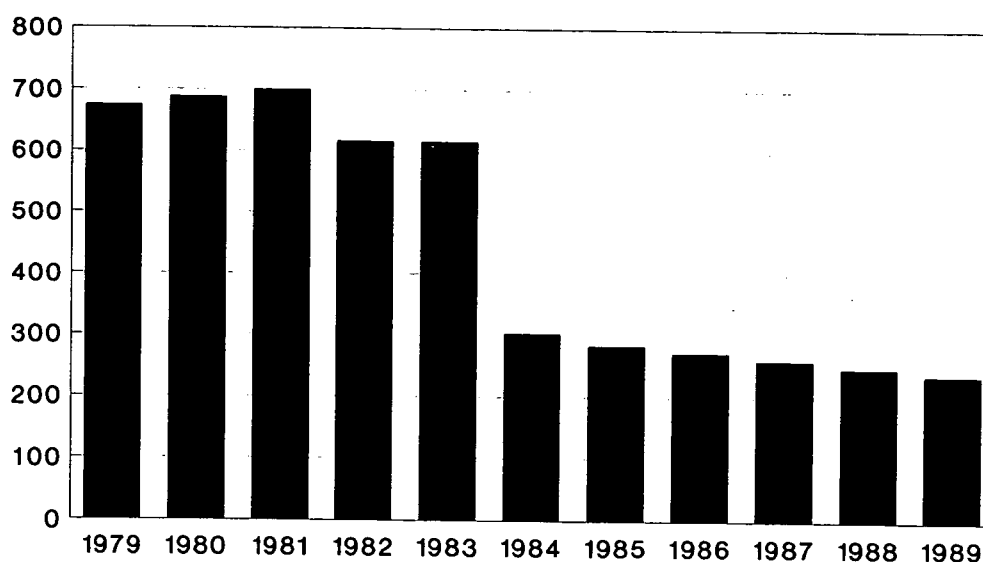
Es difícil determinar cuánto tabaco se consume en Haití. Las estimaciones de la producción de tabaco medida en peso seco y las importaciones y el consumo interno total de tabaco no elaborado en Haití, hechas por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se presentan en el Cuadro 1 (USDA, 1990). Sin embargo, la precisión de esos datos es dudosa. Es difícil creer que la producción interna no se redujo entre 1983 y 1989 o que las importaciones aumentaron a más del doble, de 500 toneladas métricas en 1985 a 1200 en 1986, solo para bajar a 700 en 1987. Sin embargo, quizá se pueda concluir, sin temor a equivocarse, que un poco menos de la mitad del tabaco consumido en Haití se cultiva localmente y que el resto se importa. No hay exportaciones del producto.

Cuadro 1. Producción, importaciones y consumo interno total de tabaco no elaborado, Haití, 1979-1989. (Toneladas métricas)

Año	Producción	Importaciones	Consumo interno total
1979	431	635	1066
1980	527	635	1162
1981	374	635	1009
1982	570	555	1125
1983	680	500	1180
1984	680	700	1380
1985	680	500	1180
1986	680	1200	1880
1987	680	700	1380
1988	680	1000	1680
1989	680	1000	1680

Fuente: USDA (1990).

Figura 1. Consumo de cigarrillos por adulto de 15 años o más, Haití, 1979–1989



Fuente: USDA, 1990.

Prevalencia y consumo

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos ha proporcionado estimaciones de las tendencias del consumo de cigarrillos en Haití (USDA, 1990). El consumo anual estimado de cigarrillos por persona de 15 años o más se ha calculado a partir de esos datos (Figura 1). Estos sugieren que el consumo de tabaco se redujo repentinamente en 1984 y que ha disminuido poco a poco después de esa fecha. Sin embargo, un análisis más detallado de los datos sobre consumo de tabaco sugiere que los datos son imprecisos y no que el consumo haya tenido una acusada baja.

El Cuadro 2 contiene las cifras de la producción interna y las importaciones de cigarrillos entre 1977 y 1989, con comparaciones de datos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y del Instituto Haitiano de Estadística e Información (IHSI) (USDA, 1990; IHSI, 1980, 1981, 1982a y 1982b). Lamentablemente, no existen datos oficiales después de 1982, pero los del IHSI para el período comprendido entre 1977 y 1982 no parecen variar mucho en relación con los notificados por el USDA. Sin embargo, es inadmisibles que las importaciones se hayan reducido en forma tan precipitada en 1984, sin ningún aumento compensatorio de la producción interna, como sugieren las cifras del USDA. Una posible explicación está en que durante los disturbios políticos y civiles ocurridos en Haití entre 1984 y 1989, se perdió el control oficial

Cuadro 2. Producción e importaciones de cigarrillos notificadas por varias fuentes (millones de cigarrillos), Haití, 1977–1989

Año	Producción		Importaciones	
	USDA	IHSI	USDA	IHSI
1977	785	815	1000	583
1978	864	958	1000	627
1979	950	1004	1000	1351
1980	1050	1094	1000	
1981	1125	1062	1000	
1982	900	921	1000	
1983	925		1000	
1984	940		19	
1985	887	957*	13	
1986	870		30	
1987	870		30	
1988	870		30	
1989	870		30	

Fuentes: USDA (1990).

Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (1980, 1981, 1982a, 1982b).

*Encyclopedia Britannica (1990).

de las importaciones de cigarrillos y estos se llevaron de contrabando al país, en tanto que otras importaciones sencillamente se dejaron de notificar. En esas circunstancias, es probable que el consumo de cigarrillos de las personas de 15 años o más se

haya mantenido entre 600 y 700 per cápita al año, como se informó en el período de 1979 a 1983. No existe ninguna otra información sobre el consumo de tabaco o la prevalencia del tabaquismo en Haití.

Resumen

Al igual que los datos sobre la venta de tabaco, los de mortalidad infantil en Haití son dudosos. No se han publicado datos de mortalidad por edad ni por causa. Tampoco existen datos sobre morbilidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Las prioridades del Ministerio de Salud reflejan los problemas sanitarios que afronta la nación y entre las que son objeto de atención están las enfermedades diarreicas, las enfermedades inmunoprevenibles, la tuberculosis, la protección de la mujer y del niño, la planificación familiar, la malnutrición, la malaria y el SIDA (OPS, 1990). Esta lista no incluye el tabaco y no se ha organizado ningún programa ni intervención para abordar el problema del uso de dicho producto. La mortalidad de lactantes y niños pequeños ha sido y sigue siendo el principal problema de salud pública de Haití. Son relativamente pocas las personas que sobreviven lo suficiente para sufrir las enfermedades relacionadas con el tabaco que, de ordinario, se manifiestan solo después de los 45 años.

El acopio de datos sigue constituyendo un problema en muchos sectores de Haití. Hay dificultades en muchos aspectos de la recolección de datos económicos, demográficos y de salud. Pese a ello, se sabe que los productos del tabaco se consumen y han existido por mucho tiempo en Haití. Aun con estos conocimientos rudimentarios es posible determinar que en las soluciones de los actuales problemas de salud pública en Haití está la semilla de las del futuro. A medida que se adelanta en la conquista de la mortalidad de lactantes y niños pequeños y del control de las enfermedades infecciosas y transmisibles, un mayor número de personas sobrevivirá hasta una edad mediana. Estarán expuestas entonces al riesgo de muchas enfermedades crónicas que son las causas de defunción más comunes en otros lugares del Caribe y en América del Norte. La falta de atención al uso de tabaco por parte de los jóvenes haitianos en los años 90 indica que muchos de ellos estarán expuestos a un gran riesgo de defunción por una causa relacionada con el tabaco cuando lleguen a los 50 ó 60. Cuanto más éxito se alcance en la conquista de la mortalidad por enfermedades infecciosas y transmisibles y mayor sea el número de personas que sobrevive hasta una edad avanzada,

mayor será el posible número de defunciones por enfermedades relacionadas con el tabaco en la edad mediana.

Con programas eficaces de prevención del uso del tabaco, particularmente por parte de los jóvenes, se podría evitar que ocurriera en Haití una epidemia de uso de ese producto en la escala registrada actualmente en Europa, el Canadá y los Estados Unidos. Sin embargo, Haití afronta actualmente muchos problemas de salud bien definidos y sus recursos son pocos. En esas circunstancias, quizá no convenga realizar complejos programas integrales para desestimular el uso del tabaco. Tal vez las actividades legislativas y económicas sencillas y eficaces sean las intervenciones más importantes en Haití en este momento.

Al reconocer esos problemas, un Comité de Expertos de la OMS formuló una serie de recomendaciones en 1983 para realizar amplios programas de control del tabaquismo en los países en desarrollo (OMS, 1983). Muchas de esas recomendaciones son pertinentes para Haití y merecen estudio más detallado para aplicarlas en ese país. Se destaca entre ellas la necesidad de tomar medidas efectivas ahora para prevenir futuros problemas y de exigir que se prohíba anunciar y promover el tabaco, así como la venta de productos del tabaco a los niños. Estas recomendaciones exigen también el establecimiento de programas educativos cuidadosamente planeados y con suficientes fondos y la integración de las campañas de acción relativas al tabaquismo y la salud en el sistema nacional de atención primaria de salud.

Sin embargo, aun antes de poner en práctica esas recomendaciones, revestiría máxima prioridad el restablecimiento de un pleno control administrativo del comercio del tabaco. Si se controlaran lo suficiente la fabricación e importación de productos del tabaco para minimizar el contrabando y recaudar los impuestos sobre el tabaco en casi todas las ventas de cigarrillos en Haití, se podrían lograr varios fines. Sería posible vigilar en la debida forma las tendencias del consumo de tabaco, lo que permitiría restituir la confianza en las estadísticas de consumo nacional de dicho producto. Esa medida serviría también para reducir el contrabando y otras actividades ilícitas y muy probablemente disminuiría el consumo porque el precio de todos los cigarrillos incluiría los impuestos sobre el tabaco y, por tanto, sería más alto. Además, la recaudación de impuestos sobre el tabaco proporcionaría rentas que el Estado necesita con urgencia para realizar actividades de salud pública destinadas a resolver los problemas de salud prioritarios de la nación y a

proporcionar una base para poner en práctica las recomendaciones formuladas por el Comité de Expertos de la OMS (OMS, 1983).

Conclusiones

1. Los problemas prioritarios de salud que afronta Haití no incluyen al tabaquismo y no se ha organizado ningún programa ni intervención para abordar el problema del uso del tabaco. La mortalidad de lactantes y niños pequeños ha sido y sigue siendo el principal problema de salud pública de Haití. Son relativamente pocas las personas que sobreviven lo suficiente para sufrir enfermedades relacionadas con el tabaco que, de ordinario, se manifiestan después de los 45 años.
2. Los datos sobre consumo de tabaco en Haití, particularmente los relativos a importaciones, están incompletos y son de dudosa calidad. Sin embargo, se estima que la tasa anual de consumo de cigarrillos en la actualidad es, por lo menos, de 600 a 700 por persona de 15 años o más.
3. Como asunto de máxima prioridad para el control del uso del tabaco en Haití, hay que tomar las medidas de rigor para recaudar los impuestos con que grava el Estado todas las ventas de cigarrillos, ya sean importados o de fabricación local. Es preciso publicar estadísticas completas sobre el volumen y el valor monetario de los cigarrillos importados y de fabricación local.

Referencias

BANCO MUNDIAL. *The World Bank Atlas 1989*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Noviembre de 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.

ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. *Encyclopedia Britannica World Data Annual 1990*. Encyclopedia Britannica. Chicago, 1990.

INSTITUT HAITIEN DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE. *Bulletin trimestriel de statistique*. No. 120, 4º trimestre, 1980.

INSTITUT HAITIEN DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE. *Bulletin trimestriel de statistique*. No. 124, 4º trimestre, 1981.

INSTITUT HAITIEN DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE. *Bulletin trimestriel de statistique*. Nos. 127 and 128, 3er y 4º trimestre, 1982a.

INSTITUT HAITIEN DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE. *Bulletin trimestriel de statistique: Supplement annuel*. No. XII, 1980, 1981, 1982b.

NACIONES UNIDAS. *Demographic Yearbook 1988*. New York, 1989.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Smoking Control Strategies in Developing Countries: Report of a WHO Expert Committee*. World Health Organization. Technical Report Series Number 695. Ginebra, 1983.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990*. Publicación Científica 524, Washington, D.C., 1990.

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco Cotton and Seeds Division, Foreign Agricultural Service. Datos inéditos. Abril de 1990.

Honduras

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación y producción
- Comercio y ventas de tabaco
- Publicidad y promoción

Prevalencia y consumo

- Consumo per cápita de cigarrillos
- Encuestas sobre la conducta
- Prevalencia de tabaquismo entre los adultos
- Actitudes y creencias sobre el tabaquismo en el lugar de trabajo
- Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Estructura y políticas ejecutivas
- Educación
- Actividades de información pública
- Acción por parte de los organismos no gubernamentales
- Actividades para el abandono del tabaquismo

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Honduras es un país subtropical que ocupa 112 088 km² en el Istmo Centroamericano. La población estimada en el primer semestre de 1990 era de 4 758 800 (Cuadro 1) (Banco Central de Honduras, 1988); la tasa de crecimiento demográfico anual notificada para el período de 1980 a 1988 fue de un 3% (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990). Según las proyecciones de población de 1988, 45,9% de la población tiene menos de 15 años; 51,1% tiene de 15 a 64 años de edad; y solo 3,0% tiene 65 años o más de edad. Más de la mitad de la población (58% en 1988) vive en áreas rurales (OPS, 1990). La mortalidad global, la mortalidad infantil y la fecundidad total han disminuido entre 1983 y 1988. Al igual que muchos países de las Américas, Honduras experimentó una grave crisis económica que empezó en 1981 y empeoró entre 1985 y 1988. La crisis se manifestó en una importante devaluación del lempira, una inflación aguda y un aumento de la deuda nacional (de \$US3,4 mil millones en 1986 a \$US4,5 mil millones en 1990) (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1991). La actividad productiva disminuyó en forma drás-

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Honduras, decenios de 1980 y 1990

Indicador	Año	Nivel
Población	1990***	4 758 800
Expectativa de vida al nacer,		
hombres	1965-1970	48,2
mujeres	1985-1990*	62,0
Expectativa de vida al nacer,		
mujeres	1965-1970	52,7
hombres	1985-1990*	66,1
Tasa total de fecundidad	1985-1990*	5,6
Tasa de mortalidad infantil	1965-1970	123,7
	1985-1990*	68,4
Tasa bruta de mortalidad	1988	8,0
Crecimiento demográfico (porcentaje/año)	1980-1988*	3
% de analfabetismo	1985	41,0
Tasa de crecimiento real del PIB (porcentaje/año)	1980-1988**	1,0
PNB per cápita	1987**	\$US850

Fuentes: *Centro Latinoamericano de Demografía, 1990.

**Banco Mundial, 1989, 1990.

***Banco Central de Honduras.

tica durante este período, ante el aumento del desempleo y de la inflación. Debido a la inestabilidad regional, Honduras tiene alrededor de 40 000 refugiados a lo largo de sus fronteras con El Salvador, Guatemala y Nicaragua. El español es el idioma nacional, con varios dialectos indios hablados en todo el país, así como el inglés en la costa Atlántica.

La industria del tabaco

Agricultura

Según las fuentes de información del Gobierno, en Honduras el tabaco cultivado en tierras agrícolas aumentó de 6258 hectáreas en 1987 a 8511 en 1990 (Banco Central de Honduras, 1991), o sea, el equivalente del 0,5% aproximadamente del total de la tierra cultivable del país. En 1989, se produjeron 4600 TM (peso seco) de tabaco, de las cuales 43% era burley, 27% de hoja de puro, 29% de tabaco curado y 1% de tabaco oriental (U.S. Department of Agriculture [USDA] 1990). En los últimos 10 años la producción de tabaco ha experimentado una disminución de casi 50% (Cuadro 1). Esta disminución puede atribuirse en parte a una epidemia del moho azul que empezó en 1980 y afectó principalmente la hoja del puro, la que se produce para la exportación. El Gobierno ha llevado a cabo extensos esfuerzos para luchar contra esta epidemia desde 1987 (Tobacco International, 1989).

Fabricación y producción

Tabacalera Hondureña, S.A. (TAHSA) es una compañía subsidiaria de la British American Tobacco Company y opera 15 plantas pequeñas en Honduras. Abarca 98% de la porción del mercado doméstico y produce 2,3 mil millones de unidades anuales distribuidas en 13 marcas diferentes. Philip Morris recientemente ingresó al mercado del cigarrillo hondureño con una nueva empresa, CIGARSA, que importa tres marcas del cigarrillo de Guatemala. Para proteger la industria nacional, el Gobierno posteriormente fijó cuotas a las importaciones de cigarrillos (Tobacco International 1989).

Comercio y ventas de tabaco

Anualmente se exporta casi la mitad de toda la hoja de tabaco cultivada (Cuadro 2). TAHSA produce principalmente cigarrillos manufacturados con tabaco nacional, y en 1988, solo se exportaron 26 millones de los 2,3 mil millones de cigarrillos manufacturados en Honduras (USDA, 1990). Se-

Cuadro 2. Producción, importaciones, exportaciones de tabaco y consumo interno total de cigarrillos, Honduras, 1978-1990

Año	Tabaco en rama (toneladas métricas)			Consumo interno total de cigarrillos (mil millones de unidades)
	Producción	Importaciones	Exportaciones	
1978	7046	680	4522	2,3
1979	9496	319	4489	2,5
1980	6723	520	2938	2,1
1981	6530	700	2800	2,1
1982	6095	600	2800	2,3
1983	5099	200	1600	2,3
1984	5049	500	1600	2,3
1985	5139	500	1800	2,3
1986	3982	212	1498	2,3
1987	3963	212	1260	2,3
1988	3804	50	1124	2,3
1989	3775	50	1800	2,5
1990	4600	50	2520	2,5

Fuentes: USDA, 1990; Tabacalera Hondureña, S.A., 1990.

gún fuentes del gobierno, los ingresos por la exportación de tabaco aumentaron de \$US3,9 millones en 1988 a \$US9,6 millones in 1990 (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1991). El total de los ingresos del Gobierno aumentó de \$US34,8 millones en 1986 a \$US57,5 millones en 1990. En el país los cigarrillos se venden en paquetes de 20 unidades cada uno a un precio que varía entre 1 y 2 lempiras (\$US0,23 a 0,46) (Banco Central de Honduras, 1991); los cigarrillos también se venden por unidad por los vendedores ambulantes.

Publicidad y promoción

Los anuncios de cigarrillos aparecen en todos los medios de comunicación. Los anuncios en la televisión, no obstante, están prohibidos durante el día. Alrededor de 60,8 horas de transmisión por programa anual están dedicadas a los anuncios de cigarrillos, a pesar del creciente costo de estos anuncios (Almandares, 1991). Los anuncios de los periódicos aparecen mayormente en la sección de deportes, con un promedio de 288 anuncios por año en los cuatro periódicos principales de la nación (Pon, 1989).

La Constitución Nacional declara que pueden aprobarse leyes de censura a fin de proteger los valores éticos y culturales; estipula específicamente que la publicidad comercial de bebidas alcohólicas y productos de tabaco será reglamentada por la ley (Constitución de la República de Honduras, 1988).

Se ha asignado la responsabilidad de esta área al Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, la Drogadicción y la Farmacodependencia (Decreto 136-89, 1989). Actualmente se está considerando aprobar leyes restrictivas adicionales para las actividades de publicidad y promoción.

Prevalencia y consumo

Consumo per cápita de cigarrillos

Según los datos suministrados por el USDA (USDA, 1990a), el consumo total de tabaco en Honduras ha seguido siendo estable durante los últimos 10 años con la producción de aproximadamente 2,3 mil millones de cigarrillos por año (Cuadro 2). Sin embargo, debido al aumento de la

Cuadro 3. Consumo anual estimado per cápita de cigarrillos manufacturados, adultos de 15 años de edad y mayores, Honduras, 1979-1990

Año	Consumo de cigarrillos por adultos per cápita
1979	1346
1981	1066
1985	995
1988	807

Fuente: USDA, 1990a.

población, el consumo anual per cápita de tabaco para personas de 15 años o más de edad ha experimentado una disminución estimada de 1346 en 1979 a 807 en 1988 (Cuadro 3). La industria del tabaco ha observado que las ventas se concentran principalmente en las marcas de costo más bajo y de calidad inferior (Tobacco International, 1989). Es evidente que la disminución del consumo estaba directamente relacionada con una economía en crisis durante la década de los 80.

Encuestas sobre la conducta

En Honduras se han llevado a cabo cuatro encuestas sobre la prevalencia de tabaquismo; cada una ha abarcado un sector específico de la población (Cuadro 4). La primera encuesta, que tuvo lugar en 1986, incluyó la participación de un grupo de adultos jóvenes, de edades entre 15 y 26 años, que esperaban iniciar sus estudios universitarios (Flores de Kunkar, 1986). Una encuesta de 1987 sobre la epidemiología y la salud familiar realizó una investigación sobre tabaquismo en las mujeres de edad fecunda (14 a 44 años) (Ministerio de Salud Pública, 1987b). La tercera encuesta se llevó a cabo en zonas urbanas y se centró en la población mayor de 18 años de edad (Gallup, Inc., 1988); la definición de

“fumador” en esta encuesta resultó distinta a la de las dos encuestas anteriores. En la encuesta Gallup se hacía referencia a “los fumadores ocasionales” para designar a aquellos entrevistados que habían fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida y a los “fumadores actuales” para identificar a quienes todavía fumaban en el momento de ser entrevistados. En el caso de las otras encuestas, en la categoría de los “fumadores” se incluyó también a los fumadores ocasionales, hubieran o no fumado 100 cigarrillos en sus vidas.

En cuarto lugar, en 1987 se encuestaron los empleados del Ministerio de Salud en lo referente a su reacción ante el tabaquismo, así como también en cuanto a sus actitudes ante la exposición al humo de tabaco y en cuanto a restricciones relacionadas con el tabaquismo en el lugar de trabajo. Esta última encuesta estaba diseñada para evaluar un cambio de política en los ámbitos de trabajo en el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud Pública, 1987a). Por último, en dos tesis presentadas por candidatos al doctorado de la Facultad de Ciencias Médicas de Tegucigalpa se informó sobre los resultados de dos encuestas comparativas entre residentes de zonas urbanas y rurales (Hernández-González, 1989) y entre estudiantes de secundaria (Amaya-Alemán, 1990).

Cuadro 4. Encuestas sobre tabaquismo y prevalencia (%) de tabaquismo actual, por sexo, Honduras, 1980

Encuesta	Año	Muestra	Tamaño de la muestra	Prevalencia de fumadores (%)		
				Hombres	Mujeres	Ambos
Flores de Kunkar (1986)	1986	Estudiantes que esperan iniciar sus estudios universitarios	694	29,0	4,1	17
Encuesta sobre salud familiar (Ministerio de Salud Pública, 1987)	1987	Mujeres entre 15 y 44 (nacional)	10 142	—	6,0	—
Ministerio de Salud Pública (1987)	1987	Empleados del Ministerio de Salud Pública	293	21,5		
Gallup (1988)	1988	Población urbana	1200	36,0	11,0	24,0
Hernández-González (1989)	1989	Zonas rurales y urbanas de 15-30 años	1000 (urbana) 1000 (rural)	76,0 56,6	14,5 1,3	55,7 36,2
Amaya-Alemán (1990)	1989	Estudiantes de secundaria de Valle y Choluteca	1491	77,2	22,9	64,6

Prevalencia de tabaquismo entre los adultos

La encuesta de Gallup de 1988 informó que la prevalencia global del tabaquismo actual alcanzaba el 24,0%, 36% entre los hombres y 11% entre las mujeres; en el grupo de los fumadores entre los 18 y 24 años de edad el porcentaje fue del 16%, un nivel un poco más alto que el notificado en personas entre los 15 y los 30 años de edad en el estudio sobre estudiantes universitarios llevado a cabo por Flores de Kunkar (porcentaje global, 17%, 29,0% entre los hombres y 4,1% entre las mujeres). La encuesta efectuada para mujeres entre 15 y 44 años de edad (Ministerio de Salud Pública, 1987b) reveló que la prevalencia del tabaquismo en estas mujeres es mayor de la que se observa entre las mujeres de 15 a 30 años en el estudio de Flores de Kunkar (1986) (6,0 frente a 3,9%). La prevalencia global del tabaquismo entre los empleados del Ministerio de Salud fue del 21,5%; se informó que las tasas de prevalencia más altas se encontraron entre los porteros, los choferes (31,6%) y los empleados del área técnica (24,3%) y las tasas más bajas se encontraron entre los graduados universitarios (22,5%) y las secretarías (12,3%) (Ministerio de Salud Pública, 1987a).

En la encuesta efectuada por Gallup, se notificó que la prevalencia de tabaquismo es mayor en la población con educación secundaria o universitaria (26%) que para aquellos con menos instrucción (22%). Sin embargo, se encontró que la prevalencia del tabaquismo entre exfumadores fue también mayor entre las personas con niveles de educación más altos: 36% para los que tenían una educación primaria, 40% para aquellos con educación secundaria y 45% para aquellos con educación superior (Gallup, 1988).

El Ministerio de Salud Pública informó varias diferencias sociodemográficas entre las mujeres en edad de procrear. Entre las mujeres en la zona metropolitana de Tegucigalpa, el 8,0% son fumadoras actuales, mientras que la tasa de prevalencia entre las mujeres que viven en las zonas rurales fue de solo 5,0%. La prevalencia del tabaquismo entre las mujeres empleadas fue más alta que entre las mujeres desempleadas (9,0 frente a 4,8%), y la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres que alcanzaron un nivel educativo alto (universitario o superior) fue superior (12,0%) al alcanzado entre aquellas con educación primaria (4,7%), educación secundaria (5,6%), o las que no recibieron ninguna formación (9,7%). Las mujeres que usan anticonceptivos orales tuvieron una prevalencia más alta de tabaquismo que aquellas que no los usan (8,3 frente a 5,8%). Casi todas las fumadoras (96,2%)

informaron que fuman menos de 21 cigarrillos por día, y el 86,8% fuma menos de 11 cigarrillos diarios (Ministerio de Salud Pública, 1987b). Los datos sugieren que la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres en Honduras es muy baja, pero que las mujeres que han alcanzado un nivel de educación alto, las que tienen el potencial de ingresos más altos y las de las zonas más urbanas presentan el mayor riesgo de tabaquismo. Además, debido a la mayor prevalencia de tabaquismo entre las mujeres que emplean anticonceptivos orales, el riesgo de complicaciones cardiovasculares asociadas con los anticonceptivos orales aumenta entre estas mujeres (U.S. Department of Health and Human Services, 1980).

Actitudes y creencias sobre el tabaquismo en el lugar de trabajo

La encuesta de 1987 efectuada entre los empleados del Ministerio de Salud Pública fue diseñada para apoyar una política planificada que restringiría el uso de tabaco en las instalaciones de la Secretaría de Salud. El resultado final indica que 77,4% sintió molestia causada por el humo del tabaco en el ambiente del lugar de trabajo; el 90,4% deseaba que no se pudiera fumar en el lugar de trabajo; y 69,8% favoreció la aplicación de reglamentos concretos sobre el tabaquismo en el ámbito del trabajo. De los 293 entrevistados, 71,4% informaron que estaban expuestos al humo del tabaco en sus lugares de trabajo (Ministerio de Salud Pública, 1987a).

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

El estudio realizado por Flores de Kunkar (1986) reveló que la prevalencia del tabaquismo entre los hombres y las mujeres menores de 20 años de edad fue de 5,2% y 1,3% respectivamente. La mayoría encuestada (n=694, de 15 a 30 años de edad) informó que la edad de iniciación de tabaquismo era entre los 15 y 18 años de edad. En este grupo de estudiantes educados, preuniversitarios, solo un 50% tenía conocimientos de que el tabaco estaba asociado al cáncer de pulmón y a otras enfermedades (Flores de Kunkar, 1986).

Entre las personas de 15 a 30 años de Catacomas (una zona urbana) y de Olancho (una zona rural), la prevalencia del tabaquismo fue más alta en la zona urbana y mucho más alta en los hombres que en las mujeres (Cuadro 4). Entre los estudiantes de secundaria en Valle y Choluteca la prevalencia de los que habían fumado alguna vez fue extraordinariamente mas alta en los hombres (77,2%) que en las mujeres (22,9%) (Cuadro 4).

Tabaquismo y salud

Es difícil evaluar la repercusión del tabaquismo en la salud de los hondureños debido a la notificación de un número reducido de defunciones causadas por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco y debido a los problemas vinculados al registro de la mortalidad en el país. En 1983, solo 11% de las defunciones fueron certificadas por un médico (OPS, 1986). En 1981, 35% de todas las defunciones fueron atribuidas a síntomas, signos y estados morbosos mal definidos; para el grupo entre las edades de 35 y 64 años de edad, la proporción fue algo inferior (25%) (OPS, 1990). Las tendencias en las tasas de mortalidad ajustadas por edad en relación con la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares no demuestran cambio entre 1971 y 1981 (Cuadro 5), a pesar de la disminución sustancial en la categoría de "síntomas, signos y estados morbosos mal definidos" (OPS, 1986, 1990). Estos datos sugieren que la prevalencia de tabaquismo y otros factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares no experimentó aumento en la población durante ese decenio.

El cáncer del estómago es la causa más común de defunción registrada entre los hombres en Honduras (19,4% de todas las defunciones por tumores), y el cáncer cervicouterino es la causa principal de defunción entre las mujeres (54,6% de todas las defunciones por tumores). Estos tumores se asocian tanto con el tabaquismo como con otros factores de riesgo. El cáncer de pulmón, causado principalmente por el tabaquismo, fue clasificado como el séptimo causante de muerte por tumores (2,4% de todas las defunciones por tumores) entre los hombres y no se encontró entre las 12 causas principales de defunción por cáncer entre las mu-

Cuadro 5. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares seleccionadas, asociadas al tabaquismo, ajustadas por sexo y edad, 1971 y 1981 (tasas por 100 000 habitantes)

Causa de defunción (Código CIE-9)	Año	
	1971	1981
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)	6,2	4,5
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	17,7	17,1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 1986 y 1990.

jes (OPS, 1990). En Honduras, el consumo muy bajo de cigarrillos por día, explica en parte el patrón de consumo y los bajos niveles de mortalidad por cáncer de pulmón.

Entre las personas de 55 a 64 años de edad, la tasa de mortalidad ajustada por edad en el caso de la cardiopatía isquémica, fue algo superior en los hombres que en las mujeres; sin embargo, la tasa de mortalidad cerebrovascular para las mujeres de este mismo grupo de edad fue un poco más alta (Cuadro 6). Las tasas de mortalidad ajustadas por edad para el cáncer orofaríngeo y el cáncer de pulmón son muy similares tanto en los hombres como en las mujeres.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Estructura y políticas ejecutivas

Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia, establecido en 1988, coordina las actividades contra el tabaquismo. El Instituto tiene un personal de cinco empleados a tiempo parcial. Desde su inicio, el Instituto ha dirigido sus esfuerzos hacia la promoción de legislación y de la coordinación entre el Gobierno y los organismos no gubernamentales.

El Instituto ha presentado un proyecto legislativo al Congreso que prohibiría el fumar en las escuelas públicas y privadas, en los cines y los teatros, en el transporte público, en el lugar de trabajo, y en las instalaciones deportivas. Este proyecto legislativo también requiere que se imponga una advertencia obligatoria en los paquetes de cigarrillos que indique los riesgos para la salud que conlleva el tabaquismo, la prohibición de venta de tabaco a los menores de edad y la prohibición de vender cigarrillos por unidad. Dicho proyecto también establece sanciones y multas, que se emplearían para financiar los programas del Instituto. A pesar de que este paquete legislativo integral aún no ha sido aprobado, en 1987 se aprobó una reglamentación que prohibió el fumar en los cines durante la exhibición de películas para niños y ordenó la instalación en los cines de carteles que indican "PROHIBIDO FUMAR".

La Secretaría de Estado en el Despacho de Comunicaciones decretó, en febrero de 1991, que no se permitiría fumar en los vehículos de transporte que llevaran ocho, o menos, pasajeros (Secretaría de Estado en el Despacho de Comunicaciones, Obras Públicas y Transporte, 1991).

Cuadro 6. Mortalidad por enfermedades seleccionadas, asociadas al tabaquismo, ajustadas por sexo y edad, Honduras, 1981 (tasas por 100 000 habitantes), 1981

Causa de defunción (Código CIE-9)	Tasa de mortalidad ajustada por edad	Grupo de edad		
		35-44	45-54	55-64
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)				
Hombres	5,4	1,3	10,5	20,7
Mujeres	3,6	1,3	3,5	15,0
Enfermedad cerebrovascular (430-438)				
Hombres	17,4	6,9	15,8	40,0
Mujeres	16,8	13,2	15,8	43,5
Tumor maligno de labio, cavidad oral y faringe (140-149)				
Hombres	0,2	—	0,9	—
Mujeres	0,2	1,3	—	—
Tumor maligno de tráquea, bronquio y pulmón (162)				
Hombres	0,5	—	—	1,4
Mujeres	0,2	0,6	0,9	1,4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 1990.

En Honduras, no se ha llevado a cabo ninguna otra acción legislativa que imponga sanciones al consumo del tabaco, y no se han impuesto regulaciones para controlar los niveles de alquitrán y nicotina en los productos de tabaco.

Educación

La educación sobre tabaquismo no se incluye en el programa oficial educativo a ningún nivel. Sin embargo, el Instituto ocasionalmente dicta conferencias sobre la farmacodependencia (incluido el tabaquismo) en las escuelas.

Actividades de información pública

Aunque no existe ninguna actividad formal y generalizada sobre información al público, sin embargo el tema del tabaquismo se aborda ocasionalmente en programas sobre temas científicos en la radio, la televisión y la prensa, especialmente durante el Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo). La Comisión Nacional para el Control del Tabaquismo (CONACTA) patrocina un programa de radio sobre el tabaco y la salud, a cargo del Colegio Nacional de Medicina. Honduras es miembro del Comité Coordinador Latinoamericano sobre la Lucha contra el

Tabaco, patrocinado por la Asociación Americana contra el Cáncer y la OPS.

Acción por parte de los organismos no gubernamentales

La Comisión Nacional para el Control del Tabaquismo (CONACTA) se estableció en septiembre de 1988. Sus actividades están sufragadas por la Sociedad Hondureña contra el Cáncer mediante donaciones y por los comités locales para el control del tabaquismo en distintas zonas del país. La Comisión organiza talleres nacionales y locales sobre el tratamiento y la prevención del tabaquismo, los que son presentados a organizaciones comunitarias, sindicatos, grupos de estudiantes, grupos religiosos y al público en general. La Comisión también coordina las actividades anuales del Día Mundial sin Tabaco y en 1991, en apoyo de ese día, patrocinó una demostración que reunió a 20 000 personas. CONACTA ayudó a desarrollar un plan nacional para el control del tabaco. Además, CONACTA organizó una campaña para donar árboles frutales a comunidades que dependen del cultivo de tabaco como parte de un programa de sustitución de cultivos. La Comisión patrocinó una encuesta nacional sobre consumo de tabaco en octubre de 1991 y ha desarrollado un programa de adiestramiento sobre educación contra el tabaco

que afectará a más de 10 000 jóvenes (Almendares, 1991).

Actividades para el abandono del tabaquismo

La Iglesia de Adventistas del Séptimo Día ofrece al público en general un programa que dura cinco días para abandonar el tabaquismo. Además, el Ministerio de Salud y la Sociedad Hondureña contra el Cáncer, incluyen en forma ocasional el tema del abandono del hábito de fumar en sus actividades regulares en la comunidad (Almendares, 1991).

Resumen y conclusiones

Honduras es un país muy pobre con un nivel de consumo nacional de tabaco bajo que va en disminución. Un sector pequeño de la población se beneficia económicamente de las exportaciones de tabaco, pero la capacidad adquisitiva de la mayoría de los consumidores hondureños no permite el uso generalizado de cigarrillos manufacturados. El Gobierno ha participado activamente en desarrollar la agricultura tabacalera y en la protección de la industria nacional de las importaciones extranjeras de cigarrillo. Se llevan a cabo extensas actividades publicitarias y promocionales para los productos de tabaco. No obstante estos anuncios deben ser presentados al Gobierno para su aprobación con el fin de no socavar los valores éticos y culturales. Ahora se prohíbe anunciar el tabaco antes de las 7:00 p.m. en la radio y la televisión.

En Honduras, la prevalencia de tabaquismo en la población adulta urbana es del 11% para las mujeres y del 36% para los hombres (Gallup, 1988). Es importante destacar que las tasas de prevalencia de tabaquismo entre las mujeres con mayores ingresos y nivel educativo son más altas que entre las mujeres con menos ingresos y un nivel educativo más bajo. La prevalencia de tabaquismo entre las mujeres que viven en áreas urbanas es mayor que la de las mujeres que viven en áreas rurales. La prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes (de 15 a 30 años de edad) que esperan ingresar a la universidad fue de 29,0% entre los hombres y de 4,1% entre las mujeres. Sin embargo, una comparación del consumo de tabaco en 1989 en dos comunidades diferentes, una rural y otra urbana, demostró que la prevalencia del tabaquismo era extraordinariamente alta en ambas (55,7 y 36,2%, respectivamente). Todavía más perturbador resulta un informe reciente sobre la prevalencia entre estudiantes de

secundaria de los que han fumado alguna vez (17,2% entre los hombres y 22,9% entre las mujeres).

La repercusión del tabaco en la mortalidad y la morbilidad en Honduras es difícil de cuantificar debido a que existen problemas con la notificación de las defunciones y porque las enfermedades asociadas con el tabaquismo, como lo son los tumores de pulmón y orofaríngeo, no son una causa común de muerte. Además, la proporción de la población de 65 años de edad y más, en los que estas enfermedades ejercen un impacto mayor, es muy reducida (3,0% en 1990). Por lo tanto, es difícil predecir los efectos futuros del tabaquismo entre los hondureños.

Las acciones que previenen y controlan el uso del tabaco en Honduras van en aumento y a una estructura administrativa del Gobierno, el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia se le ha asignado la responsabilidad de coordinar el programa contra el tabaquismo en el país. Con este fin, el Instituto ha propuesto leyes para controlar el tabaquismo en lugares públicos y aumentar las restricciones en la publicidad del tabaco. Recientemente la Comisión Nacional para el Control del Tabaquismo (CONACTA) ha organizado talleres y actividades de información sobre el tabaquismo y la salud en los medios de comunicación y, en especial, para los fumadores. Varias organizaciones no gubernamentales han proporcionado apoyo al programa oficial contra el tabaquismo. En Honduras, estos incluyen a la Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día, que ofrece programas para el abandono del tabaquismo al igual que lo hace en la mayoría de los países de las Américas y la Sociedad Hondureña contra el Cáncer que también ofrece programas de apoyo para el abandono del cigarrillo.

Partiendo de los datos presentados con anterioridad, pueden sacarse las siguientes conclusiones:

1. Aunque el porcentaje de los trabajadores agrícolas e industriales que participan en la producción del tabaco es reducido en Honduras, el tabaco tiene importancia económica, como producto de exportación agrícola. El Gobierno apoya los esfuerzos para mejorar la producción y proteger a la industria local.
2. De acuerdo con la limitada investigación disponible sobre el comportamiento ante el tabaquismo en Honduras, la prevalencia estimada es relativamente baja, en particular entre las mu-

jeros. Entre las mujeres con educación avanzada, del área urbana, y empleadas se observa una mayor prevalencia de tabaquismo que entre aquellas con un nivel de educación más bajo, mayor desempleo y un estilo de vida rural. En Honduras, el consumo del tabaco parece estar estrechamente vinculado a la capacidad económica de las personas; y el conocimiento de las consecuencias del tabaquismo para la salud entre los hondureños parece ser muy limitado.

3. La Comisión Nacional para el Control del Tabaquismo, establecida recientemente, provee un marco para la coordinación de actividades contra el tabaco. La Comisión ha propuesto legislación restrictiva adicional sobre la publicidad de los productos de tabaco, el fumar en público y el acceso al tabaco por los menores de edad. También ha apoyado actividades de información pública y en los medios de comunicación contra el tabaquismo. Las organizaciones no gubernamentales ayudan a apoyar la campaña nacional a través de los esfuerzos colaborativos, los programas de abandono del cigarrillo, y las actividades relacionadas con el Día Mundial sin Tabaco.
4. En Honduras, las consecuencias del tabaquismo todavía no se han reflejado en las cifras de mortalidad, lo que se debe, en parte, a la baja notificación en el registro de defunciones y a la falta de diagnósticos exactos así como al hecho de que la mayoría de las defunciones en el país ocurren antes de los 15 años.

Referencias

- ALMENDARES, J. Country collaborator's report, Honduras. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- AMAYA-ALEMAN, D.D., AGUILAR-REYES, M.G., CARRASCO-NUÑEZ, E.A. *Prevalencia de alcoholismo y tabaquismo en estudiantes de educación secundaria de Valle y Choluteca*. Previa Opción al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. Tegucigalpa, Honduras, 1990.
- BANCO CENTRAL DE HONDURAS. *Honduras en Cifras 1988-1990*. Departamento de Estudios Económicos. Tegucigalpa, M.D.C., junio de 1991.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989*. New York: Oxford University Press, 1989.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. CELADE, Santiago: año XXIII, No.45, 1990.
- CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE HONDURAS. *Congreso Nacional de Honduras, Edición Conmemorativa, 1988*.
- DECRETO No. 136-89. *La Gaceta*, año CXIII, No. 25959, Tegucigalpa, 14 de octubre de 1989.
- FLORES DE KUNKAR, A., ALMENDARES, J. Estudio de tabaquismo en población de pre-ingreso universitario. Dirección de Investigación Científica, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Datos no publicados, 1986.
- GALLUP ORGANIZATION Inc. *The incidence of smoking in Central and Latin America*. Conducted for the American Cancer Society, abril de 1988.
- HERNANDEZ-GONZALEZ, S.Y., GALDEMA-SANTA CRUZ, G.E. *Estudio comparativo sobre la prevalencia del tabaquismo en personas de 15 a 30 años*. Area urbana y rural, Catacomas, Olancho. Tesis. Previa Opción al Título de Médico y Cirujano. Tegucigalpa, 1989.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. *Encuesta para conocer la actitud del personal de salud frente al fumado en ambientes de trabajo*. Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa, enero de 1987a.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. *Encuesta nacional de epidemiología y salud familiar*. Tegucigalpa, 1987b.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Publicación Científica 500. Washington D.C., 1986.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Publicación Científica 524. Washington D.C., 1990.
- PON, A.M., ARAGON, A., HERNANDEZ, V., ESPAÑA, R., ALMANDARES, J. *Propaganda y publicidad del fumado en Honduras*. Trabajo presentado en VII Semana Científica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Ciudad Universitaria "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, octubre de 1989.
- SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE COMUNICACIONES, OBRAS PUBLICAS Y TRANSPORTE. *Acuerdo presidencial No. 00345*, 22 de febrero de 1991.
- SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. *Memoria 1990*. Presentada al Soberano Congreso Nacional de Tegucigalpa, M.D.C.; enero de 1991.
- TABACALERA HONDUREÑA, S.A. *Reporte Anual 1990*.
- TOBACCO INTERNATIONAL. *Latin America Issue*, 1 de junio de 1989, pp. 5-6.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco, Cotton and Seeds Division, Foreign Agricultural Service, 1990a.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. *World Tobacco Situation*. U.S. Department of Agriculture, Foreign Agricultural Service, Circular Series, FT 5-90, mayo de 1990b.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking for Women—A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health, 1980.

Islas Vírgenes de los Estados Unidos de América

Características generales

La industria del tabaco

- Consumo de tabaco

- Consumo de tabaco por la población adulta

- Valoración sanitaria tras el huracán Hugo

- Consumo de tabaco por los adolescentes

- Preferencia de marca

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Políticas y leyes

- Campañas de información/educación pública

- Programas de educación en el medio escolar

- Actividades de grupos voluntarios particulares

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

Las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (IVEUA) forman el grupo más occidental de islas de las Antillas Menores y comprenden tres islas principales, Santa Cruz (135 km²), Santo Tomás (51,5 km²) y San Juan (32,1 km²) y unas 60 islas menores y cayos. Constituyen un territorio administrado por los Estados Unidos desde principios del siglo XX, inicialmente para mejorar la defensa estratégica del Canal de Panamá. Previamente las Islas fueron una colonia danesa. Los residentes poseen la nacionalidad estadounidense desde 1927, y las Islas se hallan bajo la jurisdicción del Departamento de Interior de los EUA como territorio administrado pero no incorporado. Desde 1954, el poder legislativo está formado por la Legislatura unicameral de las Islas Vírgenes, compuesta por 15 miembros, que disfruta de casi todos los poderes de las legislaturas estatales de los Estados Unidos (USVI Legislature, 1983). Se han realizado numerosos esfuerzos por establecer la autonomía de las Islas, pero la mayoría de los votantes censados rechazaron esta iniciativa en un reciente referéndum exigido por la ley.

El Gobierno de los EUA define como rural toda población inferior a 50 000 habitantes cuando se trata de financiar centros de salud comunitarios. Por tanto, según esta definición, todas las islas de las IVEUA deberían ser consideradas zonas rurales. Sin embargo, Santo Tomás y Santa Cruz poseen ciudades claramente establecidas y Charlotte Amalie, en Santo Tomás, es un núcleo de comercio turístico con influencias cosmopolitas y los clásicos problemas urbanos de hacinamiento y pobreza. En 1960, se calculó la población de las IVEUA en 32 099 habitantes; en 1980, era de 96 569 habitantes, con un índice de crecimiento geométrico del 5,7% anual. La población calculada para 1990 sería de 113 000 habitantes. En 1989, un 80,2% de esta población era de raza negra y 17,0% de raza blanca; en ambos grupos, un 18,0% declaró ser de origen hispano.

La proporción de residentes naturales del país ha descendido hasta casi la mitad entre 1960 y 1980 (83 y 44,7%, respectivamente). La mayoría de la población blanca del territorio (58,8%) nació en los Estados Unidos, mientras que la mayoría de los habitantes de raza negra (52,2%) proceden de otras islas del Caribe.

La esperanza de vida al nacer de los habitantes de las IVEUA es, aproximadamente, de 76 años (USVI Department of Health [USVIDOH], 1988). El índice de mortalidad infantil (IMI) varía de un año para otro; así, en 1987 fue de 19,2 por 1000

nacidos vivos y en 1988 fue de 12,5 por 1000 nacidos vivos. Esta cifra representa un notable descenso del índice de 23,2 por 1000 nacidos vivos de 1984 pero, aún así, es una cifra superior al índice de mortalidad infantil de los Estados Unidos, que equivale a 10,1 por 1000 nacidos vivos (USVIDOH, 1988; U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1990). Sin embargo, el IMI indica que el estado de salud de la población negra de las Islas Vírgenes es mejor que el de la población negra de los Estados Unidos, que presentó un IMI de 17,9 por 1000 nacidos vivos en 1987 (USDHHS, 1990) (Cuadro 1). Este descenso de la mortalidad infantil, si se mantiene, podría explicarse por un control mejor de las enfermedades infecciosas de la infancia y mejor atención a la gestación y al parto.

El producto interno/territorial bruto (PTB) de 1988 fue de \$US1246 millones y el PTB per cápita alcanzó los \$US11 755 (USVI Industrial Development Commission, 1990). Este índice debería situar a las IVEUA entre las economías de mayor renta del mundo (Banco Mundial, 1990) pero la existencia de importantes diferencias en la renta per cápita hace que la cifra del PTB per cápita no sea representativa de la verdadera situación económica de las Islas. Por ejemplo, menos del 60% de la población ha terminado la educación secundaria y solo el 15,3% han recibido capacitación de posgrado. En el año fiscal (AF) de 1990, el mayor porcentaje de la población (23,0%) ganó menos de \$US10 000. Sin embargo, el incremento de casi 10 veces del número de turistas entre 1960 y 1980 y el índice de incremento de la renta personal de un 11% ponen de manifiesto un evidente crecimiento económico en las Islas Vírgenes de los EUA durante los últimos 20 años. El impacto de la inflación ha reducido, pero no anulado, el valor de estos índices de crecimiento y desarrollo (Jones-Hendrickson, 1990).

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, 1988

Población (calculada en 1990)	113 000
Porcentaje menor de 5 años	13
Porcentaje 65 años o más	4
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	12,5
Índice de natalidad por 1000	21,6
Índice bruto de mortalidad por 1000	5,0
Producto territorial bruto per cápita	\$US11 755

Fuente: USVI Industrial Development Commission, 1990.

Más del 70% de la población tiene menos de 35 años, el 13% tiene menos de 5 años y solo el 4% tiene 65 años o más (Christian, 1988). Las IVEUA muestran un índice creciente de fecundidad, un bajo IMI y una importante inmigración de jóvenes que buscan mejores oportunidades económicas. En comparación con otras islas del Caribe, las condiciones de salud son buenas, aunque muy diferentes de las del territorio continental de los Estados Unidos. Se ha conseguido controlar muchas de las enfermedades infecciosas y en la actualidad, las principales causas de defunción son las enfermedades del corazón (40% del total de fallecimientos), los tumores (11%), los trastornos perinatales (7%), la diabetes (5%) y los accidentes (5%) (USVIDOH, 1988).

En línea con los Objetivos Sanitarios para la Nación de 1990 del Servicio de Salud Pública de los EUA. (USDHHS, 1980), las IVEUA regionalizaron el sistema de atención de salud a fin de hacerlo accesible a toda la población para el año 1990. Todos los distritos regionales deben establecer un modelo de atención primaria de salud que permita un enfoque integrado de la atención. Esta integración favorece, mediante la atención primaria, intervenciones tales como los programas para dejar de fumar. En 1987, se creó la División de Prevención, Promoción de la Salud y Protección (DPPP), destinada a administrar y gestionar la integración. Este sistema de atención integral de salud subraya los aspectos de educación, detección precoz, asistencia competente y servicios comunitarios. Entre las misiones de la DPPP se encuentran la educación sobre el tabaco y la prevención de las enfermedades crónicas, junto a las tareas convencionales de la salud pública, tales como servicios de vacunación, control de las enfermedades de transmisión sexual, intervenciones contra el VIH/SIDA y asistencia social. El porcentaje del presupuesto del Departamento de Salud financiado por los EUA descendió de 35% a principios del decenio de 1970 hasta menos del 18% en 1990 (USVIDOH, 1991). Más del 60% del presupuesto destinado a actividades relacionadas con la salud está dedicado al funcionamiento de los hospitales.

Desde la época colonial, la economía de las IVEUA ha dependido del comercio mundial de los Estados Unidos. Las Islas se hallan en excelente situación estratégica entre las Américas del Norte y del Sur y poseen un clima político estable. Sin embargo, dada su extrema carencia de recursos, deben importar casi todos sus bienes y han dependido de un solo producto económico, el turismo, desde los inicios de 1960, cuando Cuba quedó cerrada a los

visitantes estadounidenses. Objetos de lujo y recreo tales como joyas, perfumes, cigarrillos y alcohol se venden ampliamente como bienes libres de impuestos y, a su vez, sirven de promoción para viajar a las IVEUA. La industria turística ha hecho que se dependa menos de la agricultura local y ha difundido los hábitos y patrones de consumo de los EUA a través de la exposición de la población a la publicidad y al turismo (McElroy, 1974).

La industria del tabaco

En 1680, comenzaron a cultivar tabaco 50 haciendas de Santo Tomás. Bajo la dominación danesa, el tabaco se empleaba para pagar las multas impuestas por crímenes tales como trabajar en domingo o abandonar la isla sin permiso del gobernador (Taylor, 1888). Sin embargo, en todas las Indias Occidentales se descubrió que el tabaco era un producto primario poco seguro. El tabaco cultivado en Barbados y las Islas de Sotavento era de mala calidad y no podía competir con el tabaco de Virginia. Por ello, el azúcar fue considerado la alternativa lógica ya que, al contrario que el tabaco, crecía con facilidad en el trópico y empleaba mano de obra no calificada, sin agotar el suelo (Parry, 1981).

Durante la Revolución Americana, el tabaco norteamericano fue un bien de intercambio esencial entre el continente y las islas. En 1767, Oldenthorp observó que, pese a la facilidad con que el tabaco se cultivaba en las Islas Vírgenes, los residentes solo plantaban la cantidad suficiente para su propio consumo (Oldenthorp, 1987). En la época del comercio de esclavos entre Africa y el Caribe, se añadía el contenido de una pipa a la dieta semanal de los esclavos. Antes de su subasta, se les preparaba (además de alimentarlos, afeitarlos y vestirlos) con una pipa nueva cargada de tabaco. Es posible que la nicotina actuara como estimulante, de modo que los esclavos parecían más fuertes y seguros de sí mismos y se podían vender a precios más altos (Oldenthorp, 1987). Durante los años de 1800, el tabaco destinado al consumo de agricultores, terratenientes y esclavos era, en general, importado (Edwards, 1801). En la actualidad no existe cultivo de tabaco en las IVEUA. Todos los productos de tabaco son importados.

En las IVEUA existe hoy día una fuerte promoción de los derivados del tabaco. Las compañías tabacaleras suelen publicar anuncios de una página en los medios de comunicación, con cupones para conseguir otros artículos, tales como camisetas, viseras y mochilas. También patrocinan las carreras de caballos y regalan sombreros, sombrillas y can-

Cuadro 2. Importación de tabaco a las Islas Vírgenes de los EUA, 1988

Tipo	Cantidad	Valor (\$)
Cigarrillos	1262*	549 273
Cigarros	673 000	25 274
Tabaco de mascar, rapé	900 000	2160
Tabaco manufacturado	7 027 000	6480

Fuente: Departamento de Desarrollo Económico y Agricultura de las IVEUA, 1988.

*millones de paquetes

timploras con los distintivos de las marcas de cigarrillos durante los carnavales. La promoción de los cigarrillos en la radio y la televisión está prohibida de acuerdo con la legislación de los EUA. (Public Health Cigarette Smoking Act de 1969) (USDHHS, 1989).

Las IVEUA no tienen impuesto de ventas. Solo hay un impuesto sobre el consumo de los bienes introducidos en el territorio. En el AF de 1988, el valor alcanzado por los derivados del tabaco fue de \$583 187 00 (Cuadro 2), mientras que el impuesto sobre el consumo de estos productos fue del 4% (\$23 327 48).

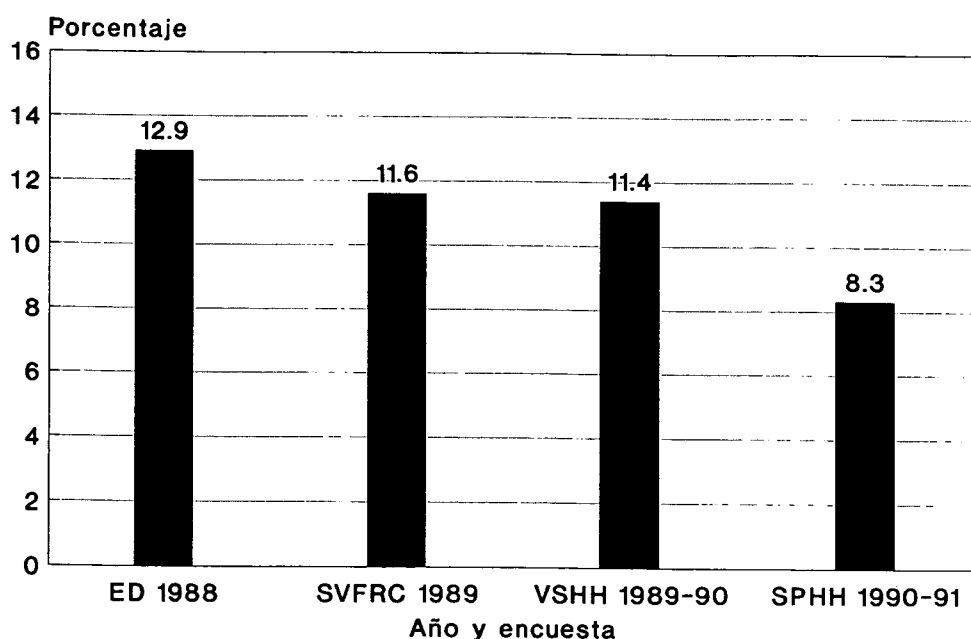
Consumo de tabaco

Ni la industria tabacalera ni el Gobierno de los Estados Unidos disponen de datos sobre el consumo y la importación de tabaco en las IVEUA. Además, estos datos no proporcionarían información útil sobre consumo local, puesto que existe un amplio comercio turístico libre de impuestos. Sin embargo, las cuatro encuestas efectuadas entre 1988 y 1991 han permitido obtener datos coherentes sobre la prevalencia del tabaquismo en los residentes del Territorio (Figura 1). Tres de estas encuestas se realizaron mediante entrevistas personales y la cuarta fue telefónica, empleándose el cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de los Centros para el Control de Eufemidades (CDC).

Consumo de tabaco por la población adulta

En 1988, el Departamento de Salud de las Islas Vírgenes realizó 1506 entrevistas personales en domicilios de las tres islas, utilizando una muestra de probabilidad compleja con un diseño de fases múltiples. Además de otras indagaciones relacionadas con la salud, se preguntó a los sujetos si fumaban. En conjunto, el 12,9% de los encuestados respondió que fumaban en la actualidad. De ellos, la mayor prevalencia correspondió a personas de 35 a 44

Figura 1. Prevalencia de fumadores actuales (%) en la población adulta, Islas Vírgenes de los EUA, 1988-1990



años (16,5%), seguida de la de las personas de 25 a 34 años (16,1%) y la menor se encontró entre los de 65 años o más (7,1%). La prevalencia del consumo de tabaco en personas de 18 años o más, estratificada según la isla de residencia, fue del 15,5 en Santa Cruz, 9,9% en Santo Tomás y 14,5% en San Juan. También se preguntó a los encuestados por su lugar de nacimiento. Los nacidos en los Estados Unidos presentaron una prevalencia tres veces mayor (19,6%) que la de los naturales de las Islas (aproximadamente 6,2%), y los procedentes de Puerto Rico mostraron también una prevalencia muy superior (15,6%) a la de los nacidos en las Islas.

Las IVEUA participaron en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de los CDC en 1989 mediante una encuesta basada en un período cronológico determinado. Este cuestionario normalizado contiene preguntas sobre el hábito de fumar. En 1989, se hizo una encuesta telefónica de 1410 domicilios (individuos) mediante un diseño multifásico por conglomerados, basado en el Waksburg Sampling Method for Random Digit Dialing. La prevalencia global de fumadores actuales con teléfono en las IVEUA fue de 11,6%; 9,2% eran exfumadores y 78,5% no habían fumado nunca (o habían fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida) (Cuadro 3). Los hombres presentaron una prevalencia más alta que las mujeres (14,6 y 9,1%, respectivamente), pero el 62% de las mujeres, y solo el 40% de los hombres, fumaban menos de 20 cigarrillos al día (Cuadro 4). La prevalencia de exfumadores era también mayor en los hombres (11,3 y 7,5%, respectivamente), lo que indica en ellos una tendencia ligeramente mayor a dejar de fumar.

En contraste con el patrón observado en el territorio continental de los Estados Unidos, la prevalencia del tabaquismo entre las personas de raza blanca es mayor que entre los de otras razas (negros e hispanos en su mayor parte) en las IVEUA (29,3% en los blancos, 6,9% en los negros y 16,4% en los hispanos). Según estos datos, la probabilidad de ser fumador es casi dos veces mayor en los de raza blanca que en los de origen hispano y cuatro veces mayor que en los de raza negra.

De los hombres, los de 65 años o más presentaron la mayor prevalencia de consumo de tabaco (19,8%), seguidos por los que tenían de 35 a 44 años (19,1%), 25 a 34 años (17,6%) y 18 a 24 años (5,2%). En las mujeres, la prevalencia más alta se encontró en las del grupo de edad de 35 a 44 años (12,5%) y la más baja en las del grupo de 65 años o más (4%).

En general, la prevalencia del tabaquismo

mostró una correlación positiva con el nivel de educación alcanzado. La mayor prevalencia se encontró en los que tenían educación superior y de posgrado (Cuadro 3). Sin embargo, los que habían completado "parte de la enseñanza secundaria" tenían una prevalencia muy semejante a la de los que tenían al menos cierta educación superior. Este patrón podría quedar reflejado igualmente por la pre-

Cuadro 3. Prevalencia de fumadores actuales (%) según sexo, grupo de edad, nivel de educación, renta y raza, Islas Vírgenes de los EUA, 1989

	Fumadores actuales	Exfumadores
Sexo		
Hombres	14,6	11,3
Mujeres	9,1	7,5
Ambos sexos	11,6	9,2
Grupo de edad		
18-24	5,9	
25-34	13,9	
35-44	15,4	
45-54	10,3	
55-64	9,4	
65+	11,0	
Nivel de educación		
9° grado	6,0	
alguna educación secundaria	16,3	
graduado de secundaria	7,8	
tec./grad. tec.	5,6	
alguna educación universitaria	15,5	
graduado universitario	15,9	
posgraduado	22,9	
Renta		
< 10 000	10,3	
10-14 000	9,6	
15-19 000	15,8	
20-24 000	9,3	
25-34 000	11,4	
35-50 000	17,1	
> 50 000	22,9	
Raza		
Negra	6,9	
Blanca	29,3	
Hispanos	16,4	

Fuente: Christian, 1990.

Cuadro 4. Cigarrillos fumados al día, Encuesta de Factores de Riesgo del Comportamiento, Islas Vírgenes de los EUA, 1989

No. de cigarrillos	Porcentaje de respuestas
0 cigarrillos al día	88,4
1-20 cigarrillos al día	8,9
21+ cigarrillos al día	1,7

Fuente: Christian, 1990.

valencia de consumo de tabaco según el nivel de renta. Excepto en las personas que ganaban de \$US15 000 a \$US20 000 anuales, la prevalencia de fumadores actuales mostró asociación positiva con la renta, y fue mayor en los solteros que en los casados (33,1 y 8,8%, respectivamente).

Valoración sanitaria tras el huracán Hugo

Cuando el huracán Hugo arrasó las IVEUA en septiembre de 1989, el Departamento de Salud realizó una encuesta de población sobre el estado de salud de la misma (Christian, 1990). Para ello se extrajo una muestra del 2% de la población a partir de la lista de usuarios de servicios de agua y electricidad de las tres islas principales. Se entrevistó a un total de 727 individuos personalmente (549 mujeres y 178 hombres). El cuestionario contenía preguntas sobre el consumo de tabaco adaptadas de las correspondientes del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento, que se había realizado un mes antes del paso del huracán. Con ello, se pretendía medir los cambios de comportamiento en relación con la salud tras un desastre y comparar estos datos con la encuesta telefónica realizada poco antes (Cuadro 3). Los entrevistados inmediatamente después del paso del huracán y algunos sujetos más fueron interrogados de nuevo de 8 a 12 meses más tarde.

Las encuestas demuestran que, antes del huracán, el 10,6% de los entrevistados eran fumadores; la cifra fue de 11,4% de los 3 a los 5 meses después del desastre y, un año más tarde, había descendido a 8,3% (Christian, 1991).

Consumo de tabaco por los adolescentes

Durante la encuesta domiciliaria de 1988 se entrevistó también a niños y adolescentes. No se encontraron fumadores menores de 11 años. En el grupo de edad de 12 a 17 años, solo el 0,6% admitió

fumar. La Sociedad Americana contra el Cáncer, capítulo de Santa Cruz, tiene previsto realizar encuestas sobre el consumo de tabaco entre los alumnos de enseñanza secundaria durante la primavera de 1991.

Preferencia de marca

A través de una encuesta telefónica realizada a mayoristas, distribuidores, grandes supermercados, farmacias y tiendas de bebidas alcohólicas se han estudiado tanto las marcas de cigarrillos más populares como sus precios medios. Además, se han calculado los ingresos totales procedentes de los derivados del tabaco. Se pidió a los encuestados que clasificaran por orden de popularidad las cinco marcas más vendidas o distribuidas en su compañía o comercio. En los resultados, aparece Marlboro como la marca más popular, con un 19,4% del mercado (Cuadro 5). El precio medio del paquete de cigarrillos fue de \$US1,50. La cajetilla más popular contiene 20 unidades. Según los datos proporcionados por todos los negocios encuestados, la venta de cigarros equivale al 4,3%, aproximadamente, de la venta total, mientras que los porcentajes correspondientes a tabaco de pipa (2,3%) y tabaco sin humo (2,1 %) son muy pequeños (Hatcher, 1991).

Tabaquismo y salud

El patrón de mortalidad de las Islas Vírgenes de los EUA es similar al de los Estados Unidos. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y el cáncer son las principales causas de defunción. De la mortalidad total, el 21,9% se atribuye a las primeras y el 17,4%, al segundo. Ambos sexos presentaron aumento de las tasas de mortalidad por cáncer durante el quinquenio 1982-1987; sin embargo, las tasas de mortalidad por esta causa de los hombres

Cuadro 5. Marcas más populares de cigarrillos en las Islas Vírgenes de los EUA, por orden de preferencia, 1990

Orden	Marca
1	Marlboro
2	Kools
3	Winston
4	Benson & Hedges, Newport, Salem
5	Merit

Fuente: Hatcher, 1991.

fueron siempre mayores que las de las mujeres durante este período (USVIDOH, 1988). En conjunto, las enfermedades relacionadas con el tabaco produjeron 39,3% de todas las defunciones.

Las ECV también son responsables del porcentaje más alto de visitas al sistema de atención de salud ambulatorio y el diagnóstico más frecuente es el de hipertensión (Christian, 1990).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Políticas y leyes

Las leyes que limitan el consumo de tabaco en los lugares de trabajo pueden ser un medio eficaz para reducir el consumo de cigarrillos (Borland, 1990). En 1985, la Legislatura de las Islas Vírgenes promulgó una ley (Ley # 5125) por la que se exige a los empresarios particulares, oficinas del Gobierno y restaurantes la delimitación de zonas para los no fumadores. Obligan al cumplimiento de esta ley el Departamento de Policía y la Administración de Servicios al Consumidor, y su incumplimiento conlleva las correspondientes multas. El Código de las Islas Vírgenes, subcapítulo XIII, sección 892-895, afirma que todos los empresarios que dispongan de una oficina deberán adoptar y mantener una política por escrito sobre el tabaco y que todos los propietarios de restaurantes designarán y mantendrán al menos el 30% de sus plazas como áreas para no fumadores. Las correspondientes sanciones para los que no cumplan la ley en el plazo de 30 días siguientes a su entrada en vigor consistirá en la suspensión de autorización o licencia de trabajo durante un mes. Esta provisión se amplía a todos los edificios del Gobierno. El término "oficina de trabajo" comprende todo edificio, estructura o área delimitada en la que se realicen negocios de carácter administrativo o profesional. En la clasificación del Informe del Cirujano General de los EUA de 1989, esta ley está considerada como ley "amplia" de aire puro en lugares cerrados (US DHHS, 1989).

La American Lung Association de las Islas Vírgenes pretende modificar la ley # 5125. Si se aprueba el nuevo anteproyecto, la responsabilidad de hacer cumplir la ley pasaría del Departamento de Policía al Departamento de Licencias y Asuntos de los Consumidores y el porcentaje de plazas para los no fumadores en los restaurantes se elevaría del 30 al 70%. También se pretende la autorización mediante licencia para vender tabaco y la prohibición de máquinas expendedoras.

En septiembre de 1991, el Comité de Operaciones de la Legislatura aprobó un proyecto por el que se prohíbe fumar en todos los edificios gubernamentales, incluidos los hospitales, y se prevén multas de \$100 a 300 así como suspensión de empleo para las infracciones recurrentes. El proyecto ha sido remitido al pleno del Senado y al Gobernador para que tome las medidas oportunas (Lohr, 1991).

En las IVEUA los menores tienen fácil acceso al tabaco porque no hay limitaciones de venta a este grupo de edad y por la facilidad con que pueden utilizar las máquinas expendedoras. Todas las tiendas de comestibles y farmacias venden cigarrillos. El Secretario de Salud y Servicios Sociales de los EUA ha recomendado un modelo de legislación en el que se prohíbe la venta de tabaco a los menores de 18 años (Sullivan, 1990), pero hasta la fecha no se han tomado medidas de este tipo en las Islas.

Como territorio que son de los Estados Unidos, todos los Códigos Federales relacionados con el consumo de tabaco tienen aplicación en las IVEUA. Entre ellos se encuentran la prohibición de fumar en vuelos de hasta seis horas de duración y en todos los edificios del Departamento de Salud y Servicios Sociales (USDHHS, 1989).

Campañas de información/educación pública

Desde 1980, el Departamento de Salud de las IVEUA ha celebrado anualmente el Gran Día sin Humo patrocinado por la Sociedad Americana contra el Cáncer. En los medios electrónicos de información aparecen anuncios de servicio público local sobre dejar de fumar y sobre los riesgos de fumar durante el embarazo. Durante el otoño de 1991, la Sociedad Americana contra el Cáncer, capítulo de Santa Cruz, patrocinará un concurso de canciones para animar a los jóvenes a no fumar.

Programas de educación en el medio escolar

El Departamento de Educación ha adoptado en su programa revisado sobre educación para la salud una unidad sobre tabaco y actividades de prevención relacionadas con la salud cardiovascular (USVI Department of Education, 1991).

Actividades de grupos voluntarios particulares

La American Lung Association de las Islas Vírgenes fue creada en 1954 y en la actualidad patrocina clínicas para dejar de fumar. Esta Asociación

patrocina un programa semanal de radio de 15 minutos de duración, además de difundir anuncios de servicio público y otras informaciones a través de los medios de comunicación. Celebra asimismo un almuerzo anual para recaudar fondos, destinados a promover la salud respiratoria y a sensibilizar a la población sobre las consecuencias de fumar para la salud. Los miembros de su junta directiva son voluntarios procedentes de las tres islas principales. Las actividades de la Sociedad Americana contra el Cáncer ya se han descrito, así como sus campañas en los medios de comunicación.

Resumen

Las IVEUA tienen la prevalencia más baja de consumo de tabaco comprobada de las Américas. En la encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de 1989, dicha prevalencia fue del 11,6%, mientras que en la encuesta domiciliaria de 1988 se encontró una prevalencia de fumadores actuales del 12,9%, y en la valoración sanitaria efectuada tras el huracán Hugo (1989-1990) y su posterior seguimiento (1990) se hallaron prevalencias del 11,4% y 8,3%, respectivamente.

En los Estados Unidos, el mejor indicador que sirve, por sí solo, para predecir el tabaquismo es el nivel de educación (se ha comprobado que los que tienen un nivel bajo de educación presentan mayor prevalencia de consumo actual de tabaco que los que tienen los niveles educativos más altos) (USDHHS, 1989). Por el contrario, en las IVEUA, los que han recibido 12 años o más de educación tienen dos veces más probabilidades de fumar que los que tienen menos años de educación.

En la encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de 1989, el 23% de las personas con estudios de posgrado eran fumadores, lo que solo ocurría en el 6% de los que se habían detenido antes del noveno grado. Además, los patrones de las IVEUA son opuestos a los de los Estados Unidos en lo que se refiere a tabaco y nivel de renta. La prevalencia de fumadores actuales es mayor en los que pertenecen a las categorías de renta más altas, sobre todo en el estrato de \$US50 000 o más. En el territorio continental de los Estados Unidos, el mayor porcentaje de fumadores se encuentra en los grupos de rentas más bajas (USDHHS, 1989). La prevalencia del hábito de fumar en las IVEUA es mayor en los hombres que en las mujeres (14,6 y 9,1%, respectivamente).

Las personas de raza negra de los Estados Unidos presentan tasas más altas de ser fumadores actuales que los blancos, en tanto que en las IVEUA, fuman el 29,3% de las de raza blanca y solo el 6,9% de las de raza negra. La mayor parte de las personas de raza blanca de estas Islas nacieron en el territorio continental de los Estados Unidos. El mayor índice de prevalencia de tabaquismo de este grupo podría influir desfavorablemente en los patrones de comportamiento y en la mortalidad de las IVEUA en su conjunto. El comportamiento de los grupos de mayor prominencia social tiende a difundirse a las poblaciones que desean imitarlos. Las consecuencias de este comportamiento para la salud serán más penosas para aquellos con menos recursos y, en consecuencia, los grupos que todavía no han experimentado elevados niveles de consumo de tabaco deberían recibir educación sobre los riesgos que este conlleva, a fin de prevenir futuras enfermedades. El patrón de mayor prevalencia entre los grupos socioeconómicos más altos es similar al observado en otros países en vías de desarrollo de las Américas. Resulta evidente que, aunque la prevalencia de los actuales fumadores es baja en las IVEUA, en las Islas no intervienen las mismas normas sociales que han hecho descender el consumo de tabaco en los Estados Unidos.

Conclusiones

1. La prevalencia del consumo de tabaco en las IVEUA es la más baja comprobada de las Américas. Sin embargo, la población de las Islas es joven, y los mayores índices de consumo se encuentran en los que poseen los niveles más altos de renta y educación. La promoción de los cigarrillos en la prensa y a través de conciertos y carreras de caballos es sumamente penetrante, y un número creciente de jóvenes pueden sentirse dispuestos a comenzar a fumar por efecto de la misma, al igual que ocurre en otros países en vías de desarrollo de las Américas.
2. En la actualidad, la legislación no limita el acceso de los menores al tabaco y estos tienen fácil acceso al mismo a través de máquinas expendedoras, tiendas de comestibles, farmacias y grandes almacenes. Las IVEUA tienen lo que parece ser una amplia ley que restringe la exposición de los fumadores a la contaminación del aire por humo de tabaco, pero se ignora su grado de cumplimiento. Existen planes pendientes, de grupos voluntarios particulares y de la propia Legislatura, para reforzar dicha ley.

3. Los residentes en las IVEUA nacidos fuera de ellas, incluidos los maestros, pueden actuar como modelos a imitar en cuanto a hábitos sanitarios, positiva o negativamente. Estos residentes presentan mayor prevalencia de consumo de tabaco que los nacidos en las Islas.
4. Se cree que la baja prevalencia de consumo de tabaco por las mujeres tiene raíces culturales. En épocas anteriores, las mujeres caribeñas no frecuentaban los bares u otros lugares en que se fuma habitualmente. Ello podría explicar el índice extraordinariamente bajo de consumo en las mujeres de 65 años o más y la baja prevalencia global de la población femenina de las IVEUA. Sin embargo, al ir aumentando la participación activa de las mujeres en el trabajo, es previsible que la prevalencia del consumo aumente.
5. Parece que la independencia económica está ligada a una mayor prevalencia del consumo de tabaco, porque los índices se elevan en gran medida a partir de los 25 años. Los programas para dejar de fumar realizados en los lugares de trabajo podrían influir en este grupo.
6. La agresiva comercialización realizada por las compañías tabacaleras en las IVEUA debe limitarse. Es preciso actuar sobre el desarrollo y refuerzo de las leyes que restringen el consumo de tabaco en locales públicos y crear, además, otras que coarten el acceso de los jóvenes al tabaco.
7. En las IVEUA existe una infraestructura capaz de realizar una eficaz prevención y control sobre el consumo de tabaco. Forman parte de ella la educación en el medio escolar, la legislación destinada a limitar dicho consumo en locales públicos y los grupos voluntarios particulares activos. Es necesario poner en práctica nuevos impuestos y leyes que impidan el acceso de los jóvenes al tabaco, prohibir las máquinas expendedoras y limitar la publicidad de los productos del tabaco.

Referencias

- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York, Oxford University Press, 1990.
- BORLAND, R. Effects of Workplace Smoking Bans on Cigarette Consumption. *American Journal of Public Health* 80(2):178-180, febrero de 1990.
- CHRISTIAN, C. *An Analysis of Health Care in the US Virgin Islands*. USVI Department of Health, 1988.

CHRISTIAN, C. *Hurricane Hugo Health Assessment*, USVI Department of Health, 1990 p. 16-21.

CHRISTIAN, C. *Hurricane Hugo Health Assessment Follow Up*. USVI Department of Health, 1991 (en prensa).

EDWARDS. *On Sugar Plantation*, 1801.

HATCHER, A.T. The most popular brands of cigarettes smoked in the U.S.V.I., VIDOH/HP, 1991.

JONES-HENDRICKSON, S.B. *A Profile of Frederiksted, St. Croix, U.S. Virgin Islands*. The Caribbean Research Institute, University of the Virgin Islands, 1990 p. 3-4.

LOHR, L. *\$100 for smoking in govt bldg*. The St. Croix Avis, jueves 12 de septiembre de 1991, No. 211, p. 3.

MCELROY, J. *The Virgin Islands Economy: Past Performance, Future Projections, Planning Alternatives*. Caribbean Research Institute, College of the Virgin Islands, 1974 p. 3.

OLDENTHROP, HIGHFIELD, A., BARAC, V. (eds). *Oldenthrop's History of the Mission of the Evangelical Brethren of the Caribbean Islands of St. Thomas, St. Croix, and St. John*. Edited by Johann Jakob Bossard. Publicada originalmente en traducción al inglés de 1770; 1987.

PARRY, S. *A Short History of the West Indies*, 3rd edition, 1981.

SULLIVAN, L.W. Statement of Louis W. Sullivan, M.D., Secretary of Health and Human Services before the Committee on Finance, U.S. Senate, 24 de mayo de 1990.

TAYLOR, C.E. *Leaflets from the Danish West Indies: descriptive of the social, political, and commercial conditions of these islands, 1888*.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Healthy People 2000*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. DHHS Publication No. (PHS) 91-50213. Septiembre de 1990, p. 366.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411. Enero de 1989.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Promoting Health, Preventing Disease: Objectives for the Nation*. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., otoño de 1980.

USVI DEPARTMENT OF ECONOMIC DEVELOPMENT AND AGRICULTURE. Datos inéditos, 1988.

USVI DEPARTMENT OF EDUCATION. Curriculum document, 1991.

USVI DEPARTMENT OF HEALTH. Unpublished data, Budget Director's Office, 1991.

USVI DEPARTMENT OF HEALTH. V.I. Vital Statistics 1982-1987, Virgin Islands Department of Health, diciembre de 1988.

USVI INDUSTRIAL DEVELOPMENT COMMISSION. Business Guide, 1990.

USVI LEGISLATURE. *The History of the Legislature of the United States Virgin Islands*, Amalie Printing, Inc., enero de 1983 p. 28-29.

Jamaica

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura

- Manufactura

- Comercialización

Prevalencia y consumo

- Datos sobre consumo

- Datos de encuestas

Tabaquismo y salud

- Fuentes y calidad de los datos

- Mortalidad

- El registro de tumores de Kingston y St. Andrew

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- El Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas

- Tributación

- Controles y políticas de carácter legislativo

- Organizaciones nacionales de salud

- Resumen de las actividades de prevención y control del tabaquismo

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

Jamaica, con una población de 2,4 millones de habitantes, es el más poblado de los países de habla inglesa del Caribe. El turismo y la producción de bauxita son las principales actividades económicas del país. En 1988, el producto nacional bruto (PNB) per cápita era de \$US1080. De 1980 a 1988, la tasa de crecimiento económico, medida según el cambio en el PNB per cápita, se redujo un promedio de 2,1% anual (Banco Mundial, 1989).

La población de Jamaica muestra los efectos de una reducción de la tasa de fecundidad total en un período de 20 años: desde 1970 se ha mantenido aproximadamente igual el número de personas en los grupos de 0 a 4, 5 a 9, 10 a 14 y 15 a 19 años. En 1985, cerca de 36,7% de la población era menor de 15 años y la mayor de 65 representaba solo 6,1% del total (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990).

De 1980 a 1988, la esperanza media de vida al nacer aumentó de 67 a 74 años. La tasa total de fecundidad siguió reduciéndose entre 1970 y 1988 de 5,4 a 2,8 nacidos vivos por mujer (Banco Mundial, 1989). En 1987, la tasa bruta de natalidad en Jamaica fue de 21,9 nacimientos por 1000 habitantes (OPS, 1990). Jamaica tuvo tasas comparativamente bajas de mortalidad infantil en los años 70 y 80. En 1984, la tasa de mortalidad de lactantes (es decir, de niños menores de un año) fue de 16,5 por 1000 en comparación con 56,6 por 1000 en la República Dominicana en 1985 (OPS, 1990). En 1984, la tasa bruta de mortalidad y la ajustada por edad por 1000 habitantes fueron de 6,6 y 4,5, respectivamente.

Las estadísticas demográficas y vitales presentadas indican que Jamaica ha tenido recientemente una transición epidemiológica y ha pasado de una situación con elevadas tasas de natalidad y defunción a otra en que las tasas de mortalidad son muy bajas y las de natalidad siguen disminuyendo hacia niveles de reemplazo de la población. Puesto que ese cambio ocurrió principalmente en los años 80, una gran parte de la población es menor de 15 años. A medida que esta cohorte entra a la edad adulta en decenios futuros, la población será más susceptible a enfermedades crónicas, incluso a las ocasionadas por el tabaquismo, como el cáncer, la cardiopatía y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La industria del tabaco

Agricultura

Hasta 1987, el Estado tenía autoridad legislativa para regular y controlar el cultivo del tabaco en

Jamaica (Estatutos de Jamaica, 1967) por medio de una Administración de Control del Tabaco formada por siete miembros subordinados al Ministro de Agricultura. Sin embargo, en 1987, se venció el mandato de los miembros de dicha Administración y la organización cesó sus actividades. El Gobierno ya no tiene ninguna autoridad sobre la industria tabacalera.

En 1988, los 354 agricultores tabacaleros del país representaban 0,14% del total de agricultores de Jamaica (Agricultural Products of Jamaica, Ltd., 1990). En 1988, toda la producción nacional de tabaco se cultivó en 584 hectáreas, o sea menos de 0,05% de los terrenos agrícolas del país.

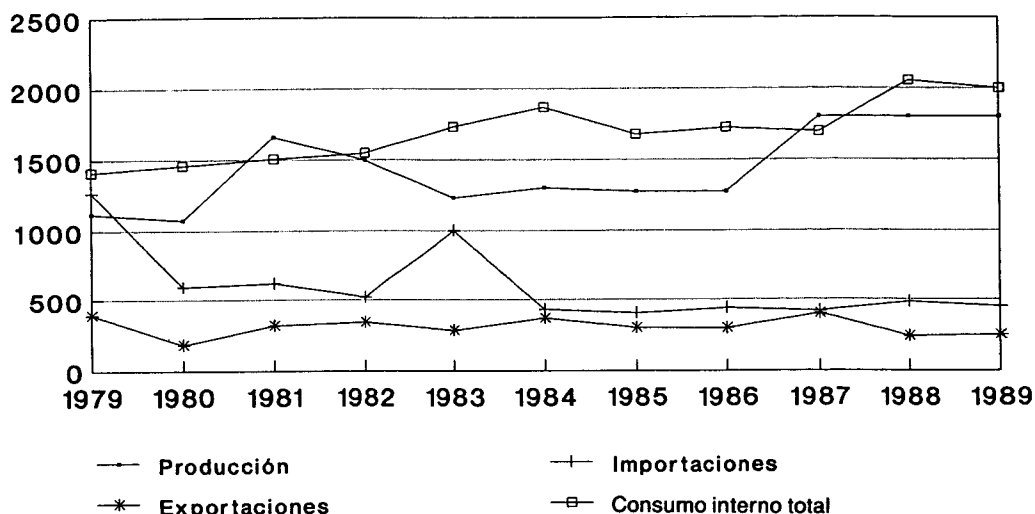
En los años 80, a medida que la antes floreciente industria de fabricación de cigarrillos comenzó a reducirse, los cultivadores de tabaco para cigarrillos cambiaron gradualmente su producción por la de verduras y frutas para defender sus intereses económicos (Agricultural Products of Jamaica, Ltd., 1990). Sin embargo, puesto que hay una gran demanda de cigarrillos en Jamaica y el cultivo de tabaco para fabricación de ese rubro es muy lucrativo en relación con otros, es poco probable que se empleen otros cultivos en sustitución del de tabaco para cigarrillos (OPS, 1988).

Jamaica es básicamente autosuficiente en el cultivo de tabaco; aunque se importa parte de la hoja necesaria, se exporta una cantidad aproximadamente igual. Las tendencias de la producción, las importaciones, las exportaciones y el consumo de hoja de tabaco entre 1979 y 1989 se presentan en la Figura 1 (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos [USDA], 1990).

Manufactura

La empresa Carreras Group Limited, junto con Rothman's International, principal accionista y casa matriz con interés mayoritario, controla casi por completo el mercado de cigarrillos de Jamaica. También funcionan actualmente en el país dos compañías privadas fabricantes de cigarrillos más pequeñas. Cuando una compañía se dedica al cultivo, la manufactura y la venta al por mayor y al por menor de un solo producto, se dice que tiene integración vertical. Por el contrario, las compañías de integración horizontal son las dedicadas a un solo aspecto de la elaboración de varios productos, por ejemplo, a la manufactura. El grupo Carreras goza de un alto grado de integración vertical en la industria tabacalera local por ser dueño de numerosas compañías subsidiarias, incluso dos de cultivo y elaboración de hoja, tres productoras de material

Figura 1. Producción, importación, exportación, y consumo doméstico total (en toneladas métricas) de hoja de tabaco, Jamaica, 1979-1989



Fuente: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, 1990.

impreso y de empaque para la industria tabacalera, una fábrica de tabaco, la Compañía de Cigarrillos de Jamaica y una firma de investigación y desarrollo del tabaco. Sin embargo, Carreras ha tenido también una diversificación horizontal hacia el sector no tabacalero por medio de la Jamaica Biscuit Company, otra subsidiaria (Carreras Group [Jamaica] Ltd., 1989).

Se ha afirmado que esa integración vertical ha ayudado a estabilizar la agricultura destinada al cultivo de tabaco para cigarrillos en Jamaica. Esa estabilidad económica, rara en otros sectores de la agricultura de Jamaica, va en contra de cualquier política futura de sustitución del cultivo del tabaco.

En Jamaica hay una gran fábrica de cigarrillos y cuatro de cigarros más pequeñas. En 1988 y 1989, esas fábricas empleaban a 285 personas, que representaban 0,03% de la fuerza de trabajo total (Ministerio de Trabajo de Jamaica, 1989).

Comercialización

Las principales marcas de cigarrillos de venta en Jamaica son Craven "A", Matterhorn, Benson & Hedges, Rothman's y Dunhill. En 1989, Craven "A" representó 77% del mercado total de cigarrillos de Jamaica (Maxwell, 1990). No se importan cigarrillos a Jamaica ni hay pruebas de comercio ilícito de productos del tabaco (Barnaby, 1990).

Los cigarrillos se venden en paquetes de 20 y su precio es de \$J8 a 10 (\$US1,46 a 1,83) (Instituto de Estadística de Jamaica, 1990). Con un salario semanal promedio de \$J485,95, el jamaíquino común necesitaría trabajar 44 minutos para ganar los \$J9 que vale, en promedio, un paquete de 20 cigarrillos de fabricación local (Instituto de Estadística de Jamaica, 1990).

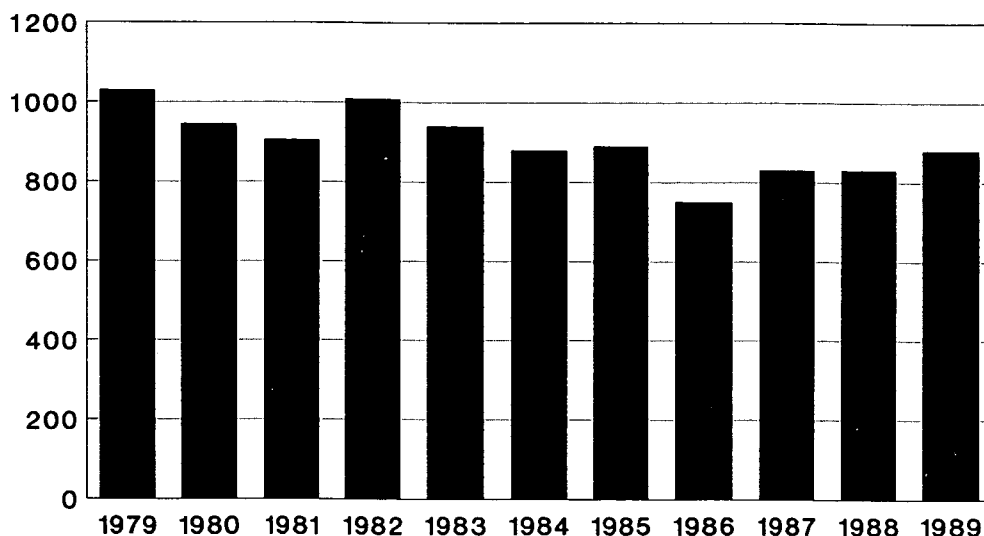
Prevalencia y consumo

Datos sobre consumo

El 97% del tabaco de Jamaica se consume en forma de cigarrillos de fabricación local y el resto, en forma de puros. Cerca de 3% de la producción total de cigarrillos de Jamaica se exporta principalmente a otros países del Caribe. No se importan cigarrillos (Instituto de Estadística de Jamaica, 1987, 1989).

Los datos sobre consumo de cigarrillos per cápita pueden obtenerse en el informe de Maxwell (1990) y el Instituto de Estadística de Jamaica (1987, 1989). Entre 1979 y 1985, el consumo de cigarrillos notificado por Maxwell alcanzó un promedio anual de 3,5% menos de lo notificado por la fuente gubernamental; de 1986 a 1988, el consumo de cigarrillos notificado por Maxwell alcanzó un promedio anual

Figura 2. Consumo de cigarrillos (en miles) por adulto de 15 años o más, Jamaica, 1979 a 1989



Fuentes: 1. Instituto de Estadística de Jamaica, *Production Statistics*, 1987.
2. Maxwell, 1990.

de 0,64% mayor que el notificado por el Instituto de Estadística de Jamaica. Sin embargo, las tendencias notificadas en el consumo de cigarrillos por adulto son similares en las dos fuentes. Los cálculos basados en proyecciones demográficas hechas por el Instituto Estadístico de Jamaica (1987, 1989) y esos datos muestran que aunque hubo una ligera tendencia descendente en el consumo anual de cigarrillos per cápita por parte de personas de 15 años o más entre 1979 y 1986, que ocasionó una baja de 25% a un mínimo de 760, el consumo ulterior de cigarrillos por adulto aumentó 14,7% a cerca de 872 en 1989 (Figura 2).

Datos de encuestas

En 1987, la Asociación Médica de Jamaica mandó a hacer una encuesta sobre la prevalencia del tabaquismo en la población nacional de 10 años o más. Las estimaciones de dicha prevalencia por edad y sexo, basadas en los resultados de esta encuesta, se presentan en el Cuadro 1. Sin embargo, solo se incluyeron en la muestra 1000 personas y se ha informado que la estratificación fue inadecuada (OPS, 1988). Aunque se informó que la metodología de encuesta fue deficiente y las tasas de prevalencia se notifican en grupos de edad sin normali-

zar, los datos de este estudio son las únicas estimaciones existentes de la prevalencia actual del tabaquismo en Jamaica. Los resultados de la encuesta indicaron que en el grupo entrevistado fue mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que declararon ser fumadores (25,1 frente a 5,9%, respectivamente). La prevalencia del tabaquismo en la población de 32 a 41 años en 1987 fue comparable a la observada en 1989 en la población canadiense de 35 a 44 años (32,4 frente 35,4%, respecti-

Cuadro 1. Porcentaje de fumadores actuales en la población de 10 años o más, por edad y sexo, Jamaica, 1987

Grupos de edad	Porcentaje de fumadores		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
10-15	2,3	3,2	1,3
16-21	7,9	14,1	1,8
22-31	18,8	34,3	3,9
32-41	32,4	49,2	16,3
42-51	25,1	42,6	8,2
51+	16,1	24,6	8,6
Total	15,3	25,1	5,9

Fuente: OPS, 1988.

vamente); sin embargo, en la de 16 a 21 años fue de 7,9%, en comparación con 25,2% en la canadiense de 15 a 19 años (OPS, 1988; Stephens, 1991).

En una encuesta domiciliaria realizada en 1987 bajo el patrocinio del Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas (1987a) se recogieron datos sobre la prevalencia del uso de cigarrillos durante toda la vida y en los 30 días precedentes en determinados grupos de edad con ciertas características demográficas (Cuadro 2).

La encuesta citada indicó que el tabaco puede servir de droga de iniciación del hábito de la población nacional (Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, 1987a). Setenta y seis por ciento de los fumadores de "ganja" (mariguana) y cigarrillos dijeron que habían comenzado a fumar cigarrillos y que luego habían agregado la ganja a su hábito;

21% comenzó a fumar ambas sustancias más o menos al mismo tiempo y 3%, a fumar ganja antes de cigarrillos. De quienes habían fumado cigarrillos en los 30 días precedentes, 2,4% declararon haber usado cocaína en algún momento. De quienes se habían abstenido de fumar cigarrillos en los 30 días precedentes, solo 0,1% declararon haber usado cocaína por lo menos una vez.

En otra encuesta hecha en 1987 se notificó el consumo de tabaco y alcohol durante toda la vida y en los 30 días precedentes por parte de jóvenes de 11 a 21 años que asistían a la escuela (Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, 1987b) (Cuadro 3). Varias encuestas similares realizadas en el Canadá han indicado que la prevalencia del tabaquismo es mayor entre los desertores escolares que entre quienes siguen asistiendo a la escuela (Flay

Cuadro 2. Porcentaje de jamaíquinos que fumaron cigarrillos alguna vez, según determinadas características demográficas, 1987

Características demográficas	Grupos de edad				Total
	< 20	20-39	30-39	40+	
Sexo					
Hombre	19,7	49,1	69,7	68,3	51,4
Mujer	3,0	12,7	22,1	21,6	14,8
Educación					
No formal	4,0	17,1	12,2	46,4	7,7
Primaria o menos	24,0	37,1	48,0	44,4	41,2
Secundaria	20,4	23,4	44,0	47,7	28,7
Algunos estudios o grado universitario	*	11,5	37,2	23,1	21,1
Empleo					
Desempleado	9,0	24,3	37,2	32,0	20,2
No calificado	26,3	42,0	48,5	52,4	47,4
Semicalificado	29,2	32,6	50,4	54,3	42,8
Calificado	*	16,4	37,2	37,0	29,9
Religión					
Ninguna	26,9	51,2	66,6	70,4	53,4
Anglicana/Católica	14,7	27,4	51,6	47,8	36,6
Bautista/Methodista/Iglesia de Dios	7,7	24,9	39,2	41,9	28,4
Rastafariana	*	68,3	81,3	83,0	74,3
Pentecostal/Testigos de Jehová/Otra	7,2	22,6	35,3	33,1	23,9
Adventistas del Séptimo Día	8,7	26,8	28,9	38,9	25,9
Asistencia a la iglesia					
Más de una vez a la semana	4,9	12,9	23,6	26,0	17,0
Más de una vez al mes	5,0	18,1	35,5	41,3	24,6
Menos de una vez al mes	12,0	25,0	43,6	52,3	33,0
No asistió el año pasado	17,4	42,2	57,5	55,9	44,9

Fuente: Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, 1987a.

* Menos de 10 entrevistados en esta clasificación.

Cuadro 3. Porcentaje de estudiantes de secundaria que consumieron tabaco en el mes precedente y que lo usaron alguna vez, Jamaica, 1987

Todos los estudiantes	Mes precedente	Alguna vez
Sexo		
Masculino	7,3	39,8
Feminino	3,1	19,4
Edad		
13-14	3,8	43,6
15-16	4,7	25,0
17-18	6,0	27,5
19-21	3,7	50,0
Grado escolar		
9	4,5	25,3
11	6,0	32,8
13	6,5	50,0
Región		
Metropolitana	8,1	90,0
Urbana costera	3,1	25,8
Urbana del interior	3,7	25,5
Rural	4,8	21,2
Turística	4,3	32,7

Fuente: Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, 1987b.

1990). Por tanto, la encuesta de 1987 puede haber llevado a subestimar la prevalencia del tabaquismo entre adolescentes.

En una encuesta de jóvenes de 14 a 20 años que asistían a la escuela en los distritos de Kingston y St. Andrew hecha en 1979, 21% de los hombres y 13,5% de las mujeres declararon que usaban tabaco continuamente (Barnaby, 1979). En 1987, el uso de tabaco por parte de escolares, hombres y mujeres, de 11 a 21 años en los 30 días precedentes fue de 7,3 y de 3,1%, respectivamente (Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, 1987b). Los datos de estos dos estudios indican que la prevalencia del tabaquismo entre los escolares de Jamaica se redujo algo de 1979 a 1987. Sin embargo, se necesitan otros estudios para justificar esos resultados.

En las encuestas de 1979 y 1987, los estudiantes citaron la curiosidad (62 y 41%, respectivamente) y la presión de los compañeros (15 y 34%, respectivamente) como las razones más frecuentes para comenzar a fumar (Barnaby, 1979; Ministerio de Salud de Jamaica y Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, 1987b).

Tabaquismo y salud

Fuentes y calidad de los datos

Las enfermedades crónicas son las principales causas de defunción definidas en Jamaica. Del total de defunciones notificado en 1984, 23,1% se atribuyó a cardiopatía coronaria, 17,3% a tumores malignos, 16,3% a enfermedades cerebrovasculares, 5,9% a diabetes mellitus y 4,4% a infecciones intestinales (OPS, 1990). Las tres primeras de estas enfermedades crónicas representaron, en conjunto, 56,7% de las causas de defunción definidas. Es posible que los datos de mortalidad de Jamaica no sean completamente fidedignos. Los síntomas y las afecciones mal definidas representaron 12,7% del total de defunciones notificadas en el país en 1984, en comparación con 2,5% en Trinidad y Tabago en 1986. Además, el subregistro de defunciones es todavía un problema en Jamaica (OPS, 1990).

Mortalidad

En el informe del Director General de Salud Pública de los Estados Unidos presentado en 1989 se señaló el tabaquismo como causa de numerosas enfermedades, incluso cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de pulmón, el labio, la cavidad bucal, la faringe, la laringe, el esófago, el páncreas, la vejiga urinaria y el riñón (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos [USDHHS], 1989). En los Cuadros 4 y 5 se presenta el número de defunciones ocasionadas por el tabaquismo y las tasas de defunción por edad, respectivamente, por las causas notificadas en personas de 35 años o más en 1984.

La mortalidad por cáncer del pulmón fue 4,8 veces mayor en los hombres de 55 a 64 años que en las mujeres de ese mismo grupo de edad. La gran diferencia por sexo observada en las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo en Jamaica se puede deber a que la prevalencia del uso del tabaco por parte de las mujeres es mucho menor que la observada en los hombres. Como se indica en el Cuadro 1, las posibilidades que tenían los hombres de haber fumado alguna vez eran 3,5 veces mayores que las de las mujeres (Ministerio de Salud de Jamaica y Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, 1987a).

En 1984, la mortalidad por cáncer de pulmón observada en hombres de 55 a 64 años fue equivalente a cerca de un tercio de la de los hombres canadienses en el mismo año y de un tercio de la de los

Cuadro 4. Número de defunciones de personas de 35 años o más por causas selectas relacionadas con el tabaquismo, Jamaica, 1984

Edad	Enfermedad isquémica del corazón	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Cáncer de pulmón	Tumor del labio, la cavidad bucal, la faringe, la laringe, el esófago, el páncreas, la vejiga urinaria y el riñón
35-44					
Hombres	6	28	4	9	0
Mujeres	7	11	5	3	0
45-54					
Hombres	18	47	18	23	10
Mujeres	22	44	11	6	6
55-64					
Hombres	71	107	31	46	40
Mujeres	54	134	9	11	12
65-74					
Hombres	132	280	35	52	45
Mujeres	102	246	18	15	26
75+					
Hombres	172	368	59	40	54
Mujeres	198	645	35	10	22

Fuente: Ministerio de Salud de Jamaica, 1989a.

Cuadro 5. Tasas de mortalidad por 100 000 personas de 35 años o más por causas selectas relacionadas con el tabaquismo, Jamaica, 1984

Edad	Enfermedad isquémica del corazón	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Cáncer de pulmón	Tumor del labio, la cavidad bucal, la faringe, la laringe, el esófago, el páncreas, la vejiga urinaria y el riñón.
35-44					
Hombres	8,0	37,4	5,3	12,0	0
Mujeres	8,2	12,8	5,8	3,5	0
45-54					
Hombres	28,1	73,4	28,1	35,9	15,6
Mujeres	30,2	60,4	15,1	8,2	8,2
55-64					
Hombres	124,3	187,4	54,3	80,6	70,1
Mujeres	81,9	203,3	13,7	16,7	18,2
65-74					
Hombres	319,6	678,0	84,7	125,9	109,0
Mujeres	211,2	509,3	37,3	31,1	53,8
75+					
Hombres	792,6	1695,9	271,9	184,3	248,9
Mujeres	668,9	2179,1	118,2	33,8	74,3

Fuente: Ministerio de Salud de Jamaica, 1989a.

estadounidenses en 1983 (46,3 frente a 141,5 y 145,4 por 100 000 personas, respectivamente); sin embargo, esta tasa fue superior en más de 20% a la de Trinidad y Tabago en 1986 (35,9 por 100 000 personas) (OPS, 1986, 1990).

El tabaquismo materno aumenta el riesgo de mortalidad perinatal de 24 a 144% según el peso al nacer (Malloy, 1988). Puesto que en Jamaica se dejan de notificar muchas defunciones perinatales, es imposible determinar con precisión el efecto que tiene el tabaquismo materno durante el embarazo para los niños. Por ejemplo, en el condado rural de Clarendon en 1984, se dejaron de notificar 98% de los partos de feto muerto y 34% de las defunciones infantiles dentro del total de defunciones perinatales (Ministerio de Salud de Jamaica, 1989b). Por tanto, se necesitan encuestas nacionales para determinar la prevalencia del tabaquismo en las mujeres embarazadas y registros de defunción perinatal más coherentes para evaluar la mortalidad perinatal relacionada con el tabaquismo de una manera más fidedigna.

El registro de tumores de Kingston y St. Andrew

En determinadas zonas geográficas del mundo se notifican todos los tumores malignos nuevos a una oficina de registro central en la zona correspondiente. Por lo general, las zonas de registro de tumores cubren regiones más pequeñas que una nación. Uno de los pocos registros de esa índole que existen en el Caribe está localizado en los distritos urbanos de Kingston y St. Andrew en Jamaica. Desde 1958 se han empleado datos de este registro para evaluar las tendencias de la incidencia de tumores descubierta en residentes de la principal zona urbana de Jamaica. Las tasas de incidencia de cáncer de la mujer en sitios que guardan una relación comprobada con el tabaquismo son bajas y estables o decrecientes (Cuadro 6). Estos datos representan muy probablemente una baja prevalencia histórica y continua de tabaquismo durante toda la vida de las mujeres jamaicanas (Cuadros 1 y 2). Asimismo, las tasas de incidencia de cáncer de los hombres ocasionado por el tabaquismo son bajas y estables o decrecientes, con la notable excepción del cáncer del pulmón.

Las tasas de incidencia de cáncer del pulmón son cinco veces mayores en los hombres que en las mujeres en Kingston y St. Andrew (21,1 frente a 3,9 por 100 000 personas, respectivamente). Es alentador señalar que las tasas de incidencia de cáncer del pulmón en los hombres ocupan el quintil más bajo de las notificadas en 80 registros internacionales de

cáncer (Segi, 1977). Además, la de los hombres residentes en Kingston y St. Andrew se ha mantenido estable desde 1967 (Cuadro 6).

Todos los sitios de los tumores causados por el tabaquismo, excepto el pulmón, guardan relación con grandes factores de riesgo distintos del tabaquismo, como el abuso del alcohol. Los cambios en los patrones de exposición a esos otros factores de riesgo permiten explicar la reducción observada de la incidencia de cáncer en otros sitios, como la cavidad bucal y el esófago. Sin embargo, el tabaquismo es el factor de riesgo más importante de cáncer del pulmón (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos [USDHHS], 1989) y los antecedentes de tabaquismo de los hombres (Cuadros 1 y 2) indudablemente han contribuido a la mayor incidencia de cáncer del pulmón observada en los datos del Registro. En el informe del Director General de Salud Pública de los Estados Unidos publicado en 1989 se estimó que 90% de las defunciones de hombres por cáncer del pulmón en los Estados Unidos y 79% de las de mujeres fueron atribuibles al tabaquismo en 1985 (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos [USDHHS], 1989).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

El Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas

El Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, sufragado por el Ministerio de Salud de Jamaica, realiza actividades de educación para la salud y ofrece información técnica para fomentar la coordinación gubernamental e interinstitucional en materia de prevención y control del uso indebido de sustancias. La prevención y el control del uso del tabaco son parte integrante de las funciones del Consejo. Este tiene una plantilla remunerada de siete personas que trabajan de dedicación exclusiva.

Tributación

Los impuestos al tabaco decretados y recaudados en Jamaica son una importante fuente de rentas para el Estado. El 42% del precio de los cigarrillos al por menor se destina al Estado en forma de un impuesto al consumo. En 1989, el Estado recaudó \$J262 millones en impuestos al consumo de cigarrillos, que representan aproximadamente 18% de los impuestos al consumo recolectados y cerca

Cuadro 6. Tasas de incidencia de tumores por tabaquismo, normalizadas por edad, Distritos de Kingston y St. Andrew, Jamaica, 1967 a 1987

Sitio del tumor (Código CIE 9)	Clasificación entre 80 registros de tumores en todo el mundo 1967-72	Tasas de incidencia por 100 000			
		Período de registro			
		1967-72	1973-77	1978-82	1983-87
Labio (140)					
Hombres	66	0,3	1,0	0,5	0,0
Mujeres	38	0,2	0,4	0,3	0,1
Lengua (141)					
Hombres	15	2,7	1,9	0,7	2,4
Mujeres	30	0,6	1,0	0,4	1,0
Cavidad bucal (143-45)					
Hombres	21	3,2	0,8	3,0	1,7
Mujeres	22	1,2	1,4	0,4	0,4
Faringe (146-49)					
Hombres	3,5	3,5	2,5		
Mujeres		0,9	1,3	0,8	
Esófago (150)					
Hombres	12	9,1	7,1	5,8	4,4
Mujeres	5	4,7	3,0	3,2	2,3
Páncreas (157)					
Hombres	67	4,0	2,3	3,5	3,7
Mujeres	70	2,5	3,2	2,3	2,1
Laringe (161)					
Hombres	56	3,7	4,6	5,3	3,7
Mujeres	53	0,4	0,4	0,4	0,3
Pulmón (162)					
Hombres	66	21,2	19,8	19,1	21,1
Mujeres	63	5,0	4,0	3,2	3,9
Vejiga (188)					
Hombres	54	8,6	8,5	6,4	4,4
Mujeres	39	3,2	3,9	2,0	1,7
Otros órganos urinarios (189)					
Hombres	65	2,5	2,9	2,2	2,0
Mujeres	72	1,1	,0	0,6	2,0

Fuentes: Segi, 1977.

Registro de Cáncer de Jamaica, 1989.

de 4% de las rentas del Estado (Departamento de Impuestos de Aduana y al Consumo de Jamaica, 1990). Los impuestos a los cigarrillos en Jamaica son mayores que los de otros países del Caribe como Santa Lucía y Dominica (18 y 35%, respectivamente). Sin embargo, esos impuestos son relativamente bajos como porcentaje del precio total cobrado en Jamaica al compararlos con los del Canadá y el Reino Unido (42 frente a 67 y 75%, respectivamente).

Controles y políticas de carácter legislativo

En la actualidad, no existe ninguna ley que restrinja la propaganda del tabaco. Sin embargo, el grupo Carreras ha retirado voluntariamente la propaganda de sus productos del tabaco por la televisión. Del total de gastos publicitarios del grupo en 1989, 25% se destinó a la radio, 30% a carteleras, 10% a expendios y 4% a propaganda en la prensa (Maxwell, 1990). Dicho grupo patrocina también ac-

tividades deportivas y culturales, sobre todo, el premio anual a los deportistas del año (Barnaby, 1990).

La Asociación Médica y el Ministerio de Salud de Jamaica desempeñaron una función decisiva en la labor de persuadir al grupo Carreras de que imprimiera un aviso sobre los peligros para la salud en todos los paquetes de cigarrillos vendidos en Jamaica. Sin embargo, no se exige información sobre el contenido de alquitrán y nicotina. Cada paquete de cigarrillos lleva la siguiente advertencia sobre los peligros para la salud:

**ADVERTENCIA DEL OFICIAL
MEDICO PRINCIPAL:**

**Los cigarrillos pueden ser peligrosos
para la salud.**

Actualmente no existen leyes que prohíben fumar en lugares públicos y de trabajo en Jamaica. Sin embargo, son comunes las restricciones voluntarias y la reglamentación local del tabaquismo en recintos cerrados. Algunos lugares públicos y de trabajo y medios de transporte ofrecen un limitado grado de protección contra la exposición involuntaria al humo del tabaco. (Barnaby, 1990; OPS, 1988).

Organizaciones nacionales de salud

La Asociación Médica, la Fundación del Corazón y la Sociedad del Cáncer de Jamaica han trabajado de una forma particularmente activa en la realización de actividades de control del tabaco (Barnaby, 1990; OPS, 1988). Junto con el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, estas y otras importantes organizaciones de salud y servicios patrocinan periódicamente actividades de promoción del cese del tabaquismo y educación al respecto. Estas últimas se han incorporado al plan de estudios de educación para la salud de las escuelas primarias y secundarias. Por lo menos seis compañías de seguro de vida de Jamaica cobran primas más bajas a los no fumadores que a los consumidores de tabaco.

Los Adventistas del Séptimo Día y varios médicos particulares de Jamaica patrocinan programas de cese del tabaquismo. Sin embargo, no se han realizado estudios para evaluar la eficacia de esos programas (Barnaby, 1990).

Resumen de las actividades de prevención y control del tabaquismo

Las actividades de prevención y control del tabaquismo son emprendidas muy vigorosamente

por la Asociación Médica de Jamaica. El Consejo Nacional de Uso Indebido de Drogas, una coalición de representantes de entidades públicas y no gubernamentales, ha dado prioridad a las drogas ilícitas y su subcomité legislativo planea realizar varias otras intervenciones relacionadas con el tabaco. El Ministerio de Salud ha contraído un compromiso financiero para la realización de esas actividades por medio del Consejo y, por eso, el apoyo institucional en materia de control del tabaco tiene posibilidades de ampliarse. Es importante señalar la función directiva cumplida también por la Fundación del Corazón y la Sociedad del Cáncer de Jamaica. Las actividades de las organizaciones profesionales y voluntarias han tenido importancia crítica para la realización de campañas educativas eficaces para controlar el uso del tabaco.

Resumen

Al igual que muchos otros países de habla inglesa del Caribe, Jamaica tiene un solo productor importante de tabaco controlado por una de las grandes compañías tabacaleras transnacionales. Pese a gravarse con impuestos relativamente bajos como porcentaje del precio, los cigarrillos vendidos en Jamaica son relativamente costosos cuando se comparan con los de muchos otros países del Caribe. La industria tabacalera tiene una marcada integración vertical con el cultivo y las actividades de promoción de ese rubro en Jamaica y hay pocas restricciones sobre la propaganda del mismo. Jamaica es uno de los pocos países del Caribe que exigen que se imprima una advertencia en los paquetes de cigarrillos manufacturados.

El consumo de cigarrillos per cápita se redujo de 1979 a 1986 y luego aumentó de 1986 a 1989. La reducción inicial del consumo puede haber estado vinculada al deterioro de la situación económica del país durante ese período. No están claras las razones del aumento más reciente del consumo per cápita. Convendría tener otros datos sobre las actividades de promoción realizadas por la industria tabacalera y las de prevención y control del mismo para entender esas tendencias.

Los datos de la encuesta efectuada recientemente sugieren que existe una tendencia favorable a adquirir el hábito del tabaquismo. Los porcentajes de hombres y mujeres de 20 a 29 años que fumaron alguna vez son considerablemente menores que los observados en cohortes de mayor edad. La prevalencia del tabaquismo durante toda la vida es ma-

yor en personas de 32 a 51 años y menor en las de 10 a 21. La prevalencia del tabaquismo en la población escolar de adolescentes en los 30 días anteriores a la encuesta es de menos de 10%. Si los jóvenes siguen demostrando esos modestos niveles de adquisición del tabaquismo, se pueden prever cambios favorables en la carga representada por las enfermedades crónicas en Jamaica.

Es indispensable hacer una evaluación precisa del uso del tabaco en adultos y jóvenes para evaluar la situación general del tabaquismo y la salud. Con mejores formas de notificación y de análisis de la mortalidad por enfermedades crónicas se ayudará a los trabajadores y las autoridades de salud pública a evaluar la carga causada por las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y los efectos beneficiosos de las campañas de prevención y control del mismo. Es indispensable mejorar los sistemas de acopio de datos para futura planificación del control del tabaco en Jamaica.

Las organizaciones nacionales de salud ofrecen programas coordinados y activos de promoción del cese del tabaquismo y educación al respecto en Jamaica. Los de educación se han incorporado al plan de estudios de las escuelas públicas. La realización de estudios de evaluación de esas actividades ayudaría a fortalecer los programas y a apoyar el establecimiento de los destinados a grupos de alto riesgo como las mujeres embarazadas y los jóvenes.

Conclusiones

1. En 1989, cada jamaíquino mayor de 15 años fumó un promedio de 872 cigarrillos. Esa cifra equivale a menos de un tercio de las mayores tasas de consumo per cápita de cigarrillos de adultos del mundo, observadas en Cuba y en algunos países de Europa Meridional y Oriental.
2. Solo 8% de los jamaíquinos de 16 a 21 años fumaban cigarrillos. Si más de 90% de los adolescentes se mantiene exento de fumar, es de esperar que las tasas de incidencia de cáncer del pulmón de la población se mantengan estables por muchos años más y se reduzcan luego lentamente tanto en los hombres como en las mujeres.
3. Aunque la notificación de las causas de defunción es algo incompleta en Jamaica, los datos obtenidos recientemente (1984) sugieren que hay una pesada carga de mortalidad por enfermedades crónicas que guarda relación causal con el uso del tabaco. Cabe citar la cardiopatía

coronaria (23,1% de la mortalidad total), los tumores malignos (17,3%) y las enfermedades cerebrovasculares (16,3%).

4. En Jamaica existe una infraestructura para apoyar la prevención y el control del uso del tabaco, que está vinculada a las actividades de prevención del uso de drogas. Varias organizaciones voluntarias y profesionales de salud cumplen una función directiva en los esfuerzos por informar al público sobre las consecuencias del tabaco para la salud.

Referencias

AGRICULTURAL PRODUCTS OF JAMAICA, LTD. Datos inéditos, 1990.

BANCO MUNDIAL. *The World Bank Atlas 1989*. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, noviembre de 1989.

BARNABY, L. *Drug Use and Adolescence*. Jamaican Ministry of Health, Community Mental Health Services, 1979.

BARNABY, L. Country Collaborator's Report, Jamaica. Organización Panamericana de la Salud, datos inéditos, 1990.

CARRERAS GROUP (JAMAICA) LTD. *Annual Report*, 1989.

JAMAICA CANCER REGISTRY. University of the West Indies, Department of Pathology, Kingston, Jamaica. Datos inéditos, 1989.

JAMAICA CUSTOMS AND EXCISE DEPARTMENT. Datos inéditos, 1990.

JAMAICAN MINISTRY OF HEALTH. *Death by Cause, Age and Sex*, Kingston, Jamaica, 1984.

JAMAICAN MINISTRY OF HEALTH. Health Information Unit, datos inéditos, 1989a.

JAMAICAN MINISTRY OF HEALTH. Health Information Unit, datos inéditos, 1989b.

JAMAICAN MINISTRY OF LABOUR. *Factory Inspectorate*, Kingston, Jamaica, 1989.

KAISERMAN, M.J., ALLEN, T.A. Global per capita consumption of manufactured cigarettes—1988. *Chronic Diseases in Canada* 11(4):56-57, julio de 1990.

MALLOY, M.H., KLEINMAN, J.C., LAND, G.H., SCHRAMM, W.F. The association of maternal smoking with age and cause of infant death. *American Journal of Epidemiology* 128(1):46-55, julio de 1988.

MAXWELL, J.C., JR. *The Maxwell Consumer Report International Tobacco 1989*, Part Three. Richmond, Virginia: Wheat First Securities/Butcher & Singer, Inc. WFBS-5685, 30 de octubre de 1990.

NATIONAL COUNCIL ON DRUG ABUSE. *Drug Use in Jamaican Households*, 1987a.

NATIONAL COUNCIL ON DRUG ABUSE. *Drug Use in Jamaican Students at Post-primary Level*, 1987b.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*, Volumen I. Publicación Científica 500. Washington, D.C.: OPS, 1986.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990*. Publicación Científica 524. Washington, D.C.: OPS, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Smoking Control: Third Subregional Workshop, Caribbean Area, Kingston, Jamaica, 1987*. Technical Paper No. 20. Washington, D.C.: OPS, 1988.

SEGI, M. *Cancer Incidence in Five Continents, Volume III: 1976*. International Agency for Research on Cancer. IARC Scientific Publication No. 15, 1977.

STATISTICAL INSTITUTE OF JAMAICA. *Production Statistics 1987*. Kingston, Jamaica, 1987.

STATISTICAL INSTITUTE OF JAMAICA. *Statistical Review 1989*. Kingston, Jamaica, 1989.

STATISTICAL INSTITUTE OF JAMAICA. *Weekly Estimates of Average Earnings Per Week of All Employees in Large Establishments, 1986-89*. En prensa, 1990.

STATUTES OF JAMAICA. *The Tobacco Industry Regulation Act*. No. 24, 4 de diciembre de 1967.

STEPHENS, T. *Smoking in Canada—1989*. Unpublished manuscript prepared for the Tobacco Programs Unit, Health Promotion Directorate, Health and Welfare, Ottawa, Canada, 1991.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. *Datos inéditos, Tobacco, Cotton, and Seeds Division, Foreign Agricultural Service*, abril de 1990.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989.

México

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Industria manufacturera
- Ventas y comercio de cigarrillos
- Publicidad y promoción

Prevalencia y consumo

- Consumo per cápita de cigarrillos
- Encuestas de la conducta sobre el consumo de tabaco
- Prevalencia de tabaquismo entre los adultos
- Prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes
- Otros tipos de tabaquismo
- Actitudes, conocimientos y opiniones sobre el tabaquismo

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Acción del Gobierno
 - Estructura y políticas ejecutivas
 - Legislación
 - Impuestos
- Educación escolar
- Actividades de información pública y programas de cese
- Acción no gubernamental

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

México ocupa 1 958 000 km² y se halla al sur de los Estados Unidos. Para bien o para mal, numerosas influencias culturales atraviesan la frontera de su vecino norteamericano incluyendo las relacionadas con el consumo, comercialización y promoción del tabaco. Aunque México gozó de un auge económico basado en la producción de petróleo a comienzos de la década de los 80, desde entonces el nivel de vida se ha deteriorado para la mayoría de la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1990). También declinó la actividad agrícola, pero la producción de tabaco aparentemente no fue tan afectada por la situación económica general (Tobacco Merchants Association of the U.S. 1990). Desde 1987 México ocupaba el cuarto lugar en el número de acres de tabaco cultivados en América Latina, después de Brasil, Cuba y Argentina (Chapman 1990). México produce aproximadamente el 1,0% del tabaco cosechado en el mundo (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] 1990).

La recesión económica también ha afectado a los servicios de salud. La diarrea y las infecciones respiratorias siguen siendo una causa principal de defunción, pero las enfermedades crónicas están empezando a afectar a los patrones de mortalidad. La tasa de mortalidad infantil todavía es bastante alta, con 46/1000 nacidos vivos, pero es casi la mitad del nivel registrado en 1965 (82/1000 nacidos vivos) (Cuadro 1).

México es una de las naciones más populosas de América Latina y el Caribe, con una población estimada de 83,7 millones a mediados del año 1988 (Banco Mundial 1990). La tasa de crecimiento de la población para el período de 1980 a 1988 era del 2,2% anual, y la estructura de edades (38,6% de menores de 15 años) y la tasa global de fecundidad (3,58/1000 mujeres) indican que México tendrá una población joven y en crecimiento durante varios decenios. Este hecho no ha pasado inadvertido para la industria del tabaco de México, que ha reconocido la importancia de comercializar este producto entre las personas jóvenes (Weingarten 1987). Sin embargo, los indicadores de salud en general han mejorado para los mexicanos. La fecundidad entre las mujeres en edad de procrear ha descendido del 6,76/1000 en 1986 a 3,58/1000 en 1990, y la población de menores de 15 años ha disminuido del 43% que presentaba en 1980. Por lo tanto, la futura política de salud en México debe encarar las enfermedades crónicas de los adultos; muchas de ellas se-

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, México, década de 1980

Indicador	Año	Valor
Población	1988	83 700 000
Porcentaje < 15 años	1988	38,6
Porcentaje urbano	1988	71,0
Esperanza de vida al nacer		
Hombres	1985-90	65,7
Mujeres	1985-90	72,3
Tasa total de fecundidad, por 1000 mujeres	1985-90	3,58
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1988	46,0
Tasa de mortalidad bruta por 1000 personas	1988	6,0
Porcentaje de alfabetizados	1985	10,0
Producto nacional bruto per cápita	1988	\$1760
Tasa porcentual de crecimiento anual medio del PNB	1980-88	0,7

Fuentes: CELADE, 1990; Banco Mundial, 1990.

rán causadas por el tabaquismo entre los nueve millones de fumadores adultos (de 15 años y más) que se estima había en México en 1988.

La industria del tabaco

Agricultura

En la década de los 30 solo se cultivaban 15 000 hectáreas de tabaco, pero esta superficie aumentó a un máximo de 54 000 ha en 1964. Desde entonces, la producción de tabaco y las hectáreas sembradas de tabaco disminuyeron a niveles similares a los anteriores a 1937 (Tabamex 1988). En 1989, en México había sembradas unas 33 029 hectáreas de tabaco, de las cuales el 43% es de la variedad Burley (US Department of Agriculture [USDA] 1990). La producción de tabaco disminuyó de una cifra tope (debido a condiciones agrícolas extraordinariamente favorables) de 94 000 TM en 1980, a un estimado de 32 680 TM en 1990 (Cuadro 2). La FAO prevé que la producción subirá debido a un aumento del 3% en la demanda interna. Este aumento en la demanda se debe en gran parte al aumento que se proyecta en el tamaño de la población mexicana adulta (FAO 1990).

Cuadro 2. Producción, exportaciones y consumo interno total de tabaco crudo (en toneladas métricas) y tierra arable sembrada de tabaco (en hectáreas), México, 1979-1990

Año	Area sembrada de tabaco ^a	Producción ^b	Exportaciones ^b	Consumo total interno ^b
1979	46 000	72 000	11 000	51 600
1980	42 000	94 000	18 000	53 300
1981	36 000	58 000	12 000	53 100
1982	40 000	67 000	37 000	53 000
1983	37 000	53 000	11 000	49 700
1984	31 000	41 000	13 000	49 200
1985	39 000	48 000	9 000	55 100
1986	46 128	69 303	11 135	47 000
1987	47 443	47 667	8 050	51 300
1988	44 895	66 643	15 588	47 100
1989	33 029	53 350	11 065	51 300
1990	22 860	32 680	10 400	—

Fuentes: Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, México, 1979-1985; USDA, 1990a; datos sobre consumo tomados de Maxwell, 1990.

^aHectáreas

^bToneladas métricas

Actualmente, 18 025 agricultores cultivan tabaco en México. Aproximadamente el 85% del tabaco se produce en el estado occidental de Nayarit, y la mayor parte del resto de la producción tiene lugar en los estados sureños de Veracruz, Chiapas y Oaxaca (Labrandero 1990). Según fuentes de la industria del tabaco, hay 351 000 personas empleadas por lo menos a tiempo parcial en la agricultura del tabaco, el equivalente de 117 000 empleos a tiempo completo (Agro-economic Services, Ltd. y Tabacosmos, Ltd. 1987). Sin embargo, esto representa solo el 2,2% de la fuerza laboral agrícola de México (Chapman 1990).

Las exportaciones de tabaco fluctuaron mucho en el pasado, pero han permanecido relativamente estables desde 1983, representando el 0,2% del total de las exportaciones nacionales (Agro-economic Services, Ltd. y Tabacosmos, Ltd. 1987; Tabamex 1987) (Cuadro 2). México ha importado poco tabaco porque no se pueden obtener licencias de importación hasta que los cosecheros locales vendan todo lo que producen. No obstante, las recientes políticas de mercado libre han permitido cambios de las regulaciones, y las importaciones han aumentado considerablemente, de 0,5 TM en 1983 a 3000 TM en 1989; las estimaciones para 1990 indican que las importaciones de tabaco se aproximarán a las 6600 TM (USDA 1990b; Agro-economic Services, Ltd. y Tabacosmos, Ltd. 1987).

Industria manufacturera

El Gobierno es propietario del 52% de Tabacos Mexicanos (Tabamex), una empresa que desde 1972, ha sido el único comprador de hoja de tabaco en México. La empresa también es dueña de las plantas de curación y procesamiento. Los cosecheros de tabaco, por intermedio de la Confederación Nacional de Campesinos, es propietaria del 24% de Tabamex, mientras que las empresas de fabricación de cigarrillos poseen otro 24%. Tabamex adquiere el tabaco a los precios que se fijan antes de la siembra. Por consiguiente, los cosecheros han tenido poco incentivo para aumentar la producción.

Hasta 1987, los ingresos anuales de Tabamex promediaron \$US10 000 000. Sin embargo, en la temporada de 1987-1988, las inundaciones destruyeron el 40% de la cosecha de tabaco de Nayarit (Weingarten 1987). Debido a otros problemas económicos nacionales, el Gobierno congeló los precios de los productos más básicos, entre ellos los cigarrillos, para controlar la inflación. La subsiguiente reestructuración de la economía mexicana permitió al Gobierno vender a empresas privadas su participación en Tabamex. El Gobierno luego creó el Comité Nacional de Tabaco, que se encarga de fijar los precios del tabaco. Los productores de tabaco, los fabricantes de cigarrillos y el Gobierno están representados en este comité (USDA 1990b).

En 1989 tres empresas de fabricación de cigarrillos operaban en México: La Moderna, filial de British-American Tobacco; Cigarros La Tabacalera Mexicana (CIGATAM), filial de Philip Morris; y La Libertad, en su mayor parte de intereses mexicanos. En conjunto, estas empresas produjeron un estimado de 51 300 millones de cigarrillos en 1989. En toda la década de los 80, la producción de cigarrillos fluctuó muy poco, de 47 a 55 mil millones de unidades (USDA 1990).

Según un informe de Tabamex de 1988, la contribución de la industria de fabricación de tabaco a la economía nacional en general es mínima, estimada en 0,31% (14 390 000 de pesos de 1980) del producto interno bruto (PIB). Este nivel ha permanecido estable con el transcurso del tiempo (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 1989). Según fuentes de la industria del tabaco, la fabricación de tabaco proporcionó trabajo a 5163 personas en 1988, o sea, el 0,2% de todos los empleos en la economía formal (Agro-economics, Ltd. y Tabacosmos, Ltd. 1987).

Ventas y comercio de cigarrillos

Los cigarrillos se venden en paquetes de 20 y 14 unidades, y también sueltos. El precio de 1988 varió de 170 a 1550 pesos por paquete (\$US0,05-0,52) (Labrandero 1990). En 1989, el precio promedio de un paquete de cigarrillos del país era de \$US0,40; si un trabajador medio consumiera 20 cigarrillos por día, este gasto equivaldría al 6% del ingreso doméstico medio (Chapman 1990). Las tiendas de compra rápida venden el 80,4% de los cigarrillos en México, mientras que el 11,3% se vende en las tabaquerías y el 8,3% en otros sitios (Maxwell 1990).

La Moderna ahora controla el 59,1% del mercado doméstico de cigarrillos, habiendo disminuido del 70,7% en 1979. La participación de la Tabacalera Mexicana en el mercado aumentó del 28,2% en 1979 al 40,9% en 1989. Esta empresa produce el producto de consumo más comercializado del mundo, los cigarrillos Marlboro. En México, las promociones de Marlboro han sido extensas, incluyendo derechos exclusivos para patrocinar programas por televisión de los campeonatos nacionales de fútbol (Chapman 1990). La Libertad tiene menos del 0,1% del mercado total (Maxwell 1990).

México no importa cigarrillos porque los aranceles tan elevados impiden la competencia de las marcas extranjeras. Sin embargo, el país ha considerado exportar cigarrillos producidos en el país a China, Afganistán, Irán, y naciones africanas. Se

espera que si los fabricantes no aumentan las exportaciones de cigarrillos, intentarán aumentar el consumo interno. Recientemente, los puros manufacturados por Tabamex se exportaban a los Estados Unidos en cantidades considerables (Weingarten 1987).

Publicidad y promoción

La publicidad de cigarrillos se permite y se emplea en todos los medios de información. Sin embargo, se requiere la autorización previa de la Secretaría de la Gobernación sobre el contenido de estos anuncios. Por ley, los anuncios comerciales de cigarrillos no deben asociar el fumar con actividades deportivas, cívicas o religiosas, ni incluir personas menores de 25 años (Secretaría de Salud 1986).

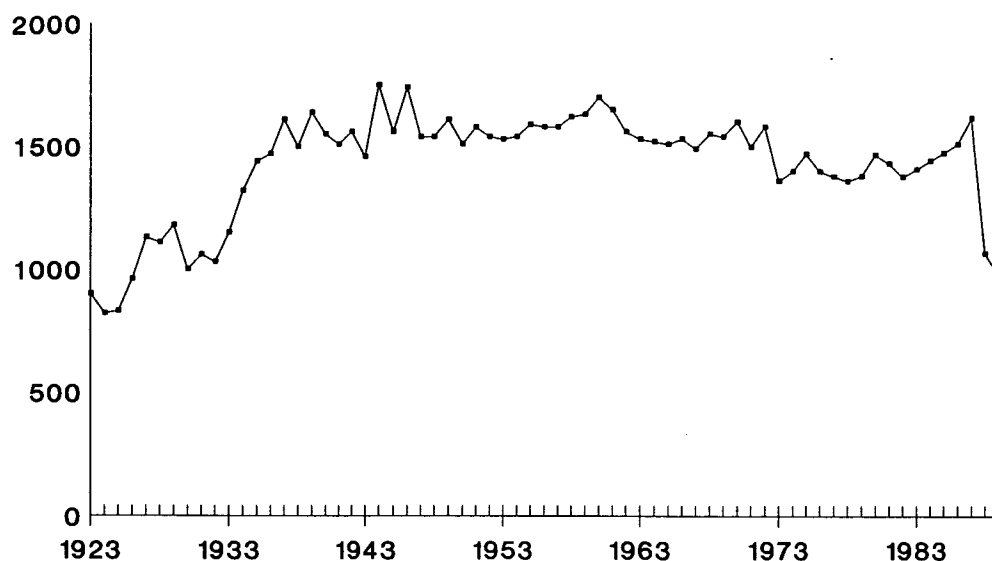
En 1988, el 48% de los gastos totales de publicidad de cigarrillos se destinó a la televisión, 20% a la radio y 19% a carteleras exteriores (Maxwell 1990). La publicidad en la televisión ha disminuido desde 1982, cuando recibía el 88,8% de los gastos totales en publicidad del tabaco (1815 millones de pesos). Con esta suma se adquirieron 5956 anuncios comerciales en un año. Para 1988, el número de anuncios disminuyó a 5492, con un valor total de 128 938 millones de pesos, pero la publicidad de productos de tabaco aumentó en otros medios informativos, como la radio y las carteleras. Un estudio realizado en 1990 por el Instituto Nacional del Consumidor informó que en 1987 la publicidad representó el 7,63% del tiempo total de transmisiones de televisión; el 1,74% del tiempo total de transmisiones (y el 22,8% de todo el tiempo de publicidad) se destinó a los cigarrillos (Chan-Escalante 1990).

Prevalencia y consumo

Consumo per cápita de cigarrillos

En 1923, el consumo de cigarrillos por persona adulta (de 15 años y más) era tan solo de 900 cigarrillos por año. El consumo per cápita aumentó considerablemente a mediados de la década de los 30 y luego fluctuó entre 1360 y 1750 unidades por año (Lee 1975; Maxwell 1990). El aparente consumo per cápita disminuyó de 1617 en 1987 a unos 990 en 1989 (cifra basada en 51 300 millones de cigarrillos consumidos y una población de 15 años y mayor, que ascendía a 52 millones en 1989) (Figura 1). Esta notable disminución en el consumo se debe en parte al aumento de los precios de los cigarrillos, a la reducción del poder adquisitivo de los consumidores y a las actividades contra el tabaquismo en

Figura 1. Consumo de cigarrillos per cápita, México, 1923–1989
(Cigarrillos por población de 15 años y más)



Fuentes: Lee, 1975; The Maxwell Consumer Report, 1990.

México. Empero, parte de la disminución es artificial, porque se emplearon diferentes fuentes de datos para calcular el consumo per cápita entre 1987 y 1989. No obstante, las recientes estimaciones del consumo per cápita hechas por Maxwell y la FAO confirman que el consumo de tabaco en México está disminuyendo.

En 1988, 77,6% de todos los cigarrillos consumidos eran hechos de tabaco rubio y con filtro, y 22,4% eran de tabaco negro sin filtro (Maxwell 1990).

Encuestas de la conducta sobre el consumo de tabaco

En 1971, la OPS patrocinó una encuesta sobre el tabaquismo en ocho ciudades de América Latina, que incluyó la Ciudad de México (Joly 1977). Desde entonces se han realizado más encuestas sobre tabaquismo en diversas partes del país y entre diferentes grupos de población (Cuadro 3). Las encuestas con representación nacional se hicieron en 1986 y 1988. En 1986, la Secretaría de Salud dirigió

Cuadro 3. Encuestas sobre tabaco y prevalencia (%) del tabaquismo actual (diario) por sexo, México, 1971–1988

Autor/Patrocinador	Año	Muestra	N	Prevalencia de tabaquismo actual		
				Hombres	Mujeres	Ambos
Joly (OPS)	1971	C. de México Edad 15-74	1574	43,6	16,0	28,7
Encuesta Nacional de Salud (ENSA), Secretaría de Salud	1986	Nacional Edad \geq 12	14 528	27,4	8,4	17,4
Encuesta Nacional sobre Adicciones (ENA), Secretaría de Salud	1988	Residentes urbanos Edad 12-65	12 581	43,1	20,0	25,8
Gallup (American Cancer Society)	1988	C. de México Edad \geq 18	2600	37,0	17,0	

la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) (Secretaría de Salud 1988). En 1988, la misma institución llevó a cabo la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Secretaría de Salud 1990). En 1988, la American Cancer Society encargó a la Organización Gallup que realizara una encuesta sobre el tabaquismo entre los residentes de la Ciudad de México de 18 años de edad y mayores. Se dispone de poca información sobre la metodología de muestreo usada en esta encuesta.

La ENSA de 1986 empleó una técnica de muestreo de conglomerados de viviendas. Después de seleccionar la vivienda, se identificaba un individuo para que respondiera sobre sí mismo o sí misma y sobre todos los demás miembros de la casa. Esta técnica puede dar lugar a que se notifique una prevalencia de tabaquismo inferior a la real si el entrevistado no tiene conocimiento del estado de tabaquismo de los miembros de la familia. La ENA de 1988 empleó el mismo método de muestreo que la ENSA de 1986, pero el muestreo solo se hizo en las zonas urbanas. A los entrevistados solo se les preguntaba acerca de su propio consumo de tabaco y drogas (Secretaría de Salud 1988a y 1990). Por lo tanto, en este tipo de encuesta es improbable que se notifique un consumo menor de tabaco. La definición de "fumador" en el estudio de la OPS de 1971 (July 1977) es diferente de la usada en la ENSA de 1986 y la ENA de 1988. La encuesta de la OPS de 1971 y la encuesta de Gallup de 1988 emplearon la definición de los EUA, según la cual se define a un individuo como fumador cuando ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en su vida y fuma en el momento de la encuesta. La ENSA y la ENA definieron al fumador como un individuo que actualmente fuma todos los días. Tanto la metodología de muestreo como la definición de "fumador" afectan a la prevalencia notificada por estas diversas encuestas.

Prevalencia de tabaquismo entre los adultos

La prevalencia nacional de tabaquismo diario entre adultos notificada por la ENSA de 1986 es inferior a la notificada entre los entrevistados urbanos de la ENA de 1988 (17,4 frente a 25,8), lo que sugiere que la prevalencia del tabaquismo entre los residentes urbanos es mayor que entre la población general (Cuadro 4). Sin embargo, ambas encuestas registran un gradiente de sur a norte en la prevalencia actual del tabaquismo, con una prevalencia inferior en el sur y mayor en el norte (Tapia-Conyer, 1989a y 1989b).

Tanto entre hombres como entre mujeres, la prevalencia del tabaquismo era más alta en la Ciu-

Cuadro 4. Prevalencia de tabaquismo diario actual por sexo y zona geográfica, México, 1988

Región	Prevalencia de tabaquismo diario actual	
	Hombres	Mujeres
Noroccidental	28,4	16,6
Nororiental	38,1	15,5
Centro Norte	38,9	14,2
Distrito Federal	43,1	20,8
Centro	38,5	13,9
Centro Sur	33,7	10,7
Sur	37,2	25,1
Total México	38,3	14,4

Fuente: Secretaría de Salud, 1990.

dad de México en 1988. Es interesante que la prevalencia más baja de tabaquismo diario entre los hombres urbanos se registra en la región del noroeste (28,4%), donde la prevalencia entre las mujeres (16,6%) es una de las más altas de todas las zonas urbanas.

Dado que la encuesta de la OPS de 1971 y las realizadas en 1986 y 1988 proporcionan datos sobre la Ciudad de México, se pueden hacer algunas comparaciones generales para esos períodos. La prevalencia global de tabaquismo actual en los residentes de la Ciudad de México notificada en la encuesta de 1971 era del 28,7%. En 1988, la prevalencia de tabaquismo diario alcanzaba el 25,8% en general. La prevalencia global de la ENSA de 1986 era tan solo del 17,4%, pero la muestra puede haber sido muy diferente a la de la ENA de 1988 en el sentido que puede haber incluido a las personas que vivían en las zonas campestres alrededor de la Ciudad de México, bajando así la prevalencia global del tabaquismo debido a la naturaleza más rural y empobrecida de estas unidades familiares. En la prevalencia del tabaquismo por sexo se registró poco cambio en los hombres entre 1971 (43,6%) y la ENA de 1988 (43,1%). Entre las mujeres, sin embargo, la prevalencia del tabaquismo aumentó del 16% en 1971 al 20% en 1988. La prevalencia del tabaquismo notificada en la encuesta de Gallup entre los hombres (37%) y las mujeres (17%) fue algo inferior a la obtenida en la ENA de 1988 (Cuadro 3).

La Encuesta de Viviendas de 1986 permite la estratificación por edad y región. La prevalencia más alta entre los entrevistados más jóvenes (menores de 40 años) estaba en la Ciudad de México,

mientras que la prevalencia más alta entre las personas mayores de 40 años se registró en la región del noroeste. La prevalencia del tabaquismo diario entre el grupo de 30 a 39 años de edad es la más alta de todos los grupos de edad en cada región del país.

La encuesta de Gallup informó que la prevalencia del tabaquismo entre las personas de "clase social alta" era mayor que entre las personas de "clase social baja" (34 versus 27%), pero no se cuenta con ninguna definición de estas categorías (Gallup 1988).

Los análisis de los datos obtenidos de la ENSA de 1986 y la ENA de 1988 revelan que aproximadamente dos tercios de los fumadores en México fumaron menos de 10 cigarrillos por día (Tapia-Conyer 1989a; OPS 1990).

La encuesta de 1988 evaluó la exposición al humo de tabaco ambiental (HTA) entre los no fumadores de 12 a 65 años de edad que vivían con fumadores. Entre 25,1 y 35% de los no fumadores en estos grupos de edad que viven en zonas urbanas están expuestos al HTA en sus hogares (Cuadro 5). Sin embargo, si se incluyen los niños menores de 12 años y los adultos mayores de 65, la tasa de exposición al HTA sería mucho mayor.

El tabaquismo entre el personal de salud afecta a la formulación de políticas contra el tabaquismo. Se han realizado dos encuestas sobre el consumo de tabaco entre los médicos de la Ciudad de México. En 1983, la prevalencia de tabaquismo diario era del 33% entre 495 médicos que trabajaban

en hospitales universitarios (Puente-Silva 1985). Más recientemente, una encuesta telefónica hecha en 1989 entre médicos de la Ciudad de México reveló que el 22,8% eran fumadores actuales (Meneses 1989). Esta prevalencia es mayor que la notificada en la ENSA de 1986 (16,7%) para la Ciudad de México, pero inferior a la (31%) notificada en la ENA de 1988 y en la encuesta de 1983 mencionada anteriormente. La edad media de iniciación de tabaquismo notificada en la encuesta de médicos hecha en 1989 era de 17,7 años, y de los fumadores actuales, el 51,9% nunca había hecho un intento serio para dejar de fumar.

En una encuesta realizada entre el personal del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, respondió solamente el 55% de la muestra. Entre los respondientes, la prevalencia del tabaquismo actual era del 27,7% (41,3% entre los hombres y 18,4% entre las mujeres) (Gutiérrez de Velasco 1988). Si los resultados se generalizan para incluir el resto del Instituto, los empleados de este hospital de enfermedades respiratorias acusan una prevalencia de tabaquismo mayor que la de los médicos en la Ciudad de México y una prevalencia similar a la notificada por la ENA de 1988 para el público general en la Ciudad de México.

Prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes

En 1988, se entrevistó a 9967 estudiantes de escuela secundaria para el Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas entre la Población Estudiantil (Medina-Mora 1990). A nivel nacional, 42,2% había probado los cigarrillos por lo menos una vez, 19,5% había fumado por lo menos una vez en los últimos 30 días, y 6% fumaba a diario. Sin embargo, este nivel de experimentación es inferior al notificado en un estudio de 1980 realizado entre 3408 estudiantes de secundaria en la Ciudad de México y zonas suburbanas (46,9%) y entre 4049 estudiantes de la Ciudad de México entrevistados en 1978 (53,2%) (Castro-Sariñana 1982).

Por último, en 1988 se entrevistó a 88 735 estudiantes de primer año de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) sobre el consumo de tabaco. Entre estos adolescentes de alto nivel socioeconómico, 9,3% había fumado diariamente durante los últimos 12 meses. Entre estos adolescentes de alto nivel socioeconómico, 9,3% había fumado diariamente durante los últimos 12 meses. Entre estos fumadores, 76,6% dijo que fumaba

Cuadro 5. Prevalencia (%) de la exposición al humo de tabaco ambiental (Tabaquismo pasivo) entre no fumadores por región, 1988

Región	Prevalencia (%) de tabaquismo pasivo
Noroccidental	28,2
Nororiental	31,1
Centro Norte	31,3
Distrito Federal	32,7
Centro	35,0
Centro Sur	29,2
Sur	25,1
Total México	31,5

Fuente: Secretaría de Salud, 1990.

“por placer”, 18,2% para “aliviar el estrés”, y 16,7% por “imitar a otros” (presión de compañeros) (Dirección General de Servicios Médicos 1988).

Otros tipos de tabaquismo

No se cuenta con ningún dato de encuestas sobre otras formas de tabaco consumido en México además de los cigarrillos manufacturados. Sin embargo, México produce 16,2 millones de puros cada año. De este total, solamente 5,8 millones se consumen en el país y el resto se exporta (Asociación de Comerciantes de Tabaco de los EUA 1989).

Actitudes, conocimiento y opiniones sobre el tabaquismo

Se compilaron datos del conocimiento adquirido sobre los efectos nocivos del tabaquismo en la salud para la ENA de 1988 (Secretaría de Salud 1990). Más del 90% de los encuestados en todas las regiones del país respondió correctamente a las preguntas acerca del conocimiento. Sin embargo, 30% de los respondientes afirmaron que el tabaquismo ayuda a la persona a relajarse y a aliviar el estrés, el 46,5% pensaba que el tabaquismo es una forma de entretenimiento, y el 65,2% consideró que el fumar es menos nocivo para la salud que las drogas ilícitas. Sin embargo, 95,1% de los que contestaron también “solicitaron más información sobre el tabaquismo”.

En la encuesta de médicos realizada en la Ciudad de México en 1989 se les preguntó acerca de sus conocimientos de los efectos específicos del tabaquismo sobre la salud, de la orientación dada a sus pacientes para dejar de fumar, y sobre sus actitudes en cuanto a restringir el tabaquismo en entornos médicos o públicos. Más del 90% de todos los médicos, independientemente de si fumaban o no, pensaba que el tabaquismo causa enfisema, cáncer de pulmón, bronquitis crónica, cáncer de la boca y la garganta, y cardiopatías. Sin embargo, aproximadamente 15% también pensaba que el tabaquismo causa diabetes y cálculos nefríticos (sobre esa asociación no hay nada publicado). Entre los fumadores actuales, el 36,4% declaró que le aconsejaban a todos sus pacientes que dejaran de fumar, pero el 51,3% de los médicos que no fumaban, le aconsejaron a todos sus pacientes que dejaran de hacerlo. Aproximadamente tres cuartos de los médicos creía que el tabaquismo debía ser restringido en las instalaciones médicas, mientras que aproxi-

madamente el 90% consideró que el tabaquismo debía estar restringido en los restaurantes (Meneses 1989).

Tabaquismo y salud

En México se registraron 400 079 defunciones en 1986, con un subregistro estimado en 15,5%. Los signos, síntomas y estados mal definidos (CIE 780-799) representaron el 3,1% de las defunciones entre los hombres y el 4,0% entre las mujeres durante ese año (OPS 1986, 1990). La tasa de mortalidad ajustada por edad para las afecciones mal definidas disminuyó de 1981 a 1986 (Figura 2). Por lo tanto, los datos de mortalidad recientes para México permiten hacer una estimación razonablemente exacta de la repercusión del tabaquismo en la población.

De las cinco causas principales de defunción registradas en México en 1986, las cardiopatías (CIE 390-429) ocupaban el primer lugar (n=50,739), y los tumores malignos (CIE 140-208) el segundo (n=35,930). Muchas de estas defunciones pueden estar relacionadas con el tabaquismo. Los análisis de tendencias sobre ciertas defunciones relacionadas con el tabaquismo pueden revelar patrones asociados con la cambiante exposición al humo de los cigarrillos en México.

Se analizaron las tasas de mortalidad ajustadas por edad para 1982 y 1986, de cuatro categorías de enfermedades que se sabe están relacionadas causalmente con el tabaquismo (tabulaciones inéditas, OPS 1990) (Cuadro 6). El cáncer de pulmón (CIE 162) es la causa más frecuente de muerte debida al cáncer en México (11,9% de todas las defunciones por cáncer). En 1986, 4412 defunciones se debieron al cáncer de pulmón (OPS 1990), y según las estimaciones de riesgo atribuible hechas en los EUA (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EUA [USDHHS] 1989), 87% (n=3,838) de estas defunciones pueden atribuirse al tabaquismo. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad entre los hombres fue dos veces más alta que la de las mujeres en 1986, pero las tasas aumentaron en ambos sexos de 1982 a 1986. El aumento observado en la tasa es más evidente entre los hombres de 55 a 64 años de edad, pero en las mujeres, el aumento es más evidente entre las de 45 a 54 años y las de 55 a 64 años (Cuadro 6). La tasa de mortalidad ajustada por edad para el cáncer de pulmón entre los hombres ahora figura en la mitad superior de los países de las Américas sobre los que se dispone de datos fiables (OPS 1990). Con base en estos datos, parece que el impacto del tabaquismo,

manifestado por la creciente tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, está aumentando en México, y que las repercusiones en las mujeres hasta ahora son menores que en los hombres.

Los tumores malignos del labio, la cavidad bucal y la faringe (CIE 140-149), que se asocian estrechamente con el tabaquismo, son muy poco frecuentes en México; las tasas de mortalidad ajustadas por edad para hombres y mujeres no han cambiado de 1982 a 1986.

Dado que la exposición al tabaco en función de la prevalencia y el número de cigarrillos fumados por día es relativamente baja en México, las tasas de mortalidad nacionales quizás no reflejen el impacto del tabaquismo en las enfermedades entre las poblaciones más expuestas, es decir, los que viven en la Ciudad de México. Análisis adicionales de los patrones de mortalidad entre estas poblaciones indudablemente mostrarían una mayor repercusión del tabaquismo que los realizados en la población nacional.

Actividades de control y prevención del tabaquismo

Acción del Gobierno

Estructura y políticas ejecutivas

La Ley General de Salud, promulgada en 1983, considera un programa del Gobierno para combatir la adicción a los estupefacientes, incluido el consumo de tabaco (Secretaría de Salud 1983). Dentro de este marco general, en 1986 el Gobierno creó el Consejo Nacional Contra las Adicciones, presidido por el Secretario de Salud. También se creó el Programa contra el Tabaquismo como un esfuerzo colaborativo de la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Secretaría de Salud 1986). Antes de que se iniciara esta campaña de salud pública, las actividades de antitabaquismo se limitaban a los programas de cese concentrados

Cuadro 6. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (por 100 000 personas) para afecciones selectas relacionadas con tabaquismo y tasas de mortalidad específicas por edad, por sexo, para personas de 35 a 64 años, México, 1982 y 1986

Causa de defunción	Sexo	Año	Tasa* ajustada por edad ^a	Tasa específica por edad		
				35-44	45-54	55-64
Cardiopatía isquémica (CIE 410-414)	Masc.	1982	30,9	17,8	55,8	148,7
	Masc.	1986	31,5	16,5	52,8	144,7
	Femen.	1982	17,7	7,3	19,3	65,0
	Femen.	1986	18,7	6,2	19,7	60,4
Enfermedad cerebrovascular (CIE 430-438)	Masc.	1982	22,8	10,7	32,5	84,6
	Masc.	1986	22,2	8,8	27,2	75,7
	Femen.	1982	22,0	12,7	31,8	71,3
	Femen.	1986	21,8	9,1	26,9	64,8
Tumor maligno de labio, cavidad bucal y faringe (CIE 140-149)	Masc.	1982	0,9	0,4	1,7	5,7
	Masc.	1986	1,0	0,3	1,4	6,3
	Femen.	1982	0,4	0,3	1,4	6,3
	Femen.	1986	0,4	0,5	0,8	1,6
Tumor maligno de tráquea, bronquio y pulmón (CIE 162)	Masc.	1982	7,3	2,4	13,1	44,9
	Masc.	1986	8,4	2,3	13,1	48,0
	Femen.	1982	2,7	1,5	5,2	15,4
	Femen.	1986	3,4	1,9	6,2	18,6

Fuente: OPS, 1986 y 1990.

*Tasas ajustadas para todas las edades a la población total de América Latina.

en los hospitales universitarios de la Ciudad de México (Puente-Silva 1986). Por su naturaleza, estos programas tenían un enfoque curativo más bien que preventivo.

El Programa contra el Tabaquismo tiene cuatro objetivos: desarrollar la educación antitabáquica para las escuelas y el público general; mejorar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para las afecciones relacionadas con el tabaquismo; consolidar el marco legal para el control del tabaquismo, y mejorar la investigación científica sobre el tabaco y la salud. Se diseñó una serie de estrategias, líneas de acción y actividades concretas para alcanzar estos objetivos. Cuatro comités técnicos, que incluyen representantes de varias instituciones, están encargados de la ejecución del programa (Secretaría de Salud 1986).

El primer año del programa nacional antitabáquico destacó las actividades de educación pública y en las escuelas (Rubio 1990). Además, se patrocinaron 12 proyectos de investigación científica. De estos, ocho fueron biomédicos, tres abordaron temas psicosociales, y uno analizó la economía de la publicidad sobre productos de tabaco en la televisión (Chan-Escalante 1989). En 1989, el Taller Intersectorial de Derecho Sanitario Mexicano discutió el problema del tabaquismo e hizo varias propuestas legislativas.

Legislación

La constitución mexicana garantiza el derecho a la buena salud. Mediante varios componentes legislativos, La Ley General de Salud reconoció que el tabaquismo es nocivo para la salud. Primero incluyó disposiciones para el Programa Nacional de Antitabaquismo a fin de realizar investigaciones y proporcionar educación al respecto. También exigió que en los paquetes de tabaco se mostrara una advertencia que dice: "Este producto puede ser nocivo para su salud". Además, se prohíbe la venta de productos de tabaco a los menores de edad y se reglamenta la publicidad del producto. En lo que se refiere a los productos de tabaco, los anuncios comerciales solo pueden proporcionar información sobre la calidad del producto y las técnicas de fabricación. El tabaco tampoco puede ser presentado como un símbolo de buena salud ni tampoco puede estar asociado a valores sociales positivos. La ley prohíbe la participación de niños o de adolescentes en los anuncios de tabaco y prohíbe dirigirlos a estos grupos como consumidores. En 1987 la ley fue enmendada para que esta restricción se aplicara

también a las personas menores de 25 años y que en todos los anuncios de radio o televisión sobre el tabaco se incluyese el mensaje: "El tabaquismo es nocivo para su salud" (Secretaría de Salud 1987). También se incluyeron otras advertencias que mencionan riesgos específicos relacionados con el tabaquismo. La ley ordena que a los consumidores se les comunique el contenido de nicotina y alquitrán en los cigarrillos, y que estos no contengan insectos ni plaguicidas (Secretaría de Salud 1988b).

Aunque estas restricciones sobre la publicidad son una declaración obvia del compromiso adquirido por el Gobierno para prevenir el consumo de tabaco por las personas jóvenes, los sustanciales fondos destinados por las empresas multinacionales tabacaleras a la promoción del tabaco en México pueden socavar estos esfuerzos de control. Además del patrocinio por Marlboro de los campeonatos nacionales de fútbol, las empresas de tabaco patrocinan competencias internacionales de automóviles, carreras de caballos, el Festival Internacional del Cine de Acapulco y los conciertos de 'rock' (Chapman 1990).

En 1990, un decreto Federal expedido por el Ministro de Salud prohibió fumar en las aulas, auditorías, establecimientos de salud, estaciones de gasolina, transporte público, oficinas del Gobierno que atienden al público y cines. Las instalaciones cerradas de servicios de alimentación tienen que tener un lugar para los no fumadores. Las reglamentaciones que acompañan a este decreto estipulan el cumplimiento mediante vigilancia, inspecciones, notificaciones y sanciones para los infractores (Asamblea de Representantes del Distrito Federal 88-91 1990). Se ignora hasta qué grado se hace cumplir la legislación sobre aire puro en lugares cerrados.

Impuestos

En 1985, el Gobierno cobró 107 305 millones de pesos en concepto de impuestos relacionados con el tabaco. Esto representó el 1,7% del ingreso total del Gobierno y un aumento del 1,1% del ingreso total (\$US 305 100 000) en 1983 (Chapman 1990).

Educación escolar

El Programa Nacional de Antitabaquismo propuso a la Secretaría de Educación Pública que en los libros de texto de las escuelas primarias se incluyese información sobre las consecuencias del taba-

quismo para la salud. También ha producido folletos y otros materiales educativos que son utilizados por el sistema escolar, las asociaciones de padres y las Brigadas Infantiles (Dirección de Educación para la Salud 1987). Se informa que tres universidades han ampliado la enseñanza sobre el tabaquismo y la salud en los programas de estudio de medicina, psicología y trabajo social (Labradero 1990).

Actividades de información pública y programas de cese

Los mensajes sobre antitabaquismo han sido difundidos por el Programa Nacional de Antitabaquismo, tanto a través de los medios de información impresos como electrónicos. El Programa ha participado rutinariamente en el Día Mundial sin Tabaco patrocinado por la Organización Mundial de la Salud.

Aunque las actividades de información pública se han concentrado en la prevención del tabaquismo, se dispone de programas de cese. Varios hospitales de la Ciudad de México y otros estados ofrecen clínicas para dejar de fumar.

Acción no gubernamental

En 1985 se creó el Comité Mexicano para el Estudio y Control del Tabaquismo (COMECTA), de carácter no gubernamental. El COMECTA promueve la colaboración intersectorial, emplea a cinco personas a tiempo completo en las actividades de control del tabaco y produce programas educativos públicos de radio y televisión (Chapman 1990).

Resumen

Debido a una variedad de cambios climáticos y económicos, la producción de tabaco ha disminuido en México desde 1980. La organización de empresas intermediarias de tabaco, propiedad parcial del Gobierno, fue vendida a empresas privadas, y la política sobre fijación de precios para los cosecheros ahora la determina el Comité Nacional de Tabaco, en el que participan los cosecheros. El Gobierno de México se enfrenta a un doble dilema: mantener un compromiso continuo de apoyar a los agricultores pequeños que se benefician de cultivos comerciales, y al propio tiempo establecer un compromiso para controlar las enfermedades crónicas causadas por el consumo de tabaco entre sus ciudadanos. Un interés recién descubierto en la exporta-

ción de tabaco se asemeja al mismo interés encontrado en los Estados Unidos, donde los cosecheros de tabaco se han beneficiado de las recientes políticas de comercio que apoyan las ventas de tabaco norteamericano en el extranjero.

La publicidad y la promoción de los productos de tabaco se permite y se usa en todas las formas y por todos los medios de divulgación. El auspicio por las empresas de tabaco de eventos deportivos, culturales y orientados hacia la juventud está generalizado, a pesar de las restricciones legislativas diseñadas para disminuir la publicidad destinada a la juventud. La televisión es el medio primario para la publicidad del tabaco. Los anuncios de tabaco y los paquetes de cigarrillos muestran las advertencias claras que indican que el tabaco es nocivo para la salud humana.

El consumo de cigarrillos per cápita ha disminuido recientemente después de un aumento constante que empezó en la década de los 30. Sin embargo, la FAO ha hecho proyecciones de un mayor consumo total debido a un aumento en el tamaño de la población adulta. Aunque la prevalencia del tabaquismo entre los hombres no ha disminuido desde 1971, por lo menos en la Ciudad de México, la prevalencia entre las mujeres ha aumentado notablemente. Resulta interesante que los datos de encuestas muestran la existencia de un gradiente de sur a norte en la prevalencia, registrándose la más alta en el norte. No se sabe si esto es resultado de una influencia cultural y económica de la proximidad de los Estados Unidos a estas regiones. Además de este gradiente, los datos de encuestas revelan un efecto similar de la urbanización en la prevalencia del tabaco. La prevalencia del tabaquismo es mayor en los centros urbanos que en las áreas rurales, tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Las encuestas de médicos y empleados de hospitales sugieren que la prevalencia del tabaquismo entre estas personas bien educadas es similar o mayor que la prevalencia del tabaquismo entre el público en general. Estos profesionales comprenden claramente las consecuencias del tabaquismo en la salud, pero todavía no han adoptado la norma de no fumar. En las naciones desarrolladas, la norma de no fumar fue adoptada por los médicos antes de su divulgación al público general. Por lo tanto, los cambios generalizados en el comportamiento público provocados por los cambios en las creencias y el conocimiento público sobre el tabaquismo no parecen ser inminentes en México. La disminución en el consumo per cápita de cigarrillos es principalmente un resultado del reducido poder

adquisitivo de los consumidores, y este patrón es similar al de las naciones de ingreso medio en el resto de América Latina.

La repercusión del tabaquismo en las enfermedades ya es evidente en México. El cáncer de la tráquea, los bronquios y el pulmón es el tipo más común de muerte debida a cáncer, y cada año, casi 4000 defunciones por cáncer de pulmón se pueden atribuir al fumar cigarrillos entre los mexicanos. La carga verdadera de las enfermedades probablemente es mucho más pesada debido a que las enfermedades cardiovasculares son la causa más común de defunción en México. La tasa de mortalidad específica por edad del cáncer de pulmón, un indicador de la exposición de la población al tabaco, está aumentando tanto entre los hombres como entre las mujeres de 55 años y más, y a un ritmo más rápido en las mujeres que en los hombres entre los mexicanos más jóvenes.

La Ley General de Salud creó uno de los pocos programas de antitabaquismo patrocinados por un Gobierno en las Américas. Entre los logros del programa figuran las campañas de educación pública y en las escuelas, y la introducción de nueva legislación dirigida a restringir el tabaquismo en lugares públicos. La investigación sobre el tabaquismo y la salud se ha limitado principalmente a los temas biomédicos, pero el Programa Nacional ocupa un lugar único para apoyar la investigación y la economía relacionadas con políticas orientadas hacia la promoción del cambio generalizado en el comportamiento y las normas sociales. El programa del Gobierno también puede beneficiarse de un Comité Nacional no gubernamental centralizado para el Estudio y Control del Tabaquismo (COMECTA), que puede actuar como una coalición para unificar el apoyo público para la prevención y el control del tabaquismo mediante actividades de información pública y la coordinación de otros grupos no gubernamentales.

Conclusiones

1. La carga que representan las enfermedades debidas al consumo de tabaco se está haciendo obvia entre los mexicanos, como se manifiesta por las mayores tasas específicas por edad de cáncer de pulmón entre hombres y mujeres de 55 años de edad en adelante. Cada año el tabaquismo produce casi 4000 defunciones debidas a cáncer de pulmón y un número indeterminado de muertes debidas a enfermedades cardiovasculares.
2. La prevalencia del tabaquismo entre los hombres en la Ciudad de México se ha mantenido estable desde 1971, pero ha aumentado entre las mujeres. Aproximadamente 9 000 000 de mexicanos adultos fumaban a diario en 1988.
3. La prevalencia del tabaquismo es mayor en el norte y las áreas urbanas de México que en el sur o las áreas rurales. La prevalencia del tabaquismo entre los médicos mexicanos es similar a la del público en general, lo que sugiere que la norma de no fumar todavía no ha sido adoptada por quienes están mejor informados acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud.
4. La publicidad y promoción del tabaco están generalizadas, a pesar de los controles legislativos sobre el contenido y la cobertura de estos anuncios. Los eventos deportivos, culturales y orientados hacia la juventud son patrocinados vigorosamente por las empresas tabacaleras.
5. El compromiso sustancial contraído por el Gobierno para el control del tabaco es evidente en el establecimiento, por ley, de un Programa Nacional de Antitabaquismo. Este programa promueve campañas educativas públicas y en escuelas, investigaciones sobre tabaquismo y salud, y medidas legislativas para combatir el consumo de tabaco. Los programas no gubernamentales, notablemente COMECTA, participan en la labor de cambiar las normas sobre tabaquismo entre los mexicanos.

Referencias

AGROECONOMIC SERVICES, LTD. y TABACOSMOS LTD. *The Employment, Tax Revenue and Wealth that the Tobacco Industry Creates: an Economic Study*. Agroeconomic Services Ltd. and Tabacosmos Ltd., septiembre de 1987.

ASAMBLEA DE REPRESENTANTES DEL DISTRITO FEDERAL 88-91. Reglamento para la protección de los no fumadores en el Distrito Federal. *Diario Oficial* 6 de agosto, 1990.

BANCO MUNDIAL, *World Development Report 1989*. New York: Oxford University Press, 1989.

CASTRO-SARIÑANA, M.E., MAYA, M.A., AGUILAR, M.A. Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. *Salud Pública de México* 24(5):565-574, septiembre-octubre de 1982.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. CELADE. *Boletín Demográfico* 23(45), Santiago, 1990.

CHAN-ESCALANTE, J. El gasto publicitario en la televisión de la Ciudad de México para la promoción del con-

sumo de tabaco. En: Rubio, H., Labrandero, M., Selman, M., Martínez-Rossier, J., Pérez-Neria, J., Yañez, R.M., et al. Avances del Programa contra el Tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (supl.)* 2(3):1-45, febrero de 1990.

CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—a Resource Atlas*. Penang, Malaysia: International Organization of Consumers Unions, 1990.

DIRECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD. La prevención de las adicciones-farmacodependencia, problemas relacionados con el abuso del alcohol y tabaquismo. *Unidad Educativa para el Cuidado de la Salud*. No. 15. Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud, México, 1987.

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS. Examen médico para alumnos de primer ingreso 1988. Dirección General de Servicios Médicos, Universidad Nacional Autónoma de México, (datos no publicados), 1988.

GALLUP ORGANIZATION. The Incidence of Smoking in Central and Latin America. Conducted for: The American Cancer Society. Princeton: New Jersey. The Gallup Organization, abril de 1988.

GUTIERREZ DE VELASCO, C., YAÑEZ-CLAVEL, R.M. Encuesta para conocer el hábito tabáquico de los trabajadores del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, 1988.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA. Encuesta industrial anual 1989, México, 1989.

JOLY, D.J. *El hábito de fumar en América Latina*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 337, 1977.

LABRANDERO, M. Country Collaborator's Report. Datos inéditos. Organización Panamericana de la Salud, 1990.

LEE, P.N. *Tobacco Consumption in Various Countries*. Research paper 6, 4th edition. London: Tobacco Research Council, 1975.

MAXWELL, J.P. International Tobacco—Part One 1989. Richmond, Virginia, The Maxwell Consumer Report, 18 de mayo de 1990.

MEDINA-MORA, M.E., DE LA FUENTE, R. Estudio nacional sobre uso de drogas en la población estudiantil de la República Mexicana. En: Rubio, H., Labrandero, M., Selman, M., Martínez-Rossier, J., Pérez-Neria, J., Yañez, R.M. et al. Avances del Programa contra el Tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (supl.)* 2(3):1-45, febrero de 1990.

MENESES, F., STETLER, H., PIERCE, J. A telephone survey of smoking among practicing physicians in Mexico City. (Datos no publicados). 1989.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION. Tobacco: supply, demand, and trade projections, 1995 and 2000. *FAO Economic and Social Development Paper* 86. Roma: FAO, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington D.C.: Publicación Científica No. 500, 1986.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington D.C.: Publicación Científica No. 524, 1990.

PUENTE-SILVA, F.G. Resultados sobre el hábito de fumar en tres muestras (población suburbana/rural, personal médico de siete centros hospitalarios y personal de Petróleos Mexicanos), implicaciones y consideraciones. *Salud Mental* 8(3):60-65, septiembre de 1985.

PUENTE-SILVA, F.G. Tabaquismo en México. *Bol Of Sanit Panam* 10(3):234-246, septiembre de 1986.

RUBIO, H., LABRANDERO, M., SELMAN, M., MARTINEZ-ROSSIER, J., PEREZ-NERIA, J., YAÑEZ, R.M., et al. Avances del Programa contra el Tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (supl.)* 2(3):1-45, febrero de 1990.

SECRETARIA DE SALUD. *Ley General de Salud*. Dirección General de Asuntos Jurídicos, Secretaría de Salud, México, 1983.

SECRETARIA DE SALUD. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. 27 de mayo, 1987, pp. 7-13.

SECRETARIA DE SALUD. *Encuesta Nacional de Salud*. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología, Sistema Nacional de Encuestas de Salud, México, 1988a.

SECRETARIA DE SALUD. *Encuesta Nacional de Adicciones*. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología, Sistema Nacional de Encuestas de Salud, México, 1990.

SECRETARIA DE SALUD. *Programa contra el Tabaquismo*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Organización Panamericana de la Salud, México, 1986.

SECRETARIA DE SALUD. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios. *Diario Oficial de la Federación*. 18 de enero, 1988b.

TABAMEX. *Historia y Cultura del Tabaco en México*. México: Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, 1988.

TAPIA-CONYER, R., LAZCANO-RAMIREZ, F., MEDINA-MORA, M.E., SOLACHE, G., LEON, G., OTERO, B.R., *et al.* Situación epidemiológica del tabaquismo en México: una comparación entre la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Nacional de Adicciones (trabajo no publicado), 1989.

TAPIA-CONYER, R., LAZCANO-RAMIREZ, F., REVUELTA-HERRERA, M., SEPULVEDA-AMOR, J. El consumo de tabaco en México: resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Boletín Mensual de Epidemiología* 4(3):33-39, marzo de 1989.

TOBACCO MERCHANTS ASSOCIATION OF THE U.S.

Production and consumption of tobacco products for selected countries 1979-1988. *Special Report*. 89-3, 28 de septiembre de 1989.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco Production, Exports and Imports 1979-1988. Datos inéditos. Tobacco, Cotton, and Seeds Division. Foreign Agricultural Service, 1990a.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. *World Tobacco Situation*. U.S. Department of Agriculture, Foreign Agricultural Service, agosto de 1990b.

WEINGARTEN, S. Tobacco grows into Mexico's hot moneymaker. *The Atlanta Journal and Constitution*, 3 de julio de 1987, p. 11.

Nicaragua

Características generales

La industria del tabaco

Agricultura

Manufactura y comercialización de tabaco

Prevalencia y consumo

Consumo de cigarrillos per cápita

Encuestas de conducta y limitaciones

Prevalencia de tabaquismo entre trabajadores adultos jóvenes

Prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Nicaragua está situada en el Istmo centroamericano entre Costa Rica al sur y Honduras y El Salvador al norte. El país ha sido desgarrado por la guerra civil durante una gran parte del decenio pasado, que llevó a una recesión económica muy seria (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1990). La guerra ha afectado claramente la situación de salud, aunque es difícil de demostrar dado los limitados datos sobre mortalidad disponibles para partes de Nicaragua. Para los adultos jóvenes en este país, las causas externas de muerte, por ejemplo, homicidio y otras acciones violentas, fueron las causas de muerte notificadas con más frecuencia.

La población estimada a mediados de 1990 en Nicaragua era de 3 870 180, de la cual 46% era de 15 años de edad. Con una tasa total de fecundidad de 5,5, una de las más altas en América Latina, la estructura de edad de la población continuará concentrándose en los grupos de edad más jóvenes en el futuro previsible. Solo 59% de la población es urbana (Banco Mundial 1990). Debe observarse que desde 1971 no se ha realizado ningún censo en Nicaragua.

La tasa de mortalidad infantil era 61,6 por 1000 nacidos vivos de 1985 a 1990 y la esperanza de vida al nacer: 62,0 años para los hombres y 64,6 años para las mujeres (Cuadro 1). Estas cifras son similares a las notificadas para los países centroamericanos vecinos, o sea, Honduras, El Salvador y Guatemala (Centro Latinoamericano de Demografía [CELADE] 1990).

En 1987, el producto nacional bruto (PNB) per cápita de Nicaragua era uno de los más bajos en las Américas: \$US830 (Cuadro 1). Durante el período de 1980 a 1988, el PNB per cápita en realidad disminuyó 4,7% por año. La inflación ha llegado hasta el 1500% en 1985. En 1988 comenzó a despuntar una estabilización económica y social, pero todavía hay que determinar el curso que toma la economía bajo esta nueva situación política. (OPS 1990).

La situación actual de salud de Nicaragua es producto de los problemas económicos de fines de los años ochenta, así como de las condiciones de vida generalmente pobres entre la mayoría de los nicaragüenses. A pesar del establecimiento de un Sistema Nacional de Salud en 1981, la accesibilidad a la atención de salud todavía es limitada. Desde 1988, entre los esfuerzos adicionales realizados para extender la cobertura han figurado el establecimiento de nuevas instituciones de atención de salud y varios programas de prevención. Sin em-

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Nicaragua, decenio de 1980 y 1990

Indicador	Año	Valor
Población	1990	3 870 180
Porcentaje < 15 años	1988	46,1
Porcentaje > 65 años	1988	2,9
Porcentaje urbano	1988	59
Esperanza de vida al nacer	1985-1990	
Hombres		62,0
Mujeres		64,6
Tasa global de fecundidad	1985-1990	5,5
Tasa de mortalidad infantil		
Por 1000 nacidos vivos	1985-1990	61,6
Tasa bruta de mortalidad	1988	41
Producto nacional bruto per cápita (\$US)	1987	830
Cambio porcentual en el PNB por año	1980-1988	-4,7

Fuentes: Banco Mundial, 1989, 1990; CELADE, 1990.

bargo, hasta 1991 la larga duración de la guerra y el descalabro económico limitaron mucho los recursos disponibles para la salud. Actualmente, 4,7% del PNB se gasta en atención de salud cada año.

La industria del tabaco

Agricultura

En 1987 se sembraron unas 2000 hectáreas de tabaco (Chapman 1990). El tabaco se cultiva principalmente en el norte de Nicaragua, pero también existen plantaciones en las islas de Omotepe y Moyogalpa en el Lago Managua. Aproximadamente 50 de los 204 cosecheros de tabaco nicaragüenses cultivan las tierras que les dio el Gobierno. TANIC (Tabacalera Nicaragüense), la filial de la British-American Tobacco Company, SA (BAT), está integrada verticalmente en toda la industria agrícola del tabaco. Actúa como garante de los préstamos del Banco de Nicaragua a los agricultores, y ofrece apoyo técnico a los cosecheros desde la fase de siembra hasta la de venta de hoja cruda. El Gobierno no fija los precios de la hoja cruda ni interviene en las ventas nacionales e internacionales de tabaco crudo. El control de calidad y la fijación de precios son responsabilidad exclusiva de TANIC.

En contraste con los cosecheros de tabaco, los agricultores dedicados a otros cultivos no tienen

Cuadro 2. Producción, importación, exportación y consumo interno total de tabaco en rama (en toneladas métricas), Nicaragua 1978-1989

Año de consumo	Producción	Importación	Exportación	Consumo interno total
1978	2981	93	1106	1200
1979	2745	0	1400	1200
1980	4192	0	423	1400
1981	3691	43	657	1600
1982	2783	0	570	2170
1983	3900	566	773	3035
1984	4550	444	1068	3600
1985	4550	740	501	4000
1986	4550	409	142	4350
1987	4550	335	209	4325
1988	4550	400	160	4200
1989	4550	400	160	4200

Fuente: USDA, 1990.

garantía de préstamos, compradores garantizados para sus cultivos ni ningún incentivo del Gobierno para cultivar los productos alimenticios básicos u otros productos para consumo interno (Robles 1991). Por lo tanto, a pesar de la guerra, la producción y las exportaciones de tabaco nicaragüenses no disminuyeron durante el período 1978-1989 (Cuadro 2). Además, la producción de tabaco aumentó a 4550 TM en 1984 y desde entonces ha permanecido a ese nivel.

Manufactura y comercialización de tabaco

TANIC es la única empresa de fabricación de cigarrillos que opera en Nicaragua. Produce varias marcas diferentes, siendo las más populares Windsor, Belmont, Belmont Mentol y Alas (Cardosa 1991). Como la publicidad sobre los cigarrillos ha estado prohibida desde 1979, la principal estrategia promocional empleada por TANIC es un eficaz sistema de distribución con amplia disponibilidad de cigarrillos en todo el país. Los cigarrillos generalmente se venden sueltos en Nicaragua. Además, los puros se fabrican en el norte, pero estos han perdido importancia económica pues su consumo interno ha disminuido (Robles 1991). El tabaco nicaragüense está bien considerado fuera del país. Por tanto, las exportaciones aumentaron de 570 TM en 1982 a 1068 TM en 1984, y permanecieron en ese nivel hasta 1988; desde entonces ha disminuído (Cuadro 2) (U.S. Department of Agriculture [USDA] 1990).

Prevalencia y consumo

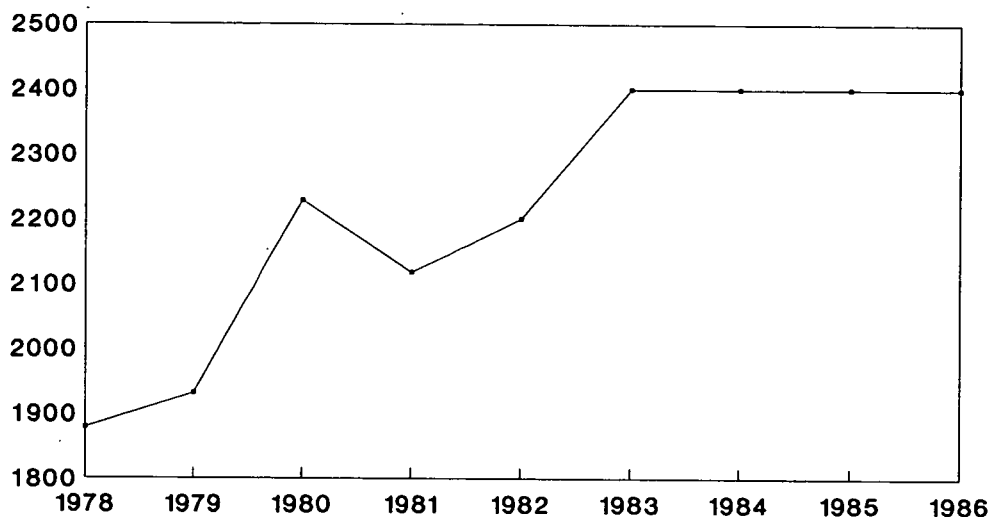
Consumo de cigarrillos per cápita

El consumo interno total y per cápita de cigarrillos aumentó durante los últimos 15 años. El consumo total aumentó de 1648 TM en 1973 a 2400 TM en 1988 (Cuadro 2). El consumo per cápita evidente para las personas de 15 años y más aumentó de 1878 cigarrillos en 1973 a 2400 en 1983, permaneciendo en ese nivel hasta 1986 (el consumo per cápita fue de 1140 cigarrillos en 1965) (USDA 1990) (Figura 1). Un portavoz de la empresa TANIC atribuyó el aumento del consumo per cápita a una disponibilidad mucho mejor de cigarrillos en comparación con otros productos básicos. Sin embargo, desde 1988 se ha hecho evidente una mayor disponibilidad de los productos de consumo y un costo de vida más alto (Robles 1991). El consumo de cigarrillos por cada adulto ha disminuido bruscamente desde 1988 debido a las presiones económicas y en 1990 alcanzaba la cifra de 1400, menor aún que en 1973.

Encuestas de conducta y limitaciones

En Nicaragua solo se han realizado dos encuestas sobre el consumo de tabaco. La primera fue parte del Programa de Cooperación de Nicaragua-Suecia para la Investigación en Salud Ocupacional (Quintero 1989), realizada entre los trabajadores de la Región II en el norte de Nicaragua. La muestra

Fig. 1. Consumo de cigarrillos, Nicaragua, 1978-1986. (Por adulto de 15 años y más)



Fuente: USDA, 1990.

incluía 402 hombres y 118 mujeres que eran obreros agrícolas rurales o industriales urbanos. La edad media de los respondientes fue de 33 años para los hombres y 25 años para las mujeres.

La segunda encuesta se realizó entre los estudiantes de escuela secundaria en Managua en 1988 (Moncada-Rodríguez 1988). Se tomó una muestra de 510 estudiantes de un total de 20 739 matriculados en una escuela secundaria de la capital. De los 507 entrevistados, 47 eran menores de 15 años, 130 tenían de 15 a 16, 191 tenían de 17 a 18 y 139 eran mayores de 18.

Los datos de estas dos encuestas se aplican únicamente a los adolescentes y los adultos jóvenes; en consecuencia, no se pueden generalizar los resultados a la totalidad de la población nicaragüense. Además, para ninguna de las dos encuestas se proporcionó la definición de "fumador". En la encuesta de adolescentes, no se distinguió entre fumadores ocasionales y regulares, y en consecuencia las prevalencias notificadas pueden ser estimaciones exageradas del comportamiento verdadero de los adolescentes en Managua.

Prevalencia de tabaquismo entre trabajadores adultos jóvenes

En la encuesta de los trabajadores, la prevalencia global de tabaquismo fue 43,5%, siendo mucho más alta entre los hombres que entre las mu-

jer (51 frente a 16%) (Cuadro 3) (Quintero 1989). La prevalencia de tabaquismo fue mayor tanto entre hombres y mujeres mayores de 25 años que entre los menores de 25 años. La tasa de prevalencia entre los hombres fue muy alta en comparación con las tasas notificadas por otros países de Centroamérica (por ejemplo, en la Ciudad de Guatemala, 38% entre los hombres y 18% entre las mujeres; en las áreas urbanas de Honduras, 36% entre los hombres y 11% entre las mujeres; en El Salvador, 38% entre los hombres y 12% entre las mujeres). La tasa mayor en Nicaragua en parte es atribuible a la edad más joven de la muestra y a su aptitud para pagar los cigarrillos. En muchos otros países de las Américas parece que un factor determinante de la prevalencia mayor de tabaquismo es la capacidad económica, y es más factible que el ingreso de los trabajadores adultos jóvenes fuera suficiente como para permitirles comprar cigarrillos.

Prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes

La prevalencia de tabaquismo entre los estudiantes de escuela secundaria de Managua fue del 48,7%: 39,8 entre los hombres y 52,2 entre las mujeres (Cuadro 4). Esta cifra incluye a los experimentadores, fumadores ocasionales y fumadores regulares. La prevalencia de tabaquismo entre las adolescentes es mucho más elevada que entre los trabajadores adultos jóvenes en la Región II, lo que

Cuadro 3. Prevalencia (por ciento) de fumar cigarrillos entre trabajadores rurales y urbanos en la Región II, por sexo y grupo de edad, Nicaragua, 1989

Categoría (n=118)	Hombres			Mujeres		
	< 25 años (n=63)	≥ 25 años (n=339)	Total (n=402)	< 25 años (n=27)	≥ 25 años (n=91)	Total (n=118)
Fumadores	46	53	51	4	20	16
Exfumadores	—	6	5	—	4	3
No fumadores	54	42	44	96	76	81
Edad media	20	35	33	20	33	26

Fuente: Quintero, 1989.

sugiere que las mujeres jóvenes están comenzando a fumar más precozmente que las cohortes de mujeres mayores. Además, la prevalencia de tabaquismo entre adultos y adolescentes en Managua puede ser mayor como resultado del ambiente urbano, en particular para las mujeres. La prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes aumenta con la edad, alcanzando una alta de 64% entre los mayores de 18 años; este nivel es casi 50% mayor que la prevalencia entre los trabajadores de la Región II, lo que sugiere una diferencia urbana-rural en cuanto al consumo de cigarrillos similar a la de otros países de las Américas.

Además, la prevalencia de tabaquismo es más alta entre los que tienen amigos fumadores (Cuadro 4). La prevalencia de tabaquismo entre los que indican que todos sus amigos son fumadores es del 78,6%, y solo del 19,3% entre los que dicen que ninguno de sus amigos son fumadores. Aunque la pregunta puede haber sido ambigua, estas diferencias son lo suficientemente grandes como para sugerir la posibilidad de presión de los compañeros

en la iniciación del tabaquismo entre los estudiantes de escuela secundaria de Managua.

La mayoría (90,3%) de los 217 fumadores fumaba menos de 10 cigarrillos al día. La proporción de fumadores que empezaron a fumar antes de los 15 años era del 37,6%; 40,4% empezó entre los 15 y 17 años, y 22,0% después de los 17.

Tabaquismo y salud

Los datos nacionales sobre mortalidad para Nicaragua están incompletos y no son publicados por agencias internacionales. En consecuencia, para comenzar a evaluar los efectos de varias enfermedades relacionadas con el tabaquismo, se usaron solo los datos sobre mortalidad en Managua (Región III) para calcular las tasas para determinadas enfermedades relacionadas con el tabaquismo, por sexo para las personas de 15 a 34, 35 a 49 y 50 y más años (Cuadro 5). Dado que Managua es la ciudad capital, el subregistro de defunciones debiera ser mínimo. Además, en la Región III las defunciones

Cuadro 4. Prevalencia (por ciento) de fumar cigarrillos entre adolescentes, por sexo, grupo de edad y estado de tabaquismo entre amigos, Managua, 1988

Categoría	Fumador	Exfumador	Nunca fumó	N
Sexo				
Femenino	52,2	6,8	35,3	232
Masculino	39,8	4,6	55,5	236
Grupo de edad				
< 15	19,1	2,1	78,7	47
15-16	42,3	5,3	52,3	130
17-18	49,2	5,2	45,5	191
más de 18	64,0	2,8	33,0	139
Amigos fumadores				
Ninguno	19,3	1,6	79,0	62
Algunos	47,4	2,5	50,0	358
Todos	78,6	1,6	19,6	61

Fuente: Moncada-Rodríguez, 1988.

Cuadro 5. Tasas de mortalidad (por 100 000 personas) por grupo de edad para causas selectas de muerte por edad, Región III, Managua, Nicaragua, 1989

Causa de muerte (Código CIE-9)	Grupo de edad en años		
	15-34	35-49	50 y mayores
Todas las causas	106,6	226,8	1692,0
Infecciones intestinales (CIE-9 001-009)	1,3	4,0	18,5
Tumor maligno del estómago (CIE-9 151)	1,1	2,4	49,7
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmones (CIE-9 162)	0	1,6	21,9
Infarto de miocardio (CIE-9 410)	2,1	11,1	169,8
Bronquitis, enfisema, y asma (CIE-9 490-493)	0,5	3,2	23,1
Causas externas de heridas y envenenamiento (CIE-9 E800-E819)	56,9	45,2	88,9
Porcentaje de diagnósticos = Síntomas, signos y estados mal definidos (CIE-9 780-799)	2,2	1,7	7,2

Fuente: Datos inéditos, Ministerio de Salud, Directorio de Población, Instituto Nicaragüense de Estadísticas (INEC), Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2025, INEC-CELADE, 1991.

atribuidas a signos, síntomas y causas mal definidas representan únicamente el 4,1% de las defunciones registradas. Los datos sobre mortalidad fueron suministrados por el Ministerio de Salud, y los datos demográficos fueron proporcionados por el Instituto Nicaragüense de Estadísticas y CELADE. Aunque no se ha hecho ningún censo en Nicaragua desde 1971, los datos sobre población se calcularon usando datos tomados de los registros electorales de 1989.

Las causas externas de muerte (como homicidio, muerte violenta y guerra) fueron las causas más importantes de muerte en los grupos de 15 a 34 y 35 a 49 años en Managua. Entre las personas de 50 años y mayores, el infarto de miocardio fue la causa principal de muerte (tasa de mortalidad específicas por grupo de edad: 169,8 por 100 000 personas) y las causas externas ocuparon el segundo lugar (88,9 por 100 000) (Cuadro 5). El cáncer de estómago fue la causa principal de muerte por cáncer entre las personas de 50 años y mayores, y la tasa de mortalidad de las enfermedades infecciosas fue menor que la de causas externas así como la de enfermedades crónicas (cáncer de pulmón, cáncer de estómago, enfermedad crónica de pulmón e infarto de miocardio). Puede aumentar la repercusión relativa de las enfermedades crónicas, dado que están disminuyendo las luchas armadas en Nicaragua.

Las tasas de mortalidad de varias enfermedades crónicas relacionadas con el tabaquismo demuestran que la cardiopatía ha surgido como la causa de muerte notificada con más frecuencia en Managua entre las personas de 50 años y mayores. Los datos de esta tendencia no están disponibles,

pero según la limitada información disponible, es obvio que Nicaragua mostrará patrones de mortalidad similares a los de otros países centroamericanos a medida que se vaya terminando la violencia y se extienda la esperanza de vida. Las enfermedades cardiovasculares encabezarán la lista de las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas entre los adultos mayores en el futuro previsible, pero a medida que envejece la gran población de nicaragüenses que fuman, adquirirán más importancia las enfermedades como el cáncer de pulmón y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Además, parece que las mujeres jóvenes, que pronto alcanzarán la edad de procrear, han comenzado a fumar en grandes números, al menos en Managua. El impacto en la mortalidad infantil y la pérdida fetal puede ser considerable en el futuro cercano. En los Estados Unidos, hasta el 10% de la mortalidad infantil es atribuible al tabaquismo entre las mujeres embarazadas y las madres (Malloy 1988).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

El Departamento de Enfermedades Crónicas del Ministerio de Salud es el encargado de la prevención de las enfermedades relacionadas con el tabaco en Nicaragua. La única actividad anti-tabáquica de sustancia llevada a cabo hasta ahora en Nicaragua es la prohibición de la publicidad de productos de tabaco establecida en 1979. Otros problemas de salud han dominado la atención del Mi-

nisterio, pero se ha expresado tener conciencia de la necesidad de contar con un programa de prevención del tabaquismo y con políticas legislativas básicas que puedan inhibir el consumo de tabaco (Robles 1991).

Resumen y conclusiones

La interrupción económica y social ha infligido una pérdida muy elevada a la población de Nicaragua, manifestada por una reducción en el PNB per cápita, una tasa de mortalidad infantil persistentemente alta y un mayor empobrecimiento de muchos ciudadanos. Es notable que ante esta desalentadora situación, la producción de tabaco haya aumentado de 1978 a 1988, y que la prevalencia de tabaquismo entre las personas empleadas jóvenes y los adolescentes figure entre las más altas de todo los países centroamericanos. A pesar de la falta de publicidad sobre los productos de tabaco, la distribución de cigarrillos fue lo suficientemente efectiva como para mantener el acceso a este producto de consumo, aun cuando escaseaban otros en los años 80. La integración vertical de la industria del tabaco ha apoyado la producción y el consumo sostenido del tabaco. No se cuenta con datos de ingresos en concepto de impuestos, pero no es probable que el Gobierno nicaragüense se esté beneficiando mucho del consumo de tabaco, dado que la única empresa manufacturera no es propiedad del Gobierno ni explotada por este, sino de un conglomerado multinacional de tabaco.

Al contemplar Nicaragua los problemas del futuro, es seguro que las enfermedades relacionadas con el tabaco surgirán como una importante preocupación de salud. A medida que se refinan los sistemas de datos para poder hacer análisis de los patrones de mortalidad, las muertes debidas a enfermedades crónicas entre los adultos de más edad cobrarán más importancia dentro de estos patrones. Conforme Nicaragua recupere el control de los servicios básicos de salud y los sistemas de recopilación de datos, la planificación de la salud deberá incluir la posibilidad de controlar el consumo de tabaco entre la población.

Con base en los datos señalados previamente, pueden deducirse las conclusiones siguientes:

1. La producción y el consumo de tabaco se han mantenido a niveles relativamente altos en Nicaragua a pesar del deterioro de los servicios y la disponibilidad de otros artículos de consumo

debidos al disloque social y económico generalizado.

2. Más de 50% de los hombres empleados en partes de Nicaragua son fumadores actuales, pero solo 6,4% de las mujeres empleadas son fumadoras. Sin embargo, entre los adolescentes de Managua, más del 50% de las mujeres son fumadoras ocasionales o diarias. Estas tasas de prevalencia se encuentran entre las más altas de los países centroamericanos. Deben vigilarse los futuros patrones de consumo de tabaco entre todos los nicaragüenses.
3. Hasta ahora todavía son pocas las actividades de control del tabaco en Nicaragua, y la prohibición por muchos años de la publicidad de productos de tabaco está contrarrestada por el eficaz sistema de distribución de cigarrillos de la filial tabacalera multinacional en Nicaragua.

Referencias

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989*. Nueva York: Oxford University Press, 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. Nueva York: Oxford University Press, 1990.

CARDOSA, A. Country Collaborator's Report. Datos inéditos. OPS 1991.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. CELADE, Santiago, Año XXIII, No. 45, 1990.

CHAPMAN, S, WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. Penang, Malasia: International Organization of Consumers Unions. 1990.

MALLOY, M.H., KLEINMAN, J.C., LAND, G.H., SCHRAMM, W.F. The association of maternal smoking with age and cause of infant death. *Am J Epidemiol* 128(1):46-55, 1988.

MONCADA-RODRIGUEZ, N., ESPINAL-BOTTEL, O., GUTIERREZ-SERRANO, R. *Hábito de fumar en estudiantes de secundaria*. Managua, septiembre, 1988. VII Jornada Universitaria de Desarrollo Científico. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Recinto Universitario "Rubén Darío", Facultad de Ciencias Médicas, Managua, Nicaragua, 1988.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Condiciones de salud en las Américas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 524, 1990.

QUINTERO, C., ANDERSSON, K., McCONNELL, R., HOGSTEDT, C. *Valores de referencia para función pulmonar en trabajadores nicaragüenses*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Swedish Board of Occupational Safety and Health, Department of Occupational Medicine, Orebro, 1989.

ROBLES, S. Informe del consultor, Managua, 5-8, de febrero de 1991, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1991.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco production, imports, exports, and consumption, Latin America and the Caribbean, unpublished tabulations. U.S. Department of Agriculture, Tobacco, Cotton, and Seeds Division, Foreign Agricultural Service, Washington, D.C., 1990.

Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS): Antigua y Barbuda, Dominica, Grenada, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y Las Granadinas

Características generales

La industria del tabaco

Impuestos sobre el tabaco e ingresos nacionales

Prevalencia y consumo

Tabaquismo y salud

Activades de prevención y control del tabaquismo

Antigua y Barbuda

Dominica

Grenada

San Kitts y Nevis

Santa Lucía

San Vicente y las Granadinas

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

En este capítulo se examinará el consumo de tabaco en las seis pequeñas naciones isleñas angloparlantes que constituyen la Organización de Estados del Caribe Oriental (Organization of Eastern Caribbean States, OECS.), Antigua y Barbuda, Dominica, Grenada, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas. Todas ellas fueron en el pasado colonias británicas y todas obtuvieron la independencia a partir de 1945; la población de cada una es inferior a 300 000 habitantes (Figuras 1,2,3,4,5). San Kitts y Nevis forman un estado federal miembro de la Mancomunidad británica; Anguila y Montserrat son también miembros de la OECS, pero no se estudian en el presente capítulo. La OECS fue creada en junio de 1981 mediante el Tratado de Basseterre, para fortalecer la regionalización del Caribe Oriental. Sus objetivos consisten en promover la unidad y la cooperación entre sus miembros en defensa de su soberanía, integridad territorial e independencia (OECS in Perspective, 1987). La moneda común de todos sus miembros es el dólar caribeño oriental (\$EC).

La mayor parte de los ingresos gubernamentales de estas naciones procede del turismo y de la

agricultura. San Vicente y las Granadinas cultiva aproximadamente la mitad de la producción mundial de arruruz, además de tabaco destinado a la manufactura de cigarrillos. Los productos más importantes de Dominica son los plátanos y las toronjas. En Santa Lucía, aunque tanto el turismo como la agricultura son las actividades económicas más importantes, la segunda fue la fuente del 73% de todos los ingresos por exportaciones del país en 1986 (Naciones Unidas, 1988).

Antigua, Barbuda y la isla deshabitada de Redonda ocupan 440 km² al este de las islas de Sotavento y al norte de Guadalupe y forman un único estado. Dominica, una isla de 750 km² del Caribe Oriental, situada entre Guadalupe y Martinica, obtuvo su independencia de Gran Bretaña en 1978. Grenada ocupa 344 km² en el extremo sur de las islas de Barlovento. San Kitts y Nevis están situadas en las islas de Sotavento, al este de las Islas Vírgenes de los EUA y ocupan 360 km². Santa Lucía es una isla de 616 km² situada al sur de Martinica, también en el Caribe Oriental. San Vicente y las Granadinas forman una cadena de islas en la parte sudoriental del archipiélago de Barlovento y, con una superficie de 389 km², son una nación independiente desde 1979 (Encyclopedia Britannica, 1990).

Figura 1. Pirámide de población, Grenada, 1981

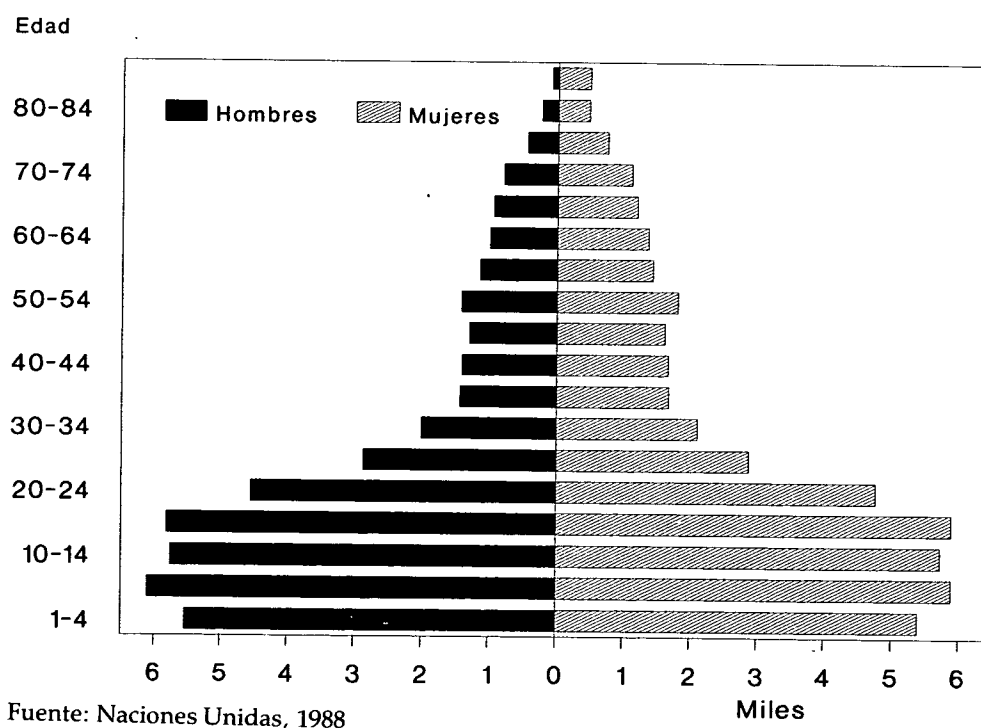


Figura 2. Pirámide de población, Dominica, 1981

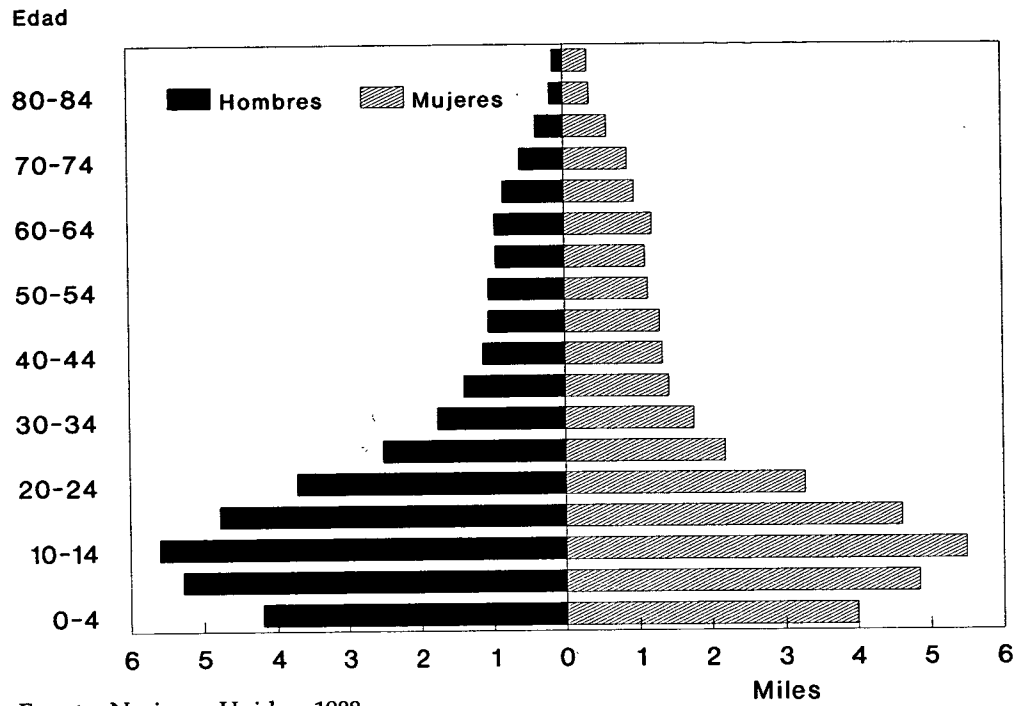


Figura 3. Pirámide de población, Santa Lucía, 1990

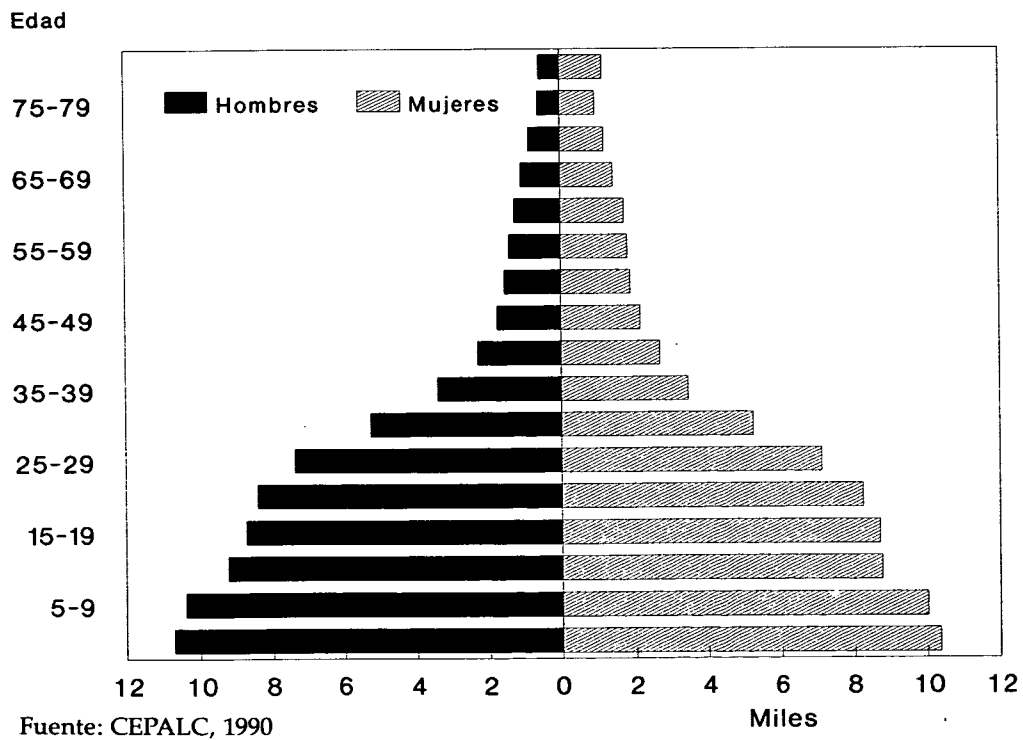


Figura 4. Pirámide de población, San Vicente y las Granadinas, 1990

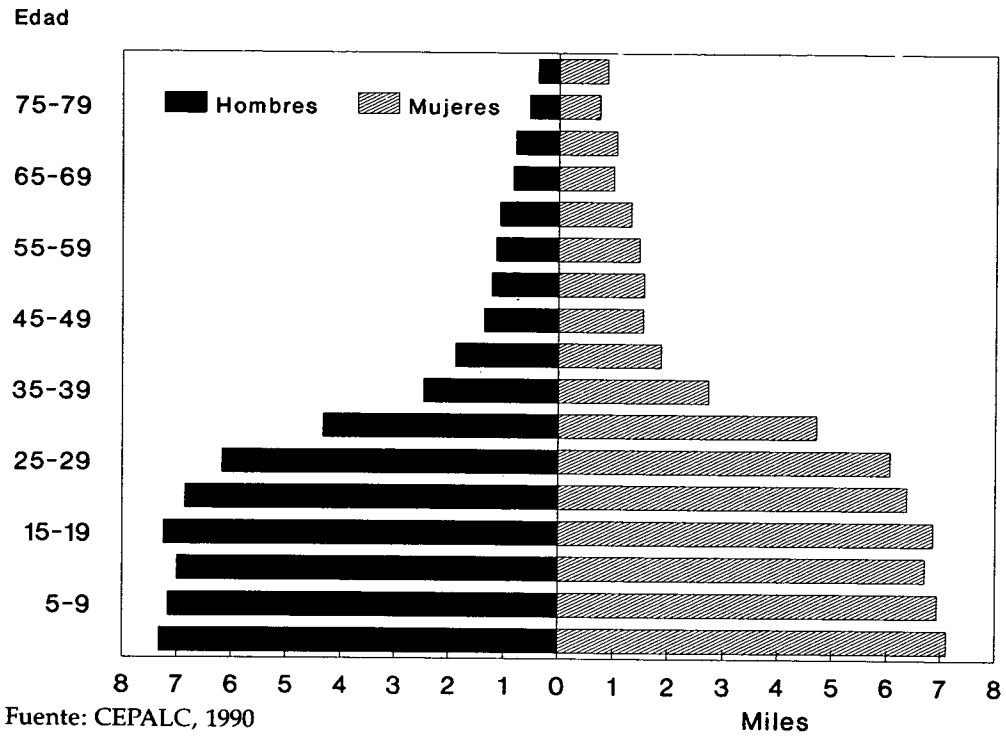
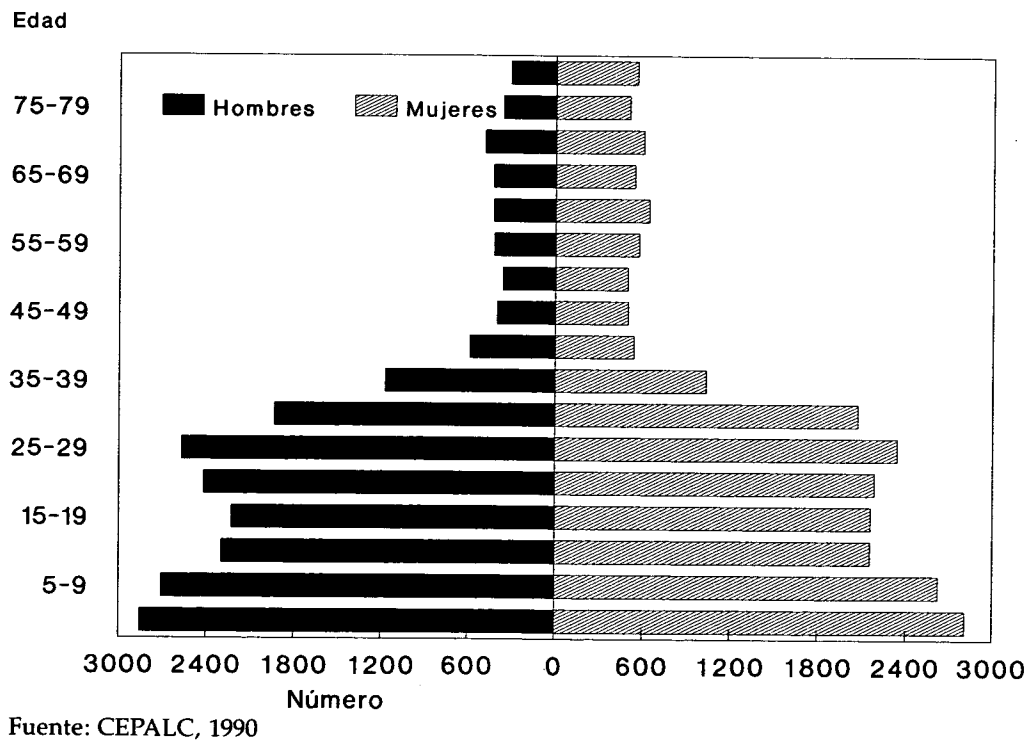


Figura 5. Pirámide de población, San Kitts y Nevis, 1990



Se ha obtenido la pirámide de población de cinco de los seis países con los datos más recientes de que se dispone (no existen datos sobre la población de Antigua y Barbuda) (Figuras 1,2,3,4,5). Estos cinco países tienen una estructura de población semejante, caracterizada por pequeñas cohortes de 40 años o más y grandes cohortes de menores de 20 años.

En 1988, la esperanza de vida al nacer de los hombres oscilaba entre los 64 años en San Kitts y Nevis hasta los 73 años en Dominica; en las mujeres, variaba entre los 70 años en San Kitts y Nevis y los 78 años en Dominica. El producto nacional bruto (PNB) per cápita, para ese mismo año, se situaba entre los \$US1100 en San Vicente y las Granadinas y los \$US2800 en Antigua y Barbuda (Banco Mundial, 1989). Las enfermedades infecciosas de la infancia no constituyen ya una causa importante de defunción en ninguna de las islas

(Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990). Por el contrario, las enfermedades crónicas están empezando a ser un problema creciente, lo que indica que los factores de riesgo propios del estilo de vida, como el consumo de tabaco, son un motivo inmediato de preocupación para estas poblaciones relativamente sanas (Cuadro 1).

La industria del tabaco

En la OECS, el tabaco solo se cultiva en San Vicente y las Granadinas, pero sus productos se manufacturan en todos los países, excepto Antigua y Barbuda y San Kitts y Nevis. En 1988, nueve agricultores con un total de 31 hectáreas produjeron 56 TM de tabaco en San Vicente y las Granadinas. La mayor parte de esta cantidad se cultivó bajo contrato con la West Indian Tobacco Company y fue

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos seleccionados de las naciones independientes de la Organización de Estados del Caribe Oriental, últimos datos disponibles

	Antigua y Barbuda	Dominica	Grenada	St. Kitts y Nevis	Santa Lucía	San Vicente y las Granadinas
Superficie (km ²) ^a	440	750	344	360	620	340
Población, 1988 ^b	78 726	81 000	102 000	43 000	145 000	122 000
Población, < 15 (%) ^c	—	40	39	34	44	44
Población, > 65 (%) ^c	—	7	7	9	6	6
Crecimiento anual población, 1980-88 (%) ^b	1,4	1,3	1,9	-0,3	2,0	1,4
PNB per cápita, 1988 (\$US) ^b	2800	1650	1370	2770	1540	1100
Índice crecimiento anual PNB/cápita, 1980-88 (%) ^b	4,0	3,1	3,5	4,9	2,3	4,3
Tasa total de fecundidad ^b	1,9	3,0	3,2	2,7	3,4	2,7
Tasa de natalidad ^a	14	26	37	24	34	27
Tasa de mortalidad ^a	5	5	7	10	5	6
Tasa de mortalidad ajustada por edad ^d	—	3,8	—	—	5,3	5,2
Tasa de mortalidad infantil ^a	20	14	30	41	18	26
Esperanza de vida, hombres ^a	70	73	69	64	68	69
Esperanza de vida, mujeres ^a	73	78	74	70	73	74
Índice de alfabetización (%) ^a	90	95	85	90	90	95

Fuentes: ^a Enciclopedia Británica, 1990; Banco Mundial, 1990.

^b Banco Mundial, 1989.

^c Naciones Unidas, 1990.

^d Organización Panamericana de la Salud, 1990.

exportado para manufactura y consumo a Trinidad y Tobago (Browne, 1990).

Prácticamente todo el tabaco que se consume en la OECS es en forma de cigarrillos manufacturados (Pigott, 1990; Browne, 1990; Gittens, 1990; Hendrickson, 1990). El consumido en Antigua y Barbuda procede principalmente de los Estados Unidos, Gran Bretaña y el Canadá. Ocho importadores suministran a 38 minoristas alrededor de 21 marcas de cigarrillos y otros tres tipos de productos del tabaco. Benson and Hedges, 555, Marlboro, Kool y Du Maurier son las marcas más populares (Pigott, 1990).

En Dominica, la compañía tabacalera James Garraway produce la marca más popular, Hillsborough, que en 1989 tenía una participación de 84% del mercado; el resto pertenecía a tres marcas importadas (Benson and Hedges, 555 State Express y Kool) (Fortune, 1990).

La Caribbean Tobacco Company Ltd., empresa tabacalera privada, tiene una fábrica y en 1989 empleaba a 21 personas en Grenada (Gittens, 1990). Entre 1984 y 1988, este país importó anualmente un promedio de 21 701 kg de tabaco sin manufacturar y 4508 kg de cigarrillos (Gittens, 1990). La producción doméstica anual de estos últimos osciló entre 19,6 y 24,5 millones durante el decenio de 1979-1988. Todos los cigarrillos producidos e importados fueron destinados al consumo local. Los de origen doméstico tienen un contenido medio de 20 mg de alquitrán y 2,4 mg de nicotina (Bhola, 1989). Las marcas más populares son Phoenix y Dunhill.

San Kitts y Nevis importan cigarrillos de Gran Bretaña y Barbados para el consumo doméstico. Las marcas más populares son 555 (con una participación en el mercado del 50%) y Marlboro Lite (con una del 40%) (Gittens, 1990).

En Santa Lucía, la compañía tabacalera independiente N.Y. Daher Cigarette Company emplea a 32 personas y su cuota de participación en el mercado interior es del 78%. Diamond, un cigarrillo sin filtro, es la marca más popular del país. Otras marcas importadas se reparten el resto del mercado doméstico (Louisy, 1990).

En San Vicente y las Granadinas operan dos compañías tabacaleras, la West Indian Tobacco Company, que exporta hojas de tabaco procesadas a Trinidad y Tabago, y la St. Vincent Manufacturing Company, que fabrica cigarrillos de hoja importada para el consumo doméstico. En 1988, el país importó un total de 22 TM de hoja de tabaco. Ese mismo año, la marca más popular, Empire, que es de fabricación local, obtuvo un 69% del total de las

ventas de tabaco, mientras que la marca importada más vendida, 555 State Express, logró un 19% (Browne, 1990).

Impuestos sobre el tabaco e ingresos nacionales

Los enclaves turísticos del Caribe son puntos bien conocidos de venta libre de impuestos, incluidos los cigarrillos y otros productos de tabaco; sin embargo, los cigarrillos producidos y consumidos por la población local están sujetos a tributación en todos los países. Los precios de las cajetillas de cigarrillos son altos en comparación con el salario medio en casi todos los países de la OECS, aunque algo más accesibles cuando se compran en paquetes de 10 unidades. Para comprender mejor el impacto económico del tabaco en estas naciones, incluyendo la dependencia de los Gobiernos con respecto a los ingresos impositivos con que se gravan, se ha calculado el monto total de dichos ingresos por cajetilla y como porcentaje de los ingresos generales del Estado, así como el tiempo que un asalariado medio debe trabajar a fin de ganar lo suficiente para comprar una cajetilla de cigarrillos (Cuadro 2).

En Antigua y Barbuda, los ingresos totales del Gobierno a partir del tabaco manufacturado y no manufacturado se elevó desde \$EC56 950 en 1986 a \$EC190 347 en 1987. Este incremento puede no reflejar con exactitud el crecimiento del consumo por la población, porque hasta el 50% de los cigarrillos vendidos en el país proceden del contrabando (Pigott, 1990). Además, en los dos complejos de tiendas libres de impuestos de Antigua y Barbuda se venden a los turistas importantes cantidades de cigarrillos. En estas tiendas, los precios oscilan alrededor de \$EC3,51 (\$US1,30) por cajetilla de 20 unidades. La cifra anual media de ventas obtenida en 1989 por uno de estos locales fue de aproximadamente \$EC19 572. En conjunto, sin embargo, las ventas son muy variables dependiendo de la estación turística (Pigott, 1990).

Se calcula que Grenada sufre un comercio ilegal de cigarrillos que gira en unos \$EC1,2 millones. El impuesto nacional sobre los cigarrillos es el más alto de la OECS, pues consiste en 30% del valor añadido (IVA) sobre el precio al por menor y una sobrecarga de 25% por cajetilla.

La contribución aparente de los impuestos sobre el tabaco a los ingresos totales de los gobiernos de la OECS es mínima: varía desde el 0,5% en Santa Lucía al 1,4% en Dominica. Sin embargo, la diversión de los recursos de los consumidores hacia la compras de tabaco es importante; en casi todos

Cuadro 2. Impuestos sobre los cigarrillos, por paquete, como porcentaje del precio total del paquete, como ingreso fiscal y como porcentaje de los ingresos totales del Estado, en \$EC. Organización de Estados del Caribe Oriental, año más reciente disponible

País	Precio medio por paquete en \$EC	% del precio = impuestos	Ingresos totales del gobierno por tributación de cigarrillos (año)	% de los ingresos totales del gobierno = impuesto sobre cigarrillos	Minutos necesarios para ganar el precio de un paquete de cigarrillos
Antigua y Barbuda	*3,30-3,80		\$190 347 (1987)		30 minutos
Dominica	*2,00-4,00	23 (\$0,70)		1,4	40 minutos
Grenada	*2,15, nacional *5,20, importado	55			50 minutos
San Kitts y Nevis	**2,00-3,50				48 minutos
Santa Lucía	**1,25, nacional **2,00, importado	10	\$840 000 (1988)	0,5	100 minutos
San Vicente y las Granadinas	*2,00, nacional *4,50, importado	41 (\$1,60)		1	50 minutos

Fuentes: Datos no publicados (Louisy, 1990; Pigott, 1990; Fortune, 1990; Browne, 1990; Gittens, 1990; Hendrickson, 1990). 1 \$US = \$EC2,7.

*20 cigarrillos por paquete.

**10 cigarrillos por paquete.

estos países, el trabajador que consuma una cajetilla de cigarrillos al día gastará casi una hora diaria de trabajo para satisfacer su adicción a la nicotina. Se desconoce el efecto de esta diversión sobre la economía de estos pequeños países.

Prevalencia y consumo

Los datos sobre el consumo per cápita de cigarrillos en los países de la OECS son escasos. Con pocas excepciones, tanto el consumo doméstico notificado como las estadísticas de población son insuficientes para obtener cálculos fidedignos de cada nación para el decenio 1979-1989. Sin embargo, ha sido posible deducir ciertas tendencias generales gracias a los datos aportados por los distintos Gobiernos y los cálculos anuales de población publicados por la Organización Panamericana de la Salud (1990).

No es posible calcular el consumo per cápita anual adulto de cigarrillos de Antigua y Barbuda para el decenio 1979-1989 porque no se dispone de cálculos sobre el número de habitantes de 15 años o más. Sin embargo, según los datos suministrados por fuentes oficiales del país, el número de cigarrillos importados destinados a los residentes descendió, aparentemente, en más de 70% entre 1984 y

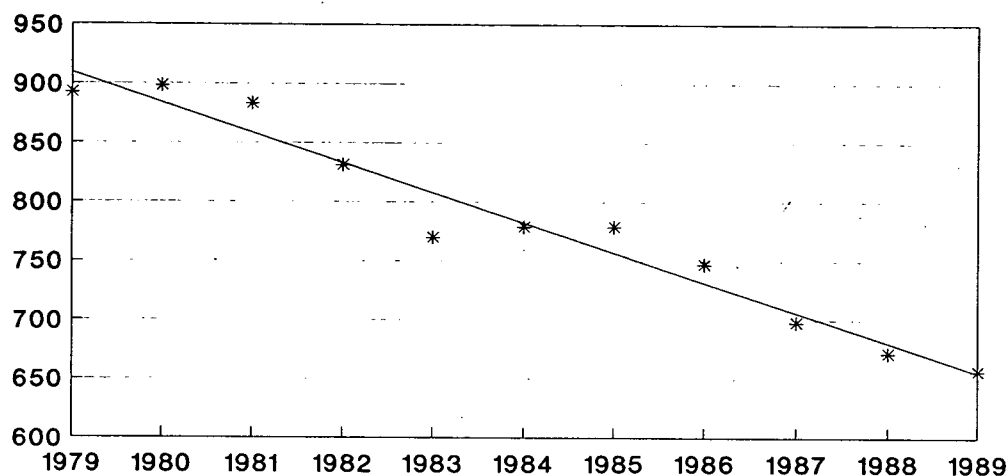
1987, con cifras de 106 millones y 30 millones de unidades, respectivamente. El consumo per cápita total aparente alcanzó en 1987 un valor de 389 para la totalidad de 77 093 habitantes de esta nación, desde un valor de 1412 unidades para una población de 75 067 personas en 1984 (OPS, 1990; Pigott, 1990). Este espectacular descenso aparente es, probablemente, engañoso. El incremento del contrabando, unido a datos poco exactos sobre importaciones, contribuyen a dificultar el cálculo del verdadero consumo per cápita del país.

Los datos procedentes de Dominica parecen más fidedignos. El consumo per cápita de cigarrillos de las personas de 15 años o más descendió linealmente de 892 en 1979 a 657 en 1989, con una tasa promedio del 3% anual. El descenso total del consumo fue de 26% en estos 10 años (Fortune, 1990). Esta variación parece razonable y quizás refleje un cambio real en el patrón de consumo de tabaco de los ciudadanos del país (Figura 6).

En Grenada, las variaciones del consumo per cápita de las personas de 15 años o más entre 1984 y 1988 fueron, aparentemente, mínimas, de 450 a 495 cigarrillos al año. No se dispone de datos previos a 1984 y se desconoce la magnitud del contrabando de tabaco en el país.

En Santa Lucía, el consumo adulto anual per cápita de cigarrillos sufrió un aparente descenso pa-

Figura 6. Consumo de cigarrillos per cápita por adultos (15 + años), Dominica, 1979-1989



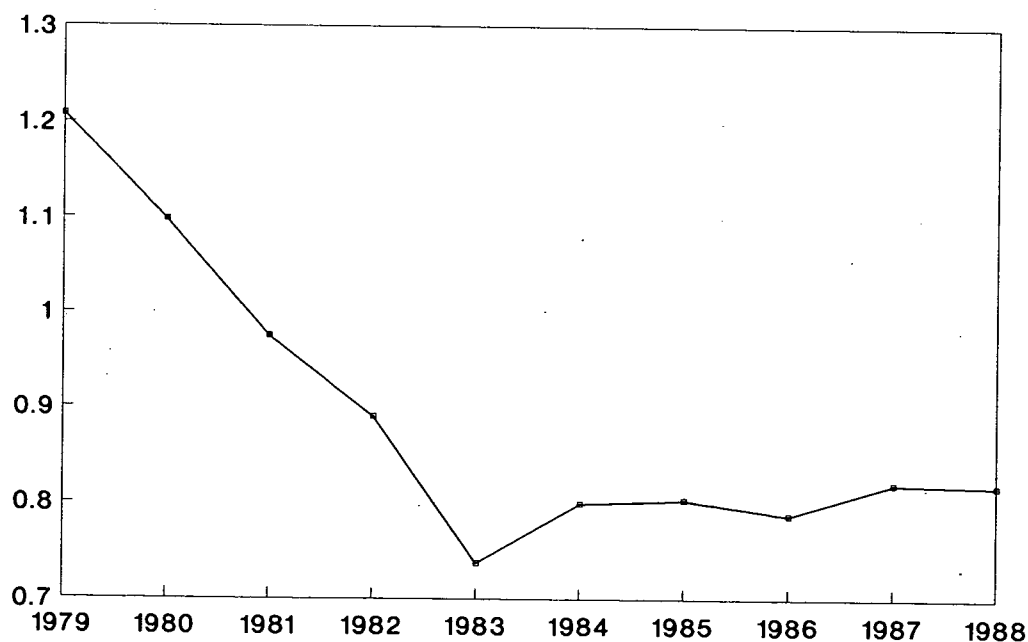
Fuente: Fortune, 1990

sando de 1208 en 1979 a 737 en 1983. Sin embargo, en 1988 se había elevado a 830 cigarrillos anuales (Figura 7), pese a lo cual su magnitud era aún inferior en un 31% al valor calculado para 1979 (Louisy, 1990). En la Encuesta de Presupuestos Familiares realizada por el Departamento de Estadística del Gobierno en 1982 (OPS, 1988), el 25% de los domicilios consumían mensualmente 9,5 paquetes de ci-

garrillos Diamond, de fabricación nacional, y el 10% de los domicilios consumían 1,8 paquetes de cigarrillos "555", importados, en el mismo intervalo. En una encuesta no publicada sobre 48 profesionales, el 23% eran "fumadores", el 43% eran "no fumadores" y el 29% tenían un comportamiento "desconocido" con respecto al tabaco.

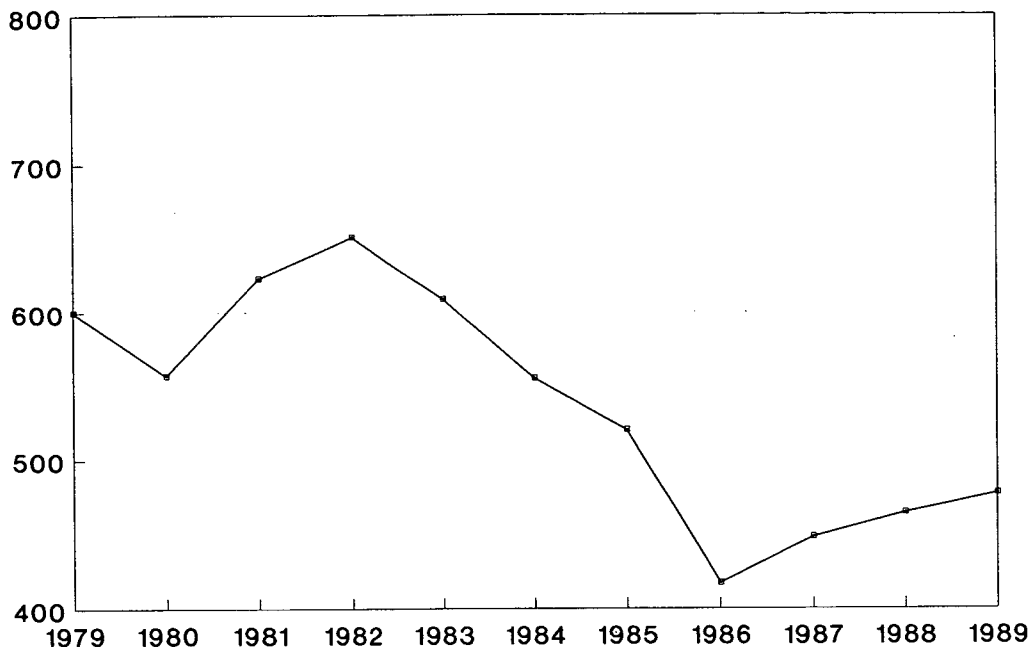
En San Vicente y las Granadinas, el consumo

Figura 7. Consumo de cigarrillos per cápita (en miles) por adultos (15+ años), Santa Lucía, 1979-1989



Fuente: Louisy, 1990

Figura 8. Consumo de cigarrillos per cápita (en miles) por adultos (15+ años), San Vicente y las Granadinas, 1979-1989



Fuente: Browne, 1990

de cigarrillos por sujetos de 15 años o más sufrió un descenso global entre 1979 y 1989 (Figura 8). Aunque el consumo adulto per cápita pasó de 651 en 1982 a 417 en 1987, sin embargo, volvió a elevarse a 477 en 1989. El número total de cigarrillos consumidos ha experimentado un descenso constante, con cifras de 36,5 millones para 1979 y de 24,7 millones para 1986. No obstante, de 1986 a 1989 el consumo adulto ascendió de nuevo a 29,6 millones (Browne, 1990).

No se dispone de datos sobre el consumo per cápita de cigarrillos en San Kitts y Nevis.

En los países pequeños como los que estudiamos, las encuestas poblacionales sobre comportamientos de riesgo proporcionarían datos más fidedignos y mayor grado de comprensión sobre el consumo de tabaco por sus ciudadanos. En la actualidad, contribuyen a dificultar los cálculos tanto el contrabando de cigarrillos como las grandes magnitudes que se venden a los turistas y los problemas intrínsecos de la obtención de datos sobre consumo y población. Por desgracia, en ninguna de estas naciones se han realizado encuestas domiciliarias para establecer la prevalencia del consumo de tabaco por sus residentes. Los datos de que se dispone sugieren que los habitantes de casi todos los

países de la OECS tienen niveles muy bajos de consumo y las cifras, aparentemente coherentes, de Dominica hacen pensar que dicho consumo está disminuyendo. La información procedente de Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Antigua y Barbuda indican también un descenso global del consumo en el Caribe Oriental. Informes no documentados, procedentes de los funcionarios de salud pública de estas naciones, señalan en conjunto un clima tendente a la reducción del consumo de tabaco en los países de la OECS.

Tabaquismo y salud

No se dispone de datos suficientes sobre mortalidad para poder analizar las tendencias que presentan las enfermedades relacionadas con el tabaco, es decir, el cáncer de pulmón, las cardiopatías isquémicas, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los tumores de labio, cavidad bucal, faringe, laringe, esófago y riñón, en Antigua y Barbuda, Grenada, San Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas. En Antigua y Barbuda, o en Grenada, son pocas las defunciones registradas por cualquiera de estas causas.

Parece razonable, sin embargo, atribuir casi todos los fallecimientos por cáncer de pulmón al consumo de cigarrillos. Los datos obtenidos de estudios realizados en los EUA indican que 87% de toda la mortalidad por esta causa se debe al tabaco (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EUA [USDHHS], 1989). En consecuencia, si se considera tan solo el cáncer de pulmón (aunque difícilmente será este un diagnóstico de certeza en las zonas en que escasean los medios diagnósticos), puede obtenerse cierta idea sobre el impacto actual del tabaquismo en las pequeñas naciones de la OECS. En Antigua en 1988 y en Barbuda y Grenada en 1984 se produjeron, en conjunto, 729 defunciones por todas las causas. Nueve de ellas (aproximadamente el 1%) fueron registradas por cáncer de pulmón (Pigott, 1990; OPS, 1990). De las 481 defunciones por todas las causas que se produjeron en San Kitts y Nevis en 1984, tres fueron causadas por cáncer de pulmón (OPS, 1990). De las 885 defunciones registradas en Santa Lucía en 1985, solo cinco fueron debidas al cáncer de pulmón (OPS, 1990). En 1988 se registraron otras cinco defunciones por cáncer de pulmón en San Vicente y las Granadinas (Browne, 1990). La Organización Panamericana de la Salud ha calculado que el índice de mortalidad por cáncer de pulmón fue de 1,9 por 100 000 habitantes en San Vicente y las Granadinas en 1983, pero este cálculo se basa en solo dos defunciones por esta enfermedad (OPS, 1986).

Otra forma de enfocar los patrones de mortalidad de los países pequeños para llegar a comprenderlos mejor consiste en sumar el número de defunciones a lo largo de varios años y calcular posteriormente tanto las tasas de mortalidad como

la mortalidad proporcional correspondiente a algunas causas de defunción relacionadas con el tabaco. A este efecto, se dispone de los datos correspondientes a Dominica para los años 1984 a 1988; en este período se produjeron 35 fallecimientos certificados por cáncer de pulmón (30 en hombres y 5 en mujeres). Del total de 1908 defunciones en este período, 371 (17,9%) fueron debidas a cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón y otros tumores relacionados con el tabaco (Cuadro 3; Fortune, 1990). Excepto en lo que se refiere a la enfermedad cerebrovascular, los datos sugieren que las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaco son mucho mayores en los hombres que en las mujeres. Esta diferencia sugiere, a su vez, que la prevalencia de los factores de riesgo para estas enfermedades (y, en particular, del tabaquismo) es mayor para los hombres que para las mujeres. Sin embargo, es necesario interpretar los datos con cautela, dado el escaso número de defunciones registradas en la isla. Si se comparan las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón con las del Canadá y los Estados Unidos, los índices de Dominica son mucho más bajos (Cuadro 4).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Ninguna de las naciones de la OECS posee un programa o una política oficial del Gobierno para la prevención y el control del consumo de tabaco. Tampoco hay programas continuos de educación

Cuadro 3. Número de fallecimientos por algunas causas seleccionadas relacionadas con el tabaco en personas de 35 años o más, Dominica, 1984-1989

Edad	Cardiopatía isquémica	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Cáncer de pulmón	Tumor de labio, de la cavidad bucal, de la faringe, de la laringe, del esófago, del páncreas, de la vejiga y del riñón
35-64					
Hombres	13	13	8	12	7
Mujeres	7	19	6	3	5
65 y más					
Hombres	24	55	22	18	9
Mujeres	28	80	15	4	6

Fuente: Fortune, 1990.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad por 100 000 personas por causas seleccionadas relacionadas con el tabaquismo, entre personas de 35 años o más, Dominica, 1984-1986

Edad	Cardiopatía isquémica	Enfermedad cerebro-vascular	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Cáncer de pulmón	Tumor de labio, de la cavidad bucal, de la faringe, de la laringe, del esófago, del páncreas, de la vejiga y del riñón
35-64					
Hombres	39,4	39,4	24,2	27,2	21,2
Mujeres	17,0	46,2	14,6	4,9	12,2
65 y más					
Hombres	227,5	521,3	208,5	170,6	85,3
Mujeres	193,8	553,6	103,8	27,7	41,5

Fuente: Fortune, 1990.

contra el tabaquismo destinados a la población general o a los escolares. Básicamente, la legislación contra el tabaco no existe en la OECS. No hay limitaciones a la publicidad del tabaco, por lo que los distintos productos se anuncian con frecuencia en la radio y la televisión y en los periódicos y revistas. Además de esta publicidad en medios impresos, se ha señalado el empleo de muestras gratuitas y regalos u ofertas de promoción (Fortune, 1990). La compañía tabacalera local de Grenada gasta aproximadamente \$EC10 000 anuales en patrocinar distintos deportes, tales como el baloncesto, el fútbol, el ping-pong y la cultura física, patrocina asimismo las bandas de música de Carnaval y dona dinero a iglesias y escuelas (OPS, 1988; Bhola, 1989). No hay leyes que exijan la declaración del contenido en alquitrán o nicotina en las cajetillas de cigarrillos ni tampoco normas que obliguen a incluir advertencias sobre los efectos para la salud en las mismas. Los cigarrillos importados del Canadá y los Estados Unidos muestran la advertencia sobre los efectos para la salud solo si lo exige la ley de las naciones a que van destinados. No hay limitaciones de la venta al por menor de productos de tabaco a menores en ninguno de los países de la OECS.

En lo que se refiere a los esfuerzos para el control del tabaco, muchos de estos países tienen acceso a los programas de televisión por cable de los EUA y, por tanto, la exposición de la población a las emisiones publicitarias es escasa. Algunos de los mensajes de los EUA contra el tabaquismo son vistos por el público televidente. Casi todas las naciones informan realizar programas para concientizar a la población con motivo del Día Mundial sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud

(OMS) cada 31 de mayo. Se señala asimismo que casi todas las escuelas de estos países prohíben fumar a los alumnos, pero también se indica que estas restricciones son a menudo ignoradas.

Los países de la OECS han comenzado recientemente a preocuparse por la drogadicción y las toxicomanías. La Comunidad del Caribe (CARICOM), de la que los seis países de la OECS son miembros de pleno derecho, estableció la obligatoriedad de poner en práctica el Programa Regional de Lucha y Control del Tráfico de Drogas en la reunión de Jefes de Estado de 1987. El principal objetivo de este programa es la reducción del consumo de drogas ilícitas, pero también se incluyen en la normativa el alcohol, el tabaco y los medicamentos de prescripción. Entre las intervenciones destacan las dirigidas a la educación de la juventud y la formación de los maestros; otros componentes son el tratamiento y la rehabilitación, la obtención de datos y la epidemiología y el cumplimiento de la legislación. A fin de poner en práctica este mandato, el Secretariado del CARICOM, con sede en Guyana, recomendó la creación de un Consejo Nacional contra el Abuso de Drogas en cada uno de los países. Estos Consejos deberán ser multisectoriales, con objeto de poder tratar todos los aspectos de la drogadicción (incluido el tabaco). Muchos de los países de la OECS se hallan todavía en la fase de creación de los comités, por lo que sería prematuro intentar valorar su eficacia (CARICOM, 1990).

Antigua y Barbuda

En 1988 y 1989, la Unidad de Educación Sanitaria y el Ministerio de Asuntos Internos de Anti-

gua y Barbuda organizaron, con motivo del Día Mundial sin Tabaco, un programa de concientización de la población consistente en la colocación de carteles en edificios de todo el territorio y en varios artículos periodísticos. El Ministerio de Asuntos Internos trabaja también actualmente en estrecha colaboración con el Ministerio de Educación para proveer educación sanitaria sobre drogadicción y toxicomanías, incluido el tabaco, en las escuelas primarias y secundarias (Pigott, 1990). La Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día de las islas fomenta activamente una forma de vivir que condena el tabaquismo. Esta Iglesia patrocina conferencias, demostraciones y exhibiciones en las ferias de la salud. También distribuye información sobre los efectos del tabaco para la salud entre los adultos jóvenes. Cinco de las siete compañías aseguradoras de Antigua y Barbuda reconocen los riesgos asociados al consumo de tabaco y ofrecen descuentos en las pólizas de los seguros de vida a los no fumadores. Una de ellas, que no ofrece tales descuentos, excluye a los fumadores de algunos tipos de cobertura (Pigott, 1990).

Dominica

Aunque no hay leyes que limiten el consumo de tabaco en espacios cerrados, existen prohibiciones administrativas al respecto en casi todos los centros de salud del país, así como en autobuses y escuelas. También está prohibido fumar en todos los vuelos de LIAT de 19 plazas o menos. El Gobierno Central aumenta los impuestos sobre los cigarrillos por lo menos una vez al año, no para reducir el consumo sino para incrementar sus ingresos. El Grupo de Trabajo contra el Abuso de Drogas publica ocasionalmente artículos periodísticos sobre el consumo de tabaco. Algunas iglesias patrocinan programas para dejar de fumar (Fortune, 1990).

Grenada

Existen frecuentes limitaciones voluntarias al consumo de tabaco en locales públicos, tales como centros de trabajo, centros de salud, autobuses, edificios gubernamentales, teatros, cines y restaurantes. Desde hace muchos años, el Ministerio de Educación ha prohibido fumar a los alumnos en las escuelas, pero en estas no existen programas de educación y prevención. Se ha intentado aumentar la conciencia pública mediante el Día Mundial sin Tabaco, ofreciendo programas de radio a los que

asisten el Ministro de Salud y el Oficial Médico Jefe (Gittons, 1990).

San Kitts y Nevis

Ni el gobierno ni las organizaciones no gubernamentales han iniciado aún programas de prevención sobre el tabaco en San Kitts y Nevis. Los cigarrillos Pall Mall son los únicos que llevan la advertencia sobre la salud en el envase. Esta advertencia afirma: "Fumar produce cáncer de pulmón y enfermedades del corazón y puede complicar la gestación". Se ha creado un programa de prevención contra el consumo de drogas, con hincapié en los mensajes antitabaco, para los alumnos de los grados 5 y 6. En el país no existen programas de tratamiento (Hendrickson, 1990).

Santa Lucía

En Santa Lucía se requiere licencia para las ventas al por menor de tabaco. No hay leyes que limiten el consumo de tabaco en espacios cerrados, pero existen numerosas restricciones voluntarias en supermercados, gasolineras, hospitales, escuelas y algunos vuelos comerciales programados. Aproximadamente la mitad de las compañías aseguradoras del país reconocen las ventajas de una vida sin humo y ofrecen precios mucho más bajos a los asegurados no fumadores. Las escuelas de los Adventistas del Séptimo Día incluyen los mensajes antitabaco como parte de su programa escolar normal, y la iglesia patrocinó un curso para dejar de fumar en 1987. La Sociedad contra el Cáncer local aconseja contra el tabaquismo y distribuye etiquetas adhesivas y tarjetas de mesa (OPS, 1988; Louisy, 1990).

San Vicente y las Granadinas

Aunque no existen leyes que prohíban fumar en los espacios cerrados, existen normas administrativas al respecto en las escuelas. Las organizaciones no gubernamentales no han llevado a la práctica programa de educación antitabaco alguno, pero el Ministerio de Salud y Medio Ambiente distribuye a menudo materiales de promoción y educación destinados a desalentar este consumo (Browne, 1990).

Resumen

Son pocos los datos o recursos de organización existentes para describir o intervenir en contra

del consumo de tabaco en los países de la OECS. Sin embargo, algunos esfuerzos voluntarios y los informes anecdóticos sugieren la existencia de una conciencia pública a favor de las medidas antitabaco. Una vez establecida una base organizativa para el control del tabaco, las encuestas domiciliarias periódicas sobre el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo a fin de crear una base de datos serían más útiles que los meros datos sobre consumo. Con estas encuestas podrían identificarse los grupos a los que se dirigirían posteriores estrategias de intervención que incluirían legislación y programas para dejar de fumar, promoción de la salud y programas de educación.

Los países de la OECS deberían desarrollar actividades continuas de promoción de la salud, enfocadas en conjunto hacia un modo de vivir más sano y un bienestar positivo, a fin de reducir al máximo el futuro impacto de las enfermedades crónicas en sus poblaciones. Los Consejos Nacionales contra el Abuso de Drogas parecen un buen foro en el que desarrollar enfoques multisectoriales para la lucha contra el tabaco y otras drogas, si pueden disponer de los suficientes recursos económicos y humanos.

Conclusiones

1. El consumo per cápita de cigarrillos en casi todos los países de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS) es bajo y está disminuyendo. Esta tendencia constante al descenso es menos manifiesta en Santa Lucía y en San Vicente y las Granadinas. No se dispone de datos de ninguna de estas naciones sobre estilos de vida de riesgo para la salud.
2. Aunque los datos fidedignos sobre mortalidad son escasos, también parece evidente que la mortalidad por cáncer de pulmón y, posiblemente, por las otras causas relacionadas con el tabaco, es muy baja en estos seis países. Esta situación proporciona una excelente oportunidad para realizar una verdadera prevención primaria contra la epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo.
3. En los países de la OECS, las restricciones al consumo de tabaco en escuelas, hospitales y otros locales públicos son mínimas, y dependen sobre todo de esfuerzos voluntarios. No se conocen programas sistematizados de educación escolar ni campañas de educación de la población.
4. El precio de los cigarrillos es relativamente bajo en Antigua y Barbuda, Grenada, San Kitts y

Nevis y Santa Lucía. El aumento de la tributación sobre los mismos, además de incrementar los ingresos del Gobierno, serviría para contener aún más el consumo de tabaco.

Referencias

- BANCO MUNDIAL. *The World Bank Atlas 1989*. Washington, D.C., noviembre de 1989.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.
- BHOLA, R. Country Collaborator's Report, Grenada. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- BROWNE, C.F. Country Collaborator's Report, St. Vincent and the Grenadines. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- CARICOM. Caribbean Development and Cooperation Committee (CDCC), Port-of-Spain, Trinidad. Publication No. LC/CAR/G.293, 19 de marzo de 1990.
- COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE. Tabulaciones inéditas. Port-of-Spain, Trinidad, 1990.
- ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. *Encyclopedia Britannica World Data Annual 1990*. Chicago, Enciclopedia Británica, 1990.
- FORTUNE, R. Country Collaborator's Report, Dominica. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- GITTENS, A. Country Collaborator's Report, Grenada. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- HENDRICKSON, V. Country Collaborator's Report, St. Kitts and Nevis. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- LOUISY, D. Country Collaborator's Report, Saint Lucia. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- NACIONES UNIDAS. *Demographic Yearbook 1988*. New York, 1989.
- NACIONES UNIDAS. *Caribbean Countries: Agricultural Statistics, Volume VII*. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Scientific Publication No. LC/CAR/G.272, 1988.
- NACIONES UNIDAS. *Selected statistical indicators of Caribbean Countries, Volume II*, 1990. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Subregional Headquarters for the OECS.

OECS in Perspective (Brochure) 1987.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.
Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990.
Volumen I. Publicación Científica 524, Washington, D.C.,
OPS, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.
Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. Volu-
men II. Publicación Científica 500, Washington, D.C.,
OPS, 1986.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.
*Smoking Control—Third Subregional Workshop, Caribbean
Area.* Kingston, Jamaica, 8-11 de diciembre de 1987.
Technical Paper No. 20. Washington, D.C., OPS, 1988.

PIGOTT, S. Country Collaborator's Report, Antigua and
Barbuda. Datos inéditos. Washington, D.C., Organiza-
ción Panamericana de la Salud, 1990.

Panamá

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Producción
- Comercio
- Publicidad y promoción

Prevalencia y consumo

- Consumo de tabaco
- Encuestas sobre la conducta
 - Encuestas disponibles y sus limitaciones
 - Prevalencia del tabaquismo entre los adultos
 - Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes
 - Otro tipos de tabaquismo
 - Actitudes, conocimientos y opiniones respecto del tabaquismo

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Actividades del Gobierno
 - Estructura y políticas ejecutivas
 - Legislación
 - Impuestos
 - Educación
- Actividades de los organismos no gubernamentales

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

Panamá ocupa 77 381 km² en el extremo sur del istmo centroamericano. Las principales actividades económicas de Panamá, que se basan en el comercio, reflejan la importancia del canal de Panamá y del sistema bancario, que hasta hace poco era uno de los más importantes del Hemisferio. La mayoría de la población panameña está formada por grupos de edad jóvenes. En 1990, de una población total de 2,4 millones, un 35% tenía menos de 15 años de edad. La tasa total de fecundidad se estima en 3,14 (CELADE, 1990). A medida que fueron mejorando las condiciones de salud durante los últimos 20 años, también se redujo la tasa de mortalidad infantil, a saber de 51,6/1000 nacidos vivos en 1970 a 22,7/1000 en 1990, y la esperanza de vida al nacer aumentó de 64,3 años en 1970 a 72,1

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Panamá

Indicador	Año	Nivel
Población	1990	2 400 000
Porcentaje < edad 15	1990	35
Porcentaje urbano	1988	54
Esperanza de vida al nacer (hombres)	1965-1970	63,1
	1985-1990	70,2
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	1965-1970	65,5
	1985-1990	74,1
Tasa total de fecundidad por 1000	1985-1990	3,14
Tasa bruta de natalidad por 1000 mujeres	1988	26,0
Tasa bruta de mortalidad por 1000	1988	5,0
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1965-1970	51,6
	1985-1990	22,7
Porcentaje de analfabetos	1985	12,0
Tasa de crecimiento real del PNB (porcentaje/año)	1980-1988	2,2
PNB per cápita	1988	\$US2120

Fuentes: CELADE, 1990; Banco Mundial, 1990.
PNB = Producto Nacional Bruto.

años en 1990 (Cuadro 1). Por lo tanto, se calcula que las enfermedades crónicas asociadas con el tabaco se tornarán más prevalentes a medida que la población panameña envejezca y la mortalidad infantil y durante la niñez continúen disminuyendo.

Estos cambios en la situación de salud apuntan hacia una mejora general de la capacidad económica y de las condiciones de vida. En 1988, el producto nacional bruto per cápita (PNB) se estimó en \$US2120 00, con lo que ocupa un sexto lugar en las Américas. La tasa de crecimiento anual del PNB en términos reales, entre 1980 y 1988, fue del 2,2% (Banco Mundial, 1990). La mejora del nivel de vida en el transcurso del último decenio posiblemente haya llevado a los panameños a adoptar patrones de consumo y de comportamiento similares a los que se encuentran en los países más desarrollados, como por ejemplo un mayor consumo del tabaco.

El Gobierno asigna un 5% del PNB a los programas de salud. Sin embargo, debido a la reciente crisis política en el país, estos fondos podrían desviarse a fin de estimular el desarrollo económico. En los años ochenta la Caja del Seguro Social amplió su cobertura para incluir la atención de la salud. De la población total, 64,5% fue cubierto por este programa en 1987 (OPS, 1990). Se calcula que tendrá que reservarse una mayor proporción de estos recursos para los tratamientos costosos de enfermedades crónicas como el cáncer de pulmón, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades pulmonares crónicas, ya que todas estas enfermedades se tornan más prevalentes en una población en proceso de envejecimiento. Sin embargo, los recientes cambios en las condiciones económicas y políticas podrían limitar drásticamente la cantidad de recursos disponibles para la atención de la salud y los servicios preventivos.

La industria del tabaco

Agricultura

Panamá se ha dedicado al cultivo del tabaco durante siglos. En 1988, la Dirección de Estadística y Censo publicó un informe sobre la producción de cigarrillos y sus efectos socioeconómicos en Panamá entre los años 1980 y 1987 (León y Alain, 1988). Los datos obtenidos de ese informe y de otras fuentes del Ministerio de Agricultura (Dirección de Estadística y Censo, 1989) y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, 1990) sugieren que la reducción de la demanda tanto interna como a nivel mundial ha llevado a una disminución en la producción en la dé-

Cuadro 2. Producción e importaciones de hoja de tabaco, y cigarrillos manufacturados, y consumo per cápita de cigarrillos en Panamá, 1960–1988

Año	Producción nacional de hoja de tabaco (no manufacturada) (toneladas métricas)	Importaciones (toneladas)	Producción total, cigarrillos manufacturados (millones)	Total cigarrillos importados (millones)	Consumo anual per cápita de cigarrillos \geq 15 años
1960	541	133	658	17	1080
1965	1078	213	826	15	1172
1970	716	269	1011	8	1228
1975	801	175	1045	0	1074
1980	1397	228	1100	5	1036
1981	1254	348	1200	1	1086
1982	1148	91	1100	31	968
1983	1416	238	1100	30	882
1984	1037	265	1100	30	883
1985	1209	109	1125	30	875
1986	1240	94	1150	30	894
1987	1172	133	1150	30	842
1988	1172	133	1150	30	794

Fuente: U.S. Department of Agriculture, 1990.

cada de los ochenta (Cuadro 2). Las tierras reservadas para la producción de tabaco se redujeron de 1037 hectáreas en 1980 a 800 hectáreas en 1989, o aproximadamente del 0,2 al 0,3% del total de las tierras cultivables de Panamá (Dirección de Estadística y Censo, 1989). La producción total de tabaco alcanzó su auge en 1979 con 1508 TM (toneladas métricas), reduciéndose a 1148 TM en 1982. Durante el período comprendido entre 1982 y 1989, la producción de tabaco continuó manteniéndose relativamente estable, alcanzando 1172 TM en 1989. Las importaciones no han sufrido más que variaciones de menor envergadura desde 1980 y las exportaciones de tabaco se han mantenido en aproximadamente 400 toneladas anuales desde 1982.

En 1988, el tabaco en Panamá fue cultivado por 740 agricultores, en su mayoría en granjas pequeñas en la provincia norteña de Chiriquí. Estos agricultores cultivan muchas variedades diferentes de tabaco. Del total de las tierras cultivadas, 460 hectáreas estaban sembradas de tabaco tipo "burley" (de hojas delgadas y color claro, originario de Kentucky), seguidas de 160 hectáreas de tipo criollo, 110 hectáreas de tipo Virginia, 20 hectáreas de tipo Sumatra, 10 hectáreas de tipo Copán y 40 hectáreas de otras variedades (León y Alain, 1988). Los productores venden cerca del 95% de sus cosechas a las tres empresas manufactureras de cigarrillos que operan en Panamá.

Producción

Dos de las tres empresas fabricantes de tabaco en Panamá están actualmente bajo el control de las principales empresas transnacionales. El control de la Tabacalera Nacional, S.A., lo tiene Philip Morris, mientras que la Tabacalera Istmeña es una filial de la British-American Tobacco. Panamá Cigar tiene apoyo tanto interno como externo y produce principalmente tabaco oscuro para puros (Chong, 1990).

En 1987, la industria manufacturera del tabaco empleó directamente a 410 personas, que recibían un salario medio anual de 966 balboas (\$US966) (León y Alain, 1988). Al igual que la producción agrícola del tabaco, también la manufactura y el comercio del tabaco han disminuido en el transcurso de los últimos 10 años. En 1980, la manufactura del tabaco representaba 3,6% de la actividad industrial total panameña; para 1987, la proporción se había reducido al 2,7%. El valor económico agregado de la industria tabacalera disminuyó de 6,6 millones de balboas (\$US6,6 millones) en 1980 a 5,2 millones de balboas (\$US5,2 millones) en 1987. Esta disminución se atribuyó a una reducción en el consumo, vinculada a su vez con una campaña activa contra las drogas y contra el tabaco así como con un aumento del comercio ilegal de productos tabacaleros provenientes de la antigua Zona del Canal (León y Alain, 1988).

Comercio

Los datos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) indican que todos los cigarrillos de producción nacional son consumidos por residentes panameños. En 1988, se manufacturaron 1150 millones de cigarrillos, se importaron 30 millones y se consumieron en el país 1180 millones de unidades (USDA, 1990). Sin embargo, debido a que se desconoce el nivel del comercio ilegal de cigarrillos puede que estas cifras reflejen un subregistro del consumo total.

La industria tabacalera no recibe tratamiento preferencial del Gobierno en forma de apoyo de precios o proyectos de desarrollo, pero sí se beneficia de la protección aduanera que se aplica a todos los bienes producidos dentro del país. En 1986, por ejemplo, la industria tabacalera ahorró 83 385 balboas (\$US83 385) en exenciones de derechos de importación para tabaco crudo y manufacturado (Chong, 1990). El precio máximo del tabaco se fija a través de resoluciones emitidas por la Oficina de Regulación de Precios (Decreto de Gabinete No. 60, 1969). Esto podría servir para apoyar las ventas de tabaco mediante el control de precios, pero el comercio ilegal del tabaco podría contrarrestar el objetivo de dicho control.

Publicidad y promoción

El tabaco recibe amplia publicidad en la televisión y la radio y en las revistas y los periódicos. Las marcas comerciales de cigarrillos se usan en la promoción de eventos deportivos y culturales, tanto mediante la publicidad directa como a través del patrocinio. Las tiendas, los puestos de venta de refrescos, las carreteras nacionales, los vehículos de transporte público y los estadios deportivos, todos tienen anuncios de cigarrillos (Chong, 1990).

Ya se ha establecido en Panamá el marco necesario y se han tomado varias medidas reguladoras para controlar la publicidad del tabaco. Un decreto del Ministerio de Salud de 1970 requiere que todos los anuncios publicitarios para cigarrillos incluyan la advertencia "Cuidado: Fumar es nocivo para la salud" (Ministerio de Salud, 1970). En 1978 se estableció una Comisión de Publicidad bajo el Ministerio de Salud. De acuerdo con el Código Sanitario se prohíben los anuncios que puedan explotar al público o que anuncien productos nocivos para la salud. La función de la Comisión consiste en aprobar los textos publicitarios de los cigarrillos, las bebidas alcohólicas, los medicamentos, los productos de belleza y los alimentos, además de asegurar que los

anuncios sean objetivos y que no muestren a personas consumiendo tabaco o licor (Ministerio de Salud, 1990). En 1985, el Ministerio del Interior y Justicia emitió una resolución mediante la cual se exigía a las compañías publicitarias someter informes técnicos que explicaran el contenido de sus avisos publicitarios, sea antes de la distribución al público o dentro de los primeros dos días de la distribución. Estos informes se someten únicamente para fines de información.

En consecuencia, tanto el Ministerio de Salud como el Ministerio del Interior y Justicia revisan información sobre los anuncios publicitarios de los productos tabacaleros, aunque son mínimas las actividades reguladoras de la publicidad. Debido a que se limita el uso de la figura humana en este tipo de publicidad, los avisos publicitarios para el tabaco en Panamá dependen de la saturación del ambiente con logotipos de la marca del cigarrillo. Por ejemplo, en un anuncio transmitido recientemente por televisión para promover una pelea entre Roberto "Mano de Piedra" Durán y Sugar Ray Leonard (realizada en los Estados Unidos), el panameño Roberto Durán llevaba una camiseta con el logotipo de los cigarrillos Viceroy y con la mano alzada hizo la señal de la "V" precisamente en el momento que el logotipo de Viceroy cubría la pantalla. Viceroy es la marca de cigarrillos más popular en Panamá.

Prevalencia y consumo

Consumo de tabaco

Entre 1980 y 1988 el consumo aparente de cigarrillos per cápita en Panamá disminuyó (Cuadro 2); no se sabe hasta qué punto esta reducción fue contrarrestada por el comercio ilegal de cigarrillos mencionado anteriormente, pero los datos obtenidos de encuestas confirman esta tendencia general. Una comparación entre dos encuestas realizadas, una en 1972 y la otra en 1983, sobre las condiciones de la vida familiar en la Ciudad de Panamá y en Colón indica una disminución en la proporción de los gastos domésticos totales para la compra de cigarrillos, aunque no está disponible el porcentaje exacto (León y Alain, 1988). Este estudio también reveló que las familias con mayor nivel de ingresos gastaban proporcionalmente más en la compra de cigarrillos que aquellas con ingresos inferiores. Estos hallazgos los confirmó también una encuesta del Departamento de Salud del Adulto del Ministerio de Salud en 1989 (Chong, 1990).

Los niveles de alquitrán y de nicotina para las

Cuadro 3. Niveles de alquitrán y nicotina (en mg.) por cigarrillo para las cinco marcas de cigarrillos de mayor venta en Panamá, comparados con las mismas marcas en los Estados Unidos, 1988

Marca	Alquitrán		Nicotina	
	Panamá	E.U.A.	Panamá	E.U.A.
Viceroy	14,87	15	1,19	1,00
Marlboro	15,05	17	0,98	1,10
Kool	13,21	16	1,05	1,10
Mentolados	14,40		0,93	
Lucky Strike	14,28	17	1,05	0,90

Fuente: Tabacalera Nacional, 1989; U.S. Federal Trade Commission, 1988.

marcas producidas por Tabacalera Nacional y Tabacalera Istmeña se notifican como parte de los datos relacionados con el control de calidad de la empresa (Tabacalera Nacional, S.A., 1989). Los niveles de alquitrán y nicotina para las cinco marcas de cigarrillos de mayor venta en Panamá mostraron variaciones mínimas, entre 13,04 mg y 15,73 mg de alquitrán y entre 0,90 mg y 1,19 mg de nicotina por cigarrillo. Las marcas "livianas" tenían niveles inferiores: 10,94 mg de alquitrán y 0,77 mg de nicotina por cigarrillo. Al compararse las marcas de venta tanto en los Estados Unidos como en Panamá (Viceroy, Marlboro, Kool y Lucky Strike) en función de los respectivos niveles de alquitrán y de nicotina reportados por la Federal Trade Commission (Comisión Federal de Comercio), las marcas manufacturadas en los Estados Unidos tenían niveles ligeramente más altos de estos componentes (U.S. Federal Trade Commission, 1988) (Cuadro 3).

Los paquetes de 10 cigarrillos son el tamaño más popular en Panamá por su precio de venta inferior, aunque también están a la venta en todo el país los paquetes de 20 cigarrillos (Chong, 1990).

Cerca del 28% del tabaco que se consume en Panamá se vende en forma de tabaco suelto para los cigarrillos hechos a mano, 0,9% se consume en forma de puros y 0,1% es tabaco suelto para uso en pipa. El consumo del tabaco "sin humo" no existe (Chong, 1990).

Encuestas sobre la conducta

Encuestas disponibles y sus limitaciones

Varias encuestas realizadas en Panamá en el transcurso de los últimos 10 años han contribuido a la recopilación de datos sobre la prevalencia del consumo de cigarrillos entre los adultos y adolescentes (Cuadro 4). Solamente una de ellas fue representativa a nivel nacional (Asociación Nacional contra el Cáncer, 1983); las demás se concentraron

en grupos de población específicos. No se ha publicado ninguno de los resultados de las encuestas, y los datos presentados aquí se han tomado de fuentes de datos brutos (Chong, 1990). Una encuesta realizada en 1982 con estudiantes de medicina (Carrasco, 1982) podría sugerir la futura dirección que podría tomar la profesión médica en función del control del tabaquismo.

Las encuestas difirieron en sus definiciones del concepto "fumador". Tres de ellas (Carrasco, 1982, Asociación Nacional contra el Cáncer, 1986 y 1989) definen al fumador como una "persona que en la actualidad fuma todos los días". Otras incluyen en la categoría de "fumador" a fumadores ocasionales que quizás no fumen todos los días (Cuadro 4). Los grupos de población estudiados también difieren notablemente, en que incluyen tanto a estudiantes de la escuela secundaria y estudiantes de medicina como al personal del Ministerio de Salud y a personas jubiladas. En consecuencia, es difícil realizar comparaciones directas entre las encuestas.

Prevalencia del tabaquismo entre los adultos

La encuesta realizada por la Asociación Nacional contra el Cáncer en 1983 informó de una prevalencia general del tabaquismo actual del 38% (56,1% entre los hombres y 20,0% entre las mujeres) (Cuadro 4). La prevalencia del tabaquismo entre los hombres era más alta (64%) para aquellos entre las edades de 20 y 30 años, con una reducción en las tasas a medida que avanzaba la edad. Entre los hombres de 50 años y más el 46% eran fumadores en la actualidad. No se notó ninguna diferencia importante en lo relativo a la edad con respecto a la prevalencia actual del tabaquismo entre las mujeres. Las personas con ingresos más altos y un nivel más alto de educación tendían a ser fumadores con mayor frecuencia. Estos datos son compatibles con los de la ya mencionada encuesta reali-

Cuadro 4. Encuestas realizadas sobre el tabaquismo y prevalencia (%) del tabaquismo actual en los hombres y las mujeres en Panamá, 1982-1989

Encuesta	Año	Población entrevistada	Tamaño de la muestra	Definición del "fumador"	Prevalencia del tabaquismo actual		
					Hombres	Mujeres	Total
Encuesta entre estudiantes de medicina (Carrasco)	1982	Estudiantes de la Facultad de Medicina	230	Fuma a diario en la actualidad			18,7
Estudio del tabaquismo en los adultos (Asociación Nacional contra el Cáncer)	1983	Personas mayores de 18 años, residentes en Panamá	1631	Ha fumado continuamente u ocasionalmente durante los últimos 6 meses y fuma en la actualidad	56,1	20,0	38,0
El tabaquismo y la salud (Asociación Nacional contra el Cáncer)	1984	Estudiantes de secundaria entre 11 y 18 años de edad	11 385	Ha fumado por lo menos una vez por semana durante los últimos 3 meses	10,1	3,9	7,0
Control del tabaquismo (Asociación Nacional contra el Cáncer)	1986	Empleados del Ministerio de Salud	411	Fuma a diario en la actualidad	28,3	10,3	18,0
El tabaquismo en las personas jubiladas (Ministerio de Salud)	1989	Personas mayores de 55 años que reciben pensiones del Ministerio de Salud	100	Fuma a diario en la actualidad	48,0	13,0	33,0

Fuente: Chong, 1990.

zada en 1983 sobre los gastos domésticos, cuyos resultados indicaron que la proporción del ingreso doméstico dedicado a la compra de cigarrillos era más alta en las familias con ingresos mayores que en aquellas con ingresos inferiores. Por otro lado, la prevalencia del tabaquismo era mayor en las áreas rurales que en las áreas urbanas (44% comparado con 34%). Esta relación difiere de la de otros países de Centroamérica. Sin embargo, 28% del tabaco que se consume en las zonas rurales es tabaco suelto para hacer a mano. Además, la forma del muestreo en las zonas rurales puede haber conducido a sobreestimar el consumo de tabaco en esas áreas. Entre los hombres fumadores, 61% informó que fumaban entre 1 y 12 cigarrillos diarios y solo un 1,3% fumaba más de 40 cigarrillos por día. Entre

las mujeres, 82% de las fumadoras indicaron que fumaban de 1 a 12 cigarrillos por día y un 3,6% fumaba más de 40 cigarrillos diarios (Asociación Nacional contra el Cáncer, 1983).

En una encuesta realizada en 1989 por el Departamento de Salud del Adulto (Ministerio de Salud, 1989a), la prevalencia del tabaquismo en ese momento entre 58 hombres de 55 años de edad y más fue de 48%; este nivel es similar al del 46% notificado para los hombres de 50 años de edad y más en la encuesta nacional de 1983. Para las mujeres, la encuesta de 1983 reveló que 24% de aquellas de 55 años de edad y mayores eran fumadoras en esa época (Asociación Nacional contra el Cáncer, 1983), mientras que solamente un 13% de las 42 mujeres sometidas a la encuesta en 1989 eran fuma-

doras en ese momento. Esta disminución del tabaquismo entre las mujeres quizás no sea real debido a sesgo en la selección (es decir, las personas jubiladas únicamente se sometieron a una encuesta en 1989) y al tamaño pequeño de la muestra.

La encuesta de los estudiantes de medicina realizada en 1982 reveló que 18,7% de los 230 estudiantes eran fumadores en ese momento y un 9,6% eran exfumadores. Esta distribución indica que aquellos futuros profesionales de salud ya habían empezado a prestar atención al riesgo de salud inherente en el tabaquismo (Carrasco, 1982).

No hay información detallada de la encuesta de los empleados del Ministerio de Salud en 1986. Sin embargo, la prevalencia global del tabaquismo actual en la muestra total de 411 personas fue del 18% (26,8% entre los hombres y 10,0% entre las mujeres); un 7% informó que eran exfumadores (Asociación Nacional contra el Cáncer, 1986). Otra encuesta de los empleados del Ministerio de Salud en 1990 notificó que 12% eran fumadores actuales (Chong, 1990). Estas prevalencias son considerablemente más bajas que la prevalencia a nivel nacional que se registró en 1983; en la mayoría de los países de las Américas, es de suponer que los profesionales de salud tengan una prevalencia del tabaquismo inferior a la de la población general. Se desconoce hasta qué punto el sesgo de las respuestas afectó los resultados estimados de la encuesta.

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

A pesar de que se han realizado varias encuestas de menor envergadura sobre el consumo de tabaco entre los niños y adolescentes de Panamá (Chong, 1990), no se pudo disponer de los datos de estas encuestas para este informe. Sin embargo, el Ministerio de Educación y la Asociación Nacional contra el Cáncer de Panamá han realizado una de las encuestas más amplias y más representativas de la juventud en las Américas. En 1984, se encuestaron 11 385 estudiantes de secundaria de las zonas urbanas y rurales en las escuelas públicas y privadas (Asociación Nacional contra el Cáncer, 1984). La muestra representó el 9,3% de todos los estudiantes matriculados en la escuela secundaria e incluyó a escolares entre la edad de 11 y 18 años. En términos generales, la prevalencia del tabaquismo (definido como "fumador semanal") fue del 7% (10,1% entre los hombres y 3,9% entre las mujeres). No se notificaron datos algunos sobre los estudiantes que fumaban a diario, aquellos que experimentaban con cigarrillos o el número de cigarrillos fumados por día.

Otro tipos de tabaquismo

Los datos obtenidos en base a la encuesta de las personas de 55 años o más de edad que recibían pensiones del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 1989a) revelaron que del 4 al 7% de estas personas fumaban puros. No se incluyeron en esta encuesta ni las pipas ni el tabaco de mascar. En las provincias costeras de Colón, Darién y Bocas del Toro, los descendientes de los indios antillanos aún practican el tabaquismo invertido, que consiste en introducirse en la boca el extremo encendido del cigarrillo (Chong, 1990).

Actitudes, conocimientos y opiniones respecto del tabaquismo

En 1989 el Departamento de Salud del Adulto, bajo el Ministerio de Salud, llevó a cabo una serie de encuestas de menor envergadura sobre las actitudes en lo relacionado al tabaquismo en varias escuelas de la provincia de Coclé. Ya que las preguntas fueron las mismas en todas las encuestas, es posible comparar sus resultados (total n=969). El porcentaje de estudiantes que informaron que eran fumadores en ese momento fue muy bajo en todas estas encuestas (Cuadro 5) y, en varios casos, el porcentaje de estudiantes que se negaron a responder a las preguntas acerca de su comportamiento fue bastante alto (hasta un 24%). Sin embargo, las respuestas a la pregunta "si alguien estuviera fumando cerca de usted . . ." resultaron ser más completas: la mayoría de los entrevistados respondió que esto les molestaba. De los estudiantes de la Escuela de Artes y Oficios, 41% dijo que les molestaba, pero que lo "entendían". El porcentaje más bajo de estudiantes que no se sentían ofendidos por el tabaquismo (12,7%) se encontró entre los estudiantes universitarios y el porcentaje más alto (28,3%), entre los estudiantes de las escuelas nocturnas. Muy pocos de los estudiantes (entre 0 y 1,6% de los entrevistados) contestaron que opinaban que el tabaquismo era una "buena idea". Las respuestas a estas encuestas sugieren que la gran mayoría de los estudiantes no fuma, y que a la mayoría de ellos les molesta que los demás fumen, aunque demuestran un alto nivel de tolerancia y aceptación (Ministerio de Salud, 1989b).

Una encuesta nacional realizada en 1984 con estudiantes (Ministerio de Educación y la Asociación Nacional contra el Cáncer, 1984) exploró en mayor detalle los conocimientos y las actitudes en lo relacionado al tabaquismo. Un total de 2157 estudiantes entre las edades de 12 y 17 años, que admitieron ser fumadores, se sometieron a una serie de

Cuadro 5. Respuestas a la pregunta: "Si alguien fumara cerca de Ud.", y prevalencia (%) del tabaquismo actual en diversos grupos poblacionales de estudiantes, Panamá, 1989 (porcentajes)

Respuestas:	Escuela primaria	Escuela secundaria (pública)	Escuela secundaria (privada)	Escuela de Artes y Oficios	Escuela nocturna	Universidad
No les importa	20,6	25,0	22,0	23,6	28,3	12,7
Les molesta, pero tienen comprensión	9,5	22,4	14,0	41,0	17,4	26,1
Les molesta	42,9	39,5	43,8	20,8	39,1	35,9
Se oponen	3,2	0,0	7,8	3,4	2,2	9,9
Indiferentes	0,0	3,9	7,5	0,6	0,0	7,7
Creen que es mala idea	17,5	6,6	3,4	9,0	10,9	7,7
Creen que es buena idea	1,6	0,0	0,6	1,1	0,0	0,0
No hay respuesta	4,8	2,6	0,9	0,6	2,2	0,0
Número de personas entrevistadas	63	76	464	178	46	142
Grupo de edad (cumpleaños más reciente)	5-14	8-34	8-19	8-34	20-44	20-54
Porcentaje de fumadores	0,0*	1,3	6,0	4,5	4,0	4,0

Fuente: Ministerio de Salud, 1989b.

*Un 24% de las personas entrevistadas no indicaron si fumaban o no.

preguntas del tipo verdadero/ falso sobre el tabaco y la salud. Más de la mitad de los entrevistados respondió correctamente a estas preguntas relacionadas con los conocimientos acerca del tabaco y las consecuencias para la salud. De los estudiantes mayores de 17 años, 49,3% respondió correctamente a la mayoría de las preguntas sobre el tabaco y la salud. Al preguntarle a los estudiantes si el humo de cigarrillo era nocivo para las personas que rodean al fumador y si el tabaquismo en la mujer embarazada puede afectar al feto, un 77% de ellos aproximadamente contestó de forma afirmativa. Sin embargo, cuando se les hacía preguntas más específicas, como por ejemplo si la nicotina causa una constricción de los vasos sanguíneos, la mayoría dijo que no lo sabía (60% para la pregunta sobre la nicotina).

La segunda parte del cuestionario fue diseñada a fin de producir una escala de actitudes de cinco niveles. Las respuestas fueron subdivididas en dos categorías: estudiantes con una actitud predominantemente negativa (en contra del tabaquismo y de los fumadores) y estudiantes con una actitud mayormente positiva (no les molestaba el tabaquismo o eran fumadores ellos mismos). De los estudiantes en el grupo de edad comprendido entre los 12 y 17 años, 74,3% exhibió una actitud negativa con respecto al tabaquismo. De aquellos mayores

de 17 años, únicamente un 66% tenía una actitud predominantemente negativa, lo que quizás indique que esta es la edad, aproximadamente, a la que se inicia el hábito de fumar en Panamá. Cabe notar que un 86% respondió que no sentía la obligación de fumar incluso en la compañía de amigos que sí fumaban, y un 85% afirmó que no se debería permitir que los maestros fumen en las escuelas. Las opiniones respecto de la prohibición de los anuncios publicitarios para cigarrillos variaron: 40% estaba de acuerdo que debería prohibirse la publicidad de cigarrillos y 56% no estaba de acuerdo. Únicamente un 6% de los estudiantes entre las edades de 12 y 17 años tenían permiso de sus padres para fumar, nivel que corresponde a la prevalencia global registrada del tabaquismo en este grupo de edad (7%).

Estos datos sugieren que, en 1984, los estudiantes panameños estaban razonablemente bien informados sobre las consecuencias que tiene el tabaquismo para la salud, pero que, aún así, el que los demás fumarán era tolerable.

Tabaquismo y salud

En 1978, aproximadamente 75% de las defunciones en Panamá fueron certificadas por un médico, y 11% de las defunciones fueron atribuidas a

“síntomas y condiciones mal definidas” (CIE 780-799). Esta proporción se redujo a 8,3% en el período comprendido entre 1981 y 1987 (OPS, 1990), lo que indica una mejora gradual en la calidad de los datos relativos a la mortalidad en Panamá. Las defunciones por condiciones mal definidas eran más frecuentes entre las personas de edad y entre las mujeres. Sin embargo, debido a que el subregistro en Panamá sigue siendo del 23,1% de todas las defunciones (OPS, 1986, 1990), debería procederse con cuidado al momento de interpretar las estadísticas de mortalidad.

El Cuadro 6 presenta las tasas de mortalidad ajustadas por edad y para grupos de edad específicos para varias enfermedades relacionadas con el tabaquismo, en 1984 y 1987. Los infartos del miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón se agrupan en la categoría de las EICs, o enfermedades isquémicas del corazón. Las tasas de mortalidad por EICs para los hombres y las mujeres en el grupo de edad de 45 a 54 años aumentaron en el período comprendido entre 1984 y 1987 (de 50,0 a 64,3 por 100 000 entre los hombres y de 9,9 a 18,4 por 100 000 entre las mujeres). La tasa de mortalidad por EIC para las mujeres entre 35 y 44 años de edad aumentó en más del doble en tres años; cabe notar, sin embargo, que se notificaron pocas defunciones para este grupo de edad, por lo que la tasa calculada es dudosa. La mayor tasa de EICs en el grupo de edad de 45 a 54 años podría atribuirse, en parte, a la mejora en los diagnósticos. Esta explicación es reforzada por la reducción observada en la proporción de las defunciones clasificadas como “mal definidas” en Panamá. Además, el aumento de la mortalidad por EICs entre las mujeres podría haber resultado del aumento del tabaquismo o debido al mayor uso de los anticonceptivos orales, según se ha observado en otros países de América Latina (Rosero-Bixby y Oberle, 1987, Anderson, 1985). Sin embargo, entre 1984 y 1987 la tasa de mortalidad por EICs, ajustada por edad, aumentó ligeramente para los hombres, pero no para las mujeres. Las tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, ajustadas por edad, aumentaron para ambos sexos durante este período (Cuadro 6).

Entre 1981 y 1987, las tasas de mortalidad ajustadas por edad por cáncer de pulmón y cáncer de estómago se mantuvieron estables a niveles relativamente bajos. Para las personas de 55 a 64 años de edad, en el período entre 1984 y 1987, la tasa de mortalidad por tumor de la tráquea, de los bronquios y de pulmón (CIE 162) aumentó de 34,0 a 50,7

por 100 000 entre los hombres y de 7,8 a 26,3 por 100 000 entre las mujeres (Cuadro 6). Este aumento podría reflejar el contacto tradicional de la población con el tabaquismo. Por otro lado, durante este período pueden haber mejorado la notificación de la mortalidad y la exactitud de los diagnósticos. Además, la inestabilidad de las tasas de mortalidad podría ser resultado del bajo número de casos en este grupo de edad en particular (i.e., 28 entre los hombres y 14 entre las mujeres en 1987). Para aumentar la estabilidad de los cálculos estimados de la tasa de mortalidad, se conjugaron los datos relativos a los tres años comprendidos entre 1985 y 1987 para el grupo de edad de 55 a 64 años, a fin de determinar las tasas de mortalidad masculinas y femeninas: 53,6 por 100 000 para los hombres y 24,0 por 100 000 para las mujeres. Estas tasas son comparables a las que se observan en el Cuadro 6. En consecuencia, el aumento en las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, sobre todo el infarto del miocardio y el cáncer de pulmón, probablemente sea real. El cambio observado fue más notable para las mujeres. El impacto del tabaquismo sobre la salud del ciudadano panameño se está tornando obvio en este país relativamente saludable. Las oportunidades de prevenir muchas defunciones por enfermedades crónicas dependen de una solución adecuada del problema del tabaquismo y de otros factores de comportamiento de riesgo.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Actividades del Gobierno

Estructura y políticas ejecutivas

El Departamento de Salud del Adulto, bajo el Ministerio de Salud, es responsable de las actividades de prevención y control del tabaquismo. En mayo de 1990, se lanzó un programa de educación e información al público diseñado específicamente para prevenir el tabaquismo entre los adolescentes e incentivar a los adultos a dejar el tabaquismo (Ministerio de Salud, 1990). El programa, aunque no tiene presupuesto propio, establece las normas necesarias e identifica las actividades regionales y locales. Las actividades de salud pública de los departamentos locales de salud comprenden acciones

Cuadro 6. Tasas de mortalidad (por 100 000 habitantes) para enfermedades seleccionadas relacionadas con el tabaquismo, por sexo y edad, Panamá, 1984 y 1987

Causa de defunción (CIE-9)	Año	Tasa*	Grupo de edad		
			35-44	45-54	55-64
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)					
Hombres	1984	43,5	15,7	50,0	179,2
	1987	44,3	12,6	64,3	137,7
Mujeres	1984	34,2	2,9	9,9	111,8
	1987	33,9	7,0	18,4	84,6
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)					
Hombres	1984	24,8	6,5	24,3	73,6
	1987	33,1	8,4	30,3	114,1
Mujeres	1984	28,3	8,8	36,6	82,4
	1987	31,4	7,9	27,6	88,3
Tumor maligno de los labios, la cavidad oral y la faringe (140-149)					
Hombres	1984	1,3	0,9	1,4	3,8
	1987	2,3	1,7	3,8	7,2
Mujeres	1984	1,2	—	1,4	7,8
	1987	1,2	0,9	2,6	7,5
Tumor maligno de la tráquea, los bronquiolos y los pulmones (162)					
Hombres	1984	8,0	4,6	18,9	34,0
	1987	8,0	4,2	13,9	50,7
Mujeres	1984	2,5	5,9	5,6	7,8
	1987	3,1	2,6	5,3	26,3

Fuente: OPS, 1990.

*Tasas ajustadas para todas las edades, en base a la población global de Latinoamérica.

sobre el tabaco como parte de sus programas de salud del adulto.

En 1989, se estableció una comisión nacional por Resolución del Ministerio de Salud para el estudio del problema del tabaquismo en Panamá. Esta comisión está integrada por un grupo de profesionales interdisciplinario, cuya función consiste en proporcionar información sobre cualquier avance logrado en lo relacionado con el control del tabaquismo y sobre el impacto de los diversos programas de prevención del tabaquismo (Ministerio de Salud, 1989c).

Legislación

Los primeros reglamentos relacionados con el tabaquismo en Panamá aparecieron en 1970 en

forma de las ya mencionadas restricciones de los anuncios publicitarios (Ministerio de Salud, 1970). Posteriormente, en 1978, se creó, por resolución presidencial, la Comisión de Publicidad bajo el Ministerio de Salud, cuya función consiste en verificar la validez y exactitud de los anuncios publicitarios para los cigarrillos, las bebidas alcohólicas y otros bienes de consumo y asegurar que dichos anuncios no muestren a personas consumiendo cigarrillos o alcohol. Por Resolución del Ministerio de Salud se prohibió en 1991 el fumar en las instalaciones de salud y en los vehículos del Ministerio.

En 1987, se estableció el Día Libre de Humo de Tabaco (Decreto Presidencial No. 76, 1987), y en 1989 se promulgó una ley que prohíbe el fumar en las oficinas abiertas al público (Gaceta Oficial, 1989). Esta ley estipula que "fumar es dañino para

la salud individual y pública" e instruye al Ministerio de Educación, Caja del Seguro Social, Ministerio de Salud y medios de comunicación a que participen en las continuas campañas educativas relacionadas con el impacto del tabaquismo sobre la salud. Además, la ley dicta que las envolturas de los productos de tabaco deben llevar la advertencia "fumar es dañino para la salud" y se establecieron castigos para aquellas personas que fuman en las oficinas abiertas al público, aunque no para las instituciones o industrias que no observan los otros dos componentes de la ley.

En 1981, un decreto de la Alcaldía de la Ciudad de Panamá (Oficina del Alcalde, 1981) prohibía el fumar en las iglesias, los teatros, los cines y los medios de transporte público. La Oficina del Alcalde (1990) amplió el decreto de 1981. El nuevo decreto obliga a los dueños y administradores de los restaurantes y las cafeterías a proporcionar secciones separadas para los fumadores y no fumadores. Y aunque no dicta el tamaño de cada una de las secciones, sí establece castigos para aquellos dueños o clientes que no observan los reglamentos.

No existen restricciones respecto de la venta de cigarrillos a menores de edad o en lo relacionado al contenido de alquitrán y nicotina de los cigarrillos fabricados en Panamá (Chong, 1990).

Impuestos

Un 60% del precio de venta de la cajetilla de cigarrillos en Panamá se destina a impuestos. En 1988 las actividades económicas relacionadas con la industria del tabaco (producción y ventas) generaron un 2% del total de los ingresos tributarios nacionales. Pero el nivel de los ingresos resultantes del impuesto al tabaco ha fluctuado considerablemente durante los últimos 10 años, incrementándose de unos 9 millones de balboas (\$US9 millones) en 1979 a poco más de 13 millones en 1983, para luego volver gradualmente a 9 millones aproximadamente en 1988. Estos fondos no se han asignado de ninguna forma especial para los programas de salud, sino que se depositan en el Fondo General del Tesoro.

Educación

El Ministerio de Educación requiere, por ley, que los programas de enseñanza en las escuelas incluyan información sobre el impacto del tabaquismo en la salud (Gaceta Oficial, 1989). Específicamente, este tema se incluye en los cursos de cien-

cias durante el primer año de secundaria. Los estudiantes participan activamente, preparando trabajos y murales contra el tabaquismo, especialmente durante la Semana de Ciencias.

El ya mencionado programa comunitario para la prevención del tabaquismo tiene como objetivo educar e informar al público a nivel local. Además, las estaciones de radio y televisión periódicamente transmiten presentaciones y programas de mesa redonda sobre el tabaquismo. El programa nacional se encarga de distribuir afiches, volantes y panfletos educativos en las diversas instituciones de salud así como en las escuelas. Estas actividades se complementan con seminarios de capacitación para el personal.

Actividades de organismos no gubernamentales

Hay varios organismos no gubernamentales que brindan apoyo a los esfuerzos dedicados al control del tabaquismo. Entre ellos figuran la Organización Panameña Antituberculosa (OPAT), que distribuye un afiche anti-tabáquico, y la Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día, que ofrece al público clases de cinco días para dejar de fumar. El Comité Cívico de Apoyo al Día de No Fumar (CO-CIA) y la Asociación Nacional contra el Cáncer (ANCEC) han participado activamente en el control del tabaquismo durante varios años. Ambas organizaciones ofrecen programas para dejar de fumar, y sus miembros a menudo publican artículos en la prensa sobre el problema del tabaquismo, además de participar en grupos de presión para la promoción de políticas y leyes anti-tabáquicas. ANCEC ha realizado varias encuestas sobre la prevalencia del tabaquismo en Panamá (ver Cuadro 4).

La mayoría de las compañías de seguros en Panamá ofrecen un descuento del 10-25% sobre las pólizas de seguro de vida a los no fumadores, aunque hay una compañía que ofrece esta opción a los hombres pero no a las mujeres (Chong, 1990).

Resumen

La producción de la hoja de tabaco y la manufactura de cigarrillos en Panamá han ido disminuyendo desde 1982 aproximadamente y han alcanzado un nivel estable. La reducción notificada por las fuentes centrales de datos en lo relativo al consumo per cápita es incierta, mayormente porque se desconoce el nivel del comercio ilegal de cigarrillos.

Aún así, el tabaco sigue teniendo cierta importancia para la economía panameña. Las tres compañías tabacaleras que operan en Panamá generan un 2,7% del total de la actividad industrial del país. Sin embargo, no se ha calculado la carga económica de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo ni de las discapacidades. La carga de la mortalidad por enfermedades centinela, como por ejemplo el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, ha empezado a aumentar, por lo que deberá reconsiderarse el "beneficio" económico de esta industria. Es muy probable que el impacto de estas enfermedades en el futuro sea enorme. Dados los escasos recursos en el campo de la salud en Panamá, la carga económica para el sistema de atención de salud creada por las enfermedades relacionadas con el tabaquismo será nefasta.

Panamá tiene un conjunto de leyes relativamente singulares que rigen la publicidad de los productos de tabaco. El uso de los logotipos de las marcas de cigarrillos ha penetrado el mundo del deporte, la cultura, el transporte y otros segmentos de la sociedad. Sin embargo, el Ministerio de Salud está encargado de asegurarse de que los reclamos relativos a los anuncios del tabaco y las bebidas alcohólicas sean objetivos. Así podría evitarse que las compañías de publicidad utilicen anuncios que promueven cigarrillos "seguros" o sugieran un mayor rendimiento social o deportivo simplemente por emplear sus productos. Como resultado, los logotipos de las diferentes marcas parecen saturar la sociedad panameña. Los anuncios y las cajetillas para los productos de tabaco tienen que llevar una advertencia sobre los riesgos para la salud. Los anuncios no pueden mostrar personas que consumen alcohol o tabaco y, supuestamente, se debería evitar cualquier apelación atractiva para la juventud.

El consumo del tabaco se ha ido reduciendo durante los últimos 10 años y actualmente representa un porcentaje menor del consumo básico de las familias, comparado con 1980. Aproximadamente 28% del tabaco se consume como tabaco suelto para cigarrillos hechos a mano, posiblemente como respuesta a los altos precios de los cigarrillos en Panamá. Los niveles de alquitrán y nicotina de los cigarrillos manufacturados en Panamá son muy similares a los notificados por la U.S. Federal Trade Commission (Comisión Federal de Comercio de los EUA) para las marcas similares producidas en los Estados Unidos.

En 1983, la prevalencia general del taba-

quismo en Panamá se estimó en un 38% (56% para los hombres y 20% para las mujeres). No existen datos más recientes para todo el país. A diferencia de otros países centroamericanos, la prevalencia del tabaquismo en Panamá es mayor en las zonas rurales que en las ciudades. Entre los adolescentes de 11 a 18 años de edad, la prevalencia del tabaquismo semanal era del 7% en 1984.

Los datos obtenidos en base a una encuesta realizada en 1989 en diversas escuelas en la provincia de Coclé indican que la mayoría de las personas entrevistadas estaban bien informadas acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud y que mostraban una actitud negativa hacia el tabaquismo. Si los estudiantes en el resto del país tienen una actitud y un conocimiento similares de los riesgos para la salud del tabaquismo, la educación escolar obligatoria sobre el tabaco posiblemente ya haya tenido efecto positivo. No se ha realizado una evaluación detallada de este programa, y se desconoce hasta qué punto realmente se está poniendo en práctica el programa de educación.

Al Departamento de Salud del Adulto, bajo el Ministerio de Salud, se le ha asignado la responsabilidad de todas las actividades relacionadas con el control del tabaquismo. Cabe notar, sin embargo, que tiene pocos recursos a su disposición para completar esta tarea, ya que este es solo uno de sus numerosos programas. Se han realizado los esfuerzos necesarios para determinar la seriedad del problema mediante encuestas nacionales y dirigidas a grupos específicos y para promover una intervención educativa. Panamá tiene una comisión o coalición nacional, en la que participan otros organismos del sector salud. A pesar de que esta comisión es una agencia oficial del Gobierno, no tiene un presupuesto separado.

En la Ciudad de Panamá se han promulgado muchas restricciones legislativas en cuanto al tabaquismo en los lugares públicos, varias de las cuales son válidas también en el resto del país. Se desconoce hasta qué punto se controla el cumplimiento de estas restricciones, pero es evidente que los grupos gubernamentales y, sobre todo, los no gubernamentales, han adquirido mayor visibilidad en función del establecimiento de las normas anti-tabáquicas.

Conclusiones

1. El cultivo del tabaco, la producción de los cigarrillos manufacturados y el consumo per cápita

- de cigarrillos notificado se han mantenido en un nivel relativamente estable en Panamá desde 1982. Es evidente un amplio comercio ilegal de cigarrillos.
2. La carga que significan las enfermedades relacionadas con el tabaco va en aumento en Panamá. Las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón se han incrementado tanto entre los hombres como entre las mujeres, observándose un aumento considerablemente mayor entre las mujeres. Esto sugiere que la exposición de la mujer panameña al tabaco ha aumentado en los últimos decenios.
 3. El tabaco representa 2,7% de la actividad económica en Panamá, pero no se han determinado aún los costos económicos de las enfermedades vinculadas con el tabaquismo.
 4. Panamá ha tomado medidas legislativas moderadas en contra del uso del tabaco, entre las que figuran la censura del contenido de los anuncios publicitarios para el tabaco, la inclusión de advertencias en las cajetillas y en los anuncios de cigarrillos y la formulación de políticas locales a favor del aire libre de humo en los edificios. Los logotipos de las marcas de cigarrillos saturan el ambiente panameño, y los anuncios para los productos de tabaco dominan la radio, la televisión, los deportes, los eventos culturales y las actividades al aire libre.
 5. La infraestructura existente para el control del tabaquismo en Panamá incluye un organismo designado por el Gobierno, una Asociación Nacional contra el Cáncer activa y una coalición recientemente nombrada de profesionales de salud. Se han recopilado datos a nivel nacional sobre el uso del tabaco por los adultos y adolescentes en Panamá, y se han notificado datos sobre los conocimientos y las actitudes entre los jóvenes en relación con el tabaco.

Referencias

ANDERSON, J.E. *Smoking during pregnancy and while using oral contraceptives*. Data from seven surveys in western hemisphere populations. Paper presented at The International Conference on Smoking and Reproductive Health, San Francisco, California, 15-17 de octubre de 1985.

ASOCIACION NACIONAL CONTRA EL CANCER. Control del hábito de fumar, personal del Ministerio de Salud. Datos inéditos, 1986.

ASOCIACION NACIONAL CONTRA EL CANCER, MINISTERIO DE EDUCACION. El hábito de fumar y la salud. Datos inéditos, 1984.

ASOCIACION NACIONAL CONTRA EL CANCER. Investigación sobre el hábito de fumar: adultos de la República de Panamá. Datos inéditos, 1983.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report, 1989*. New York: Oxford University Press, 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report, 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.

CARRASCO, I. Hábito de fumar en estudiantes de la Facultad de Medicina, Panamá. Datos inéditos, 1982.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. Santiago: Año XXIII, No. 45, 1990.

CHONG, N. Country collaborator's report, Panama. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Datos inéditos, 1990.

DIRECCION DE ESTADISTICA Y CENSO. Superficie sembrada y cosecha de tabaco y caña de azúcar: Año agrícola 1987-88, Estadística Panamá. *Boletín* 6:1-5, 1989.

GACETA OFICIAL. Año LXXXV, No 21,326. Ciudad de Panamá, República de Panamá, 3 de julio de 1989.

LEON, M.A., ALAIN, A. La producción cigarrillera en Panamá y sus efectos socioeconómicos: Años 1980-87. Dirección de Estadística y Censo, Panamá, 1988.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto Ministerial No. 56, 17 de marzo de 1970.

MINISTERIO DE SALUD. El hábito de fumar en los estudiantes. Datos inéditos. Departamento de Salud del Adulto, 1989b.

MINISTERIO DE SALUD. Hábito del tabaco en jubilados y pensionados. Datos inéditos, Departamento de Salud del Adulto, 1989a.

MINISTERIO DE SALUD. Programa de prevención del tabaquismo. Documento interno. Departamento de Salud del Adulto, 1990.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución Ministerial No. 31561, 8 de noviembre de 1989c.

OFICINA DEL ALCALDE. Decreto No. 17. Ciudad de Panamá, Panamá, 22 de abril de 1981.

OFICINA DEL ALCALDE. Decreto No. 291. Ciudad de Panamá, Panamá, 8 de marzo de 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Publicación Científica 500. Washington, D.C.: OPS, 1986.

ORGANIZACION PANAMERICA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990.* Publicación Científica 524. Washington, D.C.: OPS, 1990.

REPUBLICA DE PANAMA. Decreto Ejecutivo No. 76. 18 de marzo de 1987.

ROSETO-BIXBY, L., OBERLE, M.W. Tabaquismo en la mujer costarricense, 1984-85. *Revista Ciencias Sociales* 35:95-102, 1987.

TABACALERA NACIONAL S.A. Departamento de Control de Calidad, *Niveles de tar y nicotina en marcas de Tabacal y Tisa.* Agosto de 1989.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco, Cotton and Seeds Division. Foreign Agricultural Service (datos inéditos), 1990.

Paraguay

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación, producción y comercio
- Publicidad y comercialización
- Impuestos y gastos para los cigarrillos

Prevalencia y consumo

- Datos de consumo
- Datos de encuestas
 - Prevalencia del tabaquismo entre los adultos
 - Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

Tabaquismo y Salud

- Indicadores de mortalidad

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Medidas del Gobierno
- Medidas de las entidades no gubernamentales

Resumen

Conclusiones

Referencias

Características generales

Paraguay es el undécimo país de las Américas en términos de superficie; ocupa una superficie sin litoral marítimo de 406 756 km² en América del Sur. Con una población estimada en 4,3 millones de habitantes a mediados del año 1990, el país ocupa el decimonoveno lugar en población en las Américas (Banco Mundial, 1989; Banco Mundial, 1990).

Aproximadamente el 60% de la población de 1990 tenía 15 años de edad o menos. El envejecimiento lento de la población es evidente; en el año 2000, se estima que el 62% de la población tendrá 15 años de edad o más. Por lo tanto, es probable que las enfermedades crónicas asociadas con el tabaquismo se vuelvan más evidentes cuando grandes números de paraguayos lleguen a las edades en las que ocurren estas enfermedades. La esperanza de vida al nacer aumentó de 62,6 años en 1950 a 66,4 años en 1987. La mortalidad infantil descendió de 73,4 a 41,0 por 1000 nacidos vivos durante este período. Aproximadamente 54% de la población vive en las zonas rurales (OPS, 1990, CELADE, 1990) (Cuadro 1).

Basado en el ingreso anual per cápita, el Banco Mundial clasifica al Paraguay en el nivel medio inferior de la comunidad económica mundial (Banco Mundial, 1990). El producto interno bruto

(PIB) per cápita aumentó a una tasa de 3,4% por año entre 1965 y 1987 (Banco Mundial, 1989) y en 1988 alcanzó \$US1180 (Banco Mundial, 1990). La inflación alcanzó un promedio de 22% por año entre 1980 y 1987. La deuda externa per cápita, que era de \$US510 en 1988 (Banco Mundial, 1989), es equivalente a aproximadamente la mitad del PNB per cápita (OPS, 1990), pero esta tasa es una de las deudas relativas más pequeñas en la América Latina (OPS, 1990). El ingreso nacional proviene principalmente de la agricultura: en 1986 la agricultura (incluido el tabaco) representó el 27,2% del PIB del país (Banco Mundial, 1989).

El país se divide administrativamente en 19 Departamentos, a través de los cuales se regionaliza el sistema de atención de salud. El Ministerio de Salud proporciona orientación y dirección a la atención de la salud pero hay un sector privado creciente que proporciona servicios de salud. En 1987, 35% de las hospitalizaciones fueron en los hospitales del Ministerio, 27,4% en las instituciones privadas, 13,4% en los hospitales universitarios y 6,6% en las instalaciones militares (OPS, 1990).

La industria del tabaco

Agricultura

Los datos sobre la producción de tabaco son notificados por el Departamento de Agricultura de los EUA (USDA), el Ministerio de Industria y Comercio del Paraguay, la Asociación de Comerciantes de Tabaco de los EUA (ACT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Los datos notificados sobre la producción entre 1959 y 1989 varían considerablemente de año en año, siendo algo contradictorias las cifras notificadas por las diferentes fuentes. Según el USDA, al parecer la producción de peso seco llegó al máximo en 1975 con 34 830 TM y disminuyó 82% a 6271 TM en 1989 (Cuadro 2). Sin embargo, otros informes de la industria revelan una producción marcadamente mayor (25 000 TM) para 1985 que la que revela el USDA (6222 TM). El Ministerio de Industria y Comercio notificó una producción máxima en 1985 de 24 867 TM, con una disminución a 4500 TM en 1989 (Chaparro, 1990b).

Según la FAO, el Paraguay ocupaba el noveno lugar entre los países productores de tabaco en el Hemisferio entre 1984 y 1986. En este período produjo un promedio anual de 18 700 TM, pero esta

Cuadro 1. Indicadores económicos y de salud, Paraguay, década de 1980

Superficie (km ²)	406 756
Población (1990)	4 277 000
Población de < 15 (%) (1990)	59,6
Tasa total de fecundidad por 1000 (1988)	4,5
Tasa bruta de mortalidad por 1000 (1988)	6,0
Esperanza de vida al nacer	
Hombres	65,2
Mujeres	69,5
Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos (1988)	41,0
Porcentaje de población urbana (1988)	46,0
Producto Nacional Bruto per cápita (1988)	\$US1180
Tasa anual de inflación (1980-1988)	22,1

Fuentes: CELADE, 1990; Banco Mundial, 1990; Encyclopaedia Británica, 1990.

cantidad representó una disminución del 30% de la producción anual media (26 600 TM) 10 años atrás. Entre 1984 y 1986, el Paraguay produjo menos de 0,7% (por peso seco) del cultivo total de tabaco del Continente y cerca de 0,3% del cultivo mundial total (FAO, 1990). Se proyecta que la producción disminuirá a 14 200 TM en el año 2000. Por lo tanto, es evidente una clara tendencia descendente en la producción de tabaco en el Paraguay, lo que indica que están cambiando los mercados tanto extranjeros como nacionales para este producto agrícola. Sin embargo, según un corresponsal de la industria del tabaco, esta tendencia cambió de curso completamente en 1990, mostrando un aumento bastante notable del 50% con respecto a la producción registrada en 1988 (Misdorp, 1990). Esta afirmación no puede fundamentarse con datos existentes. Sin embargo, el nuevo Gobierno ha hecho hincapié en una ampliación del desarrollo agrícola para la exportación, incluida la inversión privada en el sector agrícola (OPS, 1990) Por lo tanto, los productos agrícolas del tabaco parecen ser un componente importante en la estrategia actual de desarrollo agrícola y económico del Paraguay.

En 1990, se informó que 5000 agricultores se dedicaban a la producción agrícola (Chaparro, 1990). La producción de tabaco está concentrada en cuatro Departamentos: San Pedro, Kanindeyú, Caaguazú y Caazapá. La información publicada en el Informe Anual del Ministerio de Agricultura y Ganadería indica que la tierra agrícola destinada al cultivo del tabaco negro aumentó de 1225 ha en la temporada de 1988-1989 a 2600 ha el siguiente año. Con base en los últimos datos, 0,065% del total de la tierra cultivable del Paraguay se dedica al tabaco.

La información sobre el aumento de la tierra dedicada al cultivo del tabaco resulta dudosa, dada la necesidad de inversiones sustanciales en las plantaciones, el equipo, el personal y los suministros necesarios para contribuir a un crecimiento tan notable, especialmente cuando tanto el tabaco exportado como el consumo interno parecen estar disminuyendo (Cuadro 2). La producción proviene casi enteramente de pequeñas explotaciones familiares que tienen un promedio de 1 a 1,5 hectáreas (Misdorp, 1990); estas explotaciones agropecuarias producen principalmente *tabaco negro*. No se informa que exista ningún programa de sustitución de cultivos para el reemplazo del tabaco (Chaparro, 1990b); en efecto, a los agricultores se les ofreció mejores precios para el tabaco en 1990 que para los cultivos alternativos como el algodón y el frijol (Misdorp, 1990).

Los exportadores han estado incentivando a los productores para que cambien a una variedad de tabaco de una hoja más ancha y de mayor productividad (hasta 3500 kg/ha). Las tres fuentes de los datos de producción indican que las exportaciones del tabaco no manufacturado mostraron una tendencia descendente similar a la de la producción. Por ejemplo, según el USDA (1990), las exportaciones disminuyeron de 12 483 TM en 1979 a 6200 TM en 1989 (Cuadro 2).

El Gobierno ha proporcionado apoyo a la industria del tabaco a través del Programa Nacional del Tabaco (PRONATA), que se estableció en virtud del Decreto Ejecutivo No. 26055/67 en 1967 y que se orienta a aumentar y mejorar la producción nacional (Chaparro, 1990b). El PRONATA está administrado por representantes de la industria del tabaco

Cuadro 2. Tabaco: producción, exportación, importación y consumo doméstico total, en toneladas métricas, Paraguay, 1979-1989

	Producción	Exportación	Importación	Consumo doméstico total
1979	20 910	12 483	0	2300
1980	13 600	14 858	7	1900
1981	8700	8994	0	1800
1982	10 200	8656	383	1600
1983	15 300	12 379	1302	2250
1984	17 000	11 685	603	3050
1985	6222	6122	1582	2740
1986	4931	5089	387	2800
1987	10 200	8194	1450	2750
1988	6271	6321	400	2650
1989	6271	6200	900	2450

Fuente: USDA, 1990.

y bancos nacionales; desempeña una función en la política sobre el tabaco, en apoyo a la asistencia técnica, la distribución de semillas y el apoyo financiero. Por ejemplo, en 1985, el Banco Nacional de Fomento aprobó un préstamo de G\$236 millones (\$US1 = 1200 guaraníes) a La Vencedora, el mayor fabricante paraguayo de tabaco y un préstamo de G\$150 millones en 1988 a Tabacalera Boquerón, S.A. (Chaparro, 1990b).

Fabricación, producción y comercio

Se cuenta con datos provenientes del USDA, la Tobacco Merchants Association of the U.S. (TMA) y la Oficina General de Contabilidad del Gobierno del Paraguay sobre la producción de cigarrillos. Según la TMA (1989), la producción de cigarrillos aumentó de un estimado de 345 millones de cigarrillos en 1969 a 800 millones de cigarrillos en 1978, creciendo a una tasa de 10,9% por año (Cuadro 3). Entre 1979 y 1988, la producción anual de cigarrillos aumentó casi tres veces, de 808 millones a 2730 millones; los cigarrillos sin filtro representaron aproximadamente el 46% de todos los cigarrillos manufacturados en el Paraguay en 1988 (TMA, 1989). En contraposición, los cigarrillos con filtro y con bajo contenido de alquitrán se producen más comúnmente en otros mercados de tabaco como los Estados Unidos, donde el 94% del total de los cigarrillos vendidos en 1988 fue de cigarrillos con filtro (U.S. Federal Trade Commission [FTC], 1988). El mercado de Estados Unidos para los cigarrillos con filtro se ha desarrollado en gran parte debido a la información generalizada acerca de las consecuencias para la salud del consumo de tabaco y la vincu-

lación de mayores riesgos para la salud con el alto contenido de alquitrán de los cigarrillos sin filtro (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EUA [USDHHS], 1989). La proporción de 46% del mercado de los cigarrillos sin filtro producidos en el Paraguay es similar a la de los cigarrillos sin filtro en los Estados Unidos alrededor de 1958, cuando la información acerca de las consecuencias adversas para la salud del consumo de tabaco apenas estaba surgiendo (FTC, 1988; USDHHS, 1989). En los países latinoamericanos con un nivel socioeconómico más elevado, como la Argentina y Chile, casi el 100% de los cigarrillos producidos en 1988 fueron con filtro (TMA, 1989).

Los datos sobre las importaciones de los productos de tabaco se pueden obtener del USDA (1990) y del Departamento de Aduanas. Con el aumento del consumo total de cigarrillos manufacturados (FAO, 1990; USDA, 1990; TMA, 1989), puede esperarse que aumenten las importaciones de tabaco crudo y las de cigarrillos manufacturados. En 1980, se notificó la importación de 7 TM de tabaco crudo; este nivel aumentó a 383 TM en 1982 y llegó al máximo de 1580 TM en 1985. En 1989, se importaron 900 TM. Se notificó que la importación de cigarrillos manufacturados llegó al máximo de 2542 millones de unidades en 1979 y luego disminuyó sustancialmente a solo 25 millones de unidades en 1988, según el USDA. No obstante, el Departamento de Aduanas informó que en 1988 se había importado 1028 millones de cigarrillos (Chaparro, 1990b). Las razones de la incoherencia de estos datos no están claras, pero parece que en el Paraguay existe un mercado ilegal significativo para los productos de tabaco (Misdorp, 1990).

Cuadro 3. Producción, exportación, importación, y consumo total de cigarrillos manufacturados (millones), Paraguay, 1978-1988

Año	Producción	Exportación	Importación	Consumo
1978	800	0	1788	1788
1979	808	0	2540	2542
1980	648	0	1911	2559
1981	756	0	1212	1968
1982	1800	0	200	2000
1983	1950	0	50	2000
1984	1950	0	60	2010
1985	2100	0	50	2150
1986	2500	0	40	2540
1987	2650	0	30	2680
1988	2730	0	25	2755

Fuente: Departamento de Agricultura de los EUA, 1990.

Tres empresas manufacturan cigarrillos en el Paraguay, una produce puros y dos se dedican al empaque de tabaco en hoja. Según fuentes del Gobierno, la industria emplea unas 650 personas, o 0,22% de la fuerza laboral industrial del país (Chaparro, 1990b).

La Vencedora, una empresa privada, es el fabricante más grande de cigarrillos en el Paraguay, correspondiéndole del 60 al 70% del mercado. Le siguen en orden de importancia con 30% del mercado Importaciones Saba, filial de Brown & Williams Tobacco Co.; Tabacalera Boquerón, otra empresa privada, tiene del 2 al 3% del mercado.

El comercio ilegal de tabaco con los países vecinos de Argentina y Brasil puede ser equivalente a más de la mitad de la cantidad de todos los productos cambiarios registrados. Los productos de tabaco desempeñan una función dominante en dicho comercio ilegal del Paraguay (Tobacco Journal International, 1990). No se dispone de datos confiables sobre el volumen de tabaco comercializado ilegalmente, pero se ha estimado que cerca del 60% de los cigarrillos importados se reexportan a los países vecinos como contrabando. Este mercado ilegal puede escapar a la tributación en varios niveles, incluidos la importación, la exportación y los impuestos al consumo, tanto en el Paraguay como en los países vecinos. El precio medio de un paquete de 20 cigarrillos nacionales en el Paraguay era \$US0,25 en 1989. Basado en un salario industrial mensual medio de \$US160,00, un trabajador que fume 10 cigarrillos por día dedicaría el 2,3% de su ingreso mensual al tabaco.

Publicidad y comercialización

Las restricciones legales a la publicidad y la promoción del tabaco en el Paraguay fueron sancionadas por decreto en 1989, pero según informaciones no se observan (Chaparro, 1990b). La publicidad de los productos de tabaco y el alcohol en la televisión se prohíbe antes de las 21.00 horas por Decreto 4012 del 12 de diciembre de 1989. Sin embargo, debido a una cláusula que permite la publicidad sobre tabaco y alcohol en relación con hechos o residentes extranjeros, la publicidad tabacalera elude las restricciones de la ley. Se prohíbe la asociación temática de la publicidad con la juventud y los deportes, así como el uso de mensajes "orientados a influir en el comportamiento". Los anuncios solo pueden indicar la calidad y el origen de los productos (Ley Pública 836 [1982], incisos 202 y 203). Aunque se permite, la publicidad en la panta-

lla en las salas cinematográficas es relativamente poco común. Las actividades promocionales no se han empleado en las campañas políticas, en el transporte público ni en actos culturales. Sin embargo, se colocan carteles en las señales de tránsito y de calles y en los albergues de ómnibus (Chaparro, 1990b).

Solo se cuenta con información sobre los gastos para la publicidad y la promoción del tabaco de La Vencedora, S.A., el fabricante más grande de cigarrillos. En 1989, se gastó G\$20 millones por mes (\$US17 000) en la publicidad del tabaco. En total, 19,2% del total de gastos en publicidad (\$G36 632 millones) se achacaron al alcohol y al tabaco. En 1989, La Vencedora ofreció premios de \$US800 en sorteos en los cuales los participantes enviaban paquetes vacíos de cigarrillos Clayton, el producto principal de La Vencedora, con su nombre escrito en ellos (Chaparro, 1990b).

Impuestos y gastos para los cigarrillos

En total, los impuestos representan el 10% del precio medio de venta de los cigarrillos (Chaparro, 1990b), una tasa muy inferior que la de muchos otros países en las Américas. Sin embargo, algunas marcas de cigarrillos de tabaco oscuro están gravados con una tasa más elevada de impuestos (35% del precio de venta). Debido a la elasticidad-precio negativa de la demanda de cigarrillos en el Paraguay, este impuesto más elevado puede servir para promover el uso de cigarrillos de más bajo contenido de alquitrán que son de riesgo más bajo. Recientemente los cigarrillos y el alcohol se clasificaron en una categoría especial en cuanto a impuestos de importación. Debido a que estos productos son supuestamente para el mercado de turistas, la tasa impuesta de 7% fue más bien baja. En 1990 de aproximadamente 1,6 mil millones de cigarrillos importados se recolectó \$US5,8 millones en impuestos (Ultima Hora, 1990).

Los ingresos fiscales provenientes del tabaco han aumentado sustancialmente desde mediados de la década de los ochenta. En 1984, los ingresos fiscales del cigarrillo fueron G\$1281,7 millones (\$US5,34 millones), y en 1989, el total fue G\$5 222 millones (\$US4,35 millones). Los cigarrillos importados generan más de la mitad de los ingresos fiscales totales del Gobierno en concepto de tabaco, a pesar de que los precios son casi el doble del de los cigarrillos producidos localmente (Misdorp, 1990). En 1989, los cigarrillos importados representaron aproximadamente G\$3 313 528 000 (\$US2 720 466).

Prevalencia y consumo

Datos de consumo

Los datos sobre consumo interno se pueden obtener del USDA, de la TMA para 1983 a 1986, de la FAO para 1974 a 1976 y de 1984 a 1986 y de la Oficina General de Contabilidad del Gobierno del Paraguay (Chaparro, 1990b) (Cuadro 2). Debido al comercio ilegal de cigarrillos importados y manufacturados en el país, ya descrito, las estimaciones sobre producción, exportación e importación provenientes de fuentes de datos centrales normales pueden ser no confiables en particular cuando se usan para estimar el consumo per cápita interno en el Paraguay.

La mayoría del tabaco que se consume en el Paraguay es en forma de cigarrillos manufacturados. Los puros representan 2% del tabaco consumido. El tabaco en polvo y para mascar representan del 5 al 10% y los emplean principalmente los habitantes de zonas rurales, muchos de los cuales probablemente fuman cigarrillos también. Aproximadamente 3% del *tabaco negro* que se produce en el país se emplea para los cigarrillos liados a mano (Chaparro, 1990b). Según corresponsales de la industria, el 30% de todos los cigarrillos vendidos en el Paraguay son de *tabaco negro* (Misdorp, 1990). De inquietud específica es el informe del aumento de las ventas de cigarrillos sueltos, especialmente a la "generación más joven" (Misdorp, 1990). La comercialización de esta forma más accesible de cigarrillos es eficaz para llegar a los que disponen de pocos ingresos.

El consumo total de cigarrillos aumentó de 2000 millones a 2340 millones entre 1983 y 1986, según la TMA (1989). Según el USDA, el consumo total fue de 1788 millones de cigarrillos en 1978 y aumentó a 2559 millones en 1980; una disminución a 1968 millones en 1981 fue seguida de un aumento constante a 2755 millones en 1988. Por último, los datos del Ministerio de Agricultura (Riquelme, 1989) muestran que el consumo total disminuyó de 19 977 TM a 1500 TM en 1989.

Empleando datos de consumo del USDA y los datos de población del Banco Mundial (1990), el consumo interno per cápita estimado de cigarrillos para las personas de 15 y más años de edad disminuyó de 1428 en 1979 a 950 en 1984, un nivel bajo. Desde 1984, el consumo anual de cigarrillos per cápita ha aumentado, en un promedio de 5% por año, a 1143 en 1988. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1988, basado en los datos del USDA, reveló que el consumo evidente

per cápita de cigarrillos por parte de los adultos era de 960 en 1970 y de 1000 en 1985, lo que indica un aumento del 4% durante el período de 15 años (Chapman, 1990).

Por lo tanto, el patrón de consumo anual per cápita en el Paraguay demuestra una disminución durante mediados de la década de los ochenta con un aumento moderado reciente del consumo. Estos datos deben considerarse en el contexto del comercio ilegal de tabaco: el consumo en realidad puede haber descendido si este comercio ilegal aumentó sustancialmente en años recientes. Las presiones económicas negativas pueden haber oprimido el mercado interno de cigarrillos manufacturados a mediados de la década de los ochenta, pero la estabilidad económica más reciente (OPS 1990) puede haber llevado a un mayor consumo. La asociación entre mejores condiciones económicas y mayor consumo de tabaco en el Paraguay es más característica de los países del grupo de ingreso inferior, según la clasificación del Banco Mundial, que de los que tienen un desarrollo económico más elevado, como los Estados Unidos, el Canadá y el Brasil. En estas naciones, el consumo de tabaco es cada vez más representativo de las personas de los grupos socioeconómicos inferiores (USDHHS, 1989; Costa e Silva, 1990). El mercado de *tabaco negro* en el Paraguay (30% del mercado total) está siendo reemplazado gradualmente por *tabaco rubio*, una tendencia característica de los países más desarrollados. Los cigarrillos sin filtro todavía son consumidos por más del 50% de los paraguayos. Por lo tanto, al parecer el mercado del cigarrillo en el Paraguay todavía no ha sido influido al mismo grado que el de los Estados Unidos por el conocimiento generalizado acerca de las consecuencias del tabaco para la salud. Algunos investigadores han sostenido que los cigarrillos con filtro que tienen bajo contenido de alquitrán deben comercializarse en países como el Paraguay para reducir de inmediato el riesgo del cáncer de pulmón. Los riesgos de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de enfermedades cardiovasculares probablemente no se verían afectados por esta intervención y, por lo tanto, la educación para la salud sigue siendo el componente más importante de los esfuerzos de salud pública para reducir la exposición al tabaco en las naciones en desarrollo.

Datos de encuestas

El Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud acopió datos sobre el consumo de tabaco como parte de la Encuesta Nacional sobre Salud

Cuadro 4. Encuestas sobre la prevalencia del tabaquismo, Paraguay, década de 1980

Autor/patrocinador	Fecha	Area de la muestra	N	Grupo de edad	Prevalencia (%)		
					Hombres	Mujeres	Total
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud	1990	Nacional	8287	0-65+	24,1	5,5	14,8
Martínez	1989	Santiago Estudiantes de medicina	394	16-36	17,7	14,4	16,5
Chaparro	1989	Nacional, médicos	837	20-80	35,2	23,9	31,7
Estigarribia	1988	Médicos de Asunción Hospital docente	375		25,1	24,3	24,8

Fuente: Chaparro, 1990a.

(1990). También se dispone de datos sobre la prevalencia del tabaquismo de varios grupos pequeños de población (Cuadro 4).

Prevalencia del tabaquismo entre los adultos

La Encuesta Nacional sobre Salud disponía de datos sobre el tabaquismo solamente para la muestra completa (de 0 a 65 años de edad y más). Por tanto, estos datos no representan la prevalencia del tabaquismo entre adultos. Entre los hombres encuestados, 24,1% eran fumadores y 5,5% lo eran entre las mujeres. Casi todos (71%) fumaban cigarrillos con filtro pero casi el 20% de los hombres fumaban puros. De los fumadores de cigarrillos más de la mitad (54,3%) fumaban menos de 10 cigarrillos diarios. De los fumadores de puros, 71% fumaban menos de cinco puros al día. Será importante un análisis ulterior de estos datos a fin de comprender el consumo de tabaco en el Paraguay (Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 1990).

Los estudios de otras naciones revelan una prevalencia muy baja (10%) del tabaquismo actual entre los médicos, que supuestamente son los más versados en las consecuencias del tabaquismo para la salud (Pierce, 1991). Los médicos en efecto pueden considerarse como grupo centinela de los cambios en el consumo de tabaco en la población en general, si bien no se sabe si esta suposición es válida para los estudiantes de medicina. Se han realizado varias encuestas de médicos y de estudiantes de medicina en el Paraguay (Cuadro 4).

En 1989, 394 estudiantes de medicina de 16 a 36 años de edad (54,7% de los 720 estudiantes de medicina del Paraguay) fueron encuestados empleando entrevistas personales para evaluar la prevalencia del tabaquismo entre ellos (Martínez, 1989). En total, el 16,5% de los estudiantes de medicina se clasificaron como "fumadores actuales". La

Cuadro 5. Prevalencia (por ciento) de tabaquismo actual y anterior entre médicos, Paraguay, 1989

Categoría	N	Fumadores actuales (%)	Exfumadores (%)
Total	837	31,7	22,0
Sexo			
Hombres	205	35,2	24,2
Mujeres	255	23,5	16,9
Grupo de edad			
20-24	7	42,9	28,6
25-34	307	33,8	17,3
35-44	308	32,8	21,4
45-55	130	33,8	23,1
56-64	58	20,7	39,7
65-80	15	6,7	40,0

Fuente: Chaparro, 1990a.

prevalencia del tabaquismo actual entre los hombres era solo algo mayor que entre las mujeres (17,7 frente a 14,4%). Entre los fumadores, el 70,8% fumaba 10 o menos cigarrillos por día, el 15,2% fumaba de 11 a 20 cigarrillos por día, y solo el 9,2% fumaba más de 20 cigarrillos por día.

En un estudio nacional de 837 médicos realizado en 1988 y 1989 (Chaparro, 1990a), el 31,7% eran fumadores actuales y el 22% eran exfumadores (Cuadro 5). Se halló que la prevalencia del tabaquismo actual era mayor entre los hombres que entre las mujeres (35,2 frente a 23,9%). La prevalencia del tabaquismo actual estaba asociada inversamente con la edad, siendo más alta (42,9%) entre el grupo de edad más joven (20 a 24 años) y más baja (6,7%) entre el grupo de mayor edad (65 a 80 años). En esta encuesta, el 50,4% de los fumadores fumaba menos de 15 cigarrillos por día, el 31,6% fu-

maba de 15 a 24 cigarrillos por día, y solo el 13,9% fumaba 25 o más cigarrillos por día. Casi todos los médicos fumadores (92,1%) fumaban cigarrillos de *tabaco rubio* con filtro.

En una encuesta de entrevistas personales que se realizó en 1988 entre 375 médicos y estudiantes de medicina del hospital docente católico de Asunción (Estigarríbia, 1989), la prevalencia del tabaquismo era algo inferior a la informada en la encuesta de Chaparro: 24,8% en general, 25,1% entre los hombres y 24,3% entre las mujeres. De los fumadores, el 59,3% fumaba menos de 10 cigarrillos por día.

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

No hay datos disponibles sobre el consumo de tabaco entre los adolescentes paraguayos. Sin embargo, en el estudio de Chaparro (1990a), el 10,5% de los médicos informaron que comenzaron a fumar entre los 11 y los 14 años, el 47% empezó entre los 15 y los 19 años de edad, y el 38,3% no empezó a fumar hasta por lo menos la edad de 20 años. En una encuesta de viviendas en 1990, 85% de los fumadores informaron haber comenzado antes de los 30 años. Por lo tanto, el inicio del consumo regular de tabaco en el Paraguay es probablemente un fenómeno adolescente, como se ve en otros países (USDHHS, 1989; Pierce, 1991).

No hay otros datos disponibles sobre el uso de

otras formas de tabaco en el Paraguay o sobre las actitudes y las opiniones acerca del tabaco. En la encuesta de médicos de 1989 (Chaparro, 1990a), solo el 30,4% consideraba que el tabaquismo era "un comportamiento indeseable". Claramente, la alta prevalencia del tabaquismo entre los médicos y su condena relativamente débil del consumo de tabaco indican que las opiniones del público sobre el consumo del tabaco en el Paraguay no son fuertemente negativas.

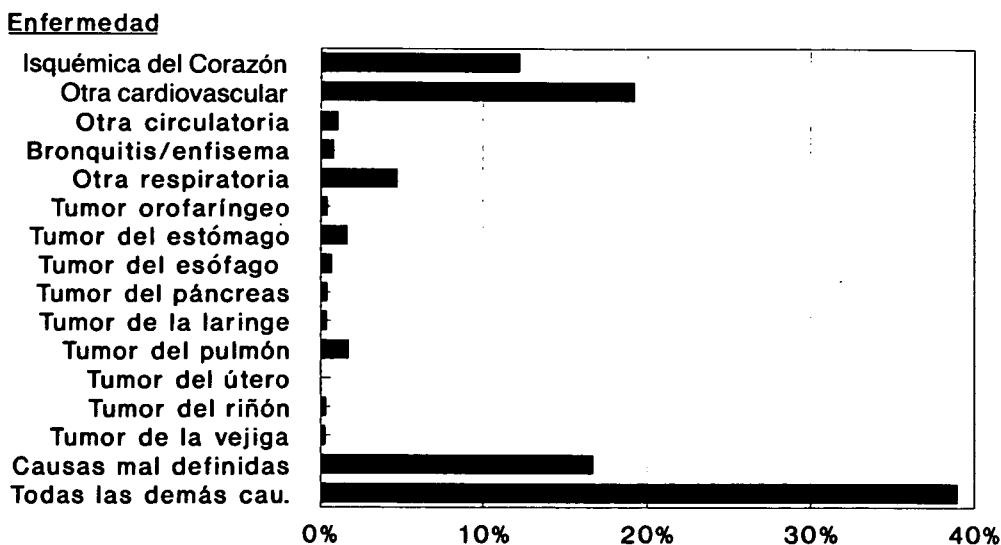
Tabaquismo y salud

Indicadores de mortalidad

Es difícil cuantificar la repercusión de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo debido a que el subregistro de las defunciones en general en el Paraguay es importante. Por ejemplo, en 1988 el número esperado de defunciones era de 28 000, pero en realidad se notificaron solo 13 511 defunciones; de estas solo 7268 fueron certificadas por un médico (OPS, 1990). No todas las zonas del Paraguay están representadas en el sistema de notificación de mortalidad.

En 1988, se certificaron 8571 defunciones entre personas de 35 años y más de edad. En esta categoría de edad, aproximadamente 15% de todas las causas son "síntomas y condiciones mal defi-

Figura 1. Mortalidad proporcional de las defunciones notificadas entre hombres de 35 años y más, Paraguay, 1988



Fuente: OPS, 1990.

nidas" (CIE 780-799), que es el segundo de los grupos principales de causas. Cuando los porcentajes de causas de defunción clasificadas como "mal definidas" exceden el 10%, esto sugiere que existe considerable notificación incompleta o deficiente (OPS, 1990).

El tabaquismo puede haber contribuido a varias de las causas de defunción que más comúnmente se notificaron entre los hombres de 35 años y más en el Paraguay en 1988. La causa más común de defunción se debió a "otras enfermedades cardiovasculares" (17% de todas las causas) y entre estas la enfermedad isquémica del corazón fue la causa más común. Las enfermedades respiratorias (4%) y el cáncer de pulmón (2%) ocuparon el cuarto y quinto lugar, respectivamente, entre las causas más comunes de muerte. Cada una de estas puede estar relacionada con el consumo de tabaco. Debido a que la mortalidad por cáncer de pulmón es tan baja, es probable que la exposición al tabaco entre los paraguayos no sea todavía tan importante. Sin embargo, la gran proporción de defunciones por cardiopatías entre los paraguayos sugiere que el tabaquismo así como otros factores de riesgo cardíacos puedan estar influyendo ya en los patrones de mortalidad.

Se necesitan datos adicionales del Registro Nacional de Tumores para dilucidar la repercusión verdadera de las enfermedades debidas al tabaco en la salud en el Paraguay. Dicho Registro, aunque no es representativo de todo el país, recopila datos sobre casos de tumores por sitio, edad y sexo. De 1975 a 1977 y de 1988 a 1989, la incidencia de cáncer de pulmón, ajustada por edad se duplicó, de 7,9 por 100 000 a 18,1 por 100 000. Parte de este aumento se debe a mejoras en el registro y el diagnóstico pero una proporción considerable de la creciente tasa de incidencia de cáncer de pulmón entre los hombres se debe a la exposición acumulativa de la población al cigarrillo.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Medidas del Gobierno

El Ministerio de Salud prohibió recientemente el fumar en las clínicas, oficinas y salas de espera bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 1990a). Esta resolución también establecía que el Departamento de Educación para la Salud iniciara programas de educación mediante la colaboración intersectorial. El Gobierno no pro-

porciona programas formales para abandonar el tabaquismo (Chaparro, 1990b).

Se ha logrado progresar en la publicidad de los productos de tabaco y paquetes de cigarrillos en relación con las advertencias sobre la salud (Cuadro 6). Como resultado de la Resolución Ministerial No. 428 de 22 de noviembre de 1990, las advertencias deben aparecer en todos los paquetes de cigarrillos, tanto nacionales como importados. La advertencia dice: "El fumar es nocivo para la salud." La Resolución Ministerial No. 246 de 27 de mayo de 1991 ordenó que esa advertencia debe aparecer en las revistas y periódicos, así como en los anuncios en lugares públicos donde haya anuncios de productos de tabaco. Además, se debe dedicar por lo menos tres segundos a desplegar una advertencia legible sobre la salud en los anuncios de televisión. A pesar de que las compañías tabacaleras son dueñas de los dos canales de televisión, se ha notificado que hay cumplimiento completo de la Resolución. Se ha sancionado legislación nacional que restringe la publicidad del tabaco y del alcohol antes de 21.00 horas en la televisión, pero hay poco cumplimiento de esa legislación. Esta legislación también ordena que solo la calidad y el origen de los productos pueden indicarse en los avisos. La legislación local en Asunción, la capital, prohíbe fumar en los cines, los teatros y los vehículos de transporte público urbano (Cuadro 6). Sin embargo, se informa que la mayoría de estas medidas legislativas no se ha aplicado ni hecho cumplir (Chaparro, 1990b).

Las escuelas no enseñan sistemáticamente las consecuencias del consumo de tabaco para la salud, si bien se informa que en el cuarto, el quinto y el sexto grados se trata algo sobre los efectos nocivos del tabaquismo. La Asociación Paraguaya contra el Tabaquismo ha nombrado la educación escolar como uno de sus objetivos más importantes (Comité Coordinador Latinoamericano, 1990).

Medidas de las entidades no gubernamentales

Las medidas contra el tabaquismo en el Paraguay han sido tomadas principalmente por las organizaciones no gubernamentales. Dos hospitales privados (Bautista y Adventista) han restringido el uso del tabaco en sus instalaciones (Comité Coordinador Latinoamericano, 1990). La Liga Paraguaya contra el Tabaquismo ha recomendado restricciones sobre el uso del tabaco en todos los hospitales. La Asociación de Jóvenes Paraguayos contra el Abuso de Drogas (JOPACAD) solicitó en 1989 que el Mi-

Cuadro 6. Legislación relacionada con el tabaco en el Paraguay

- Ley Municipal de Asunción No. 15.381 (11 de febrero de 1984): prohíbe fumar en los lugares públicos, como los cines y los teatros.
- Ley Municipal de Asunción sobre Transporte No. 298 (agosto de 1971): prohíbe fumar en los vehículos de transporte urbano de pasajeros.
- Decreto Nacional No. 4012 (12 de diciembre de 1989): prohíbe la publicidad del tabaco y las bebidas alcohólicas antes de las 21.00 horas. Prohíbe estimular, a través de la publicidad, el uso de estos productos. Los avisos solo pueden indicar la calidad y el origen de los productos.
- Resolución Ministerial No. 428 (23 de noviembre de 1990): ordena que los paquetes de cigarrillos lleven la advertencia "Fumar es nocivo para la salud".
- Resolución Ministerial No. 206 (23 de enero de 1990): prohíbe fumar en clínicas, oficinas y salas de espera bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Pide al Departamento de Educación para la Salud que inicie una campaña de información pública.
- Resolución Ministerial No. 246 (27 de mayo de 1991): ordena la advertencia sobre la salud en todos los cigarrillos importados, en los anuncios de todas las revistas y periódicos y en los anuncios de la televisión de productos de tabaco.

nisterio de Salud aprobara legislación restrictiva sobre el uso del tabaco por parte de los menores de edad (Chaparro, 1990b). La Asociación Paraguaya de Tisiología y Neumonología recientemente publicó un folleto de información pública titulado "En defensa de la salud popular: Campaña Nacional contra el Tabaquismo", sobre los riesgos del tabaquismo. Con la cooperación de las empresas farmacéuticas nacionales, se distribuyeron 3000 copias de este folleto a los médicos (Comité Coordinador Latinoamericano, 1990). Varias estaciones de radio y periódicos han difundido información acerca de las consecuencias del tabaco para la salud. Las relaciones de negocios con empresas de fabricación de tabaco pueden haber impedido que otras organizaciones noticiosas difundieran tal información (en especial, los canales de televisión). La Asociación PREVER y la Fundación Providencia han participado en las campañas contra el abuso de drogas, incluido el tabaco (Chaparro, 1990b).

Resumen

El Paraguay tiene grandes inversiones en la producción y comercialización de tabaco y le otorga tratamiento especial a los exportadores. Se han observado, junto con la inestabilidad económica del decenio de 1980, disminuciones en el consumo de cigarrillos per cápita. La prevalencia del tabaquismo entre los hombres de todas las edades es casi cinco veces la de las mujeres de todas las edades, aunque no se dispone de datos nacionales sobre la prevalencia del tabaquismo en adultos. La mayoría de los fumadores fuman menos de 10 cigarrillos al día. Los datos del Registro de Tumores del Paraguay indican que la tasa de incidencia de cáncer de pulmón entre los hombres se ha duplicado entre los decenios de 1970 y 1980.

Se ha empezado a lograr éxito en la lucha contra el tabaquismo en el Paraguay, país que, en gran medida, depende de la industria tabacalera. Concretamente, ahora se requieren advertencias sobre la salud en los paquetes de cigarrillos y en la publicidad de los productos de tabaco. La prohibición de fumar en instalaciones bajo la jurisdicción del Ministerio demuestra el liderazgo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Así, es posible que la transformación social a un ambiente menos favorable al tabaquismo se haya iniciado en el Paraguay.

Conclusiones

- 1) El Paraguay es un país que está a la búsqueda del desarrollo económico y la estabilidad económica, social y política. Produce, exporta e importa tabaco crudo; los cigarrillos manufacturados también se importan. Parece que el consumo per cápita de los cigarrillos ha descendido en el último decenio, aunque es posible que los datos sobre el consumo no sean confiables debido al comercio ilegal significativo de cigarrillos con los países vecinos.
- 2) Los datos epidemiológicos sobre el consumo de tabaco y su repercusión en las enfermedades son limitados. Los datos del Registro de Tumores demuestran que la incidencia de cáncer de pulmón se duplicó entre 1975 y 1989. Los datos sobre el comportamiento de los médicos con respecto al tabaquismo sugieren que las tasas de prevalencia de la población son altas comparadas con las de los países más desarrollados. Con base en una encuesta nacional de viviendas se estableció que la prevalencia del tabaquismo en los hombres es cinco veces la de las mujeres (todas las edades).

- 3) Los impuestos al consumo de cigarrillos son relativamente bajos, pero esta fuente de ingreso representa una porción sustancial de los ingresos totales del Gobierno. No existe ninguna política ni programa específico del Gobierno para controlar el consumo de tabaco. Las entidades no gubernamentales desempeñan una función primordial en las actividades de control y educación sobre el tabaco en el Paraguay.
- 4) Actividades recientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social han logrado implantar las advertencias sobre la salud en los paquetes de cigarrillos y los anuncios de los productos de tabaco.

Referencias

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989*. New York: Oxford University Press, 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.

CABRERA, V., GALDONA, C.M. *Actitud hacia el tabaquismo*. 1989. Asunción, 1989.

CASTRO, V. C.A. Comunicación personal del "Despacho Contaduría General", 1989.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA. *Boletín Demográfico*. No. 45. Santiago, Chile, enero de 1990.

COSTA E SILVA, V.L. Tabaquismo—un problema de saúde pública no Brasil. *Jornal Brasileiro de Medicina* 59(2):14–24, agosto de 1990.

CHAPARRO, ABENTE, G. *Incidencia del tabaquismo en el gremio médico 1988–1989*. Manuscrito, 1990a.

CHAPARRO, ABENTE, G. Country Collaborator Report, Paraguay. Datos inéditos. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990b.

CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. Penang, Malasia: International Organization of Consumer Unions, 1990.

ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA. *1989 Yearbook*. Chicago: Encyclopedia Britannica, 1990.

ESTIGARRIBIA, L.C. *Prevalencia del tabaquismo entre los médicos del Hospital de Clínicas*. 1988. Manuscrito, 1989.

LATIN AMERICAN COORDINATING COMMITTEE ON SMOKING CONTROL. *Report of Sixth Annual Meeting, January 25–27, 1990*. American Cancer Society Atlanta, Georgia, 1990.

MARTINEZ, G. *El hábito de fumar en los estudiantes de medicina, Universidad de Asunción*. Manuscrito, 1989.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. *Resolución S.G. No. 206 del 23 de enero de 1990a*.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. *Resolución S.G. No 428*, Asunción, 22 de noviembre de 1990b.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. *Resolución S.G. No. 246*, Asunción, 27 de mayo de 1991.

MISDORP, S. Paraguay report. *Tobacco International* 36, 1 de junio, 1990.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION. *Tobacco supply, demand and trade projections, 1995 and 2000*. Rome: 1990. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Memorias Paraguay: Encuesta Nacional de Salud 1990-EFACIM, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990*. Publicación Científica 524. Washington, D.C.: OPS, 1990.

PIERCE, J.P. Progress and problems in internacional public health efforts to reduce tobacco usage. *Annual Review of Public Health* 12: 383–400, 1991.

RIQUELME, P. Personal communication, Paraguayan Ministry of Industry and Commerce. Asunción 1989.

TOBACCO MERCHANTS ASSOCIATION OF THE U.S., INC. Production and consumption of tobacco products for selected countries, 1979–1988. *Special Report 89-3*, 28 de septiembre de 1989.

ULTIMA HORA. *Establecer 7% de tributo para importación especial*. Martes, 16 de enero de 1990.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco, Cotton, and Seeds. Division, Foreign Agricultural Service. Tabulaciones inéditas, Washington, D.C., abril de 1990.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS publication No. (CDC) 89-8411, enero de 1989.

U.S. FEDERAL TRADE COMMISSION. *Tar, nicotine and carbon monoxide of the smoke of 272 varieties of domestic cigarettes. Federal Trade Commission Report*, Washington, D.C., diciembre de 1988.

Peru

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Producción y comercio
- Publicidad y promoción del tabaco

Prevalencia y consumo

- Consumo de cigarrillos per cápita
- Encuestas de conducta sobre el consumo de tabaco
- Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes
- Otras formas de tabaquismo
- Actitudes, conocimiento y opiniones sobre el tabaquismo
 - Conocimiento de los efectos del tabaquismo sobre la salud
 - Actitudes hacia el tabaquismo por parte de los fumadores

Tabaquismo y salud

- Morbilidad
- Mortalidad global
- Mortalidad por cáncer de pulmón

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Acciones gubernamentales
 - Políticas y estructura ejecutiva
 - Legislación
 - Educación escolar
 - Campañas de información pública
 - Impuestos
- Acciones no gubernamentales

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

El Perú es un país de habla hispana y quechua ubicado en la costa occidental de América del Sur, que ocupa una superficie de 1 285 215 km². A mediados de 1988, su población estimada era de 21 269 000. El Perú es uno de los países económicamente más pobres de la Región. Existen notables diferencias culturales y económicas entre blancos y nativos e indios, ricos y pobres, residentes urbanos y rurales. El aumento anual promedio del producto interno bruto (PIB) disminuyó del 3,9% en el período que va desde 1965 hasta 1980, al 1,1% entre 1980 y 1988 (Banco Mundial, 1989). En el primero de estos períodos el crecimiento económico permitió que una clase media en rápido aumento adoptara costumbres sociales y hábitos de consumo similares a los de países industrializados norteamericanos o europeos. La depresión económica durante la década de los 80 aumentó la pobreza y cambió el poder adquisitivo de la clase media. Históricamente tres millones de indios nativos del Perú han permanecido y permanecen aislados de la economía nacional. Con el aumento del uso y del tráfico de drogas en la década de los 80, la producción y el comercio ilegal de hoja de coca cobraron importancia para la participación en la economía. La hoja de coca es una de las exportaciones agrícolas ilegales del Perú.

Durante la década de los 80, una grave recesión económica dio lugar a un deterioro de la economía, tanto formal como informal, especialmente en las áreas urbanas. La inflación aumentó de manera incontrolable, de 200% en 1985 a 2775% en 1989, afectando aún más el poder adquisitivo del peruano promedio. Posteriormente, el nivel de desempleo en algunas áreas aumentó hasta llegar al 40%. Debido a esta crisis económica, los ingresos del Gobierno provenientes de los impuestos a la renta también disminuyeron radicalmente. De hecho, de los 21 millones de peruanos solo 100 000 declararon haber percibido ingreso alguno en 1989. Paradójicamente, el gasto público en la defensa contra el creciente terrorismo a nivel nacional aumentó del 14 al 20% del PIB durante los últimos 15 años. Los gastos de salud permanecieron alrededor del 5,5% del PIB durante el mismo período (Banco Mundial 1990).

En 1988, el 39,1% de la población era menor de 15 años de edad, y solo el 3,7% llegaba a los 65 años o los superaba. Por lo tanto, el Perú mantiene a una población bastante joven, con un índice bruto de natalidad relativamente alto, de 45/1000 (Pinillos 1989). El elevado índice de mortalidad infantil

Cuadro 1. Indicadores básicos de salud y económicos, Perú, 1988

Indicador	Año	Nivel
Población	1988	21 269 000
% < 15 años	1988	39,1
% ≥ 65 años	1988	3,7
% urbana	1988	69
Tasa bruta de natalidad por 1000 personas	1988	25
Tasa bruta de mortalidad por 1000 personas	1988	9
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1988	86
Esperanza de vida al nacer	1988	62
PNB per cápita	1988	1300
PIB (\$US millones)	1988	25 670

Fuentes: Pinillos, 1989; Banco Mundial, 1990.

(86/1000 nacidos vivos) sugiere que las enfermedades infecciosas y las enfermedades características del subdesarrollo todavía dominan los patrones de mortalidad y longevidad del Perú (Cuadro 1).

La industria del tabaco

Agricultura

La superficie terrestre empleada para el cultivo del tabaco en el Perú aumentó de 2435 ha en 1971 a 4025 ha en 1976. Este aumento, combinado con un aumento del rendimiento del tabaco por ha de 0,98 a 1,37 TM durante el mismo período, se mantuvo a ritmo con el aumento observado en el consumo doméstico durante la década de los 70 (Cuadro 2). Sin embargo, la producción de tabaco en 1984 fue bastante menor que la de 1976. Para 1983, las plantaciones de tabaco representaban solo el 0,1% de la tierra cultivable (Agro-Economics Ltd. y Tabacosmos Ltd. 1987).

En 1988, dos empresas privadas cultivaban tabaco en el Perú: Tabacos del Perú, con 960 ha, y Hoja Peruana de Tabaco, con 520 ha. Estas dos empresas experimentaron un crecimiento uniforme en años recientes a expensas de los pequeños agricultores o de explotaciones agropecuarias estatales (Pinillos 1990). Por lo general las empresas tabacaleras contratan a los habitantes rurales para cultivar el tabaco en parcelas pequeñas de aproximadamente 0,5 a 1 ha de superficie. Las empresas tabacaleras garantizan la compra de la cosecha total de estos

Cuadro 2. Producción, importaciones, exportaciones y consumo nacional total de tabaco crudo en toneladas métricas, Perú, 1970-1989

Año	Producción	Importaciones	Exportaciones	Consumo nacional total
1970	2580	60	586	3078
1971	2676	75	854	1910
1972	3360	5	2220	3285
1973	4816	555	2000	4055
1974	5264	730	2500	2880
1975	5376	1080	1595	4195
1976	4510	619	868	4231
1977	3190	440	642	3595
1978	2860	465	425	3720
1979	3371	572	450	3900
1980	4500	870	300	4200
1981	3820	930	200	4080
1982	3930	900	100	4289
1983	3080	515	121	3195
1984	3080	716	129	3278
1985	3100	613	100	3403
1986	3100	667	111	3417
1987	3100	865	113	3615
1988	3100	850	101	3600
1989	3100	850	100	3600

Fuente: Departamento de Agricultura de los EUA (USDA) 1990.

agricultores. En 1983, voceros de la industria del tabaco informaron que había aproximadamente 1570 agricultores que cultivaban tabaco (Agro-Economics 1987). Mediante la contratación de personas adicionales en el momento de la cosecha, en 1983 el cultivo del tabaco generó 3500 empleos a tiempo completo, lo cual representa solo el 0,2% del empleo total en la agricultura (Pinillos 1990). Debido al aumento alarmante de la producción de coca en el Perú en la década de los 80, el Gobierno sugirió que el tabaco sería un buen cultivo de reemplazo para la coca, puesto que, siendo un producto de exportación legítima podría ser más lucrativo que la coca para el Gobierno (Agencia EFE 1990).

En 1989, el 80% del tabaco cosechado era curado al humo, usando madera como combustible; el 20% se curaba al sol y al aire. El predominio de la cura al humo obedece a la industrialización de la agricultura en el Perú. Sin embargo, debido a su alto consumo de madera como combustible, este proceso puede estar vinculado a la deforestación, un problema ecológico creciente en Sudamérica (Chapman 1990). Puesto que se requiere un promedio de 2 a 3 ha de bosques para curar una sola tonelada de tabaco, se estima que cada año se talan 6200 ha de bosque que se dedican a la producción de tabaco curado (Nichter 1991).

Producción y comercio

En 1990, entre los fabricantes de tabaco en el Perú se contaban Tabacalera Nacional, S.A, una concesionaria privada peruana tanto de R.J. Reynolds como de Philip Morris International (60 al 70% del mercado total); la Compañía Tabacalera del Sur, una empresa peruana privada (del 12 al 14% del mercado total), y la Empresa Nacional de Tabacos, S.A. (ENATA), administrada por el Estado (del 16 al 26% del mercado total). Estas tres empresas juntas empleaban a 802 trabajadores, aproximadamente el 0,2% de todas las personas formalmente empleadas en 1983 (Agro-economics Ltd. y Tabacosmos Ltd. 1987). Además, una empresa pequeña manufactura puros y cigarrillos hechos a mano.

Los datos sobre la producción, importación, exportación y consumo doméstico varían según la fuente consultada. Según los datos presentados por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América (USDA), la producción total de cigarrillos manufacturados aumentó de 2950 TM en 1970 a 4200 TM en 1988 (2,95 a 4,2 mil millones de cigarrillos) (Cuadro 2) (USDA 1990). Sin embargo, según los datos suministrados por el Gobierno peruano, la producción de cigarrillos disminuyó de

3,6 a 2,8 mil millones de unidades entre 1981 y 1985, aumentó a 4,5 mil millones en 1986 y disminuyó luego a 4 mil millones en 1989 (Pinillos 1990). Tal disminución era de prever como resultado de la inflación grave en el país durante la década de los 80, que condujo a una consiguiente reducción del poder adquisitivo individual.

La importación legal de cigarrillos manufacturados al Perú es mínima, representando solo el 0,3% del consumo nacional total (Euromonitor Consultancy [EMC] 1990). Desde 1968, todos los años entra al Perú de contrabando una cantidad desconocida de cigarrillos, principalmente de marcas estadounidenses. Sin embargo, este comercio ilegal probablemente no representa más del 5% del mercado total (Pinillos 1990). Desde 1989, en forma ilegal también se han importado y vendido cigarrillos brasileños a precios bajos. Desde 1984 no se conocen datos sobre la exportación de cigarrillos del Perú; ese año se informó sobre un déficit comercial de \$US2 881 000 para los productos de tabaco (Chapman 1990).

Publicidad y promoción del tabaco

Desde 1981 no se permite publicidad de productos de tabaco por radio ni por televisión antes de las 9 de la noche. (República del Perú 1981). Esta restricción se extendió hasta las 10 de la noche en diciembre de 1991. Sin embargo, en 1986 se gastaron más de \$US200 000 solo en la publicidad televisiva de cigarrillos de bajo contenido de alquitrán únicamente (Euromonitor Consultancy 1990). En un estudio del tabaquismo entre las mujeres universitarias en Lima, Gastiaburu observó que "... los cigarrillos se ofrecen a diario a los consumidores de ambos sexos a través de una campaña publicitaria por televisión bien planificada que emplea damas y caballeros interesantes, apasionantes y vestidos con elegancia, cuyas imágenes y gestos se orientan a impresionar y causar efecto, desde el punto de vista comercial, sobre jóvenes adultos y adolescentes de ambos sexos" (Gastiaburu *et al.* 1985).

Prevalencia y consumo

Consumo de cigarrillos per cápita

Los datos del consumo de cigarrillos per cápita se originan en cálculos de población (CELADE 1990) y en cálculos del consumo nacional total realizadas por el USDA (1990), Euromonitor Consultancy (1990) y el Gobierno de Perú (Pinillos 1990). Las tres fuentes sugieren que el consumo anual per

cápita de cigarrillos manufacturados, entre las personas de 15 años de edad y más, fue entre 236 y 459 cigarrillos durante el período de 1970 a 1989 (Cuadro 3). El consumo de cigarrillos per cápita aumentó 9% entre 1970 y 1975, y posteriormente disminuyó 25% entre 1976 y 1988, según el USDA. Según los datos proporcionados por el Gobierno peruano, la reducción entre 1980 y 1989 fue de 9% aproximadamente; sin embargo, si se excluye del análisis el aumento insólito del consumo en 1986 informado por esta fuente, la disminución del consumo per cápita desde 1985 sería del 55,9%. Según los datos recopilados por Euromonitor Consultancy con el patrocinio de la industria del tabaco, el consumo per cápita se redujo 22,4% globalmente entre 1982 y 1988, con un aumento del 19% entre 1985 y 1986. En 1986, la industria del tabaco empezó la campaña de publicidad ya mencionada para los cigarrillos de bajo contenido de alquitrán. Estos modelos de consumo sugieren que la publicidad intensiva puede haber logrado por lo menos un aumento temporal del consumo de cigarrillos per cápita. Otro factor, probablemente más importante, fue la reactivación y el crecimiento económico de corta duración de más de 8% de 1985 a 1986. (Vargas Llosa 1991).

La influencia de una economía en recesión es evidente en la reducción del consumo per cápita en el decenio de 1980, con la excepción de 1985 a 1986. Se informa que el Perú, Bolivia y Haití tienen el consumo per cápita más bajo del Hemisferio occidental; estas naciones también muestran el PIB per cápita más bajo del Hemisferio. En 1989, un paquete de 20 cigarrillos costaba un promedio de \$US0,92, y el sueldo mensual del trabajador promedio era de \$US110. En consecuencia, un fumador de 10 cigarrillos al día gastaba el 12% de su sueldo en tabaco.

Encuestas de conducta sobre el consumo de tabaco

Joly incluyó a Lima en la encuesta que realizó en 1971 sobre el tabaquismo en ocho ciudades de América Latina (Joly 1977). Esta encuesta permite hacer estimaciones de la prevalencia de los fumadores, exfumadores y no fumadores por sexo y por grupos de edad con variación de 15 años. Sin embargo, los datos se recogieron de manera tal que solo es posible obtener datos globales para las ocho ciudades sobre el estado del tabaquismo por nivel educativo, ocupación, opiniones, actitudes y conocimientos. Comparada con las otras ciudades encuestadas, la prevalencia del tabaquismo en Lima era la más baja tanto para los hombres como para

Cuadro 3. Consumo nacional total (CN) y per cápita (CPC) de cigarrillos, según tres fuentes

Año	USDA		Gobierno del Perú		ERC		CF	SF
	CN	CPC	CN	CPC	CN	CPC		
1970	2954	400						
1971	3103	407						
1972	3305	421						
1973	3685	455						
1974	3829	459						
1975	3757	437						
1976	3757	423						
1977	3648	398						
1978	3383	358	2609,9	276				
1979	3659	375	2911,3	298				
1980	4034	401	3377,5	325				
1981	3968	382	3584,9	336				
1982	4017	376	3659,3	334	3732	324	4056	380
1983	4010	364	3228,3	287	3299	287	3586	326
1984	4010	354	3154,8	273	3222	280	3502	309
1985	4120	353	2797,4	236	2862	249	3111	266
1986	4210	350	4462,9	368	3527	265	3792	316
1987	4210	341	4078,3	328	3534	266	3800	307
1988	4210	331	3842,7	301			3750	295
1989			3990,4	305				

Millones de toneladas.

Gobierno del Perú. Valor en miles de millones de unidades.

ERC. Euromonitor Consultancy, Statistics International Ltd. (1987); USDA: Departamento de Agricultura de los EUA (1990).

Valores en miles de millones de unidades.

Consumo/población > 15 años.

CF = Con filtro; SF = Sin filtro.

las mujeres (Cuadro 4), a saber, 33 y 6,3%, respectivamente. Además, la relación entre hombres y mujeres (5:2) entre los fumadores era la más alta entre las ocho ciudades.

Más recientemente, en el Perú se han realizado varias encuestas informativas acerca del público general y de grupos específicos (Cuadro 4). El consumo de tabaco se incluyó en una encuesta sobre el uso de drogas entre las personas de 12 a 45 años de edad realizada por la División de Salud de la Fuerza Policial (SFP) en Lima y El Callao. Es posible que la prevalencia del tabaquismo actual haya sido sobreestimada por esta encuesta, porque en la estimación de la prevalencia de tabaquismo actual se incluyó el "consumo ocasional" y porque la ciudad portuaria de El Callao se incluyó en la muestra. Esta área tiene características de conducta diferentes a las de Lima. La prevalencia del tabaquismo diario actual fue de 48,8% entre los hombres y 23,2% entre las mujeres. Esto representa, a partir

de 1971, un aumento relativo de la prevalencia del 46,9% entre los hombres y del 268% entre las mujeres. La relación entre las prevalencias de tabaquismo de hombres y mujeres en esta encuesta era de 2 a 1. Sin embargo, las dos encuestas cubrieron diferentes grupos de edad. La encuesta de SFP encontró que el 98% de las mujeres y el 90,6% de los hombres fumaban entre 1 y 10 cigarrillos por día, con un número promedio de 5,3 cigarrillos por día para las mujeres y de 6 para los hombres. Por grupo de edad y sexo, la prevalencia más alta de tabaquismo se encontró entre los hombres y las mujeres de 30 a 34 años de edad (78,6% y 59,6%, respectivamente). La edad promedio de la iniciación del tabaquismo indicada por esta encuesta fue de 17,3 años para los hombres (rango de 6 a 35 años) y de 18,8 años para las mujeres (rango de 6 a 40 años).

En 1987, ocho años después de la encuesta de SFP, y 16 años después de la encuesta de Joly, una empresa de encuestas de opinión pública (Peruana

Cuadro 4. Encuestas sobre el tabaquismo y su prevalencia (%) entre la población adulta, Perú, 1970–1990

Encuesta	Año	Edad	Cobertura	n	Definición	Prevalencia %		
						Hombres	Mujeres	Ambos
OPS	1971	15–74	Lima	1966	> 100 cig.			
					Actual	33	6,3	19,2
					Alguna vez	38,8	7,4	22,5
SFP	1979	12–45	Lima	2167	Act. diario	48,5	23,2	35,5
			Metropol.		Alguna vez	62,7	34	47,9
POP ¹	1987	15–50	Lima	1800	Actual	68	40	53
					< 3 cig/día	37	26	31
					> = 3 cig/día	31	14	22
CEDRO	1989	12–50	Perú ²	6761	Alguna vez	69	37	52
					Por lo menos			
					> 100 cig.	34	7	20
					Ultimo mes	41	13	26
					Lima	1623	≥ 100 cig.	
Gallup	1988	18–35+	Lima	400	Alguna vez			26
					≥ 100 cig. actualmente	28	17	22

¹No se conoce el diseño. Encuesta con fines de mercadeo.

²Poblaciones de más de 2500 habitantes (48% de la población del país).

de Opinión Pública 1987) determinó, con fines de comercialización, la prevalencia del tabaquismo entre las personas cuyas edades oscilaban entre los 15 y los 50 años de edad en la ciudad de Lima. El 68% de los hombres y el 40% de las mujeres fumaba cuando se realizó la encuesta. Comparada con la encuesta de Lima de 1979, la prevalencia de tabaquismo había aumentado 40% entre los hombres y 72,4% entre las mujeres. Más de la mitad de los fumadores encuestados indicaron que fumaban menos de tres cigarrillos por día. La razón hombres/mujeres entre los fumadores fue 2 a 1, similar a 1979. Esta encuesta indicó que la edad promedio de los hombres cuando comenzaron a fumar era de 16,2 años y de 17,9 años en las mujeres.

En 1988, la American Cancer Society patrocinó una encuesta de 400 residentes de Lima entre los 18 y los 35 años de edad, pero la metodología y la validez de esta encuesta son dudosas; no obstante, se clasificó al 47% de los hombres y al 23% de las mujeres como fumadores en algún momento de la vida (habiendo fumado por lo menos 100 cigarrillos durante su vida); en esta encuesta 28% de los hombres y 17% de las mujeres eran fumadores actuales (Gallup 1988).

Las únicas encuestas nacionales sobre tabaquismo han sido realizadas por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (1986, 1989). Se dispone de los

datos completos de la encuesta de 1989. Las definiciones del estado de tabaquismo son comparables a la encuesta de Joly de 1971 (en la encuesta de CEDRO el haber fumado en algún momento en el último mes entre personas que habían fumado por lo menos 100 cigarrillos en su vida, se considera "tabaquismo actual"). Aunque el grupo de edad encuestado (12 a 50 años) fue algo más joven que en la encuesta Joly, la prevalencia del tabaquismo en algún momento en el último mes tanto entre hombres como mujeres fue mucho mayor en 1989 que en 1971 (41% y 13%, respectivamente). La encuesta de CEDRO de 1989 encontró que la edad promedio de iniciación era de 17,7 años. Era de esperarse que la ciudad de Lima tuviera un promedio de iniciación inferior al resto de las zonas urbanas del Perú. En esta ciudad la edad promedio en que las personas comenzaron a fumar había descendido en un año para ambos sexos, en comparación con 1979.

Por último, Amorín (1990) coordinó una serie de encuestas por encargo de la Comisión Nacional Permanente de Lucha Antitabáquica (COLAT) (Cuadro 5). Estas encuestas proporcionaron datos sobre el consumo de tabaco por habitantes rurales y urbanos, así como algunos datos sobre la iniciación del tabaquismo y los conocimientos y actitudes sobre el mismo. El 47,5% de 427 residentes rurales de Arequipa, Ica, Moquegua y Tacna, entre 15 y 72 años de edad, eran fumadores actuales. De ellos,

Cuadro 5. Encuestas sobre tabaquismo compiladas por COLAT y prevalencia del tabaquismo actual, Perú, 1990

Area encuestada	Grupo de edad	N	Prevalencia		
			Hombres	Mujeres	Ambos
Rural					
Sur	15-72	427			47,5
Urbana					
(Lima)	15+	712	36,8	41,5	40,3
Adolescentes	13-14	103			30,0

Fuente: Amorín, 1990.

aproximadamente una tercera parte fumaba cigarrillos "Hamilton", una marca peruana. La inmensa mayoría (83,3%) fumaba menos de un paquete al día. De 653 residentes de Lima, de 15 años y más, el 40,3% eran fumadores actuales; resulta interesante que en esta población había más mujeres que hombres que fumaban (41,5 frente a 36,8%). La marca "Winston" resultó la más popular entre los fumadores urbanos y la mayoría fumaba menos de una cajetilla por día.

Ya en 1971 Joly observó que la prevalencia del tabaquismo era mayor entre las personas de nivel de educación alto que entre las personas cuya educación alcanzaba niveles inferiores (por ejemplo, menos que escuela secundaria). La encuesta de SFP de 1979 en Lima-Callao también indicó una correlación positiva entre la prevalencia de tabaquismo y la situación socioeconómica. La encuesta de CEDRO en las ciudades de más de 2500 habitantes también confirmó esta asociación (Cuadro 6). La encuesta de CEDRO también informó que el 51,4% de los fumadores con educación baja había intentado dejar de fumar, mientras que solo el 38% de los fumadores con una educación universitaria lo habían intentado. La encuesta de SFP informó que

Cuadro 6. Prevalencia de tabaquismo (%) de quienes fumaron alguna vez por nivel de educación, Perú, 1979 y 1989

	Perú urbano	
	Lima 1979	1989
Sin instrucción	10	19
Primaria	26	31
Secundaria	50,6	52
Superior técnica	66	66
Superior universitaria	62,7	76

Fuentes: CEDRO, 1989; SFP, 1979.

entre las personas en los estratos socioeconómicos altos e intermedios la prevalencia de tabaquismo era mayor que entre las de los estratos socioeconómicos inferiores. (Cuadro 7). Una encuesta por Albarán (1985) realizada entre 1226 mujeres estudiantes de universidades privadas en Lima informó que el 90% de estas estudiantes fumaban. Entre ellas, el 42% fumaba cuatro cigarrillos o menos por día. Esta encuesta también presta credibilidad a la noción de la prevalencia mayor de tabaquismo entre el sector bien educado de las estudiantes de condición socioeconómica alta. La edad promedio de la iniciación para estas mujeres fue 14,7 años, mucho más baja que la edad promedio de iniciación que se encontró en Lima en la encuesta Peruana de Opinión Pública de 1987 (17,9 años para las mujeres).

Al parecer, desde 1971 ha habido un aumento significativo de la prevalencia del tabaquismo en el Perú, en particular entre las mujeres. Las diferencias entre hombres y mujeres han disminuido pero continúan siendo significativas. Prevalece el consumo per cápita generalmente bajo (menos de 10 cigarrillos por día), y una gran proporción de la población fuma solo ocasionalmente. Las personas de nivel educativo alto y de situación socioeconómica más elevada muestran tasas de prevalencia mayores de tabaquismo que aquellas con menos educación y situación socioeconómica baja. La asociación es significativa, aunque parece que estas diferencias en la prevalencia de tabaquismo están evidenciándose menos con el transcurso del tiempo. La edad de iniciación puede estar disminuyendo algo en las áreas urbanas.

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

La encuesta por CEDRO de 1989 incluyó a 419 personas pertenecientes al grupo de edad entre los 12 y los 19 años. Entre aquellos de 12 a 14 años de edad, el 6,3% había experimentado con el cigarrillo,

Cuadro 7. Prevalencia (%) de quienes no fumaron nunca, de exfumadores y fumadores actuales por situación socioeconómica y cigarrillos fumados por día, Lima y Callao, 1979

Situación	Situación del tabaquismo										Total
	Nunca fumaron		Exfumadores		Fumadores actuales (cigarrillos/día)						
	n	%	n	%	1-10		11-20		+ 20		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alta	16	37	5	11,6	18	41,8	3	7	1	2,3	43
Media	287	44,7	78	12,2	255	39,7	21	3,3	1	0,2	642
Baja	825	55,7	187	12,6	442	29,8	25	1,7	3	0,2	1482
TOTAL	1128	52	270	12,4	715	33	49	2,3	5	0,2	2167

Fuente: Carbajal, 1980.

y entre los de 15 a 19 años de edad, el porcentaje de los que había experimentado aumentó al 42,8%. La encuesta encontró que el 34% de los entrevistados que contaba entre 12 y 19 años de edad había fumado en algún momento y aproximadamente el 3,4% había fumado por lo menos 100 cigarrillos al momento de la encuesta.

La encuesta del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) comparó el tabaquismo entre los adolescentes masculinos de dos estratos socioeconómicos (Rubini 1982). En una escuela pública de Lima, el 41,5% de los 1311 estudiantes masculinos encuestados había fumado en algún momento, y el 13% fumaba en el momento de la encuesta. En una escuela privada, el 63,5% de 255 estudiantes de ambos sexos encuestados había fumado en algún momento, y el 28,6% fumaba en el momento de la encuesta. Por lo tanto, de manera similar que entre los adultos peruanos, se observó una prevalencia mayor de tabaquismo entre los estudiantes de estratos socioeconómicos más elevados. En la escuela privada, la relación entre hombres y mujeres que fumaban era de 14 a 1 y la edad promedio de iniciación entre los hombres era de 12,8 años, mientras que en la escuela pública era de 14 años. De los escolares de las escuelas públicas, el 5,2% indicó que había comenzado a fumar antes de los 10 años de edad, mientras que en la escuela privada el 17,3% empezó a fumar antes de los 10 años. En la escuela privada, el número promedio de cigarrillos que los fumadores consumían por día era 2,3, y en la escuela estatal, 2,6.

Otras formas de tabaquismo

En 1989 y 1990 Pinillos recogió datos sobre el consumo de tabaco en pipa y puros en las provincias predominantemente rurales. Solo el 6% de 102

entrevistados fumaba pipa o puros (Pinillos 1989, 1990).

El aumento del uso de la hoja de coca para producir cocaína ha conducido a un aumento del uso de "basuco" o "pasta básica" que es el derivado inicial en la producción y que se mezcla con tabaco en los cigarrillos conocidos como "pit-clines" (Gastiaburu 1985). La encuesta de SFP (1979) encontró que todos los que fumaban esta sustancia también fumaban cigarrillos. Puede considerarse que el tabaquismo es una droga introductoria al consumo de cocaína en esta forma (Jerí 1985).

Actitudes, conocimiento y opiniones sobre el tabaquismo

Conocimiento de los efectos del tabaquismo sobre la salud

Joly informó que en Lima en 1971 los no fumadores habían permanecido abstinentes principalmente porque "no les gustaba," seguido por "razones de salud" y por "influencia familiar". En respuesta a preguntas sobre el grado de preocupación que sentían acerca de los posibles efectos del tabaquismo sobre la salud, la gran mayoría de los fumadores respondió "ninguna". En la encuesta de Pinillos, el 65,7% de los entrevistados consideró que la razón más importante para dejar de fumar era proteger la salud, seguida por un 7,5% que deseaba evitar síntomas desagradables, y por un 11,2% que mencionó presiones familiares. En la encuesta de INEN de adolescentes en dos escuelas, el 95,8% de los encuestados opinaba que el tabaquismo era nocivo y el 4,2% opinaba que no lo era (Rubini 1982). En la encuesta de la universidad femenina de Lima, a las estudiantes se les preguntó

las razones por las que fumaban (Albarran 1986). La mayoría de las entrevistadas (81%) reconoció algunos de los efectos fisiológicos de la nicotina (a saber, mayor concentración, sensación de calor o enfriamiento, reducción del apetito, mejoría de la digestión y alivio de somnolencia y fatiga).

Actitudes hacia el tabaquismo por parte de los fumadores

Pinillos les preguntó a los fumadores si seguirían fumando en un plazo de cinco años; el 60,8% respondió que sí, el 28,5% dijo que probablemente no y el 8,8% respondió que probablemente sí. En esta encuesta, el 7,5% consideró que una razón importante para dejar de fumar era evitar molestias a las personas que se encontraran en las inmediaciones.

Tabaquismo y salud

Ya en 1890 apareció un artículo en un periódico peruano haciendo resaltar los peligros del tabaco: "... se ha demostrado que el tabaco es muy nocivo para el corazón. Con frecuencia el abuso de tabaco causa irregularidad del pulso, palpitaciones y angina de pecho" (diario El Comercio 1990). La preocupación por las consecuencias del tabaquismo sobre la salud ha aumentado en el Perú, prestándose más atención a los datos nacionales de morbilidad y mortalidad relacionados con las enfermedades crónicas asociadas con el tabaquismo.

Morbilidad

La ciudad de Lima mantiene un registro de la incidencia de cáncer desde 1968, y ha publicado cifras hasta 1978 (Parkin 1986). El escaso margen de subregistro le otorga validez a los datos que se

comunican. El cáncer de pulmón, con una tasa de incidencia ajustada por edad de 10,5/100 000, ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer que afectan a los hombres (después del cáncer de estómago, 15,6/100 000). La tasa de incidencia de cáncer de pulmón entre las mujeres fue de 3,5/100 000 y por lo tanto la relación hombres/mujeres fue de 2:9. Esta relación es superior a la basada en los datos de mortalidad para Lima, que, como se consigna más abajo, tiene una proporción mayor de subregistro entre los hombres para este diagnóstico.

Del estudio realizado por INEN, Rubini (1972) examinó una serie de 768 casos de carcinoma broncogénico diagnosticados entre 1952 y 1969 (Cuadro 8). Un total de 617 pacientes en la serie tenía comprobación histológica. La edad promedio de los pacientes era de 57,9 años, con 64,7% entre los 50 y los 64 años. La razón hombres/mujeres era de 3:3. Solo cuatro pacientes eran indios, mientras que el 91,4% eran blancos y mestizos. Conforme a su consumo de tabaco, de 697 casos en los cuales podía documentarse una historia clínica de tabaquismo, el 77% era fumador y el 23% no fumaba. Se consideró que "haber fumado en algún momento" constituía exposición al tabaco. De los 537 pacientes de cáncer de pulmón que eran fumadores, el 47% fumaba 21 o más cigarrillos por día. Entre los no fumadores, algo más que la mitad de los casos eran adenocarcinomas (que generalmente no se asocia con el tabaquismo [OMS 1986]), mientras que más de la mitad de los casos entre los fumadores eran carcinomas escamocelulares (que se asocian con tabaquismo).

Mortalidad global

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la subnotificación de la mortalidad en

Cuadro 8. Distribución del carcinoma broncogénico por tipo histológico y exposición al cigarrillo en una serie de 520 pacientes. Instituto de Enfermedades Neoplásicas, Lima, 1972

Tipo histológico	No fumador		Fumador		Todos los casos	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Epidermoide	38	(30,2)	215	(54,6)	253	(48,6)
Anaplásico	6	(4,8)	30	(7,6)	36	(6,9)
Indiferenciado	15	(11,9)	83	(21)	98	(18,8)
Adenocarcinoma	65	(51,6)	65	(16,5)	130	(25)
Cilindroma	2	(1,6)	1	(0,25)	3	(0,58)
Total	126		394		520	

Fuente: Rubini, 1972.

Cuadro 9. Defunciones, tasas de mortalidad y mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, Perú, 1979, 1983 y 1985

Causa y código CIE	1979			1983			1985
	Defunciones	Tasa*	%	Defunciones	Tasa*	%	%
Enfermedades infecciosas (CIE 001-134,320,460-466, 480-487)	37 319	195,7	41,8	34 450	172,3	36,9	30,5
Tumores malignos (CIE 140-209)	6164	37,6	6,9	5663	30,5	6,1	9,4
Enfermedad cardiovascular (CIE 400-458)	10 116	60,8	11,3	11 009	60,5	11,8	14,5
Violencia y accidentes (CIE E810-E999)	4694	27	5,3	5734	29,5	6,1	6,9
Síntomas y causas mal definidas (CIE 780-799)	7370	38,4	8,3	6542	31,5	7,0	
Otras causas	23 610	127,5	26,4	29 892	149,7	32,0	38,3
Todas las causas	89 273	487	100,0	93 290	474	100,0	

Fuente: OPS, 1986; 1990; Pinillos, 1989.

*Tasa por 100 000 personas ajustadas por edad.

el Perú se acerca al 50% (OPS 1990). La mayoría de los informes de mortalidad corresponden a Lima y a otras zonas urbanas. Es probable que la estructura de mortalidad para las áreas urbanas sea muy diferente a la del resto del Perú. Por ejemplo, en 1983 se estimó la esperanza global de vida al nacer en 58 años en el Perú, mientras que en Lima era 67,3 años (OPS 1986). Por lo tanto, los análisis de mortalidad proporcional representan con exceso a las áreas urbanas. En el análisis de las tasas nacionales de causa específica, como el cáncer de pulmón, la tasa comunicada se reduciría porque el denominador incluye a la población total y el numerador incluye solo áreas urbanas. Dado que en las zonas urbanas ha habido una prevalencia mayor de tabaquismo y que la edad de comienzo es más temprana, las tasas de mortalidad de cáncer de pulmón pueden estar muy cerca de las tasas reales. Aquellas áreas que muestran subregistro significativo de defunciones son también áreas con pocas muertes debidas a cáncer de pulmón.

Aunque solo el 7,4% de las defunciones notificadas en el Perú para 1982 se clasificaron como "mal definidas" (CIE-9 760-788), solo el 62,7% de las defunciones registradas en 1980 fueron certificadas por un médico. En el Perú, donde la tuberculosis pulmonar es todavía muy frecuente (OPS 1990), es posible que las defunciones por cáncer de pulmón estén mal clasificadas como tuberculosis pulmonar. Debido a que la clasificación errónea de las defunciones debidas a enfermedad cardiovascular es común en todo el mundo, es posible que esta

categoría de enfermedad relacionada con el tabaquismo también sea difícil de analizar.

Las enfermedades infecciosas fueron la causa de defunción registrada con mayor frecuencia entre 1979 y 1983 (representando aproximadamente del 30 al 40% de todas las defunciones) y las enfermedades cardiovasculares fueron la segunda, representando del 11 al 14% de todas las defunciones registradas (Cuadro 9). Al parecer las enfermedades infecciosas acusan una "subestimación mínima" (falta de notificación rural) mientras que las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos acusan una "sobrestimación mínima" (cubre prácticamente el total de las notificaciones en áreas urbanas). La mayoría de las enfermedades infecciosas ocurren en los niños, entre quienes las defunciones acusan mayor subregistro que las defunciones entre los adultos.

En un estudio que la OPS realizó en 1962-1964 sobre la mortalidad urbana en 12 ciudades (10 en América Latina) entre personas de 15 años y más (Puffer 1968) se incluyó a Lima (Cuadro 10). Aunque este análisis tiene ahora más de 25 años, parecía que la estructura de mortalidad de Lima correspondía a la de un país desarrollado, con una fuerte incidencia de enfermedades cardiovasculares y tumores malignos. En la actualidad, la mayor parte de la mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo está también concentrada en la zona metropolitana de Lima al igual que la proporción más alta de la población que fuma.

Cuadro 10. Defunciones, tasas de mortalidad y mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, Lima, 1962-1964

Causa y código CIE	Hombres			Mujeres			Ambos		
	Defunciones	Tasa*	%	Defunciones	Tasa*	%	Defunciones	Tasa*	%
Enfermedades infecciosas (CIE 001-138, 480-493)	472	62,7	19,5	297	38,8	15	768	50,7	17,5
Tumores malignos (CIE 140-205)	408	54,2	16,9	562	73,6	28,6	970	64	22,2
Enfermedad cardiovascular (CIE 330-334, 400-468)	690	91,7	28,6	489	64	24,9	1179	77,8	27
Violencia y accidentes (CIE E810-E999)	328	43,6	13,6	83	10,9	4,3	411	27,1	9,4
Síntomas y causas mal definidas (CIE 780-795)	47	6,3	1,9	34	4,5	1,7	81	5,4	1,9
Otras causas	472	62,7	19,5	496	65	25,3	968	63,8	22,1
Todas las causas	2417	321,1	100	1961	256,9	100	4378	288,8	100

Fuentes: Puffer y Griffith, 1968.

*Tasa bruta.

Mortalidad por cáncer de pulmón

En el estudio que Puffer realizó en 1968 sobre la mortalidad urbana, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón era todavía bastante baja (para los hombres, 17,9/100 000 y para las mujeres, 5,5/100 000). La mortalidad específica por edad para cáncer de pulmón para los hombres de 45 a 54 años era de 26,5/100 000, y de 67,1/100 000 para los hombres de 55 a 64 años. Las tasas entre las mujeres en estos grupos de edad eran de 6,2/100 000 y de 17,9/100 000, respectivamente. En 1968 (el año más cercano al estudio de Puffer) (Cuadro 11), las tasas de mortalidad de cáncer de pulmón para todo el Perú eran de 7,4 y 23,1 por 100 000 entre los hombres y de 2,2 y 6,4 por 100 000 entre las mujeres, respectivamente, en los grupos de edad mencionados. En 1972, el 65% del consumo total de tabaco estaba concentrado en Lima, y por lo tanto las tasas mayores de mortalidad por cáncer de pulmón en Lima no son sorprendentes.

Las tasas de mortalidad de cáncer de pulmón para los hombres y las mujeres de 45 a 54 años de edad aumentaron desde 1974 hasta 1989, aunque algo irregularmente en las mujeres (Cuadro 11). Además, la razón hombres/mujeres parece haber descendido, como es de prever debido al aumento

de la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres entre 1971 y 1989.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Acciones gubernamentales

Políticas y estructura ejecutiva

El Gobierno del Perú, a través del Instituto Nacional para las Enfermedades Neoplásicas (INEN), perteneciente al Ministerio de Salud, ha tomado una posición oficial para el control de la epidemia creciente de las enfermedades asociadas con el tabaquismo (OPS 1987) en el país. Las metas del programa nacional del Ministerio incluyen:

1. Establecer y formalizar una comisión interdisciplinaria para coordinar las agencias del Gobierno y las acciones contra el tabaco.
2. Organizar campañas públicas de educación dirigiéndose a los riesgos del tabaquismo, a los beneficios para la salud de no fumar y a recalcar los derechos de los no fumadores de respirar aire libre de humo.

Cuadro 11. Mortalidad por cáncer de pulmón de hombres y mujeres, en los grupos de edad de 45-54 años y de 55-64 años, Perú 1968-1983

Año	Total		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Grupo de edad 45-54						
1968	39	4,8	30	7,4	9	2,2
1969	39	2,5	22	5,3	17	4,0
1970	48	5,5	30	7,0	18	4,1
1971	50	5,6	41	9,2	9	2,0
1972	41	4,5	26	5,7	15	3,3
1973	60	6,4	46	9,8	14	3,0
1974	No se dispone		No se dispone		No se dispone	
1975	48	4,9	No se dispone		No se dispone	
1976	No se dispone		No se dispone		No se dispone	
1977	55	5,2	44	8,4	11	2,1
1978	53	4,9	43	8,0	10	1,8
1979	73	6,3	No se dispone		No se dispone	
1980	68	5,7	45	7,6	23	3,9
1981	76	6,2	46	7,6	30	4,9
1982	64	5,1	48	7,7	16	2,5
1983	52	4,0	38	5,8	14	2,1
Grupo de edad 55-64						
1968	75	14,5	58	23,1	17	6,4
1969	82	15,4	65	25,0	17	6,2
1970	90	16,3	68	25,4	22	7,8
1971	111	19,6	80	29,1	31	10,7
1972	82	14,1	61	21,6	21	7,0
1973	78	13,2	55	18,9	23	7,6
1974	No se dispone		No se dispone		No se dispone	
1975	74	11,9	No se dispone		No se dispone	
1976	No se dispone		No se dispone		No se dispone	
1977	102	15,2	74	22,4	28	8,2
1978	87	12,6	63	18,5	24	6,8
1979	117	15,8	No se dispone		No se dispone	
1980	113	14,9	87	23,6	26	6,7
1981	119	15,3	78	20,6	41	10,2
1982	110	13,8	80	20,6	30	7,3
1983	85	10,1	55	13,4	30	6,9

Fuente: Base de datos de la OPS, datos inéditos, 1991.

3. Consolidar la legislación y las políticas contra el tabaquismo que encaren:
 - a. no fumar en lugares públicos
 - b. publicidad de los productos de tabaco
 - c. advertencias de salud en paquetes de cigarrillos
 - d. anuncios públicos en los medios de comunicación masiva sobre los riesgos del tabaquismo para la salud
4. Desarrollar programas educativos formales que incluyan al personal escolar y de salud, así como los recursos de los medios de comunicación.
5. Desarrollar programas educativos para las personas afectadas por las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, porque es posible que estas personas sean las más preparadas para cambiar su comportamiento.

6. Apoyar la investigación sobre los costos económicos del tabaquismo y la muerte prematura que ocasiona.
7. Apoyar la investigación epidemiológica en el campo de la relación entre el tabaquismo y enfermedades específicas, como la cardiopatía y la diabetes.
8. Trabajar con organismos internacionales para desarrollar métodos de control y prevención del consumo de tabaco.
9. Aumentar la participación comunitaria en las actividades de control de tabaco.
10. Incluir a las asociaciones científicas y médicas en las actividades de nuevos programas contra el tabaco.
11. Mejorar el acopio y el análisis de datos tanto sobre los aspectos de la conducta como sobre los resultados de la exposición al tabaco.

En cumplimiento de este programa, la Resolución Ministerial 499-88-SA estableció en diciembre de 1988 la CONALT, una organización multisectorial descentralizada contra el tabaquismo integrada por dirigentes de la comunidad. Abajo se describen las actividades de esta organización así como otras intervenciones contra el tabaquismo en el Perú.

Legislación

Se han notificado varias intervenciones legislativas en el Perú, las cuales se remontan a tiempos bastante tempranos de la historia de la acción mundial contra el tabaco. En 1970, un decreto presidencial ordenó que en los paquetes de cigarrillos se colocara la advertencia "puede ser nocivo para la salud". Esta advertencia de salud fue una de las primeras que aparecieron en cigarrillos manufacturados en América Latina. Además, el decreto prohibió la publicidad de productos de tabaco antes de las 8 de la noche en radio y televisión, así como en toda función pública, con el fin de reducir la probabilidad de que los niños se vieran influidos por estos anuncios, y se fijaron multas por incumplimiento (República del Perú 1970). En 1981, las reglamentaciones de publicidad de tabaco fueron enmendadas por otro decreto presidencial para que los anuncios también incluyeran una advertencia de salud aprobada por el Ministerio de Salud; además, se prohibió la publicidad de cigarrillos en radio y televisión antes de las 9 de la noche. En 1991 se fijó esta hora a las 10 p.m. También se prohíbe la publicidad indirecta (es decir, anuncio de la marca sin mencionar los cigarrillos).

En 1985, el Ministerio de Salud prohibió que se fumara en todos sus establecimientos adminis-

trativos y de atención de salud (Ministerio de Salud 1985). Sin embargo, no se tomaron medidas para garantizar el cumplimiento de la reglamentación, y no se tienen datos sobre ese cumplimiento. En 1987, bajo una reglamentación de higiene se prohibió la venta de cigarrillos en las escuelas (República del Perú 1987); esta reglamentación contemplaba sanciones contra los vendedores que no la cumplan.

Recientemente, en noviembre de 1991, se promulgó una nueva ley (Ley No. 17235) que prohíbe fumar en todas las áreas cerradas, públicas y privadas. Los gobiernos locales se encargarán de hacer cumplir la ley, con sanciones monetarias para los infractores. La nueva ley también prohíbe fumar en los vehículos de transporte público del país (El Peruano 1991).

La advertencia sobre la salud que aparece en los paquetes de cigarrillos se cambió en 1991 y en lugar de decir "podría ser nocivo para su salud" ahora se lee "es nocivo para su salud."

Educación escolar

En 1986 el INEN y el Ministerio de Educación pusieron en marcha un programa piloto de presentaciones informativas cortas para los escolares entre los 9 y 12 años de edad. En la actualidad el INEN estima que alcanza a 50 000 niños por año con este programa. Están realizándose esfuerzos por incluir información antitabáquica en los programas académicos de todas las escuelas primarias (Pinillos 1990).

Campanas de información pública

En 1985, el Ministerio de Salud y otros grupos interesados en el tabaquismo establecieron en el Perú el "Día sin fumar". Inicialmente se fijó el 5 de diciembre de cada año, pero desde 1989 se observa simultáneamente con el Día Mundial sin Tabaco, de la Organización Mundial de la Salud, el 31 de mayo. El interés de la comunidad y la prensa en este suceso se evidencian particularmente en Lima. Las actividades incluyen desfiles, informes radiales sobre tabaquismo y salud a nivel nacional, publicación de artículos en boletines informativos y en revistas nacionales de CEDRO, del Colegio de Abogados y del Club de Leones. En 1990, en las instalaciones de deportes se mostraron carteles con mensajes contra el tabaquismo (Pinillos 1990).

Impuestos

Entre los países de las Américas, el Perú muestra la singularidad de que dedica una porción

de los impuestos sobre los cigarrillos a la lucha contra el cáncer, y en consecuencia, a actividades contra el tabaco, en INEN. Dos categorías de impuestos agregan el 55% al precio mayorista de los cigarrillos. El primero es el impuesto al consumo, actualmente del 70% sobre los cigarrillos nacionales sin filtro, y del 95% sobre todos los demás tipos de cigarrillos. Sin embargo, esta tasa fiscal representa una reducción sustancial desde 1987, cuando, mediante sucesivos decretos presidenciales y legislativos, la tasa se redujo de 326%, especialmente porque esa tasa impositiva puede haber estimulado un comercio ilícito de cigarrillos de otros países. El segundo impuesto es el impuesto general del 11% sobre las ventas. Los cigarrillos importados llevan además un impuesto del 110% según valor. Lo que es más importante, la Ley No. 23482, sancionada en octubre de 1982, destinó el 7% de los impuestos totales sobre los cigarrillos de tabaco rubio para la construcción de un nuevo Hospital para Enfermedades Neoplásicas. Esta ley se revisó para que después de terminado el hospital, los ingresos fiscales específicos se asignaran "preferentemente" a la construcción de centros de detección de cáncer y a la investigación del cáncer.

En 1988, el Estado percibió 8225 587 000 Intis (aproximadamente \$US16 451 174) en impuestos sobre el cigarrillo. Esta cifra constituye el 1,6% de la totalidad del ingreso fiscal. Los impuestos totales al cigarrillo continuaron aumentando, llegando a \$US22 286 062 en 1990 (Pinillos 1990).

Acciones no gubernamentales

El CONALT comprende varias organizaciones no gubernamentales (ONG), incluidas la Sociedad Peruana de Medicina Interna, CEDRO, la Sociedad Peruana contra el Cáncer, el Colegio de Abogados, el Arzobispado de Lima, el Club de Leones y el Rotary Club. La organización más activa es CEDRO, que ha incluido preguntas sobre tabaquismo en dos encuestas de uso de drogas en el Perú urbano. También ha apoyado, como parte de CONALT, coaliciones de la comunidad contra el tabaquismo en las afueras de la zona metropolitana de Lima. CEDRO preparó un libro de colorear para niños titulado "Colorea mientras cuidas la salud"; este libro muestra a los cigarrillos como una droga adictiva. Además, en 1989 esta organización se unió con el Ministerio de Educación para presentar programas sobre farmacodependencia destinados a los docentes y estudiantes de escuela secundaria.

Otras Organizaciones no Gubernamentales fuera de la estructura de CONALT han ofrecido

clases para dejar de fumar e información pública sobre las consecuencias del tabaquismo sobre la salud. Entre las organizaciones se incluyen la Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA) y la Unión Inca de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (Pinillos 1990). Estos grupos ofrecieron clases mensuales en el INEN en 1991 de una semana de duración para dejar de fumar.

Resumen y conclusiones

El Perú tiene una de las tasas más bajas de consumo de cigarrillos per cápita de los países en las Américas, pero como en muchos otros países latinoamericanos, desde la década de los 70 la urbanización y la modernización han producido un aumento gradual del consumo de cigarrillos, en particular entre las mujeres. Entre los peruanos de las zonas urbanas y rurales se evidencian grandes diferencias de salud, de enfermedades predominantes y de consumo de cigarrillos. Como resultado de estas diferencias, la morbilidad y la mortalidad asociadas con el tabaquismo están concentradas en las áreas urbanas. A pesar de los graves problemas sociales y económicos que afectaron al Perú en la década de los 80, se realizaron considerables esfuerzos legislativos y organizativos contra el tabaquismo. Desde 1982, una intervención muy importante ha sido destinar el 7% de los impuestos sobre el cigarrillo para construir y equipar un instituto del cáncer, en Lima, y centros de cáncer en todo el país para el tratamiento, detección, investigación y programas de control del cáncer.

Sobre la base de los datos presentados en este informe, puede llegarse a las siguientes conclusiones:

1. Entre 1971 y 1987 la prevalencia del tabaquismo entre los residentes de Lima disminuyó del 71,8% al 68% entre los hombres y aumentó del 13,7% al 40% entre las mujeres. El tabaquismo prevalece con mayor intensidad entre las personas que gozan de un estado socioeconómico y educativo más alto. En 1990 aproximadamente la mitad de los residentes rurales y urbanos eran fumadores actuales. La prevalencia del tabaquismo entre los residentes urbanos fue un poco más alta entre las mujeres.
2. El consumo per cápita ha variado según las condiciones económicas en el Perú, y con un consumo de 331 es uno de los más bajos en las Américas; sin embargo, esta cifra no incluye la contribución al consumo per cápita de los cigarrillos importados ilegalmente.

3. Los datos de los registros sobre el cáncer en Lima sugieren que la repercusión del tabaquismo entre los hombres, como indican las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón, es mayor que entre las mujeres. Sin embargo, las tasas han aumentado sustancialmente desde fines de la década de los 60, en respuesta al aumento en el consumo de tabaco. Después de las enfermedades infecciosas, las enfermedades cardiovasculares son la segunda causa más común de muerte en el Perú.
4. En el Perú existen considerables actividades legislativas, gubernamentales y no gubernamentales contra el tabaquismo. El Perú es uno de los pocos países de las Américas que tiene un impuesto al cigarrillo destinado al control del cáncer.

Referencias

- AGENCIA EFE. *Perú: Reemplazar cultivos de coca por tabaco es más rentable*. Lima, 27 de febrero de 1990.
- AGRO-ECONOMICS, LTD., TABACOSMOS, LTD. *The Employment, Wealth, and Tax Benefits that the Tobacco Industry Creates*. Agro-economic Services Ltd., septiembre de 1987.
- ALBARRAN, A.M. *El hábito de fumar cigarrillos, su costo, sus consecuencias y posibles soluciones*. Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima, Perú: Departamento de Ciencias de la Comunicación, Área de Investigaciones, 1986.
- AMORIN, E. *Encuestas coordinadas para COLAT*. En prensa, 1990.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989*. New York: Oxford University Press, 1989.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.
- CARBAJAL, C. *et al.* *Revista de Sanidad de las Fuerzas Policiales* 44:1-38, 1980.
- CEDRO. *Uso de drogas en las ciudades del Perú. Segundo Estudio Epidemiológico. Principales resultados*. Resumen de Investigación No. 4., junio de 1989.
- CEDRO. *El consumo de tabaco en Perú*. Resumen de Investigación. No. 5, agosto de 1989.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*, Año XXIII, No. 45. Santiago, Chile, enero de 1990.
- CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. Penang, Malaysia: International Organization of Consumers Unions, 1990.
- DIARIO EL COMERCIO. *Sucedió hace un siglo*. 4 de enero de 1990.
- EL PERUANO. *Normas Legales*. Ley No. 25357. 27 de noviembre de 1991.
- EUROMONITOR CONSULTANCY (ERC). *The World Market for Tobacco: Strategy 2000*, Volúmenes I-II, agosto de 1989.
- GALLUP ORGANIZATION. *The Incidence of Smoking in Central and Latin America*. Conducted for: American Cancer Society, GO 87333, Princeton, New Jersey: The Gallup Organization, 1988.
- GASTIABURU, R., LACUNZA, E., INFANTES, V., KOSAKA, A., HONORES, F., APONTE, I. *Tabaquismo y psicopatología. Características del tabaquismo en una población supuesta sana*. *Revista de Sanidad de las Fuerzas Policiales* 46(1):64-68, 1985.
- JERI, R.F. *Los problemas médicos y sociales generados por el abuso de drogas en el Perú*. *Revista de Sanidad de las Fuerzas Policiales* 46(1):36-44, 1985.
- JOLY, D.J. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 337, 1977.
- MINISTERIO DE SALUD. *Resolución No. 576-85*. 3 de diciembre de 1985.
- MINISTERIO DE SALUD. *Resolución Ministerial 449-88*. 5 de diciembre de 1988.
- NICHTER, M., CARTWRIGHT, E. *Saving the children for the tobacco industry*. *Medical Anthropology Quarterly*, Otoño, 1991.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Tobacco Smoking*. 38:221-228. Lyon, France: IARC, 1986.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Control del hábito de fumar. Segundo taller subregional. Área Andina*. Caracas, Venezuela, 16-21 de noviembre de 1986. Cuaderno Técnico No. 6, 1987.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas—Edición de 1986*. Washington, D.C.: OPS. Publicación Científica No. 500, 1986.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas—Edición de 1990*. Washington, D.C.: OPS. Publicación Científica No. 524, 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Datos de base de mortalidad. Tabulaciones inéditas, 1991.

PARKIN, D.M. *Cancer Occurrence in Developing Countries*. Olivares L., IARC Scientific Publication No. 75, pp. 185-187, Lyon, Francia: 1986.

PERUANA DE OPINION PUBLICA. Perfil básico de fumadores. Datos inéditos, 1987.

PINILLOS, L. Country collaborator's report. Datos inéditos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1990.

PINILLOS, L. *La salud en el Perú*. Estrategia de Gestión. Lima, 1989.

PUFFER, R.R., GRIFFITH, G.W. *Características de la mortalidad urbana*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 151, 1968.

REPUBLICA DEL PERU. *Decreto Supremo de la Presidencia de la República No.0079-70-SA*. 29 de abril de 1970.

REPUBLICA DEL PERU. *Decreto Supremo de la Presidencia de la República No. 002-81*. 21 de abril de 1981.

REPUBLICA DEL PERU. *Legislacion Artículo 1, Norma 16 del D.S. No. 002-81-OCI-OAJ*. 21 de abril de 1981.

REPUBLICA DEL PERU. *Decreto Supremo de la Presidencia de la República No. 026-87-SA*. 4 de junio de 1987.

RUBINI, D.C. *Carcinoma broncogénico*. Tesis de Doctor en Medicina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Mayo de 1972.

RUBINI, D.C. *Hábito de fumar en niños*. Lima: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 1982.

TAYLOR, S.A. Tobacco and economic growth in developing nations. *Business in the Contemporary World*. Invierno de 1989.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco, Cotton, and Seeds Division. Foreign Agricultural Service. Tabulaciones inéditas, abril de 1990.

VARGAS LLOSA, M. A fish out of water. *Granta* No. 36: 18, verano de 1991.

Puerto Rico

Características generales

La industria del tabaco

Agricultura

Fabricación

Comercialización

Prevalencia y consumo

Encuestas de prevalencia entre adultos

Encuestas de prevalencia entre adolescentes

Tabaquismo y salud

Cambios en los patrones de mortalidad adulta

Tasas de mortalidad relacionadas con el tabaquismo

Incidencia del cáncer

Estimaciones de mortalidad atribuibles al tabaquismo

Costos económicos atribuibles al tabaquismo

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Legislación e impuestos

Campañas públicas de información y educación

Programas de educación escolar

Políticas del Gobierno

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Puerto Rico es una isla tropical del Caribe, de aproximadamente 9100 km². Puerto Rico es un estado libre asociado de los Estados Unidos, regido desde 1952 por la constitución de los EUA. Cuatro partidos políticos diferentes actualmente debaten si Puerto Rico seguirá siendo un estado libre asociado, si va a convertirse en un Estado o en una nación independiente.

La población estimada de 1987 era de 3 293 872, con una densidad de población de 941 habitantes por milla cuadrada (Departamento de Salud 1987). De esta población total, 66,8% es urbana (León 1985), 26,7% tiene menos de 15 años de edad y 10% tiene 65 y más años de edad (Departamento de Salud 1989b). La esperanza de vida al nacer era 74,7 años en 1988 (70,7 años para los hombres y 78,9 años para las mujeres) (Departamento de Salud 1989b). En 1980, la tasa de mortalidad infantil era 14,2/1000 nacidos vivos, una disminución notable de la tasa de 1950, que fue de 68/1000 nacidos vivos (Departamento de Salud 1989b) (Cuadro 1).

El ingreso per cápita anual en Puerto Rico para el ejercicio económico 1989 fue \$1504, y el Producto Nacional Bruto total fue \$4894 millones (Amato 1989).

La economía puertorriqueña dependió durante siglos de la agricultura; los principales cultivos eran tabaco, café y caña de azúcar. Históricamente,

el control estatal del tabaco empezó en 1614 bajo el régimen colonial español (Gaztambide 1968). Cuando la isla se convirtió en parte de los Estados Unidos, Puerto Rico se industrializó rápidamente y la agricultura empezó a disminuir. Debido a las crecientes demandas del desarrollo de tierras urbanas e industriales, a una mano de obra en disminución debido a la emigración y a mayores importaciones de productos extranjeros, la producción agrícola puertorriqueña disminuyó aún más en la década de los sesenta (Gaztambide 1968). En 1990, los cultivos tradicionales como la caña de azúcar, el café y el tabaco representaron solo el 10% de toda la producción agrícola de la isla. En lugar de ello, se desarrolló la producción en gran escala de cultivos farináceos y de frutos cítricos (Amato 1989). Los sectores más dinámicos de la economía local son ahora la manufactura, la construcción y el turismo (Amato 1989). Puerto Rico está altamente vinculado a los Estados Unidos mediante actividades financieras, programas de salud y cultura; millones de puertorriqueños viven en la zona de la Ciudad de Nueva York y mantienen fuertes vínculos con la isla.

La industria del tabaco

Agricultura

En 1988, había 101 cultivadores de tabaco en Puerto Rico (0,5% del total de 20 000 trabajadores agrícolas). Durante 1984 y 1985, se plantaron 47,3 ha de tabaco (0,03% del total de la tierra cultivable). Actualmente un programa oficial del Gobierno incentiva a los agricultores a que sustituyan el tabaco con otros cultivos, entre los cuales figuran el café, las frutas cítricas y los cultivos farináceos como el plátano, la yuca, el ñame y la batata (Santiago 1990). La producción del tabaco no manufacturado disminuyó considerablemente durante el último decenio (Cuadro 2) debido a la falta de mecanización, debido a una infestación con "moho azul" que daña los cultivos y porque resulta más barato importar el tabaco en hoja de la República Dominicana y las Filipinas, donde el cultivo es más barato. Antes de 1982, los cultivadores de tabaco se beneficiaban con los precios de apoyo establecidos por el Departamento de Agricultura de los EUA (Turner 1982).

Fabricación

En 1989, solo una fábrica propiedad local en Puerto Rico manufacturaba productos de tabaco, la

Cuadro 1. Indicadores económicos y de salud, Puerto Rico, década de 1980

Indicador	Año	Valor
Población	1987	3 293 872
Porcentaje < 15 años de edad	1987	26,7
Porcentaje ≥ 65 años de edad	1987	10,0
Porcentaje urbano	1985	66,8
Tasa de mortalidad bruta por 1000		
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1987	14,2
Esperanza de vida al nacer		
Hombres	1987	70,7
Mujeres	1987	78,9
Ingreso anual promedio per cápita (en \$US)	1989	1504
Producto bruto de Puerto Rico (en millones de \$US)	1989	4 894

Cuadro 2. Producción de tabaco en hoja, exportación, importación (en TM), cigarrillos manufacturados, consumo per cápita total y adulto, Puerto Rico, 1979-1989

Año	Producción (TM)	Exportación (TM)	Importación (TM)	Consumo total de cigarrillos	Consumo per cápita de cigarrillos
1979	955	3407	5931	3 600 000 000	2700
1980	72	3843	5936	3 600 000 000	2000
1981	227	4441	6128	3 600 000 000	2070
1982	152	3583	4917	3 500 000 000	—
1983	437	2657	4003	3 500 000 000	2015
1984	309	2248	4198	3 500 000 000	2100
1985	198	2449	2710	3 400 000 000	2040
1986	95	2881	3293	3 400 000 000	2020
1987	68	2983	3347	3 400 000 000	2064
1988	59	2106	2804	3 300 000 000	2033

Fuentes: Maxwell, 1989; Santiago, 1990.

Consolidated Cigars Corporation. Esta empresa privada pequeña manufactura puros que contienen tabaco que se cultiva localmente y que se exportan principalmente a los Estados Unidos y no tiene relación con ninguna de las empresas tabacaleras multinacionales. Sin embargo, los cigarrillos se manufacturan localmente en una planta propiedad de la empresa multinacional R. J. Reynolds, con sede en los Estados Unidos de América. En total, menos de 2000 trabajadores estaban empleados en actividades relacionadas con el tabaco en 1989 (0,22% de la fuerza laboral total) (Departamento de Agricultura de Puerto Rico 1990). La fabricación local de cigarrillos en Puerto Rico aumentó durante el último decenio de 1,8 millones de TM en 1979 a 2,84 millones de TM en 1987 (Santiago 1990). El consumo interno total de cigarrillos disminuyó de 3.6 mil millones en 1979 a 3.4 mil millones en 1987 (Cuadro 2). Sin embargo, debido a que la producción nacional de cigarrillos no satisface la demanda local, la isla también importa cigarrillos manufacturados (más de 3000 TM en 1987) (Santiago 1990).

Comercialización

La promoción y la publicidad de los productos de tabaco en Puerto Rico es generalizada. La publicidad de estos productos por la televisión y la radio está prohibida por ley de los EUA, pero se emplean todos los otros medios de difusión, incluyendo periódicos, revistas, carteles y películas. Además, los actos deportivos y culturales son patrocinados en gran medida por las empresas tabacaleras. Se permite la distribución de muestras gratis de productos de tabaco. No hay información disponible

sobre el valor monetario de la publicidad de los productos del tabaco que pagan las empresas multinacionales en Puerto Rico. El Gobierno del Estado Libre Asociado no tiene un programa separado de precios de apoyo a las ventas de productos del tabaco.

Los cigarrillos Winston ocuparon el 74% del mercado puertorriqueño en 1989, y Salem, el 9,1% (Cuadro 3). Estos productos de R. J. Reynolds se manufacturan en la isla, la cual está saturada de publicidad en los medios de comunicación impresos y en exteriores con el lema de "Winston y Puerto Rico: No hay nada mejor". Philip Morris importa sus marcas a Puerto Rico, entre las que figuran Marlboro (la marca más popular en los Estados Unidos de América) con solo 7,4% del mercado, y Merit con solo 6% del mercado (Maxwell 1989). Los puertorriqueños muestran una preferencia abrumadora por los cigarrillos con filtro (99,8% de las ventas totales) (Maxwell 1989).

Los cigarrillos se venden en paquetes de 10 y 20. El paquete de 20 cigarrillos, ya sea de produc-

Cuadro 3. Proporción del mercado (%) para las principales marcas de cigarrillos, Puerto Rico, 1988

Marca de cigarrillo	Proporción del mercado
Winston	74,0
Salem	9,1
Marlboro	7,4
Mérit	6,0

Fuente: Maxwell, 1989.

ción nacional o importado, es preferido por la mayoría de los fumadores puertorriqueños. Su precio promedio era \$1,60 en 1989 (Santiago 1990). También se consiguen cigarrillos sueltos en los vendedores ambulantes, y en paquetes en las máquinas de expendio. Las ventas de tabaco en Puerto Rico están moderadamente restringidas porque se exige que las tiendas al detalle tengan una licencia municipal para vender puros y cigarrillos. Además, una ley del Estado Libre Asociado limita la venta de productos de tabaco a personas de 18 años y más de edad (Santiago 1990).

Prevalencia y consumo

Se puede obtener datos sobre el consumo de cigarrillos de la industria del tabaco (Maxwell 1989) y en los Departamentos de Hacienda y de Comercio (Santiago 1990). El consumo total de cigarrillos per cápita en Puerto Rico fue de 1364 en 1989 (Santiago 1989). El consumo per cápita anual de adultos (no definido) disminuyó de 3100 en 1976 a 2033 en 1989 (Maxwell 1988).

Encuestas de prevalencia entre adultos

Entre 1965 y 1968, se realizó una encuesta de 9824 hombres de 45 a 64 años de edad para determinar los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Entre estos, 44% eran fumadores actuales, y se halló que la prevalencia de tabaquismo era significativamente mayor entre los hombres de las zonas urbanas que entre los de las rurales (Sorlie *et al.* 1982). En el último decenio se han realizado unos pocos estudios que informan sobre la prevalencia del tabaquismo entre los adultos en Puerto Rico (Cuadro 4). Maxwell (1989) informó sobre la

prevalencia del tabaquismo entre los hombres y las mujeres durante cada año desde 1976 hasta 1989 (Figura 1). Según estas encuestas, la prevalencia del tabaquismo entre los hombres se redujo de 63,5% a 57%, mientras que la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres aumentó de 36,5% a 43%.

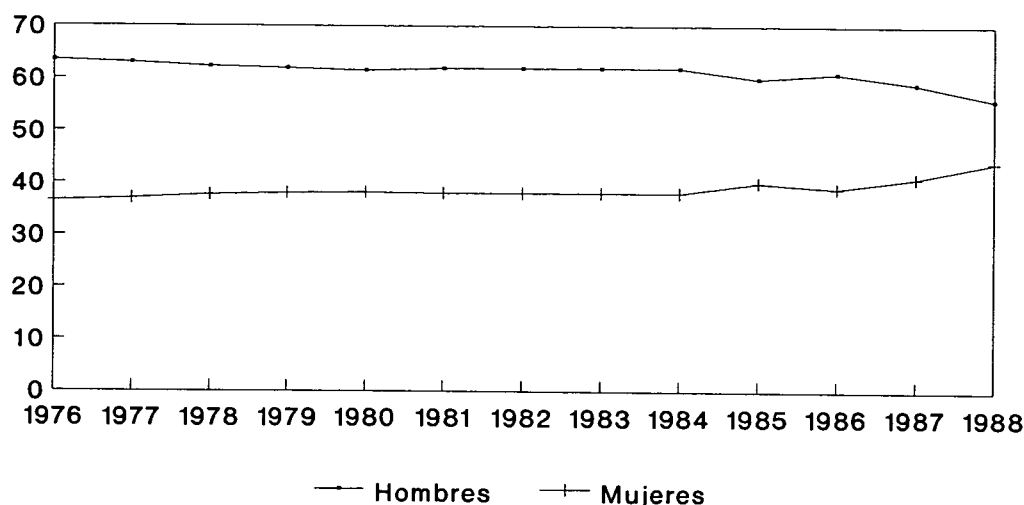
En 1982, "Puerto Rico Fertility and Family Planning Assessment" (PRFFPA) [Evaluación de la Fecundidad y la Planificación de la Familia de Puerto Rico] realizó una encuesta de una muestra representativa de mujeres puertorriqueñas de 15 a 49 años de edad, obteniendo información sobre tabaquismo. Realizada con cuidado, esta encuesta de mujeres en edad fértil informó que solo el 15% eran fumadoras actuales (definido como las que habían fumado por lo menos 100 cigarrillos en su vida y estaban fumando en el momento de la encuesta), mientras que el 14% habían sido fumadoras anteriormente (Becerra y Smith 1988). Este nivel es menos de la mitad del que informó Maxwell para todas las mujeres (grupo de edad desconocido) en 1982 (38%).

En 1989, alumnos de la Escuela de Posgrado de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico realizaron una encuesta telefónica sobre los aspectos de la conducta y de actitudes con respecto al tabaquismo entre 772 hombres y mujeres de 18 años de edad y más que vivían en la zona metropolitana de San Juan. Esta encuesta también definió a los fumadores actuales como los que habían fumado por lo menos 100 cigarrillos en su vida y eran fumadores regulares en la época de la encuesta. La prevalencia del tabaquismo en toda la vida era 34,3% en general. De estos, 55% (54,6% de hombres y 56,5% de mujeres que habían fumado toda su vida) no estaba fumando (y pueden considerarse exfumadores) en el momento de la encuesta. En

Cuadro 4. Encuestas sobre el consumo de tabaco en Puerto Rico y prevalencia (%) del tabaquismo entre hombres y mujeres, 1979-1989

Nombre de la encuesta	Año	Muestra	N	Prevalencia	
				Hombres	Mujeres
Evaluación de la Fecundidad y la Planificación de la Familia de Puerto Rico (PRFFPA)	1982	Mujeres Edad 15-49	?		15
Encuesta Hispana de Salud y de Nutrición (HHANES)	1982-84	Puertorriqueños en Nueva York Edad 20-74	1220	39,8	30,3
PFCAMPR (Rullán J. <i>et al.</i>)	1989	Residentes urbanos Edad ≥ 18 años	772	22,5	10,6

Figura 1. Prevalencia (%) de fumadores, por sexo y año, Puerto Rico, 1976 a 1988



Fuente: Maxwell, 1989.

consecuencia, la prevalencia del tabaquismo actual era de 22,5% entre los hombres y 10,6% entre las mujeres. Más del 50% de los entrevistados informaron que su edad de iniciación del tabaquismo fue de 18 años o menos. La mayoría de los fumadores actuales (89%) estaban conscientes de que el tabaquismo es nocivo para la salud, y 77,1% expresaron la intención de dejar de fumar. De los fumadores de toda la vida que habían dejado de fumar, la mayoría simplemente dejó de fumar de golpe (Rullán 1989). Es difícil conciliar las grandes diferencias entre los informes de Maxwell y los datos informados por Becerra y Rullán. Puede ser que los fumadores de toda la vida estuvieran incluidos en las estimaciones de Maxwell, y que la prevalencia de tabaquismo actual sea en realidad mucho menos que la informada por Maxwell.

Las puertorriqueños que viven fuera de Puerto Rico (en la zona de la Ciudad de Nueva York) fueron incluidos en la Encuesta Hispana de Salud y de Nutrición (HHANES) realizada de 1982 a 1984 por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los EUA. Para esta encuesta se entrevistó a 1220 hombres y mujeres de 20 a 74 años de edad, y la situación actual de tabaquismo se definió de manera similar a la encuesta de Rullán de 1989 mencionada anteriormente. En Nueva York, 39,8% de los hombres y 30,3% de las mujeres eran fumadores actuales (Haynes *et al.* 1990). Nuevamente, estos niveles son muy inferiores a los informados

por Maxwell, lo cual otorga más pruebas de lo dudoso de la validez de las estimaciones de Maxwell.

Las proporciones informadas por la HHANES son notablemente mayores para las mujeres de 20 a 74 años de edad que para las mujeres de 15 a 49 años, según lo informa la PRFFPA, mencionada anteriormente. Las proporciones correspondientes a 1989 en San Juan, informadas por Rullán, son mucho más bajas que las de HHANES, pero debido a que la encuesta de San Juan se realizó por teléfono, puede haber sido bastante incompleta o puede haber habido casos de sesgo en la selección. No obstante, es probable que los puertorriqueños que viven en Nueva York fumen a niveles mayores que los que viven en la isla.

Encuestas de prevalencia entre adolescentes

No se ha establecido hasta ahora en Puerto Rico la vigilancia sistemática del consumo de tabaco entre la juventud. Los únicos datos de encuestas disponibles son los de una encuesta que fue patrocinada por un periódico (*El Nuevo Día*) y se realizó en 1985. Un total de 537 adolescentes, hombres y mujeres, de 14 a 18 años de edad, que vivían en las zonas urbanas del norte fueron entrevistados en sus hogares. Según un informe de esta encuesta, "la abrumadora mayoría (de los entrevistados) no tiene el hábito de fumar cigarrillos, aunque el 60% de los jóvenes y el 55% de las jóvenes conocían a

Cuadro 5. Causas principales de defunción en Puerto Rico, 1987

Causa de defunción	(Código de CIE)	Número de defunciones	Proporción
Cardiopatías	390-398, 402, 404-429	6350	26,5
Tumores malignos	140-208	3693	15,4
Enfermedades cerebrovasculares	430-438	1358	5,7
Neumonía e influenza	480-487	1297	5,4
Todos los accidentes	E800-949	1173	4,9
Diabetes mellitus	250	1108	4,6
Hipertensión	401, 403	776	3,2
Enfermedad hepática	571	765	3,2
Aterosclerosis	440	689	2,9
Enfermedades crónicas del pulmón	490-496	686	2,9
Enfermedades perinatales	760-769	515	2,1
Homicidios	E960-978	505	2,0
SIDA	042-044	472	2,0
Enfermedades renales	580-589	413	1,7
Septicemia	038	293	1,2
Otras causas		3861	16,1

alguien que fumaba marihuana" (Leal 1985). No hay otros datos sobre el tabaquismo de los adolescentes en Puerto Rico.

Tabaquismo y salud

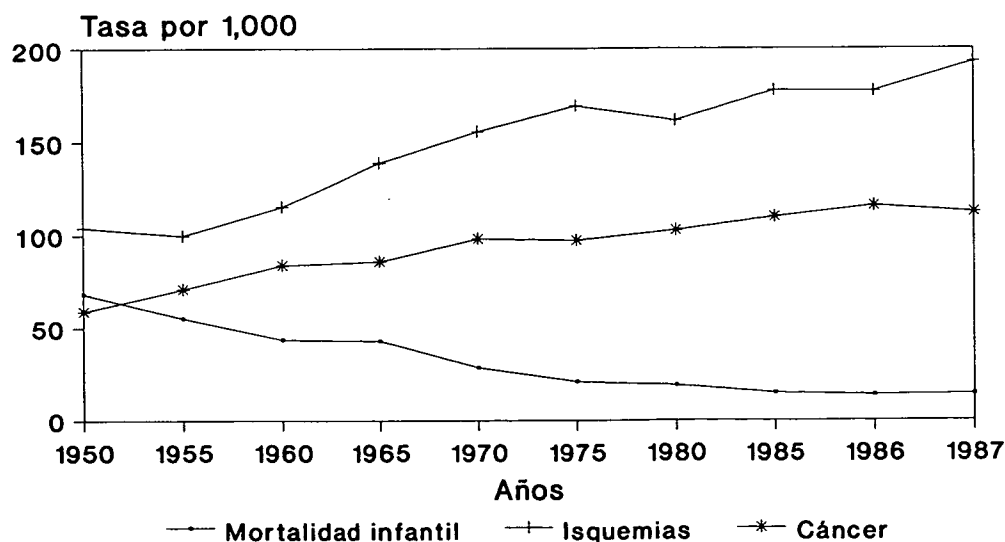
Cambios en los patrones de mortalidad adulta

Las defunciones en Puerto Rico se registran localmente y son examinadas por el Registro Demográfico Central. La Oficina de Estadísticas de Salud del Departamento de Salud notificó los datos para

1987: las enfermedades crónicas como el cáncer, la cardiopatía y las enfermedades cerebrovasculares eran las causas principales de defunción (Departamento de Salud 1989b) (Cuadro 5).

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad correspondientes a cardiopatía y cáncer aumentaron sustancialmente entre 1950 y 1987: de 60/100 000 a 108/100 000 para el cáncer y de 105/100 000 a 190/100 000 para la cardiopatía (Figura 2). Estos datos, junto con tasas de mortalidad general y de mortalidad infantil decrecientes (Figura 2), demuestran la transición epidemiológica

Figura 2. Tendencias de mortalidad, Puerto Rico, 1950 a 1987



Fuente: Vital Statistics and Health Facilities Unit.
Tasas por 100 000 habitantes.

que ha ocurrido en Puerto Rico desde 1950. Esta transición se caracteriza por la aparición de enfermedades crónicas a medida que la población envejece y disminuyen las enfermedades infecciosas y las enfermedades de la niñez (Jamison 1991).

Tasas de mortalidad relacionadas con el tabaquismo

Las tasas de mortalidad agrupadas en cinco años para todos los cánceres y para las cinco causas principales de muerte por cáncer (el estómago, la próstata, el esófago, el pulmón y el colon entre los hombres; el colon, la mama, el útero, el pulmón y el estómago entre las mujeres) aumentaron de 1950 a 1987. El cáncer de pulmón representó el 13,2% de todas las defunciones relacionadas con cáncer entre los hombres y el 9,4% entre las mujeres en 1987 (Departamento de Salud 1989c).

Incidencia del cáncer

Puerto Rico ha mantenido un registro sobre el cáncer desde 1950. Los datos de esta fuente permiten un análisis de las tendencias en el tiempo en la incidencia del cáncer de pulmón, que reflejan la exposición de la población al fumar. El cáncer de pulmón es esencialmente causado solo por el tabaquismo (porcentaje de riesgo atribuible = 87 [U.S. Department of Health and Human Services 1989]). Entre los hombres, la incidencia del cáncer de pulmón ajustada por edad aumentó sustancialmente, de 16,3/100 000 en 1973 a 18,1/100 000 en 1982. En 1987, el cáncer de pulmón ocupó el primer lugar en el diagnóstico de cáncer más común entre los hombres según el registro sobre el cáncer (Departamento de Salud 1989c).

Entre las mujeres, la incidencia del cáncer de pulmón ajustada por edad aumentó de 5,4/100 000 en 1973 a 6,3/100 000 en 1982. Sin embargo, la incidencia global del cáncer disminuyó levemente después de 1975. Esta disminución puede indicar mejor tratamiento y examen selectivo para la detección de enfermedades tales como el cáncer cervical y de la mama, y una disminución en la incidencia del cáncer del estómago, similar a la que se registra en otras zonas de las Américas. El cáncer de pulmón ahora ocupa el sexto lugar entre los cánceres en las mujeres y representó 4% de todos los nuevos cánceres entre las mujeres en 1987 (Departamento de Salud 1989c).

Estimaciones de mortalidad atribuibles al tabaquismo

Funcionarios del Departamento de Salud de Puerto Rico, junto con los de los Centros para el Control de Enfermedades de los EUA (CDC) estimaron las defunciones atribuibles al tabaquismo con respecto a enfermedades en 24 categorías de diagnóstico incluyendo cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas del pulmón, úlceras y afecciones pediátricas seleccionadas (Dietz 1991). Este estudio halló que 2468 del total de 21 499 defunciones (11,5%) en 1983 fueron causadas por el tabaquismo. Estas defunciones tuvieron como resultado 19 445 años de vida potencial perdida antes de la edad de 75 años. La mortalidad atribuible al tabaquismo fue cuatro veces mayor que el número combinado de defunciones causadas por homicidios, suicidios o accidentes de tránsito en Puerto Rico en 1983.

Costos económicos atribuibles al tabaquismo

Además de la mortalidad atribuible al tabaquismo, Dietz y colegas (1991) estimaron los costos directos de la atención de la salud relacionada con el tabaquismo en Puerto Rico para 1983. Según los datos de utilización suministrados por el Departamento de Salud y las estimaciones de porcentaje de riesgo atribuible que se elaboraron empleando los datos de la Encuesta Nacional de Entrevista de Salud de los EUA, se gastó un estimado de \$55,9 millones en la atención de la salud para los tumores, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades crónicas del pulmón causadas por el tabaquismo en Puerto Rico. Esto equivale al 10% del presupuesto total de salud de la isla. La mayoría de los gastos de atención de la salud relacionados con el tabaquismo (69%) fueron para enfermedades entre los hombres (Dietz 1991).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Legislación e impuestos

En Puerto Rico, el impuesto total sobre un paquete de 20 cigarrillos, ya sea de manufactura local o importado, era \$0,63 en 1990 (Departamento de Hacienda 1989). Los ingresos fiscales totales en concepto de tabaco fueron \$72 445 millones en 1979 y \$97 889 millones en 1989 (Departamento de Hacienda 1989). En 1989 los cigarrillos generaron un estimado de 3% de los ingresos totales de Puerto Rico. El impuesto representa 39,4% del costo total

al detalle de un paquete de cigarrillos (\$1,60 en promedio en 1989). El jornal promedio en Puerto Rico es de \$5,73 por hora, y el trabajador promedio trabaja 38,5 horas a la semana. Por lo tanto, si el trabajador promedio fumara un paquete de cigarrillos por día, gastaría \$11,20 a la semana en cigarrillos, o sea, 5% del sueldo semanal. Esto es una proporción muy baja comparada con estimaciones similares sobre el gasto en otras partes de la América Latina y el Caribe.

Según legislación federal de los EUA #98-474 (Ley Integral de Educación sobre el Tabaquismo, del 12 de octubre de 1984), cuatro advertencias sobre la salud deben aparecer en forma rotatoria en paquetes de cigarrillos que se venden en Puerto Rico, al igual que en los EUA (Rigau 1987). Estas advertencias son:

ADVERTENCIA DEL CIRUJANO GENERAL: El tabaquismo causa cáncer de pulmón, enfisema, cardiopatía y puede complicar el embarazo.

ADVERTENCIA DEL CIRUJANO GENERAL: El dejar de fumar ahora reduce enormemente graves riesgos a su salud.

ADVERTENCIA DEL CIRUJANO GENERAL: El tabaquismo por parte de las mujeres embarazadas puede dar lugar a lesión fetal, al nacimiento prematuro y al peso bajo al nacer.

ADVERTENCIA DEL CIRUJANO GENERAL: El humo del cigarrillo contiene monóxido de carbono.

Algunos estatutos y reglamentos restringen el fumar en lugares públicos y en los medios de transporte en Puerto Rico. La ley federal de los EUA que prohíbe fumar en los vuelos nacionales que duran menos de 6 horas también se aplica a vuelos entre Puerto Rico y ciudades de los EUA continental (Calero 1990). Al nivel del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, se prohíbe fumar en los teatros y en los ascensores. No hay prohibición de fumar en las escuelas, los restaurantes, las oficinas del Gobierno, en otros medios de transporte público o en establecimientos de atención de la salud. Sin embargo, al nivel local, el fumar está restringido por ley en algunos lugares públicos en San Juan (Dietz 1991) y por reglamentación en algunas oficinas privadas, edificios del Gobierno y algunos hospitales en varios lugares diferentes (Santiago 1990).

Una coalición de la Asociación Puertorriqueña del Pulmón, la Asociación Puertorriqueña del Corazón y la rama puertorriqueña de la Sociedad Americana del Cáncer ejerce presiones políticas constantemente para conseguir legislación más restrictiva respecto del aire interior puro. En 1989, legisla-

dores de Puerto Rico presentaron a la legislatura tres proyectos de ley solidarios con esta coalición. Dichas leyes dotarían al Secretario de Salud de la autoridad para hacer cumplir las disposiciones de las leyes e impondrían sanciones civiles, como multas por infracciones a las restricciones de fumar. Ninguno de estos proyectos de ley se aprobó en 1989, pero en 1990 la coalición los volvió a presentar. Acciones como estas, llevadas a cabo por la coalición, han sido eficaces en la promulgación de cientos de leyes que restringen el fumar en los lugares públicos en los Estados Unidos (USDHHS 1989).

Campañas públicas de información y educación

Además de los intentos legislativos enumerados anteriormente, varias organizaciones han intentado educar a los puertorriqueños acerca de los efectos nocivos del tabaquismo para la salud. La Asociación Puertorriqueña del Pulmón concentra sus actividades en la prevención del tabaquismo entre los niños y los adolescentes y en proporcionar programas para dejar de fumar (Miller 1989). Esta organización también ha tratado de lograr medidas restrictivas sobre el tabaquismo en lugares de trabajo, actuando directamente con empresas privadas y entidades gubernamentales. En 1989, la Asociación patrocinó nueve clínicas de abandono del tabaquismo que beneficiaron a 111 fumadores. En septiembre de 1989, la Asociación realizó un taller para profesionales de la salud para adiestrarlos en técnicas de modificación del comportamiento para dejar de fumar. El programa de abandono del tabaquismo por esfuerzo propio, "Libre del tabaquismo en 20 días", que está ampliamente disponible al público, también ha sido apoyado por la Asociación. Finalmente, los mensajes antitabáquicos para los medios de comunicación impresos, la radio y la televisión son un componente importante de las actividades de Asociación; prepara estos mensajes la Asociación Americana del Pulmón de los EUA y se traducen al español para su uso en Puerto Rico y en otros países latinoamericanos. Cada año se celebra en febrero el "Día de no fumar". Se incluye en esta actividad ferias de salud, distribución de material educativo, clases de aerobismo y pruebas de la función pulmonar. Todas estas actividades también son apoyadas tanto por el Gobierno como por entidades del sector privado.

La Sociedad Americana del Cáncer (rama de Puerto Rico) ha tenido varios programas públicos de educación sobre el tabaquismo y la salud. Al nivel de la comunidad, la Sociedad patrocina pre-

sentaciones con el lema de "Deja los cigarrillos y vive más". Se informa que se realiza un promedio de 16 presentaciones por mes en toda la isla. Al nivel profesional, la Sociedad con frecuencia le envía material informativo relacionado con el tabaquismo al personal de atención de la salud. En el sector privado, se ofrecen clínicas para dejar de fumar en el lugar de trabajo a los empleados en el marco del programa "Movimiento Inteligente", preparado por la organización nacional. Desde 1987, la Sociedad Americana del Cáncer ha patrocinado cada noviembre, en asociación con el "Gran día americano de no fumar", una campaña de información pública titulada "Descubre un Puerto Rico libre de humo", que incluye anuncios en televisión y radio. También se dan clases de abandono del tabaquismo para el público general bajo el patrocinio y con el apoyo del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Por último, al igual que en muchas otras naciones del Caribe, la Iglesia Adventista del Séptimo Día puertorriqueña ha ofrecido desde 1955 el "Plan de cinco días para dejar de fumar" (Santiago 1990).

Programas de educación escolar

La educación sobre el antitabaquismo no es parte del programa escolar oficial, pero la Asociación Puertorriqueña del Pulmón patrocina varias actividades educativas en las escuelas, entre las que figuran un "Día de no fumar" en todas las escuelas, discursos antitabaquismo y concursos de afiches (Calero 1990). En 1989, una campaña de información sobre el antitabaquismo fue llevada a cabo por la Asociación, la cual llegó a 672 837 estudiantes que asisten a escuelas diurnas y 138 440 que asisten a escuelas vocacionales. Además, 12 universidades realizaron actividades de antitabaquismo que llegaron a aproximadamente 127 000 estudiantes (Miller 1989). La Sociedad Americana del Cáncer proporciona presentaciones educativas para el grado séptimo y grados superiores empleando el módulo didáctico titulado "El cáncer, una enfermedad que puede evitarse, prevenirse y curarse". Este programa llegó a un estimado de 85% de las escuelas públicas y 30% de las escuelas privadas de Puerto Rico.

Políticas del Gobierno

El Gobierno de Puerto Rico no cuenta con un programa formal de prevención y control del uso del tabaco. Si bien no se dedica personal ni recursos financieros específicamente a la prevención y al

control del tabaco, el Departamento de Salud colabora con las entidades voluntarias como se señaló anteriormente (Santiago 1990).

Dos compañías de seguro (Cooperativa de Seguro de Vida de Puerto Rico y Blue Cross (Cruz Azul) de Puerto Rico) ofrecen un descuento de un tercio sobre las primas de seguro de vida para los no fumadores (Santiago 1990).

Resumen y conclusiones

El cultivo del tabaco fue en un tiempo una actividad económica importante en Puerto Rico. Sin embargo, para 1990, sobrevivía solo un fabricante autóctono de puros, y solo unos pocos agricultores se ganaban la vida cultivando tabaco. Las empresas multinacionales, en particular R. J. Reynolds, han saturado la isla de avisos publicitarios y promoción, utilizando temas que identifican marcas específicas casi como un símbolo nacional.

Hasta la fecha, el Gobierno de Puerto Rico no ha designado el consumo de tabaco como la causa más importante de muertes en Puerto Rico. El tabaquismo fue responsable de más de un décimo de todas las defunciones en Puerto Rico en 1983 y los datos del registro sobre el cáncer atribuyen un peso creciente a la mortalidad debida al cáncer de pulmón entre hombres y mujeres; esta enfermedad específica es un indicador indiscutible de la exposición de las poblaciones al tabaquismo. La medición exacta de la exposición es algo difícil, ya que se carece de datos de encuesta representativos de la isla en su totalidad. Según se informa, el consumo de cigarrillos per cápita entre adultos indica que la exposición puede estar disminuyendo en Puerto Rico. Se desconocen datos sobre el inicio del tabaquismo por parte de los adolescentes en Puerto Rico. Afortunadamente, diversos grupos voluntarios, incluidas las ramas puertorriqueñas de la Asociación del Pulmón, la Sociedad del Cáncer y la Asociación del Corazón, han lanzado campañas energéticas de antitabaquismo que son muy visibles. El efecto de estas actividades, que cuentan con el apoyo del Departamento de Salud, puede reflejarse en la disminución de las cifras del consumo de cigarrillos per cápita.

Los datos presentados anteriormente respaldan las siguientes conclusiones sobre el tabaquismo y la salud en Puerto Rico:

1. Las actividades agrícolas y manufactureras autóctonas del tabaco en Puerto Rico han disminuido durante los últimos decenios. Las empresas multinacionales de tabaco son activas

- tanto en la fabricación local de cigarrillos como en la promoción del tabaco entre los puertorriqueños.
2. La prevalencia de tabaquismo entre los hombres probablemente ha disminuido durante los últimos dos decenios en Puerto Rico, mientras que la proporción de mujeres fumadoras aparentemente ha aumentado. Las mujeres en edad fértil presentan una prevalencia más baja de tabaquismo que la de la población femenina en general. Se informa que los puertorriqueños, hombres y mujeres, residentes de la zona de Nueva York fuman más que los que siguen viviendo en Puerto Rico.
 3. Casi 2500 defunciones fueron atribuibles al tabaquismo en 1983 en Puerto Rico. Esto equivale a 11,5% de todas las defunciones en ese año, y representa 19 445 años de vida potencial perdida. La mortalidad y las tasas de incidencia por cáncer de pulmón han aumentado en forma sostenida de 1950 a 1987, indicando una mayor carga de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo entre los puertorriqueños.
 4. Las organizaciones voluntarias, incluida la Asociación Puertorriqueña del Pulmón y la Sociedad del Cáncer, son los focos primarios de las actividades contra el tabaquismo para Puerto Rico. Hasta la fecha, no hay programas oficiales del Gobierno para la prevención y el control del uso del tabaco.

Referencias

- AMATO, A. *Progreso en Puerto Rico*. Banco Popular de Puerto Rico, Departamento de Estudios Económicos 25(3), 1989.
- BECERRA, J., SMITH, J. Maternal smoking and low birth weight in the reproductive history of women in Puerto Rico. *American Journal of Public Health* 78: 268-272, 1988.
- CALERO, M.S. Cero fumar en los vuelos de seis horas. *Periódico El Mundo*, 24 de febrero de 1990.
- DEPARTAMENTO DE HACIENDA. *Datos seleccionados sobre cigarrillos tributables y exentos, años fiscales 1963 a 1989*. Departamento de Hacienda, Oficina de Asuntos Económicos y Financieros, 1989.
- DEPARTAMENTO DE SALUD. *Informe anual de estadísticas vitales 1985*. Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Administración, Oficina de Planificación, Evaluación e Informes: San Juan, Puerto Rico. Junio de 1987.
- DEPARTAMENTO DE SALUD. *Informe estadístico de facilidades de salud hospitalares 1985-1986*. Departamento de Salud, Administración de Facilidades y Servicios de Salud, Oficina de Estadísticas de Salud: San Juan, Puerto Rico. Octubre de 1989a.
- DEPARTAMENTO DE SALUD. *Informe anual de estadísticas vitales 1987*. Departamento de Salud, Administración de Facilidades y Servicios de Salud, Oficina de Estadísticas de Salud: San Juan, Puerto Rico. Diciembre de 1989b.
- DEPARTAMENTO DE SALUD. *Cáncer en Puerto Rico 1987*. Departamento de Salud, Registro Central de Cáncer. San Juan, Puerto Rico, 1989c.
- DEPARTAMENTO DE SALUD. Médicos activos en Puerto Rico durante el primer registro de profesionales. *Boletín Estadístico*, Año V No. 59, julio de 1985. Departamento de Salud, Administración de Facilidades y Servicios de Salud, Sistema cooperativo de Estadísticas de Salud: San Juan, Puerto Rico.
- DIETZ, V.J., NOVOTNY, T.E., RIGAU-PEREZ, J.G., SHULTZ, J.M. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and direct health care costs for Puerto Rico, 1983. *Bulletin of PAHO* 25(1), 1991.
- GAZTAMBIDE, J. La historia del tabaco en Puerto Rico. *Revista de Agricultura de Puerto Rico*. Departamento de Agricultura, julio de 1968.
- HAYNES, S.G., HARVEY, C., MONTES, H., COHEN, B.H. Patterns of cigarette smoking among Mexican-Americans, Puerto Ricans, and Cuban-Americans aged 20-74 years in the United States: Results from the Hispanic Health and Examination Survey, 1982-1986. En prensa, *American Journal of Public Health*, 1990.
- JAMISON, D.T., MOSLEY, W.H. Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change. *American Journal of Public Health* 81(1):15-22, enero de 1991.
- LEAL, G. Una juventud idealista, religiosa y bebedora. (Resultados de la encuesta encomendada por *El Nuevo Día* a la firma Human Communications) *El Nuevo Día*, 20 de junio de 1985, pp. 52-54.
- LEON, L. *Perfil demográfico de la población de Puerto Rico: 1980*. Centro de Datos Censales, Universidad de Puerto Rico, septiembre de 1985, p. 11.
- MAXWELL, J.C. *International Tobacco 1988: Part Two, The Maxwell Consumer Report*. Industry Update, No. 38, 30 de junio de 1989, WFS-2758.
- MILLER, A. *Informe Anual: Asociación Puertorriqueña del Pulmón 1988-1989*, pp. 10-14. San Juan, Puerto Rico, 1989.
- RIGAU, J. El tabaquismo y la salud. Progreso hacia los objetivos nacionales de salud para 1990 (XII). Departamento de Salud, *Los Objetivos de Salud para Estados Unidos en 1990 y su aplicación para Puerto Rico*. 1987.

RULLAN, J., SANTIAGO, A., APONTE, J., BONILLA, N., *et al.* Tendencias en el hábito de fumar cigarrillos en la población del área metropolitana de Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas, Escuela Graduada de Salud Pública, 1989 (Inédito).

SANTIAGO, A. Country Collaborator's Report (Inédito). Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C., 1990.

SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO. *San Juan: Asociación de Hospitales de Puerto Rico*, publicación del XXIV Congreso Mundial de Hospitales, mayo de 1985.

SORLIE, P.D., GARCIA-PALMIERI, M.R., COSTAS, R.,

et al. Cigarette smoking and coronary heart disease in Puerto Rico. *Prev Med* 11:304-316, 1982.

TURNER, H. Tobacco: Island industry, burned by law, is up in smoke. *The Sunday San Juan Star*. Vol. No. 306, 5 de septiembre de 1982.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking—25 Years of Progress*. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989.

República Dominicana

Características generales

La industria del tabaco

Agricultura

Fabricación y producción

Comercialización, publicidad y promoción

Prevalencia y consumo

Consumo

Encuestas sobre el comportamiento

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Políticas y estructura administrativa

Legislación

Impuestos

Organizaciones no gubernamentales

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

La República Dominicana es una nación de habla hispana que ocupa dos tercios de la isla de Santo Domingo; comparte la isla con Haití. La población estimada a mediados de 1990 fue de 7 170 000, y la República ocupa el tercer lugar en densidad demográfica entre los países de las Américas. En 1981, más de la mitad (52%) de la población era urbana (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1988). La población de la República Dominicana es muy joven, con un 37,9% de menores de 15 años de edad, y menos del 3% de 65 años de edad o más (Cuadro 1). La República experimentó una considerable depresión económica desde 1982 a 1986, con 27,2% de desempleo en 1985, reducción de los gastos sociales y de salud y disminución de la matrícula escolar. Empero, desde 1987, el turismo y la industria de la construcción han aumentado sustancialmente y la economía ha mejorado (OPS 1990). Los productos agrícolas, especialmente el azúcar, representan el 21,5% del total de las exportaciones. De todas las exportaciones, el 0,1% corresponde al tabaco criollo, exportado principalmente a España (OPS 1988; Chapman 1990).

La industria del tabaco

Agricultura

El tabaco es uno de los principales productos agrícolas de la República Dominicana. Según datos del Instituto del Tabaco de la República Dominicana (1988), el país tenía 31 000 hectáreas cultivadas con tabaco en 1988, lo que representa un aumento comparado con 24 000 hectáreas en 1986 (Chapman 1990). La mayor parte de la agricultura tabacalera se encuentra en la parte norte de la isla. En 1987 la producción de hojas secas fue de 21 186 500 kg; en 1988, la producción aumentó a 28 438 500 kg. Sesenta y cuatro por ciento del cultivo total de tabaco se exporta como hoja sin curar.

En 1989 la República Dominicana tenía 19 000 cultivadores de tabaco (de los Santos 1990), 900 de los cuales recibían asistencia técnica intensiva del Instituto del Tabaco y 10 982 asistencia técnica parcial. Los restantes estaban bajo el control de empresas pequeñas o funcionaban independientemente (Instituto del Tabaco 1989a). El Instituto del Tabaco consignó en su informe anual (1989b) que la mayoría de los cultivadores de tabaco estaban insatisfechos con los precios pagados ese año por las industrias manufactureras así como por los expor-

Cuadro 1. Indicadores económicos y de salud, República Dominicana, 1985-1990

Indicador	Valor
Población (1990)	7 169 846
% < 15	37,9
% ≥ 65	3
Esperanza de vida al nacer (hombres) (1985-90)	63,9
Esperanza de vida al nacer (mujeres) (1985-90)	68,1
Fecundidad global (1985-90)	3,75
Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos (1985-90)	65,0
Tasa cruda de mortalidad por 100 000 (1985)	0,6
Analfabetismo (1985)	23%
Tasa real de crecimiento del PNB (1980-88)	0,8%
PNB per cápita (1988)	\$US720

Fuentes: CELADE, 1990; Banco Mundial, 1990.

tadores y algunos informaron haber vendido menos del 50% de sus cosechas. Un informe de la Federación Nacional de Productores de Tabaco señaló que 28 000 agricultores abandonaron el cultivo del tabaco y migraron a las ciudades debido a una disminución en los ingresos de las exportaciones. Por lo tanto, el cultivo del tabaco puede haber alcanzado temporalmente un nivel alto en 1988 con una subsiguiente disminución en el número de agricultores y cantidad de hectáreas cultivadas desde entonces. En el mercado internacional del tabaco, las presiones económicas son considerables, lo cual sugiere que los agricultores quizás no se comprometan seriamente con este cultivo específico.

Fabricación y producción

La información sobre la producción y el consumo de cigarrillos proviene del Instituto del Tabaco (1989a,b) y de otras fuentes internacionales (Asociación de Comerciantes de Tabaco 1989, Maxwell 1990). Los datos de todas las fuentes son prácticamente idénticos.

La Compañía Anónima Tabacalera, de propiedad estatal, controlaba el 76,9% del mercado interno en 1976. Sin embargo, ha perdido gradualmente su participación en el mercado en favor de E. León Jiménez, una filial de la compañía Philip Morris. Hacia 1989 esta última empresa controlaba el

Cuadro 2. Producción, exportaciones, importaciones (en toneladas métricas), y consumo de cigarrillos per cápita (por persona de 15 años o más), República Dominicana, 1979-1988

Año	Producción	Exportaciones	Importaciones	Consumo per cápita
1979	3353	0	0	1284
1980	3365	0	0	1326
1981	3436	0	0	1297
1982	3500	0	0	1194
1983	3600	0	0	1180
1984	3645	0	0	1215
1985	3645	0	0	1203
1986	3775	0	0	1268
1987	4576	0	0	1396
1988	4631	0	0	1352

Fuente: Asociación de Fabricantes de Tabaco, 1989.

70,7% del mercado, mientras que a la empresa estatal correspondía solo el 29,3% (Maxwell 1990). La Compañía Anónima Tabacalera se convirtió en una filial de R.J. Reynolds, Inc. Hay otras 13 empresas manufactureras, dedicadas esencialmente a la producción de puros. La producción de cigarrillos pasó de 3300 millones en 1979 a 4600 millones en 1988, de los cuales 4400 millones tenían filtro (Asociación de Comerciantes de Tabaco 1989) (Cuadro 2). No obstante, la producción de puros está declinando. En 1983, la producción de puros se estimó en 80 millones de unidades, y para 1988 había descendido a 53,5 millones (Asociación de Comerciantes de Tabaco 1989). En 1984, la balanza comercial de la República Dominicana arrojó un superávit de \$US29 millones en el rubro del tabaco (Chapman 1990).

Comercialización, publicidad y promoción

Los cigarrillos Marlboro son la marca más popular vendida en la República Dominicana, cuya participación en el mercado aumentó de 15% en 1978 a 51,1% en 1989 (Davis 1986; World Bank 1990). Este aumento no es sorprendente, dado que la marca se promociona intensamente en todo el país, y el ambiente está saturado de logos en camisetas, carteles en las calles, paradas de ómnibus, mostradores en aeropuertos, marquesinas en los teatros, carteles en restaurantes, estadios deportivos y campos de baseball. Una caja de Marlboro de aproximadamente 7,5 m de altura e inflada con aire domina el bulevar marítimo de la ciudad capital (Davis 1986). La publicidad por televisión de los productos de cigarrillo es común, especialmente para Marlboro.

El precio de un paquete de 20 cigarrillos de la

marca más vendida es \$US0,75. Sin embargo, los paquetes de 10 cigarrillos son más populares y representan el 76% del mercado (Maxwell 1990). Los cigarrillos también se venden individualmente y en máquinas expendedoras (de los Santos 1990).

Prevalencia y consumo

Consumo

Entre la población de 15 años y más, el consumo de cigarrillos per cápita aumentó de 1106 en 1976 a 1361 en 1989. El 94% de los cigarrillos que se consumen actualmente en la República Dominicana son fabricados con tabaco rubio Virginia y con filtro (Maxwell 1990). Esto sugiere una exitosa creación de mercado por parte de las empresas tabacaleras transnacionales, tal como la que experimentaron muchos otros países de las Américas.

Encuestas sobre el comportamiento

En la República Dominicana se han realizado varias encuestas sobre el consumo de tabaco (Cuadro 3). En 1985 se encuestó a 710 maestros de escuelas secundarias de Santo Domingo sobre su consumo de tabaco y sus conocimientos acerca de los efectos nocivos de dicho consumo. La tasa de respuesta en esta encuesta fue de 79%. En total, 41% de los maestros eran fumadores actuales (50,7% de los hombres y 25,1% de las mujeres). Solo 7% eran exfumadores. La mayoría (60,5%) de los fumadores consumían menos de 10 cigarrillos al día. La razón principal que adujeron para comenzar a fumar fue "la curiosidad". Las razones principales de los fumadores actuales para continuar fumando fueron "la costumbre" y "por relajación". Del total de

Cuadro 3. Encuestas sobre tabaquismo y prevalencia (%) del tabaquismo, por sexo, República Dominicana, 1985-1990

Autor	Año	Muestra	N	Prevalencia		
				Hombres	Mujeres	Ambos
Pimentel (1987)	1985	Maestros	710	50,7	25,1	41,5
Ferraros (1987)	1986	Estudiantes de secundaria	5318			30,0
Pimentel (1991a)	1986	Médicos	580	43,0	16,9	34,5
Candelaria (1989)	1989	Empleados de SESPAS	704	24,8	20,0	22,2
de los Santos (1990)	1990	Población general	502	66,3	13,6	49,8
Vincent (1991)	1990	Viviendas	1388	36,0	33,1	34,9
Pimentel (1991b)	1990	Estudiantes médicos y dentistas	754			75,2

encuestados, 56,8% consideraron que la prohibición de fumar en la escuela sería eficaz para disminuir el tabaquismo; 72,4% de ellos concordaron en que los maestros que fuman contribuyen a que los estudiantes se inicien en el tabaquismo (Pimentel *et al.* 1987).

En 1986, Pimentel (1991a) llevó a cabo una encuesta de 580 médicos en relación con el consumo de tabaco y los trastornos respiratorios. De la muestra total, 34,5% eran fumadores actuales (43% de los hombres y 16,9% de las mujeres). De los fumadores, 35% notificaron padecer de trastornos respiratorios; solo 15% de los exfumadores, pero ninguno de los que nunca fumaron, notificaron tener problemas respiratorios, tales como tos y disnea.

En 1989, 704 empleados de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) que estaban trabajando el día de la encuesta respondieron preguntas sobre el tabaquismo (Candelaria y Feliz 1989). En total, un 22,2% (24,8% de los hombres y 20,0% de las mujeres) eran fumadores en el momento de la encuesta. Si muchos de los no que no estuvieron disponibles para la encuesta eran fumadores, puede haberse subestimado la prevalencia del tabaquismo. Sin embargo, la prevalencia del tabaquismo entre los profesionales de atención de la salud es inferior a la de la población en general en la mayoría de los países, y estos datos sugieren que es probable que la República Dominicana siga este modelo. No obstante, la alta tasa del tabaquismo entre los médicos en la encuesta de Pimentel (1991a) fue igual a la del nivel notificado entre el personal médico de SESPAS (33,0%).

El Ministerio de Salud realizó una encuesta nacional en 1989 entre 251 hombres y 251 mujeres, de 15 a 90 años (de los Santos 1990). La información sobre la metodología de esta encuesta no está disponible. Entre los entrevistados de 20 a 79 años, la

prevalencia de tabaquismo en el momento de la encuesta fue de 49,8%. La prevalencia fue 4,8 veces mayor entre los hombres que entre las mujeres (66,3 frente a 13,6%). Este rango es similar al informado por otros países latinos del Caribe, como Cuba.

Varias encuestas en Santo Domingo proporcionan alguna información sobre el tabaquismo y la salud entre niños y adolescentes. Se encuestó a 5318 estudiantes de secundaria de Santo Domingo en 1986 en relación con el tabaquismo y trastornos respiratorios. De ellos, 30% eran fumadores diarios y de estos, 41,8% admitió tener trastornos respiratorios, tales como tos y congestión nasal (Ferraros *et al.* 1987).

Pimentel (1991b) llevó a cabo una encuesta de 754 estudiantes de medicina y odontología de la Universidad Iberoamericana. De estos estudiantes, un sorprendente 75,2% eran fumadores actuales y un 4,8% eran exfumadores. En contraste con la cantidad menor de cigarrillos diarios que los médicos notificaron fumar, más de la mitad de los fumadores de esta muestra (53,4%) fumaban más de 16 cigarrillos al día.

Por último, hubo una encuesta domiciliar de 1388 personas de 15 a 55 años y más, residentes en Santo Domingo, realizada por investigadores de la University of South Florida en 1990 y 1991 (Cuadro 4). Esta encuesta evaluó los conocimientos sobre el tabaquismo y también sobre los síntomas de la tos matutina y la respiración corta, además de los logros en cuanto a la educación y el ingreso de la unidad familiar de cada entrevistado. También se evaluó la edad media en que los entrevistados empezaron a fumar. En total, la prevalencia del tabaquismo en el momento de la encuesta entre los residentes de Santo Domingo fue de 34,9% (36,0% entre los hombres y 33,1% entre las mujeres). Estos resultados sugieren que los residentes urbanos

Cuadro 4. Prevalencia (%) de fumadores actuales, ex-fumadores o personas que nunca fumaron entre los residentes de Santo Domingo, República Dominicana, 1991

Estado	Hombres		Mujeres		Ambos	
	%	N	%	N	%	N
Fumadores actuales	36,0	233	33,1	251	34,9	484
Exfumadores	12,4	80	10,2	77	11,3	157
Nunca fumaron	43,6	347	56,7	430	53,8	747
Total	100,0	647	100,0	759	100,0	1388

Fuente: Vincent *et al.* 1991.

masculinos y femeninos no difieren en las tasas de consumo de tabaco. La edad media de iniciación fue a los 17,3 años. Los fumadores actuales tenían un nivel inferior de logros en educación en comparación con los que nunca habían fumado, y no había diferencia en su situación en relación con el tabaquismo debido al ingreso. La cifra de los fumadores actuales que informaron tener tos matutina y respiración corta fue significativamente mayor que la correspondiente a los que nunca habían fumado, y casi todos ellos (97,4%) estuvieron de acuerdo en que fumar es peligroso para la salud. Sin embargo, otras preguntas de esta encuesta sugieren que los entrevistados tenían poca información en cuanto a la relación entre el tabaquismo y tipos específicos de enfermedades (Vincent 1991). Solo el 11,3% había dejado de fumar.

Tabaquismo y salud

En 1985, el 15% de las defunciones registradas en la República Dominicana fueron atribuidas a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (CIE 780-799). El subregistro se estimó en un 40,3% de 1980 a 1985 (OPS 1990). Esto indica una considerable falta de precisión en la asignación de la causa de defunción. En consecuencia, las estadísticas de mortalidad se deben interpretar con precaución.

De 27 844 defunciones en 1985, las principales causas y las mayores proporciones de las defunciones registradas fueron por enfermedades del corazón (CIE 390-492, 19,2%), enfermedades perinatales (CIE 760-769, 11,6%), tumores malignos (CIE 140-208, 7,4%), infecciones intestinales (CIE 007-009, 7,3%), enfermedad cerebrovascular (CIE 430-438, 7,3%) y accidentes (CIE E800-E949, E980-989, 7,0%) (OPS 1990). Las enfermedades crónicas son la causa predominante de muerte en la República Dominicana, y muchas de las causas más comunes, incluyendo las afecciones perinatales y las muertes por incendios, se pueden asociar al tabaquismo.

En general, las tasas de mortalidad ajustadas por edad y por edad específica para las enfermedades cardiovasculares y las malignas asociadas con el tabaquismo son más altas para los hombres que para las mujeres (Cuadro 5). Existen datos disponibles sobre la cardiopatía isquémica para 1985 y 1988; en base a los datos de estos dos años, la mortalidad ajustada por edad y por edad específica para esta afección asociada al tabaquismo registró un incremento para los hombres de 35 años de edad o más. Esto puede reflejar un aumento de la prevalencia de los factores de riesgo cardíaco entre los residentes de la República Dominicana en años recientes, al igual que una mejor notificación y registro de las defunciones.

En 1984, Cruz Tavarez (1984) informó acerca de un estudio de 84 lactantes alimentados con leche materna de madres fumadoras y no fumadoras. Notificaron no tener suficiente leche 81% de las madres fumadoras y 18,7% de las no fumadoras. Los niños de las fumadoras tenían por lo común más problemas de salud que los de las no fumadoras. Entre los problemas se incluían un porcentaje más alto de niños en los tres percentiles más bajos en cuanto al peso a los seis meses de edad (44,4% frente a 11,1%) y un porcentaje más alto de infecciones pulmonares (31,3% frente a 6,3%).

En un estudio en que se comparó a 50 niños de padres que fumaban con 50 de padres que no eran fumadores, Pimentel (1991b) notificó que tanto las infecciones respiratorias (48 frente a 22%) como las hospitalizaciones (26 frente a 10%) eran más comunes en los niños de los fumadores que en los hijos de los no fumadores.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Políticas y estructura administrativa

La República Dominicana no tiene una política oficial, plan o programa para controlar el con-

Cuadro 5. Tasas de mortalidad (por 100 000 personas) para enfermedades relacionadas con el tabaco, por edad y sexo, República Dominicana, 1985

Causa de defunción (CIE-9)	Sexo	Año	Tasa ajustada	35-44	45-54	55-64
			por edad ^a			
Cardiopatía isquémica (410-414)	M	1985	36,3	19,5	68,6	168,6
		1988	71,1	20,8	73,0	215,1
	F	1985	25,7	14,8	43,9	90,9
		1988	38,6	5,6	19,8	71,3
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	M	1985	31,9	10,3	57,3	124,1
	F	1985	29,7	18,3	58,4	88,5
Tumor maligno del labio, cavidad bucal y faringe (140-149)	M	1985	1,6	0,4	3,6	6,9
	F	1985	1,0	0,7	4,0	2,4
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (162)	M	1985	4,0	1,4	7,2	25,3
	F	1985	1,1	—	2,5	6,4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 1986 y 1990.

^aTasas ajustadas para todas las edades de acuerdo con la población de América Latina.

sumo de tabaco. Sin embargo, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social ha apoyado diversas iniciativas conexas y participa en los esfuerzos nacionales e internacionales dirigidos a la limitación del consumo de tabaco, como el Día Mundial sin Tabaco de la OMS. El Comité Dominicano sobre Tabaquismo y Salud recibe apoyo oficial aunque actúa independientemente del Gobierno y no es un programa funcional de salud (ver sección sobre Organizaciones no gubernamentales, infra).

Legislación

La única legislación relacionada con el tabaco es una prohibición de la venta y el suministro de bebidas alcohólicas y productos de tabaco a los menores de 16 años de edad (Ley No. 272). Se había presentado un anteproyecto a la Cámara de Diputados para reglamentar y restringir la publicidad del tabaco y el alcohol en los medios de información. En 1992 la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados reconsiderará un proyecto, con modificaciones.

Impuestos

El impuesto sobre los cigarrillos es equivalente a 13,4% del precio de venta al detalle, pero la estructura de precios del cigarrillo es de dos niveles, con las marcas más caras como Marlboro gravadas con una tasa mayor (Romero 1989). De acuerdo con datos preliminares del Ministerio de Finanzas, los impuestos al tabaco representaron el

2,29% del total de los ingresos fiscales del Gobierno en 1988. Sin embargo, los ingresos relativos del tabaco disminuyeron desde 1984 a 1988 (Cuadro 6). En 1984, los productos tabacaleros contribuyeron 3,81% de los ingresos por impuestos (Romero 1989).

Organizaciones no gubernamentales

En 1989 se creó el Comité Dominicano sobre Tabaquismo y Salud como resultado del Primer Taller Dominicano sobre el Tabaco y la Salud celebrado ese año. Su presidente honorario es el Ministro de Salud Pública. Este Comité mantiene su presencia ante la opinión pública mediante presentaciones en los medios de comunicación de

Cuadro 6. Ingresos del Gobierno central por impuestos sobre los cigarrillos, en millones de \$RD, República Dominicana, 1984-1988

Año	Impuesto	Porcentaje de ingresos por impuestos
1984	40,6	3,81
1985	51,6	3,04
1986	60,8	2,85
1987	70,1	2,46
1988	99,1	2,29

Fuente: Romero, 1989.

masas. Además, se han realizado talleres con diversas organizaciones sobre los efectos del tabaco en la salud.

Resumen y conclusiones

La República Dominicana es un ejemplo típico de los países agrícolas pequeños, en los cuales el cultivo del tabaco tuvo, en años anteriores, una mayor importancia para la economía nacional. Con el incremento en el turismo y la construcción, la agricultura del tabaco declinó en volumen e importancia como cultivo de exportación. Las empresas tabacaleras multinacionales, especialmente la Philip Morris, Inc., han logrado desplazar tanto el gusto de los consumidores como los ingresos nacionales que producía el tabaco negro de la industria nacional hacia el tabaco rubio tipo Virginia manufacturado principalmente bajo da imagen del producto de consumo que goza de mayor comercialización en el mundo: los cigarrillos Marlboro. El logotipo de Marlboro satura la sociedad dominicana, hasta tal punto que los anuncios del cigarrillo pagan los carteles públicos de las calles. Es de comprender que Marlboro haya aumentado su participación en el mercado en un 300% durante el último decenio.

Resulta difícil medir en la República Dominicana el efecto del tabaco en las enfermedades. En el país se han realizado varias encuestas y los datos sugieren que la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres va en aumento. Las tasas de mortalidad por cardiopatía parecen haber aumentado de 1985 a 1988, posiblemente como resultado de una mayor exposición de la población al tabaco, pero hasta ahora las tasas de mortalidad para la enfermedad maligna relacionada con el tabaquismo son bajas. El alto grado de subregistro y la clasificación errónea de las causas de defunción impiden el análisis exacto de la mortalidad atribuible al tabaquismo.

Sin embargo, estudios del efecto del tabaquismo en la lactancia materna y en las afecciones respiratorias tanto de adultos como de niños en la República Dominicana proporcionan pruebas convincentes de los efectos negativos específicos que tiene el tabaquismo para la salud de ambos grupos. Dadas estas pruebas es sorprendente encontrar altas tasas de tabaquismo entre maestros y médicos así como tasas excesivamente altas entre estudiantes de medicina y odontología.

La industria del tabaco parece estar bien representada por intermedio del Instituto del Tabaco y la Federación Nacional de Productores de Tabaco. Han sido escasas las actividades organizadas para la prevención y el control del consumo de tabaco en

la República Dominicana, pero los recursos para la salud y la prevención de enfermedades pueden ser incrementados en un futuro cercano (OPS 1990). En la actualidad, grupos de voluntarios, autorizados por el Ministerio de Salud, están empezando a proveer la información pública necesaria antes de que se puedan llevar a cabo programas organizados y eficaces para el control del tabaco. En base a los limitados datos disponibles en la República Dominicana, se pueden sacar las siguientes conclusiones:

1. Aproximadamente un tercio del público en general informa que son fumadores en la actualidad. Una proporción más pequeña del personal del departamento de salud son fumadores pero más de un tercio de los médicos lo son. La prevalencia del tabaquismo es mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres. El 30%, aproximadamente, de los estudiantes de secundaria son fumadores.
2. La producción y el consumo de tabaco han descendido cuantificablemente en el último decenio. El tabaco aportó menos del 3% de los ingresos fiscales (\$RD99,1 millones) en 1988 y esta proporción ha disminuido en forma sostenida desde 1984. Los agricultores de tabaco están abandonando este cultivo debido a la reducción de los precios internacionales para las exportaciones dominicanas.
3. Las tasas de mortalidad para las enfermedades relacionadas con el tabaquismo son más elevadas entre los hombres que entre las mujeres y, al menos para las cardiopatías, la tasa de mortalidad ha aumentado desde 1985 a 1988. Las afecciones respiratorias han demostrado ser mucho más comunes entre los fumadores en comparación con los no fumadores y entre los hijos de fumadores en comparación con los de los no fumadores.
4. Las actividades para el control del tabaquismo dependen principalmente de grupos voluntarios en la República Dominicana, pero se ha establecido el Comité Dominicano sobre Tabaquismo y Salud para centrar la atención pública en los efectos del tabaco sobre la salud. Se necesita una mayor cantidad de datos, encuestas y programas.

Referencias

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989—Poverty*. New York: Oxford University Press, junio de 1990.

- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990*. New York: Oxford University Press, 1990.
- CANDELARIA, S., FELIZ, B.M. Hábito de fumar en los empleados de las SESPAS. Dirección Técnica de Sistemas, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 1989.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. Santiago, Chile: CELADE, Vol. 13, no. 45, enero de 1990.
- CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. International Organization of Consumers Unions. Penang, Malaysia, 1990.
- CRUZ TAVAREZ, P., GARCIA, V., PIMENTEL, R.D. *et al.* Algunas repercusiones del tabaco sobre el niño y la producción de leche de madres fumadoras. *Archivos Dominicanos de Pediatría* 20(2):37-40, mayo/agosto de 1984.
- DAVIS, R.M. Promotion of cigarettes in developing countries. *JAMA* 255(8):993, 1986.
- INSTITUTO DEL TABACO. *Boletín Estadístico No. 41, 1987*. Santo Domingo: Subprograma de Planificación y Estadística, Instituto del Tabaco de República Dominicana, 27 de septiembre de 1988.
- INSTITUTO DEL TABACO. *Programa Tabacalero 1989-1990*. Santiago: Instituto del Tabaco de República Dominicana, septiembre, 1989a.
- INSTITUTO DEL TABACO. *Memoria Anual 1989*. Santo Domingo: Instituto del Tabaco de República Dominicana, 1989b.
- MAXWELL, J.C. JR. *The Maxwell Consumer Report: International Tobacco 1989, Part One*. Richmond, Virginia: Wheat First Securities/Butcher and Singer, Inc. WFBS-5455, 18 de mayo de 1990.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Control del hábito de fumar—IV Taller Subregional: Mesoamérica*, 31 de octubre al 3 de noviembre, 1988, Informe Preliminar.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990*. Washington, D.C.: Publicación Científica No. 524, 1990.
- PIMENTEL, R.D., ABREU-MORENO, D.R., PENAOTORIBIO, P.I., *et al.* Tabaquismo en los médicos de Santo Domingo: efecto sobre la función respiratoria y actitud frente al hábito de los pacientes. *Boletín CENISMI* 1(8): 59-66, 1991a.
- PIMENTEL, R.D., CUSTODIO, J., FONTANA, V., *et al.* Admisiones hospitalarias por infecciones bronquiales y hábitos parentales de fumar. *Boletín CENISMI* 1(4):6-7, 1991b.
- PIMENTEL, R.D., FELIZ, E., PASCUAL, Y.A., SANTOS, A.A., LEE, A.E. Opiniones en relación al tabaquismo de profesores de escuelas secundarias en Santo Domingo, República Dominicana. *Revista Médica de Costa Rica* 501:165-167, 1987.
- ROMERO, J. Ingresos fiscales y el ITBI. Bebidas y tabaco aportan 7,5% tributarios *Listín Diario* No. 25785, martes, 13 de junio de 1989.
- TOBACCO MERCHANTS ASSOCIATION OF THE UNITED STATES. *Special Report: Production and Consumption of Tobacco Products for Selected Countries 1979-1988*. Special Report 89-3, Princeton, New Jersey, 28 de septiembre de 1989.
- VINCENT, A.L., BRADHAM, D.D., FISHER, S.K. A residential survey of smoking in the Dominican Republic. Manuscrito inédito fechado 21 de julio de 1991.

Suriname, Aruba y Antillas Neerlandesas

Características generales

- Dinámica de la población
- Indicadores de salud

La industria del tabaco

- Agricultura y manufactura
- Comercialización

Prevalencia y consumo

- Consumo
- Datos de encuestas

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Actividades gubernamentales
- Actividades no gubernamentales

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

En este capítulo se describirán los asuntos relacionados con el tabaco y la salud en las Antillas Neerlandesas, Aruba y Suriname. Aruba es una isla situada 24 km al norte de Venezuela. Suriname, antigua Guayana Holandesa, está localizada en la parte septentrional del Continente sudamericano entre Guyana y la Guayana Francesa. Las Antillas Neerlandesas comprenden las islas de Curazao y Bonaire (también al norte de Venezuela) y las de Saba, San Eustaquio y San Martín, que son parte de las islas de Barlovento en el archipiélago antillano al oriente de Puerto Rico. La población oscila entre 1029 en Saba y 352 041 en Suriname.

Hasta los años 80, la economía de Suriname se basaba principalmente en la explotación de bauxita, que representó 75% de los ingresos de exportación (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990). La agricultura y la elaboración de alimentos constituyeron el resto de las exportaciones e incluyeron arroz, banano, aceite de palma, frutas cítricas y madera. Hasta 1982, la ayuda económica de los Países Bajos representó 10% del producto nacional bruto (PNB) de Suriname. Esa ayuda se descontinuó después de un golpe militar ocurrido en 1980. El golpe fue seguido de una crisis económica que se exacerbó más con la baja del precio mundial de la bauxita y una reducción del 45% en la explotación minera. Esa disminución de las exportaciones que generan divisas ocasionó una acusada baja de las importaciones. Como resultado, ha sido poco el crecimiento económico de Suriname desde 1981. Se estima que el producto interno bruto per cápita fue de \$US2500 en 1982 y de \$US2757 en 1987 (OPS, 1990).

La economía de Aruba y las Antillas Neerlandesas se basa principalmente en la producción de petróleo y el turismo. La baja de los precios del petróleo a comienzos de los años 80 contribuyó mucho a una grave recesión con un alto índice de inflación de 1982 a 1985. Pese a este cambio económico desfavorable, en 1987 el PNB per cápita fue de \$US10 000 debido en parte a un comercio turístico cada vez más vibrante en esas islas (OPS, 1990).

Dinámica de la población

Según el censo de 1980, la población de Suriname era de cerca de 352 041 habitantes. La mayoría (95%), que es una mezcla de razas criolla, javanesa, indostánica y china, vive a lo largo de las llanuras costeras. El resto, de origen amerindio y negro africano, está disperso por las zonas monta-

ñosas y boscosas del interior. La población es joven, en su mayoría, y más del 50% tiene menos de 20 años. Sin embargo, las estimaciones de población de 1987 sugieren que hay un número desproporcionadamente mayor de mujeres que de hombres en el grupo de edad de 25 a 44 años. Este puede ser el resultado de la emigración en gran escala de hombres jóvenes en busca de oportunidades de trabajo y estudio en los Países Bajos ocurrida en 1975 (año de la independencia) y después de la revolución de 1980 (OPS, 1990).

Según el censo realizado en las Antillas Neerlandesas en 1981, 28,9% de la población era menor de 15 años y 6,5% tenía 65 años o más. La población es una mezcla de razas negra, europea y amerindia. Aunque no hay cifras conocidas sobre migración interna, fue sustancial la emigración de Aruba entre 1985 y 1987 después del cierre de una refinería de petróleo, lo que redujo la población entre 1984 y 1987. Se estima que en 1988 la tasa anual de crecimiento demográfico fue de 1,5%. La población de Curazao y Bonaire también se ha reducido en los últimos años; en cambio la de San Martín, San Eustaquio y Saba ha crecido (OPS, 1990).

Indicadores de salud

Los servicios de salud de Suriname se prestan por medio de una red bien establecida de instalaciones de atención primaria en el interior y la costa. Suriname tiene dos hospitales privados y tres públicos. Los programas verticales, como la erradicación de la malaria, se han incorporado con éxito a la prestación de atención primaria de salud.

La población de Aruba y las Antillas Neerlandesas tiene a su servicio 35 establecimientos, incluso un hospital general en cada isla e instituciones especializadas, por ejemplo, hospitales pediátricos, de maternidad y psiquiátricos. Con excepción de uno de estos últimos, todos los hospitales de Curazao son privados.

La diferencia entre la economía de Suriname y la de Aruba y las Antillas Neerlandesas se refleja en el estado de salud de la población (Cuadro 1). Por ejemplo, la tasa de mortalidad de lactantes de Aruba y las Antillas Neerlandesas se redujo de 23,8 por cada 1000 nacidos vivos en 1981 a 11,8 en 1988 y la de Suriname fue de 26,7 por cada 1000 nacidos vivos en 1987. El constante éxodo de personal médico de Suriname puede contribuir, en parte, a las mayores tasas de defunción, natalidad y fecundidad y a la menor esperanza de vida en esta excolonia holandesa, en comparación con lo observado en Aruba y las Antillas Neerlandesas.

Cuadro 1. Indicadores de salud, Suriname, Aruba y las Antillas Neerlandesas, 1987

Indicador de salud	Suriname	Aruba y Antillas Neerlandesas
Tasa bruta de natalidad	25,0	17,5
Tasa de fecundidad (por 1000 mujeres de 15 a 44 años)	128,4	73,5
Tasa bruta de mortalidad	6,1	5,4
Tasa de mortalidad infantil	26,7	11,8
Esperanza de vida al nacer (hombres)	63,6	71,1
(mujeres)	71,7	75,8

Fuente: OPS, 1990.

La industria del tabaco

Agricultura y manufactura

Pese al gran número de actividades agrícolas, no se cultiva tabaco en Suriname, Aruba ni las An-

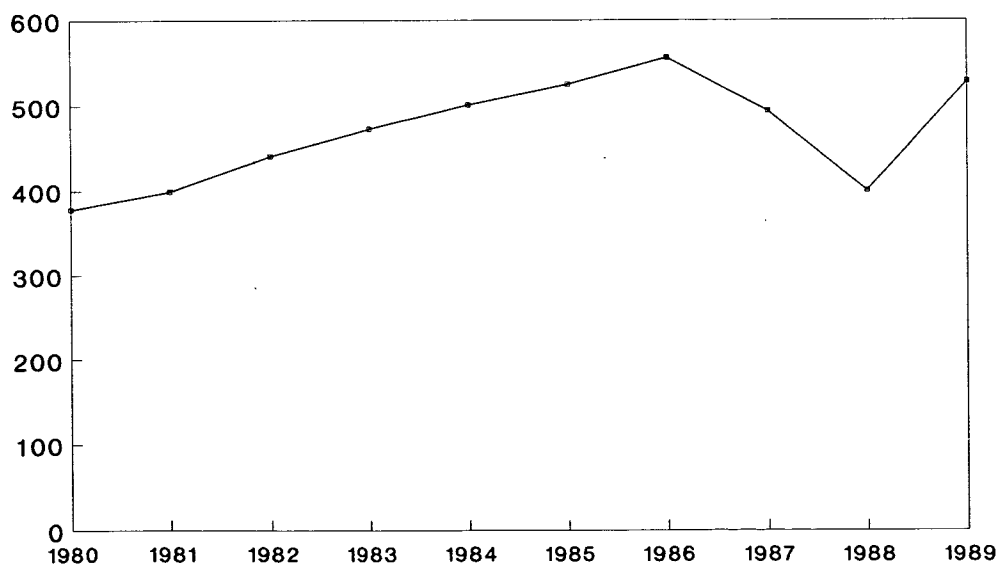
tillas Neerlandesas. En 1989, dos fábricas de tabaco importaron 422 000 kg de tabaco a Suriname, con escasas divisas para la compra de dicha materia prima, y manufacturaron un total de 528 millones de cigarrillos con licencia de la British American Tobacco Company, la única fábrica de cigarrillos que funciona en Suriname. La producción de cigarrillos aumentó constantemente de 1980 a 1986, pero la notificada después ha fluctuado mucho (Figura 1).

Comercialización

La marca local Tacoma representó 95% del mercado legítimo de cigarrillos en Suriname en 1990. Las marcas importadas Morello, Skwala y Mix representaron el 5% restante. Los cigarrillos se venden en cajetillas de 20, cuyo precio al por menor es de unos \$US2. Aunque la mayoría de los cigarrillos de fabricación nacional son consumidos por la población local, algunos se exportan de contrabando a Guyana. La naturaleza ilícita del comercio dificulta cualquier estimación de su volumen (Bakker, 1990).

Los cigarrillos Marlboro son fabricados en Aruba por la Superior Tobacco Company con licencia de la compañía Philip Morris. Esta marca representa 95% del mercado de cigarrillos. En 1989 se produjeron en Aruba 150 millones de cigarrillos, de

Figura 1. Producción de cigarrillos, en millones, Suriname, 1980-1989



Fuente: Bakker, 1990.

los cuales se exportaron 78 millones a Curazao. Las importaciones de cigarrillos fluctúan mucho, en parte, por variaciones estacionales de las compras de artículos hechas por los turistas en las zonas francas (Vorst, 1990).

El consumo anual per cápita de personas de 15 años o más en las Antillas Neerlandesas se estimó en 2080 cigarrillos en 1987 (Euromonitor Consultancy, 1989). Si bien el comercio ilícito de cigarrillos no se puede documentar con facilidad, se cree que las Antillas Neerlandesas y Aruba son importantes puntos de transbordo de ese comercio a Colombia, país que prohíbe actualmente las importaciones de cigarrillos (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos [USDHHS], 1992). Se ha estimado que los cigarrillos de contrabando representan aproximadamente 40% del mercado de ese rubro en Colombia (Nares, 1991).

Prevalencia y consumo

Consumo

Puesto que muchas personas naturales de Suriname reciben cigarrillos de parientes que viven en el exterior, en los datos sobre la producción, importación y exportación de cigarrillos se puede subestimar mucho el consumo interno de productos del tabaco. En las Antillas Neerlandesas y Aruba, los datos sobre importación de cigarrillos no se pueden usar para estimar con precisión el consumo interno por causa del creciente volumen de compras hechas por los turistas en zonas francas (Lagro 1990) y del citado comercio ilícito de productos del tabaco. Por tanto, las encuestas sobre comportamiento pueden proporcionar información más pertinente sobre el uso del tabaco en esas regiones.

Datos de encuestas

Se han realizado varias encuestas dispersas de adultos y jóvenes en los últimos 10 años en Suriname y Aruba, pero no se dispone de ninguna en las Antillas Neerlandesas. En 1985, 1038 de las mujeres embarazadas de 15 a 48 años que visitaron determinados centros de salud en las zonas urbanas de Paramaribo y Wanica formaron parte de una encuesta sobre los factores de riesgo para la salud (Bakker, 1990). De todas las mujeres encuestadas, 26,2% fumaban regularmente al menos un cigarrillo a la semana. Cerca de 10% eran exfumadoras (es decir, no habían fumado en tres o más meses anteriores a la encuesta). La prevalencia del

tabaquismo regular varió según el origen étnico: 38% de las jóvenes de origen criollo e indostanés fumaban en el momento de la encuesta en comparación con 20% o menos de las naturales de las Indias Orientales y las de origen negro africano. Las fumadoras del momento consumían, en su mayoría (85%), menos de un paquete de 20 cigarrillos a la semana. La edad media de iniciación (es decir, cuando se consumió el primer cigarrillo) de la población en general que formó parte de la encuesta fue de 18,3 años.

En 1987 y 1988, se hizo una encuesta de uso de drogas y alcohol entre escolares de 10 a 19 años en tres centros urbanos y cuatro zonas rurales de Suriname (Bakker, 1990). En total, 36% de los niños y 12% de las niñas participantes declararon que habían fumado cigarrillos alguna vez. La prevalencia del uso de tabaco alguna vez fue un poco mayor entre los estudiantes de las zonas rurales que entre los de las urbanas. Al igual que en el estudio citado, la prevalencia de personas que fumaron alguna vez fue mayor entre las de origen javanés (29%) y criollo (25%) que entre las de origen indostánico (18%). También se preguntó a los estudiantes si sabían algo sobre los efectos del tabaquismo para la salud. Sesenta y seis por ciento de la muestra declaró que no sabía que se asociara al tabaquismo con la reducción de la esperanza de vida y 50% que estaba consciente de que se le asociaba con el cáncer de pulmón.

En 1989, se estudió una muestra aleatoria de 1% de la población de Aruba de 15 o más años para determinar los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, incluso del hábito de fumar cigarrillos (Vorst, 1990). La muestra final estuvo formada por 270 hombres y 353 mujeres. De ese grupo, 32% de los hombres y 13% de las mujeres se clasificaron como fumadores y 17% de los primeros y 6% de las últimas como exfumadores (no existen otras definiciones de las diversas clases de fumadores).

En 1988, se hizo una encuesta de 339 jóvenes de Aruba de 13 a 21 años escogidos en 13 de las 25 escuelas secundarias de la isla para determinar su consumo de drogas y alcohol (Vorst, 1990). Como dicha encuesta fue parte de otra normalizada de mayores dimensiones hecha en 1987 con jóvenes holandeses y de otras nacionalidades europeas para determinar el consumo de drogas y alcohol, fue posible hacer comparaciones entre los jóvenes isleños y los europeos (Hubert, 1988). Para fines de esta encuesta, los antecedentes de tabaquismo durante toda la vida se definieron como el haber fumado 20 cigarrillos o más. En la encuesta no se seleccionó una muestra aleatoria de estudiantes,

pero se escogió un número suficiente de cada grupo de edad en representación de tres: de 13 a 15, de 16 a 17 y de 18 a 21 años. La tasa de respuesta fue de 100% en esta encuesta hecha en las escuelas mediante un cuestionario autoadministrado. Sesenta y siete por ciento de los estudiantes de la muestra total (72% de los niños y 61% de las niñas) declararon que habían fumado cigarrillos durante toda la vida. De ese grupo, 18% había fumado 20 veces o más en los 30 días precedentes. La prevalencia del tabaquismo entre los niños de ese grupo fue el doble de la observada entre las niñas (23,9 frente a 11,9%). Tanto los primeros como las últimas habían fumado su primer cigarrillo a la misma edad media, que fue de 13,2 años. El porcentaje del uso de cigarrillos durante toda la vida aumentó de 53,8% entre los jóvenes de 13 a 15 años a 75,6% entre los de 18 a 21. Se descubrió que la prevalencia del uso de cigarrillos durante toda la vida entre los jóvenes de Aruba era mayor que la observada entre los holandeses y otros europeos del mismo grupo de edad (67 frente a 53,5%).

Tabaquismo y salud

Por causa del reducido número de defunciones ocurridas en esas islas y países, no se pueden analizar los datos de mortalidad con respecto a las fracciones atribuibles al tabaquismo. Sin embargo, los análisis de mortalidad proporcionados cuando se ha especificado la causa de defunción en el certificado de defunción pueden ayudar a entender el efecto nocivo actual del tabaco en esos pequeños países y dependencias. El certificado mé-

dico de la causa de defunción es sumamente variable de un año a otro y de una región de Suriname a otra (y, por tanto, lo mismo sucede con la calidad de los datos). Debido al deterioro general del sistema de vigilancia de la salud, la falta de certificación de defunciones aun en los hospitales aumentó a 25% en 1989 (Bakker, 1990). De las 2427 defunciones registradas en Suriname en 1985, las causas mal definidas representaron 15%. Sin embargo, en Aruba y las Antillas Neerlandesas, el registro de mortalidad ha mejorado en los últimos años, de manera que en 1989 solo 5,3% de las defunciones se clasificaron como "mal definidas" (Vorst, 1989). En 1981, 6,1% de las defunciones ocurridas en Curazao se atribuyeron a causas "mal definidas" (OPS, 1990).

Las cinco causas principales de defunción en Suriname, Aruba y las Antillas Neerlandesas (Curazao) parecen tener una clasificación similar y en cada una de esas islas las enfermedades cardiovasculares y los tumores ocupan los lugares primero y segundo en importancia, respectivamente (Cuadro 2). Por tanto, esa población ya ha comenzado a demostrar la transición epidemiológica en la expresión de enfermedades, que es más característica de los países desarrollados (Jamison y Mosley, 1991). Los patrones de mortalidad por ciertas enfermedades causadas por el tabaquismo (bronquitis, enfisema y asma; neumonía e influenza; cáncer de pulmón; cáncer del labio, la cavidad bucal y la faringe; enfermedad cerebrovascular; y cardiopatía isquémica) observados en Suriname y las Antillas Neerlandesas muestran marcadas diferencias. No existen datos detallados de mortalidad por causas

Cuadro 2. Causas principales de defunción en Suriname, Aruba y las Antillas Neerlandesas (Curazao), según la mortalidad proporcional (porcentaje) por causas de defunción definidas, decenio de 1980

Causas de defunción	Suriname		Aruba		Antillas Neerlandesas (Curazao)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Todas las causas	2275	100,0	337	100,0	1075	100,0
Afecciones mal definidas	369	16,2	28	5,3	66	6,1
Defunciones, causas definidas	1906		309		1009	
Enfermedades cardiovasculares	562	29,5	125	40,5	330	32,9
Tumores	169	9,9	73	23,6	236	23,4
Accidentes	163	9,6	28	9,1	49	4,9
Enfermedades cerebrovasculares	154	8,1	ND	ND	93	11,6
Enfermedades endocrinas y metabólicas	86	4,5	27	8,7	ND	ND
Afecciones perinatales	135	7,1	6	1,9	74	7,3

Fuente: OPS, 1990; Vorst, 1990.

Cuadro 3. Número de defunciones (N) y tasas de mortalidad (TM) ajustadas por edad, por 100 000 personas, ocasionadas por determinadas enfermedades relacionadas con el tabaco, Suriname, Antillas Neerlandesas y Estados Unidos, último año sobre el que existen datos

Causa y código de la CIE	Suriname (1985)		Antillas Neerlandesas (1981)		EUA (1987)	
	N	TM	N	TM	N	TM
Bronquitis, enfisema, asma (490-493)	64	15,0	15	6,7	22 424	3,3
Neumonía e influenza (480-487)	89	21,2	24	8,1	69 225	9,1
Cardiopatía isquémica (410-414)	203	47,6	62	24,0	512 138	67,2
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	154	34,4	93	35,3	149 835	18,7
Cáncer de pulmón (162)	14	3,2	24	10,1	130 009	21,2
Tumores del labio, la cavidad bucal y la faringe (140-149)	3	0,7	8	3,3	7968	1,4

Fuente: OPS, 1990.

específicas en Aruba (Cuadro 3). Las tasas de mortalidad ajustadas por edad, ocasionadas por esas enfermedades relacionadas con el tabaquismo, son generalmente mayores que en los Estados Unidos, con excepción del cáncer de pulmón, el labio, la cavidad bucal y la faringe. La tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100 000 personas) por enfermedad pulmonar crónica (CIE 490-493) es mayor en Suriname que en las Antillas Neerlandesas o los Estados Unidos. La tasa de mortalidad, ajustada por edad, ocasionada por enfermedad cerebrovascular es mayor en Suriname y las Antillas Neerlandesas que en los Estados Unidos. También suscita interés una comparación de las tasas de mortalidad, ajustadas por edad, causadas por enfermedades infecciosas (CIE 001-139) en los Estados Unidos, las Antillas Neerlandesas y Suriname. En las dos últimas, la mortalidad por enfermedades infecciosas es muy superior (10,3 y 34,7 por 100 000 personas, respectivamente) a la de los Estados Unidos (5,4 por 100 000 personas). Por tanto, la atención del sistema médico se centra en el numeroso grupo de enfermedades infecciosas que representan tasas más altas de mortalidad, especialmente en las personas más jóvenes.

Estos patrones sugieren que los factores de riesgo distintos del tabaquismo pueden tener un efecto relativamente mayor en la manifestación de enfermedades cardiovasculares y pulmonares benignas en Suriname y las Antillas Neerlandesas

que en los Estados Unidos. En este último país, el hábito de fumar cigarrillos ha sido más común que en Suriname y las Antillas Neerlandesas en los últimos decenios; por tanto, la mortalidad por cáncer de pulmón es mucho mayor.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Actividades gubernamentales

Cincuenta y cinco por ciento del precio corriente al por menor de \$US2 por paquete de 20 cigarrillos en Suriname corresponde a impuesto y este genera rentas de cerca de \$US25,4 millones anuales. En Aruba, 64% del \$US1,50 que cuesta un paquete de 20 cigarrillos corresponde a impuestos, que producen rentas anuales superiores a \$US2 millones.

No se requieren avisos sobre los peligros para la salud en los paquetes de cigarrillos en ninguna de las islas, pese a exigirse en los producidos en los Países Bajos. No se ha introducido ningún reglamento para controlar el contenido de alquitrán y nicotina. Tampoco se restringe la propaganda ni la promoción de los productos del tabaco en ninguna de las islas.

Según se informa, el Gobierno de Suriname ha emprendido una actividad moderada contra el uso del tabaco. Además de las encuestas citadas, el

Gobierno asigna \$US6000 anuales para control del tabaquismo. No se dieron detalles específicos de este programa, pero las actividades gubernamentales incluyen un decreto promulgado en 1986 por el Ministerio de Salud en el que se restringe el fumar en los establecimientos de salud. La mayoría de los programas de intervención relacionados con el tabaquismo han sido iniciados por entidades no gubernamentales. El Consejo Nacional contra el Uso Indebido de Estupefacientes, la Asociación de Pacientes con Cardiopatía, la Asociación en pro del Buen Estado Físico, la Asociación Médica de Suriname y los Adventistas del Séptimo Día han organizado actividades contra el tabaquismo, programas educativos y clases sobre el cese del hábito de fumar. Otras intervenciones incluyen anuncios al público en la televisión y los diarios, que han divulgado información sobre los efectos del tabaco para la salud de los fumadores y del niño por nacer. Además, se ha divulgado información sobre las consecuencias que para la salud tiene el humo del tabaco que queda en el medio ambiente. El Sindicato de Maestros de Suriname ha colaborado con el Ministerio de Salud en un proyecto conjunto para adiestrar maestros en la forma de impartir enseñanzas a los niños en contra del tabaquismo. La puesta en práctica de esta actividad educativa no se ha descrito todavía en ningún informe. Suriname parece haber introducido varios elementos de un programa funcional contra el tabaquismo.

Actividades no gubernamentales

En Aruba, el reglamento nacional prohíbe fumar en las escuelas y los ómnibus. Además, se informa que se han adoptado restricciones voluntarias sobre el tabaquismo en los establecimientos de atención de salud, los teatros y los ascensores (Vorst, 1990). Sin embargo, no se ha programado ninguna campaña oficial contra el tabaquismo en Aruba y las Antillas Neerlandesas. La información pública sobre el tabaco y la salud se presenta como parte de programas regulares de educación para la salud en los medios electrónicos e impresos. Los mensajes contra el tabaquismo son un elemento de los de educación para la salud destinados a reducir las enfermedades cardiovasculares. Tanto la Asociación Médica como la de Enfermería de Aruba participan en consultas hechas por pacientes internados relativas al cese del hábito de fumar. A diferencia de lo que ocurre en Suriname, las organizaciones religiosas de Aruba no parecen ofrecer programas de esa clase a la población. Por tanto, la

población de Aruba y las Antillas Neerlandesas ha estado expuesta, al menos hasta cierto punto, a información contra el tabaquismo en los mensajes del personal de atención de salud, las modestas restricciones del hábito de fumar en determinados lugares públicos y los medios de información pública.

Resumen y conclusiones

Los datos de la encuesta de mujeres embarazadas en Suriname indican que 26,2% de este grupo de alto riesgo son fumadoras regulares. Aunque no existen datos sobre otros adultos, es probable que la prevalencia del tabaquismo regular sea mayor entre los hombres y las mujeres no embarazadas. Del grupo de adultos de 15 años o más de Aruba, 32% de los hombres y 13% de las mujeres son fumadores del momento. La edad media de iniciación de las mujeres embarazadas en Suriname es de 18,3 años, pero la de los estudiantes de Aruba de 10 a 19 años fue de 13,2. La prevalencia del tabaquismo durante toda la vida entre los jóvenes es mayor en Aruba que en los Países Bajos (67 frente a 53%). Al parecer, los estudiantes de Suriname tienen solo un mínimo conocimiento de las consecuencias que acarrea el tabaquismo para la salud. Todavía no son comunes los programas educativos para los niños de edad escolar ni para el público en general en ninguna de las colonias ni excolonias holandesas.

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad por tumores malignos, incluso cáncer de pulmón y de las vías respiratorias superiores, son más altas en Suriname y las Antillas Neerlandesas que en otras poblaciones del Caribe. Por tanto, en esos pequeños países puede ocurrir en el futuro una epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaco, comunes en el Canadá y los Estados Unidos. La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, ajustada por edad, es todavía mayor en Suriname y las Antillas Neerlandesas que la de enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco; por tanto, la atención de los Ministerios de Salud todavía no se ha enfocado con suficiente interés en el tabaquismo como factor de riesgo para la salud. En Suriname son escasos los fondos públicos asignados al control del tabaco, pero la moneda dura, que es aún más escasa, se ha empleado para comprar tabaco para fabricación de cigarrillos. Es poco probable que las utilidades provenientes de esa empresa permitan sufragar los futuros costos del uso del tabaco. Se han establecido canales básicos para el control del tabaco en todas las actuales colonias y excolo-

nias holandesas, que pueden permitir la realización de actividades eficaces de control del tabaquismo en el futuro.

Basándose en los datos aquí presentados, se pueden derivar las siguientes conclusiones:

1. En la actualidad, es poco el efecto del tabaquismo en Suriname, Aruba y las Antillas Neerlandesas, pero los patrones de mortalidad sugieren que las enfermedades crónicas causadas por el tabaquismo aumentarán mucho en el futuro.
2. Las encuestas de comportamiento son más importantes que los datos de consumo en islas como Aruba, donde estos últimos son imprecisos. Esa inexactitud proviene del gran volumen de compras de tabaco hechas por turistas en zonas francas y del comercio ilícito de cigarrillos.
3. La exposición de la población al tabaco en Aruba es similar a la de los hombres en los países desarrollados. La prevalencia del tabaquismo de los jóvenes puede ser mayor en Aruba que en los Países Bajos. Un 26,2% de las mujeres embarazadas de Suriname son fumadoras.
4. Ya existen las estructuras básicas para la prevención y el control del tabaco en esas islas y naciones, pero se han asignado pocos fondos para dicha actividad.

Referencias

BAKKER, W. Country Collaborator's Report, Aruba. Datos inéditos. Organización Panamericana de la Salud, 1990.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (NU). *Selected Statistical Indicators of the Caribbean Countries*, Volumen 2. LC/CAR/G.293. 1990.

EUROMONITOR CONSULTANCY. *The World Market for Tobacco: Strategy 2000*, Volumen Dos. Londres, agosto de 1989.

HUBERT, J., DRIESSEN, F.M.H.M. *Results of a Drug Use Survey among Students of Secondary Education on Aruba*. De-

partment of Social Medicine, Free University, Amsterdam, 1988.

JAMISON, D.T., MOSLEY, H. Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change. *American Journal of Public Health* 81(1):15-22, 1991.

LAGRO, M., PLOTKIN, D. *The suitcase traders in the free zone of Curaçao*. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Catalogue No. LC/L.587 (MDM.11/6), Port-of-Spain, Trinidad y Tabago, 28 de agosto de 1990.

MINISTRY OF EDUCATION, SURINAME. Roken onder Scholieren in Suriname, 1987-1988, Ministry of Education, datos inéditos.

NARES, P. Cigarette smuggling continues, and problem may worsen. *Tobacco International* 193(7):19-20, 15 de abril de 1991.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Vols. I y II. Publicación Científica 500. Washington, D.C., OPS 1986.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990*. Volumen II. Publicación Científica 524. Washington, D.C., OPS, 1990.

ROKEN ONDER SWANGEREN. 1985, Ministry of Health, datos inéditos.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Smoking and Health in the Americas. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1992; DHHS Publication No. (CDC) 92-8419.

VORST, F.A. Data collection instrument, Aruba. Datos inéditos. Organización Panamericana de la Salud, Aruba, 1990.

Territorios Británicos: Anguila, Bermuda, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, e Islas Vírgenes Británicas

Características generales

La industria de tabaco

Prevalencia y consumo

Consumo

Datos de encuestas

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Anguila, Bermuda, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán y las Islas Turcas y Caicos son cinco territorios británicos con gobierno autónomo propio en la subregión del Caribe (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990). El Gobierno del Reino Unido se encarga de los asuntos externos y de seguridad de cada una de estos cinco territorios y está representado por un Gobernador local. El sistema de gobierno interno es bicameral y consta de una Asamblea Legislativa y un Consejo Ejecutivo o Senado. Algunos miembros de estos órganos son representantes elegidos y el resto es nombrado por el Gobernador.

Anguila es la pequeña isla situada al norte de las Antillas Menores. Las Islas Vírgenes Británicas están localizadas al oriente de Puerto Rico y abarcan una superficie de 148 km². Las Islas Caimán están situadas a unos 280 km al sur de Cuba y están formadas por tres territorios con una superficie de 250 km². Bermuda está situada en el Océano Atlántico aproximadamente a unos 970 km al oriente del Cabo Hatteras en Carolina del Norte y tiene una superficie de 54 km². Las Islas Turcas y Caicos son ocho territorios situados a unos 144 km al norte de Haití, con una superficie de 502 km².

Las economías de estas islas se basan en el turismo y los negocios internacionales, principalmente, bancos extraterritoriales y compañías de

seguros (OPS, 1990). El producto interno bruto per cápita osciló entre \$US2470 en Anguila y \$US23 640 en las Islas Caimán (Cuadro 1). En el caso de Anguila, el nivel correspondiente a 1987 y 1988 reflejó un aumento de 44% en relación con el trienio anterior (OPS, 1990).

La población de las Islas Vírgenes Británicas y Bermuda es el resultado de una elevada tasa de fecundidad en las primeras y baja en la última, una reducción de la tasa de mortalidad en ambos territorios insulares y extensa inmigración y emigración en los años 70 y 80. En general, la población de Anguila (6806 habitantes), las Islas Vírgenes Británicas (12 240) y las Turcas y Caicos (14 000) es más joven que la de Bermuda (58 620) y las Islas Caimán (25 900). Más de un tercio de la población del primer grupo tenía menos de 15 años en los años 80 en comparación con 20% en Bermuda y 23% en las Islas Caimán (Bermuda Statistical Department, 1988; CARICOM, 1985; Cayman Island Statistics Office, 1990). Una nutrida emigración de adultos en edad de trabajar, una tasa de natalidad relativamente constante y una elevada tasa de mortalidad infantil (25 por 1000 nacidos vivos entre 1985 y 1987) caracterizan el patrón demográfico de Anguila. En Bermuda, dicho patrón está moldeado por una baja tasa de natalidad y un elevado índice de inmigración de adultos de mayor edad atraídos por el alto nivel de vida.

Tanto en Anguila como en Bermuda, la pro-

Cuadro 1. Indicadores económicos y del estado de salud en las colonias británicas a fines de los años 80

Indicadores	Islas				
	Anguila	Bermuda	Vírgenes Británicas	Islas Caimán	Islas Turcas y Caicos
Población (año)	6806 (1987)	58 620 (1988)	12 240 (1987)	25 900 (1989)	14 000 (1989)
Estructura de edad (1980)					
Porcentaje < 15	35	20	34	22,8	43,9
Porcentaje ≥ 65	10,3	9,5	5,9	7,4	6,4
Tasa de natalidad (por 1000)	26	15,9	22	17,2	23,1
Tasa bruta de mortalidad (por 1000)	n.d.	7,5	n.d.	4,4	6,1
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	25	9,4	23,6	7,0	22
PNB per cápita (año)	\$US2470 (1988)	\$US22 177 (1988)	\$US9492 (1987)	\$US23 640 (1990)	n.d.
Esperanza de vida al nacer	n.d.	73	70	77,1	66

Fuentes: OPS, 1990b.

Stout, 1990; Cann, 1990; Rogers, 1990; Cayman Islands Statistics Office, 1990; Bermuda Statistical Report, 1988; Williams, 1990.

porción de la población de 65 años o más representa alrededor de 10% del total; en las Islas Vírgenes Británicas, las Caimán y las Turcas y Caicos esa proporción es de 5,9, 7,4 y 6,4%, respectivamente (OPS, 1990). Esta proporción comparativamente menor se puede atribuir a la inmigración de adultos jóvenes atraídos por oportunidades de empleo en los tres archipiélagos. Por ejemplo, entre 1979 y 1989 se triplicó la población extranjera de las Islas Caimán, de 3200 a 9800 habitantes (Cayman Islands Statistics Office, 1990). En las Islas Vírgenes Británicas, 43% de las personas empleadas en 1984 eran extranjeras (BVI Statistical Division, 1984). Se desconoce la proporción de extranjeros residentes en las Islas Turcas y Caicos, pero se cree que el crecimiento demográfico ocurrido entre 1979 y 1989 (de 6000 a 8000 habitantes) se debió a la afluencia de extranjeros indocumentados de la República Dominicana y Haití (OPS, 1990).

En 1988, la tasa bruta de mortalidad de Bermuda, las Islas Caimán y las Turcas y Caicos era de 7,5, 4,4 y 6,1 por 1000 habitantes, respectivamente (Cuadro 1). La esperanza de vida al nacer era de 70 años o más en Bermuda, las Islas Vírgenes Británicas y las Caimán y de 66 años en las Turcas y Caicos (OPS, 1990). La tasa bruta de natalidad en Bermuda y las Islas Caimán (1989) fue similar (15,9 y 17,2 por 1000 habitantes, respectivamente) y en ambos casos fue inferior a la registrada en Anguila, las Islas Vírgenes Británicas y las Turcas y Caicos (26, 22, y 23,1 por 1000 habitantes, respectivamente) (OPS, 1990). Se notificaron tasas de mortalidad infantil muy bajas en las Islas Caimán y Bermuda en los años 80 (7,0 y 9,4 por 1000 nacidos vivos, respectivamente) (Cayman Islands Statistics Office, 1990; Bermuda Statistical Department, 1988). Las tasas de mortalidad infantil en un solo año en Anguila, las Islas Vírgenes Británicas y las Turcas y Caicos fueron de dos a tres veces superiores a las de las otras dos colonias (25, 23,6 y 22 por 1000 nacidos vivos, respectivamente) (OPS, 1990).

Estas estadísticas demográficas y vitales deben interpretarse con precaución porque el número de acontecimientos que ocurre anualmente en cada población es pequeño; por ende, es probable que los indicadores de un año en particular sean inexactos. Sin embargo, los datos presentados sugieren que esas islas están en diversos períodos de transición demográfica entre un patrón de elevadas tasas de natalidad y defunción y otro en que las últimas son muy bajas y las primeras, suficientes para reemplazar la población. Este patrón es característico de la "transición epidemiológica" de

un perfil de enfermedad dominado por las enfermedades infecciosas a otro en que las causas de enfermedad y de defunción guardan relación con el envejecimiento y varios factores de riesgo que tienen que ver con la conducta, como el tabaquismo (Mosley, 1990). En colonias como Bermuda y las Islas Caimán, el tamaño relativo de la población anciana será mayor que el esperado de los patrones de fecundidad y mortalidad por causa de la afluencia de adultos de edad mediana y de ancianos. La mitad (49,8%) de la población de Bermuda en 1989 tenía 30 años o más y un 20%, de 45 a 64 años.

La industria del tabaco

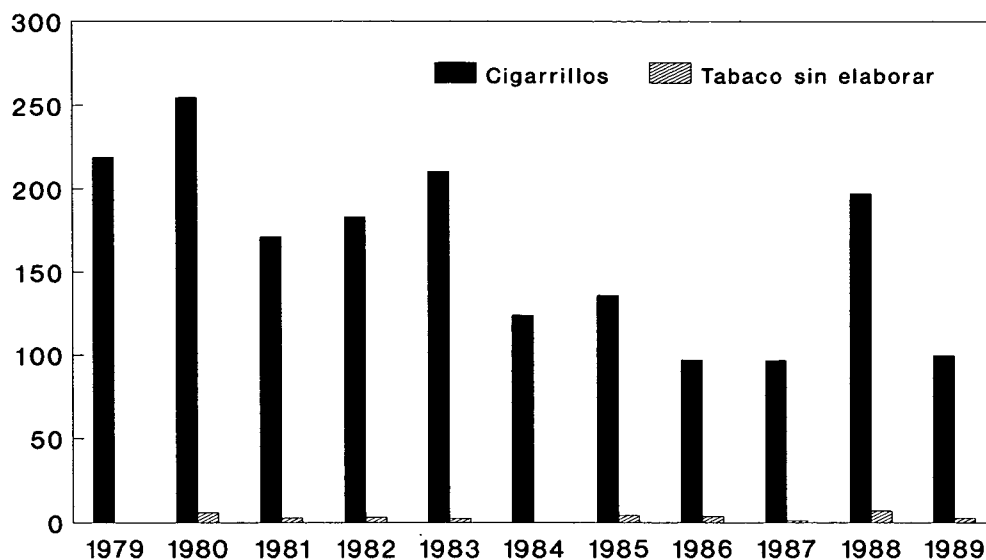
No se cultiva tabaco ni se fabrican productos del tabaco en ninguna de las cinco colonias británicas en el Caribe (Rogers, 1990; Cann, 1990; Stout, 1990; Kumar, 1990; Williams, 1990).

El principal producto del tabaco importado a los territorios son los cigarrillos manufacturados. Las principales marcas importadas se fabrican en los Estados Unidos y el Reino Unido e incluyen Marlboro, Salem, Winston, Benson & Hedges, Camel, 555, Rothmans, Kool, Dunhill y Merit (Rogers, 1990; Cann, 1990; Stout, 1990; Kumar, 1990; Williams, 1990). La marca Marlboro se importa a los cinco territorios y las tres marcas siguientes de la lista se importan por lo menos a tres de las cinco. En las Islas Vírgenes Británicas, las marcas 555, Marlboro, Benson & Hedges, Kool y Merit representan 28,5, 22, 17,2, 7,6 y 4,9% del mercado, respectivamente (Stout, 1990). Los cigarrillos se venden principalmente en paquetes de 20 en todas las colonias. No hay pruebas de comercio ilícito de productos de tabaco en esas colonias (Rogers, 1990; Cann, 1990; Stout, 1990; Kumar, 1990; Williams, 1990).

No existen datos sobre el comercio de productos del tabaco en cuatro de las cinco colonias porque gran parte de la venta se realiza en expendios de zonas francas. Entre 1979 y 1989, Bermuda importó un promedio de 166 273 kg de productos de tabaco anualmente, 98% de los cuales (162 687 kg) correspondieron a cigarrillos manufacturados (Cann, 1990). Sin embargo, las importaciones de tabaco sin elaborar a Bermuda se redujeron en proporción neta de 57% y las de cigarrillos manufacturados, 54% durante esos 10 años (Figura 1).

El precio medio al por menor del paquete de 20 cigarrillos varía de \$US1,00 en las Islas Caimán a \$US2,50 en Bermuda (Rogers, 1990; Cann, 1990,

Figura 1. Importaciones de tabaco, en toneladas métricas, Bermuda, 1979-1989.



Fuente: Cann, 1990.

Stout, 1990; Kumar, 1990; Williams, 1990). No se cobran impuestos de venta de productos de tabaco al por menor en ninguna de las colonias y no hay datos sobre impuestos al consumo de productos de tabaco importados.

Prevalencia y consumo

Consumo

De todo el tabaco vendido en Anguila, 5% es para pipa, 3% son cigarros y 2% tabaco sin humo; los cigarrillos importados constituyen el 90% restante (Rogers, 1990). En las Islas Turcas y Caicos, los cigarrillos importados representan 48% del total de las ventas de tabaco, los cigarros, 30%, el tabaco para pipa, 15%, el tabaco finamente cortado para cigarrillos enrollados a mano, 5% y el tabaco sin humo, 2% (Williams, 1990).

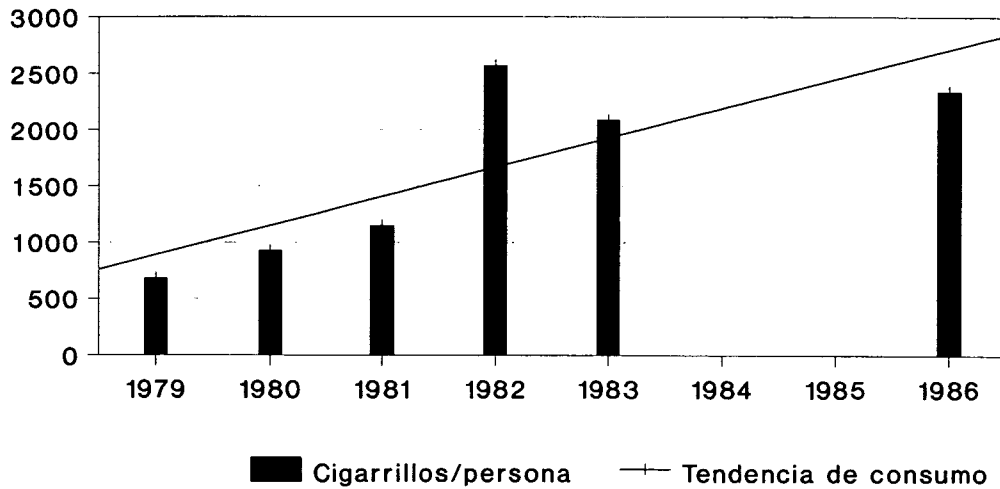
Se emplearon las importaciones anuales de cigarrillos y las estimaciones anuales de la población para calcular el consumo per cápita de cigarrillos de las personas mayores de 15 años en Bermuda y las Islas Vírgenes Británicas (Cann, 1990; Stout, 1990; Bermuda Statistical Department, 1988; BVI Statistical Division, 1984; OPS, 1990). El consumo de tabaco per cápita se redujo 59%, de 5,3 kg en 1979 a 2,2 kg en Bermuda en 1989. Suponiendo que se pueda aplicar el factor de conversión de los cigarrillos manufacturados (1 cigarrillo = 0,865 gramos de

tabaco), esos datos sugieren que el consumo per cápita de cigarrillos en Bermuda en 1989 (2532) fue inferior al notificado en los Estados Unidos (3000) (U.S. Department of Agriculture, 1989) y similar al del Canadá (2712) (Kaiserman y Allen, 1990).

El consumo interno de tabaco per cápita en las Islas Vírgenes Británicas fue muy inferior al de Bermuda entre 1979 y 1986. Sin embargo, el consumo anual de cigarrillos per cápita de las personas de 15 años o más aumentó más del triple entre 1979 y 1982, de 680 a 2570 cigarrillos. El consumo notificado se mantuvo en más de 2000 per cápita en 1983 y 1986 (Figura 2). El acusado aumento del consumo per cápita en esa colonia puede deberse a un incremento del ingreso per cápita en los años 80 (BVI Statistical Division, 1984; OPS, 1990). No se dispuso de datos sobre el consumo de cigarrillos en cinco de los 11 años comprendidos entre 1979 y 1989. Esta falta de datos sugiere que los registros oficiales quizá no sean fidedignos y que el aumento observado en el consumo entre 1979 y 1986 puede ser artificial, en parte.

No están claras las consecuencias que para la salud tienen los patrones de consumo aquí presentados. Como todos estos territorios son importantes puntos turísticos, los indicadores del consumo nacional de cigarrillos se pueden ver afectados por el gran número de visitantes que compran ese producto; por ejemplo, en 1980, Bermuda tenía una población de 54 050 residentes y

Figura 2. Consumo de cigarrillos per cápita*, Islas Vírgenes Británicas, 1979-1986



Fuente: Stout, 1990.
*15 años o mayores

recibió 491 035 visitantes (Bermuda Statistical Department, 1988). Es imposible separar los datos del consumo de tabaco de los residentes, no residentes y turistas.

Datos de encuestas

Los datos de encuestas pueden proporcionar mejor información que los de consumo para determinar el uso de tabaco en lugares con un importante tráfico turístico. En 1990, se realizó una encuesta dirigida por el Departamento de Salud de Anguila para establecer la prevalencia del consumo de cigarrillos en una muestra no aleatoria de 59 hombres y 42 mujeres de 14 a 75 años (Rogers, 1990). Se recolectaron datos sociodemográficos e información sobre el consumo de ese producto por medio de entrevistas directas. La muestra se clasificó en fumadores actuales, exfumadores, fumadores ocasionales, no fumadores y personas que nunca habían fumado, según las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983). En general, la prevalencia de fumadores actuales, exfumadores y fumadores ocasionales fue solo de 5,9, 3,0 y 8,9%, respectivamente; 82,2% de los entrevistados nunca habían fumado (Cuadro 2). La prevalencia de cualquier antecedente de consumo de cigarrillos entre los hombres fue de más del doble que la observada entre las mujeres (23,8 frente a 9,5%). La prevalencia de fumadores actuales entre las personas con educación primaria fue mayor que

la observada entre quienes habían concluido estudios secundarios o terciarios (27,3 frente a 3,3%) (Cuadro 2). En el grupo de adolescentes de 10 a 19 años, la prevalencia de fumadores actuales, exfumadores y fumadores ocasionales fue de 2,2, 0,0 y 8,7%, respectivamente; 58,7% nunca había fumado cigarrillos (Rogers, 1990).

En 1985, el Subcomité Asesor sobre el Uso Indebido de Alcohol y Drogas de las Islas Caimán patrocinó una entrevista de estudiantes para determinar sus actitudes, conocimientos y conducta en relación con las sustancias de uso indebido, incluso el tabaco. La muestra de la encuesta final constó de 2063 estudiantes de 10 a 17 años que asistieron a la escuela el 23 de enero de 1985 y llenaron un cuestionario (tasa de respuesta = 99,8%). Se determinaron los hábitos de fumar de los entrevistados, quienes se clasificaron como personas que fumaron alguna vez, fumadores actuales y personas que nunca fumaron. Quienes fumaron alguna vez se definieron como consumidores de cigarrillos por lo menos una vez antes de la entrevista; los fumadores actuales eran quienes habían fumado en algún momento del mes inmediatamente anterior al de la entrevista y quienes no habían fumado nunca eran los que se habían abstenido totalmente del consumo de cigarrillos (Kumar, 1985). Un total de 23,3% de los entrevistados declaró que había fumado cigarrillos por lo menos una vez y 6,1% que eran fumadores actuales; 76,7% no había fumado nunca (Cuadro 3).

Cuadro 2. Prevalencia (porcentaje) de fumadores actuales, exfumadores, fumadores ocasionales y personas que nunca han fumado en un grupo de 101 adultos de 15 a 74 años, por sexo y grado de escolaridad, Anguila, 1990

	Hábito de fumar				Tamaño de la muestra
	Fumador actual	Exfumador	Fumador ocasional	Persona que nunca ha fumado	
Total	5,9	3,0	8,9	82,2	101
Hombres	10,2	5,1	8,5	76,2	59
Mujeres	2,4	0,0	9,5	88,1	42
Grado de escolaridad					
Primaria/menos	27,3	27,3	0,0	45,4	11
Secundaria/terciaria	3,3	0,0	10,0	86,7	90

Fuente: Rogers, 1990.

Nota: Personas que fumaron alguna vez: antecedentes de tabaquismo por seis meses o más.

Fumadores actuales: al menos una vez al día.

Fumadores ocasionales: no fuman a diario.

Exfumadores: no eran fumadores ocasionales ni regulares en el momento de la encuesta.

Cuadro 3. Prevalencia (porcentaje) del consumo de cigarrillos por edad específica de estudiantes de 10 a 17 años. Islas Caimán, 1985

Edad en años	Persona que fumó alguna vez	Fumador actual*	Tamaño de la muestra
10	13,4	2,6	231
11	11,4	1,9	316
12	27,1	5,0	358
13	23,5	5,6	324
14	25,2	7,1	294
15	29,9	10,6	274
16	30,1	7,9	203
17	38,1	19,1	63
Todos los niños	n.d.	7,9	998
Todos los niñas	n.d.	4,3	1065
Total	23,3	6,1	2063

Fuente: Kumar, 1985.

*Fumó por lo menos una vez en el mes inmediatamente anterior.

n.d. = no está disponible.

El uso de cigarrillos guardó una correlación positiva con el aumento de edad: aproximadamente dos de cada cinco estudiantes de 17 años declararon que habían fumado por lo menos una vez en comparación con uno de cada cuatro jóvenes de 13 años; el uso corriente por parte de los de 17 años equivalía a más del triple del observado entre los de 13 años (19,1 frente a 5,6%). Como era de esperarse, era

mayor el número de niños fumadores actuales que el de niñas (7,9 frente a 4,3%). De los 481 estudiantes que habían fumado alguna vez, solo una pequeña proporción lo había hecho a diario o semanalmente (3,5 y 5,0, respectivamente); la mayoría (88%) había usado cigarrillos solo una vez o en raras ocasiones. Estos datos sugieren que la mayoría de los fumadores regulares en las Islas Caimán adoptaron esa clase de comportamiento poco después de cumplir 14 años.

En la encuesta también se obtuvo información sobre las razones para comenzar a fumar cigarrillos y sobre el hábito de fumar observado en los padres de los entrevistados. La curiosidad (32,6%), la presión de los compañeros (12,0%) y el placer (11,2%) fueron las razones más comúnmente citadas para fumar cigarrillos. Un total de 44,6% de los entrevistados dijo que uno de sus padres o ambos fumaban. El consumo actual de cigarrillos de los hijos de los fumadores era casi el doble que el de los no fumadores (8,3 frente a 4,4%) (Kumar, 1985). Estos datos representan una de las evaluaciones más completas del uso de cigarrillos por parte de escolares en la subregión del Caribe.

Puesto que no se han realizado encuestas del uso del tabaco en la población adulta de las Islas Caimán, las Islas Vírgenes Británicas ni las Turcas y Caicos, se desconoce el verdadero panorama del uso del tabaco en los territorios británicos. El uso del tabaco por parte de los residentes de Anguila parece ser bastante raro; los datos de las entrevistas directas, por lo general, no son tan sesgados como

los cuestionarios que llenan los entrevistados, pero es posible que la pequeña muestra escogida para esta encuesta no sea representativa de toda la isla. Los datos acopiados entre los escolares de las Islas Caimán sugieren que la prevalencia de fumadores ocasionales y regulares entre quienes están por concluir sus estudios secundarios se acerca a 20%, tasa similar a la de los Estados Unidos y el Canadá (Kaiserman y Allen, 1989; Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EUA, 1989a).

Tabaquismo y salud

Las estadísticas vitales proporcionadas a la Organización Panamericana de la Salud indican que las enfermedades infecciosas y las infantiles ya no representan un aporte de importancia a la mortalidad total en ninguno de los territorios británicos (OPS, 1990). En la actualidad, las principales causas de defunción en todos los territorios son las enfermedades no transmisibles (sobre todo crónicas), que incluyen cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, cáncer y lesiones (OPS, 1990).

Excluida Bermuda, en los territorios considerados en conjunto ocurren anualmente menos de 150 defunciones. En Bermuda, una (0,3%) de las 381 defunciones de adultos de 35 años o más en 1988 se debió a estados mal definidos (Cann, 1990). Los datos de mortalidad en un período de seis años obtenidos en la Oficina de Estadística de las Islas Caimán indican que solo 2,8 del total de defunciones de 1984 a 1989 se clasificaron como afecciones mal definidas. Por tanto, los datos de mortalidad se registran fielmente según la causa de defunción, pero el limitado número de acontecimientos impide hacer análisis detallados en estas naciones insulares.

El Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos ha declarado que el tabaquismo guarda una relación causal con el cáncer de pulmón, la laringe, la tráquea y los bronquios, la cavidad bucal y los labios, el esófago, el estómago y el páncreas, el riñón y la vejiga urinaria, así como con la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular y vascular periférica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (USDHHS, 1989a). El reducido número de defunciones ocurridas anualmente en los territorios británicos no permite hacer análisis de las tendencias importantes ni de los riesgos atribuibles de esas causas de defunción en ninguna de las cinco colonias. Sin embargo, se emplearon los datos de mortalidad de las Islas Caimán en un período de seis años (1984 a 1989) (Cayman Islands Statistics Office, 1989) y los de un año en

Bermuda (1988) (Cann, 1990) para calcular la mortalidad proporcional causada por varias enfermedades que se pueden considerar relacionadas con el hábito de fumar cigarrillos.

De las principales causas de defunción de los residentes de las Islas Caimán de 35 años o más en el período de seis años, la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebrovascular en conjunto representaron 30,1 y 32,4% del total de defunciones de hombres y mujeres, respectivamente. La mortalidad proporcional ocasionada a los hombres por el cáncer de pulmón fue más de 7 veces superior a la registrada en las mujeres (7,7 frente a 1,0 del total de defunciones). La principal clase de cáncer relacionada con el tabaquismo en las mujeres fue el del cuello uterino, que representó 2,3% de todas las defunciones de ese grupo (Cuadro 4).

En 1988, las enfermedades cardiovasculares (principalmente la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebrovascular) representaron cerca de 34.4 y 35.7% del total de defunciones de hombres y mujeres de 35 años o más, respectivamente, en Bermuda. De todas las clases de cáncer, el del pulmón fue la causa de defunción más importante de personas de ambos sexos; la mortalidad proporcional de los hombres ocasionada por cáncer de pulmón fue 2,7 veces mayor que la de las mujeres (7,7 frente a 2,8% del total de defunciones) (Cuadro 5).

La hipertensión, la diabetes mellitus y la obesidad son causas importantes de morbilidad en todas las colonias insulares (OPS, 1990). Por ejemplo, uno de cada cuatro pacientes atendidos en dispensarios de las Islas Caimán fueron tratados por hipertensión, diabetes o ambas (OPS, 1990). Esta información sugiere que los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y cáncer, distintos del uso del tabaco, ya son comunes en los residentes de los territorios, aun en las islas con una estructura demográfica más joven. Si la prevalencia del tabaquismo observada en los padres de los estudiantes de las Islas Caimán es típica del comportamiento de los adultos en cuanto al uso de tabaco en otros territorios, es de esperar que la incidencia de enfermedades cardiovasculares y de diversas clases de cáncer atribuible al tabaquismo aumente a medida que se envejezca la numerosa cohorte de adultos jóvenes. Además, se puede suponer que muchos de los residentes extranjeros que emigran a los territorios se acercarán a la edad de retiro y que muchas de esas personas pueden tener antecedentes de uso de tabaco. Por ejemplo, entre los ciudadanos estadounidenses, la prevalencia del consumo de cigarrillos entre los hombres y mujeres de 45 a 64 años fue de 33,5 y 28,6%, respec-

Cuadro 4. Número de defunciones y mortalidad proporcional (porcentaje) de hombres y mujeres de 35 años o más, por una enfermedad relacionada con el tabaquismo. Islas Caimán, 1984-89

Causa de defunción	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)	50	(17,5)	53	(17,5)	103	(17,5)
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	36	(12,6)	45	(14,9)	81	(13,8)
Otras cardiopatías (390-398, 401-405, 415-429)	34	(11,9)	40	(13,2)	74	(12,6)
Otras enfermedades circulatorias (440-448)	5	(1,7)	8	(2,6)	13	(2,2)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (490-492, y asma 496)	5	(1,7)	1	(0,3)	6	(1,0)
Otras enfermedades respiratorias (010-012, 480-487, 493)	10	(3,5)	24	(7,9)	34	(5,8)
Cáncer, de pulmón (162)	22	(7,7)	3	(1,0)	25	(4,2)
Cáncer, de cuello uterino (180)	—	(—)	7	(2,3)	7	(1,2)
Cáncer, otras clases (140-151, 157, 161, 188-189)	16	(5,6)	6	(2,0)	22	(3,7)
Todas las demás causas	108	(37,8)	116	(38,3)	224	(38,0)
Todas las causas	286	(100,0)	303	(100,0)	589	(100,0)

Fuente: Kumar, 1990.

Cuadro 5. Número de defunciones y mortalidad proporcional (porcentaje) de hombres y mujeres de 35 años o más por una enfermedad relacionada con el tabaquismo. Bermuda, 1988

Causa de defunción	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Enfermedad isquémica del corazón (410-414)	55	(26,3)	49	(27,8)	104	(27,0)
Otras cardiopatías (390-429)	17	(8,1)	10	(5,7)	27	(7,0)
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	17	(8,1)	14	(7,9)	31	(8,1)
Otras enfermedades circulatorias (440-448)	7	(3,4)	7	(4,0)	14	(3,7)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (490-492, 496)	2	(1,0)	1	(0,6)	3	(0,7)
Otras enfermedades respiratorias (010-012, 480-487, 493)	3	(1,4)	11	(6,3)	14	(3,7)
Cáncer, de pulmón (162)	16	(7,7)	5	(2,8)	21	(5,4)
Cáncer, de cuello uterino (180)	—	(—)	4	(2,3)	4	(1,0)
Cáncer, de otras clases (140-151, 157, 161, 188-189)	22	(10,5)	9	(5,1)	31	(8,1)
Todas las demás causas	70	(33,5)	66	(37,5)	136	(35,3)
Todas las causas	209	(100,0)	176	(100,0)	385	(100,0)

Fuente: Cann, 1990.

tivamente, en 1987 (USDHHS, 1989b). Por tanto, es de esperar que en los próximos decenios haya una carga cada vez mayor de enfermedades relacionadas con el tabaquismo entre la población en general.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

No existe ninguna política oficial (escrita) del gobierno sobre el tabaco y la salud en ninguna de

los territorios, excepto en Bermuda y las Islas Caimán (Rogers, 1990; Cann, 1990; Kumar, 1990; Williams, 1990). Los productos del tabaco no están sujetos a impuestos de ventas en ninguna de las islas, de modo que los residentes y turistas por igual pueden conseguir cigarrillos relativamente baratos.

En Bermuda, el Gobierno se encuentra trabajando en la formulación de una política para restringir el tabaquismo en todas sus dependencias y un grupo de grandes empresarios está considerando la

posibilidad de imponer restricciones similares sobre el tabaquismo en el lugar del trabajo (Cann, 1990).

En abril de 1991, el Gobierno de las Islas Caimán estableció un Consejo de Promoción de la Salud para abordar los problemas relacionados con la cardiopatía, que es la principal causa de defunción. En junio de 1991 se lanzó el proyecto "Heartbeat Cayman" para aminorar la morbilidad y mortalidad causadas por la cardiopatía y la reducción del tabaquismo fue un elemento clave de esa campaña (Cayman's Health Promotion Programme, 1991).

Bermuda ha tomado varias medidas legislativas sobre políticas relacionadas con el tabaco. La Ley (de Salud Pública) No. 2 sobre Productos del Tabaco de 1987 entró en vigor el 1 de abril de 1988 (Government of Bermuda, 1988). Esa Ley exige que se imprima una advertencia sobre los peligros para la salud y un aviso del contenido de alquitrán en todos los paquetes de cigarrillos u otros productos del tabaco y en los anuncios del producto en la prensa. En el Reglamento (de Salud Pública) sobre Productos del Tabaco de 1988 se especifica que la advertencia sobre los peligros para la salud en Bermuda es la exigida para el consumo nacional de productos del tabaco, ya sea por el país de origen o de exportación. En el Reglamento se estipula también que se debe hacer la siguiente advertencia común sobre los peligros para la salud en cualquier anuncio impreso de un producto de tabaco:

**"ADVERTENCIA SOBRE SALUD:
EL HABITO DE FUMAR ES
PELIGROSO PARA SU SALUD"**

Otras leyes de Bermuda prohíben fumar en teatros, salas de cine y ascensores, pero no hay leyes que restrinjan el acceso de menores a los productos del tabaco (Cann, 1990).

En las Islas Caimán se exige por ley la inclusión de una advertencia sobre los peligros para la salud en todos los anuncios de productos de tabaco (Cayman Islands Government, 1986). Sin embargo, ese requisito no cubre los anuncios hechos en documentos publicados fuera de las Islas Caimán. La advertencia dice lo siguiente:

**"ADVERTENCIA: EL TABAQUISMO
PUEDE CAUSAR GRAVES
PERJUICIOS A LA SALUD"**

En ninguna de las tres colonias hay leyes contra el tabaquismo (Rogers, 1990; Stout, 1990; Williams, 1990). Aunque en la mayoría de los paquetes de cigarrillos que se importan a esas islas de los Estados Unidos y del Reino Unido se imprimen ad-

vertencias sobre los peligros para la salud, muchos cigarrillos producidos en los Estados Unidos particularmente para exportación llevan el aviso "libres de impuestos", sin ninguna advertencia (Rogers, 1990; Stout, 1990; Kumar, 1990; Williams, 1990). Las restricciones voluntarias sobre el hábito de fumar en lugares públicos son bastante comunes en las Islas Caimán, especialmente en las zonas de atención de pacientes en los hospitales, los edificios públicos y algunos restaurantes. Se ha prohibido fumar en los aviones de la empresa Cayman Airways desde 1989 (Kumar, 1990). También hay restricciones administrativas sobre el hábito de fumar en muchos lugares públicos de las Islas Vírgenes Británicas y las Turcas y Caicos, incluso en varios establecimientos de atención de salud, escuelas, empresas, restaurantes y autobuses (Stout, 1990; Williams, 1990).

Bermuda y las Islas Caimán tienen restricciones legales particulares sobre la propaganda de productos del tabaco. En Bermuda, no se permite ninguna propaganda de tabaco por la televisión ni la radio antes de las 11:00 p.m., pero se indica que hay anuncios sobre expendios, promociones deportivas y donaciones hechas por las compañías de tabaco (Cann, 1990). En las Islas Vírgenes Británicas, se permite la propaganda de esos productos por la radio y la televisión (pese a no haber estaciones de televisión en esa colonia) y en los anuncios que preceden a las películas en los cines. En las Islas Caimán no se permiten anuncios de productos del tabaco en los medios de difusión de las islas ni en el cine, pero sí en la prensa y en carteleras.

A causa de la proximidad a los Estados Unidos y de la creciente disponibilidad de servicios de televisión por cable en el Caribe, se transmiten mensajes contra el uso del tabaco por ese medio para los residentes de todas las colonias británicas. En las Islas Vírgenes Británicas, en particular, son comunes los mensajes en la prensa sobre los riesgos que tiene el tabaco de causar enfermedades cardiovasculares (la causa de defunción más común en las islas). Esos mensajes se basan a menudo en información tomada de los medios de difusión de los Estados Unidos. En las Islas Caimán se han transmitido mensajes radiofónicos contra el tabaco por medio del Servicio de Información del Gobierno y de Radio Caimán.

La educación en materia de prevención del uso del tabaco se ha incorporado al plan de estudios de educación para la vida de familia en todas las escuelas públicas de Bermuda y al currículo sobre estudios de salud para estudiantes de secundaria en las Islas Vírgenes Británicas (Cann, 1990;

Stout, 1990). El Departamento de Salud de las Islas Vírgenes Británicas ("Unidad del Núcleo Familiar") distribuye materiales a los solicitantes de licencias matrimoniales en los que se hace hincapié en los peligros del tabaquismo para el feto y el recién nacido (Stout, 1990).

En las Islas Vírgenes Británicas y las Caimán, las sociedades médicas locales han demostrado liderazgo en actividades de educación pública, incluso colocación de avisos de prohibición de fumar en establecimientos médicos y lugares de trabajo y realización de seminarios para la comunidad. El Día Mundial sin Tabaco ha sido el punto de enfoque de las campañas del departamento de salud y la sociedad médica (Centers for Disease Control, 1991). Además, la Asociación de Mujeres Empresarias y Profesionales y el Grupo de Ciudadanos contra el Abuso de Sustancias se han asociado a la campaña antitabaquismo de las Islas Caimán. En todas las colonias, los grupos de iglesias, especialmente los Adventistas del Séptimo Día, despliegan una modesta actividad en lo que respecta a educación sobre el tabaquismo. Este último grupo patrocina varias de las raras sesiones sobre el cese del hábito de fumar en las colonias (Bermuda e Islas Caimán y las Islas Vírgenes Británicas). En las Islas Caimán hay un programa privado sobre el cese del hábito de fumar (Kumar, 1990).

Por causa de la conexión administrativa con el Reino Unido, el Departamento de Salud de este último ofrece enseñanzas contra el tabaquismo a estos territorios. En las Islas Vírgenes Británicas se han empleado materiales del plan de estudios regular de las escuelas y otras publicaciones de información pública producidas en el Reino Unido (Stout, 1990). En las Islas Caimán, la educación antitabaquismo se incluye en el plan de estudios de educación social de las escuelas y se intensifica alrededor del Día Mundial sin Tabaco.

Resumen y conclusiones

Anguila, Bermuda, las Islas Vírgenes Británicas, las Caimán y las Turcas y Caicos son cinco de los siete territorios británicos que existen todavía en la Región de las Américas. Las economías de todas estas islas se basan principalmente en el turismo y en empresas extraterritoriales como bancos y compañías de seguros. Todas estas islas están en contacto permanente con turistas y mensajes transmitidos por los medios de difusión, principalmente de América del Norte, y por eso los patrones de conducta como el tabaquismo y el cese del mismo pueden recibir una influencia cada vez mayor de esta

exposición cultural. La industria tabacalera en esos territorios se limita al comercio de productos, principalmente de cigarrillos, fabricados en los Estados Unidos y el Reino Unido. Los Gobiernos reciben rentas de los impuestos al consumo con que se grava ese comercio, pero los productos del tabaco no están sujetos a impuestos de ventas, de modo que hay cigarrillos relativamente baratos para los residentes y turistas.

Los datos sobre el consumo nacional de tabaco son escasos. Entre 1979 y 1989, el consumo per cápita en Bermuda se redujo de 5,8% anual a 2,2 kg por persona de 15 años o más en 1989. El consumo de este último año fue equivalente a 2532 cigarrillos por persona, cifra similar a la notificada en el Canadá. La reducción observada puede reflejar en parte una demanda decreciente de cigarrillos por el gran número de visitantes norteamericanos. El consumo per cápita en las Islas Vírgenes Británicas, pese a ser mucho menor que en Bermuda entre 1979 y 1986, aumentó tres veces durante el mismo período y ahora es similar al de Bermuda. Sin embargo, el aumento observado puede guardar relación con un mayor ingreso disponible, registros oficiales poco fidedignos o un conjunto de estos y otros factores. Los datos disponibles son todavía más limitados en el sentido de que no es posible estimar el consumo de cigarrillos de los residentes y turistas por separado.

En una encuesta hecha en Anguila se recopilaron datos sobre el uso de tabaco por parte de adultos, pero no se ha hecho ninguna otra en el resto de los territorios. Se ha notificado una prevalencia relativamente baja de tabaquismo entre las personas entrevistadas en una encuesta hecha en las escuelas de las Islas Caimán y eso puede dar una oportunidad de intervención destinada a prevenir el uso de cigarrillos. Sin embargo, 44% de los adolescentes de las Islas Caimán indican también que uno o ambos padres son fumadores.

Aunque no hay evaluaciones específicas de las actividades educativas relacionadas con el tabaco, parece que se han abierto varios canales de información sobre prevención y cese del uso del tabaco en los territorios británicos. Incluyen proveedores de atención de salud, escuelas, entidades que conceden licencias e iglesias. Como sucede en muchos otros países de la región, los Adventistas del Séptimo Día han prestado servicios públicos relativos al cese del hábito de fumar. Además, en las escuelas se ha tratado el tema del uso del tabaco en el plan de estudios por lo menos de dos colonias. En las Islas Caimán, el proyecto "Heartbeat Cayman" puede ofrecer un estímulo para actividades

más directas de prevención y control del uso del tabaco.

En base a los datos notificados en este capítulo se pueden sacar las conclusiones siguientes:

1. Es preciso vigilar sistemáticamente la conducta de la población residente de los territorios británicos en relación con el uso del tabaco, mediante encuestas domiciliarias regulares. Dichas encuestas deben formar parte de un sistema de vigilancia de factores de riesgo del comportamiento en casos de enfermedades relacionadas con el tabaquismo y de otras crónicas.
2. Se deben tomar medidas para formular y hacer cumplir leyes y reglamentos que prohíban o restrinjan el uso del tabaco. Esas medidas incluyen restricción del acceso de los menores de edad al tabaco, exigencia de rotulación y publicación de advertencias de los peligros para la salud en los paquetes de cigarrillos y los anuncios sobre el tabaco y prohibición de propaganda del tabaco y de fumar en lugares públicos. Además se debe considerar la posibilidad de adoptar las leyes vigentes en el Reino Unido.
3. Es necesario formular políticas sobre promoción de la salud en todos los territorios. Esas políticas deben ser de naturaleza multisectorial e incluir la preparación y distribución de materiales sobre educación contra el tabaquismo y promoción de la salud, que sean pertinentes para la población local.
4. Las organizaciones no gubernamentales y profesionales deben colaborar entre sí y con las entidades gubernamentales para maximizar el efecto de las actividades destinadas a la prevención y al cese del uso del tabaco. Tal vez no sea necesario realizar grandes programas de intervención con fondos públicos en estas pequeñas naciones insulares, pero los departamentos de salud deben coordinar de una manera más sistemática los recursos existentes.

Referencias

- BERMUDA STATISTICAL DEPARTMENT. *Bermuda Digest of Statistics 1988*. No. 12. Ministry of Finance. Hamilton, Bermuda. 1988.
- BRITISH VIRGIN ISLANDS STATISTICAL DIVISION. Chief Minister's Office. Tortola, British Virgin Islands. 1984.
- CANN, J. Country Collaborator's Report, Bermuda, datos inéditos, OPS, 1990.
- CARICOM. *Population Census of the Commonwealth Caribbean—B.V.I.*, Volúmenes I & II. 1985.
- CAYMAN ISLANDS STATISTICS OFFICE. *Population and Vital Statistics of the Cayman Islands*. Cayman Islands. 1990.
- CAYMAN ISLANDS GOVERNMENT. The tobacco product and intoxicating liquor advertising law (Law 21 of 1986), 1986.
- CAYMAN'S HEALTH PROMOTION PROGRAMME. Heartbeat Cayman (1991-1996). Brochure, Health Services Department, 1991.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. World No-tobacco day. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 40:341-342, 1991.
- GOVERNMENT OF BERMUDA. The Tobacco Products (Public Health) Act, 1987.
- KAISERMAN, M.J., ALLEN, T.A. Trends in Canadian Tobacco Consumption, 1980-1989. *Chronic Diseases in Canada* 11(4):54-55, julio de 1990.
- KUMAR, A.K. *Knowledge, Attitudes and Practices of Teenagers Towards Use of Alcohol and Drugs in the Cayman Islands*. Advisory Subcommittee on Alcohol and Drug Abuse, Cayman Islands, 1985.
- KUMAR, A.K. Country Collaborator's Report, Cayman Islands, datos inéditos, OPS, 1990.
- MOSLEY, W.H., JAMISON, D.T., HENDERSON, D.A. The health sector in developing countries: problems for the 1990s and beyond. *Annual Review of Public Health* 11:335-358, 1990.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Guidelines for the conduct of tobacco smoking surveys of the general population*. Report of a WHO meeting held in Helsinki, Finland, 29 de noviembre-4 de diciembre de 1982. WHO/SMO/83.4, 1983.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Health Conditions in the Americas, 1990 Edition*. Scientific Publication No. 524, Washington, D.C., 1990.
- THE READER'S DIGEST ASSOCIATION LIMITED. *The Reader's Digest Great World Atlas*. First Edition (Second Revise), 1964.
- ROGERS, S. Country Collaborator's Report, Anguilla, datos inéditos, PAHO, 1990.
- STOUT, C. Country Collaborator's Report, British Virgin Islands, datos inéditos, OPS, 1990.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHSS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989a.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Health United States 1988*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Health Statistics. DHSS Publication No. (PHS) 89-1232, 1989b.

WILLIAMS, J. Country Collaborator's Report, datos inéditos, PAHO, 1990.

Trinidad y Tabago

Características generales

La industria del tabaco

Agricultura

Manufactura

Comercialización

Prevalencia y consumo

Datos sobre consumo

Datos de encuestas

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Conclusiones

Referencias

Características generales

Trinidad y Tabago es un Estado formado por dos territorios insulares, situado en el extremo meridional del archipiélago del Caribe. Trinidad está localizada a 11 km de la costa nororiental de Venezuela y a unos 10° de latitud Norte. Tiene una superficie de 4828 km². Tabago, cuya superficie es de 300 km², está situada 30 km al nordeste de Trinidad (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1983).

A mediados de 1988 la población se estimaba en 1 211 539 habitantes y se prevé que llegará a 1,6 millones a fines del siglo (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1989). En el momento del censo de 1980, 34% de la población era menor de 15 años, 23% tenía de 15 a 24, 25% de 25 a 44, 13% de 45 a 64 y 5,6% 65 años o más. En 1980, las mujeres de 15 a 49 años representaban 51,0% del total de la población femenina y la tasa de fecundidad total era de 3,1 nacimientos por mujer.

La población originaria del Africa y de la India constituye los dos grupos étnicos principales y representa 40,8 y 41,0% de la población total, respectivamente; el resto es de raza mixta, europea, china y siriolibanesa (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1989).

Los datos del censo de 1980 indican que 63% de la población mayor de cinco años había alcanzado un nivel de educación primaria y que otro 32% tenía una educación secundaria o superior.

La renta nacional proviene principalmente de la industria petrolera, que representó 27% del producto interno bruto (PIB) (a precios constantes de 1985) en 1988 (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1989). En los años 80, la economía de Trinidad y Tabago se deterioró a causa de la baja de los precios del petróleo y de una elevada deuda externa. De 1980 a 1988, el menor crecimiento económico causó una reducción media anual del producto nacional bruto (PNB) per cápita de 7,3%. En 1988, el PNB per cápita era de \$US3350 (Banco Mundial, 1989) y 22% de la fuerza laboral estaba desempleada (Oficina Central de Estadística, 1989).

De 1979 a 1987, la tasa de natalidad se redujo de 27,9 a 24,1 por 1000 habitantes. La tasa bruta de defunción se mantuvo en 6,6 por 1000 habitantes, pero la de mortalidad infantil se redujo 36% entre 1979 y 1987 a 11,4 por 1000 nacidos vivos. En 1980, la esperanza de vida al nacer de los hombres y mujeres era de 66,9 y 71,6 años, respectivamente (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1989).

Las estadísticas demográficas y vitales presentadas muestran que la estructura por edad de Trinidad y Tabago es la de una población joven. Aunque la tasa de natalidad y la tasa total de fecundidad parecen reducirse, una menor mortalidad infantil y una mayor esperanza de vida al nacer han dado como resultado grandes cohortes de niños (34% menores de 15 años) y adultos jóvenes (23% de 15 a 24 años). A medida que esos grupos envejezcan, una gran parte de la población total mostrará susceptibilidad a enfermedades crónicas no transmisibles, incluso las relacionadas con el tabaco, como la cardiopatía, la enfermedad cerebrovascular, el cáncer y la enfermedad pulmonar crónica obstructiva.

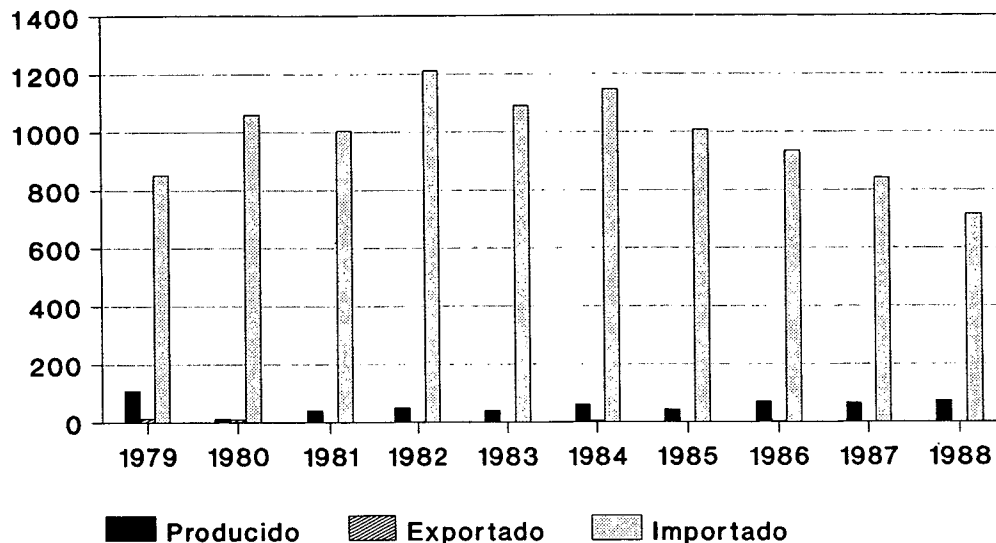
La industria del tabaco

La única compañía de tabaco que trabaja localmente en la actualidad es la West Indian Tobacco Company (WITCO) Ltd., una empresa privada con personería jurídica en la República de Trinidad y Tabago (WITCO, 1983, 1984, 1986, 1989, 1990). A fines de 1989, la British American Tobacco (BAT) Company Ltd., registrada en el Reino Unido, era el mayor accionista y controlaba 47% de las acciones emitidas por WITCO Ltd. (WITCO, 1990; Milne, 1990).

Agricultura

Actualmente hay 29 agricultores contratados por WITCO, que cultivan tabaco en 40 hectáreas de llanuras en la parte central de Trinidad (Milne, 1990; Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1990). En 1989, el tabaco ocupaba 0,04% de los terrenos cultivados de Trinidad y Tabago y su industria empleaba a 0,09% de los agricultores, o sea, a 0,07% de la fuerza laboral activa (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1986 y 1989). Se cultivan dos tipos de tabaco de Virginia, a saber, Speights G28 y K326, con semillas importadas de Venezuela. WITCO ayuda a los agricultores con maquinaria y otros artículos necesarios para el cultivo y compra toda la hoja que producen (Milne, 1990). La producción interna representó 15% del tabaco necesario para manufactura en 1989 y WITCO ha declarado que tiene planes de aumentar el hectareaje cultivado para duplicar la producción local de hoja en los próximos cinco años (Milne, 1990). La compañía participó también en un proyecto de diversificación en floricultura en 1989 y comenzó a exportar orquídeas en 1990.

Figura 1. Tabaco sin elaborar, en miles de kgs, Trinidad y Tabago, 1979-1988



Manufactura

De 1979 a 1988, el promedio anual de importaciones de tabaco sin elaborar (986 773 kg) fue muy superior a la producción interna (57 660 kg) y a las exportaciones (3289 kg) anuales (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989). Las importaciones fueron mucho menores en 1988 que en 1980, si bien la producción interna aumentó 400% durante ese período (Figura 1).

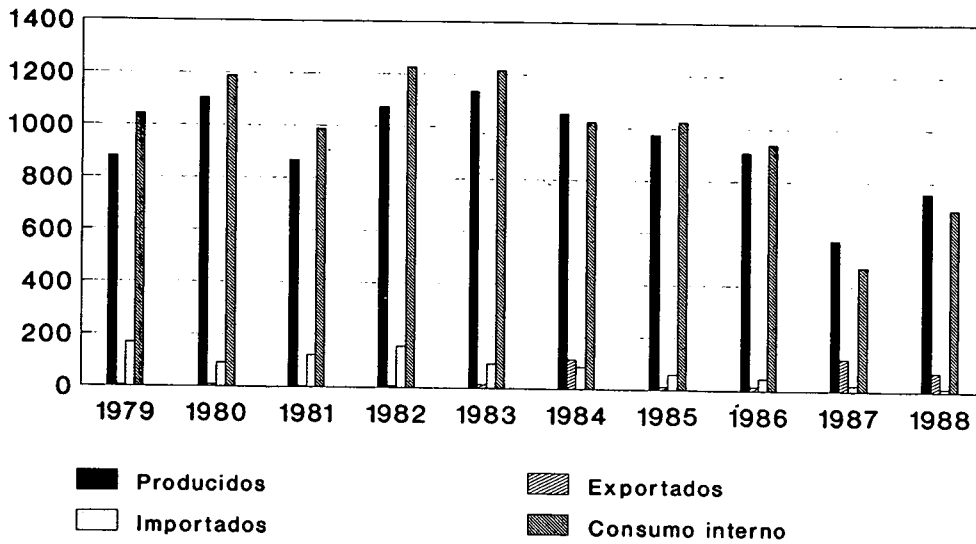
El número de cigarrillos producidos, vendidos y consumidos anualmente durante el decenio de 1979 a 1988 se calculó empleando datos sobre el comercio exterior y factores de conversión proporcionados por la División de Producción de WITCO [73,3% del peso de un cigarrillo = tabaco; 1 kg de tabaco = 1350 cigarrillos] (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989; WITCO 1990). Por contraste con el tabaco sin elaborar, la producción anual de cigarrillos manufacturados fue mayor que las importaciones o exportaciones de ese rubro (Figura 2). La producción interna de cigarrillos fue significativamente menor en 1988 que en 1983. Las importaciones se redujeron 87% y las exportaciones aumentaron 80%; sin embargo, el incremento de estas últimas no tuvo un efecto favorable para la balanza comercial.

Los costos anuales, incluidos los básicos, el seguro y el flete de las importaciones y el ingreso anual franco a bordo devengado de las exporta-

ciones de tabaco sin elaborar se calcularon sumando el dinero proveniente de las diferentes clasificaciones de este producto (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 1975); además, se calculó la balanza comercial (es decir, la diferencia entre los ingresos de exportación y los costos de importación) correspondiente al decenio de 1979 a 1988 (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989). Durante ese período, el dólar de Trinidad y Tabago (\$TT) se devaluó frente al de los Estados Unidos (\$US) en dos ocasiones. El valor de la balanza comercial en dólares de los Estados Unidos se calculó con información proporcionada por el Departamento de Divisas del Banco Central (Banco Central de Trinidad y Tabago, 1990).

La Figura 3 muestra que por cada año de ese decenio hubo una balanza comercial negativa de tabaco sin elaborar y cigarrillos manufacturados. En esos 10 años, el déficit correspondiente al tabaco sin elaborar y a los cigarrillos manufacturados fue equivalente a \$TT105 822 400 (\$US39 057 421) y a \$TT32 841 591 (\$US13 277 320), respectivamente. En todo el decenio de los años 80, el costo de importación de esos productos del tabaco se estimó en \$US52 millones (aproximadamente \$US5 millones al año). Esa estimación no incluye el costo de la repatriación de dividendos ni de la importación de materiales como plaguicidas, fertilizantes, papel y maquinaria empleados para elaborar los productos del tabaco.

Figura 2. Cigarrillos manufacturados, en millones, Trinidad y Tabago, 1979-1988



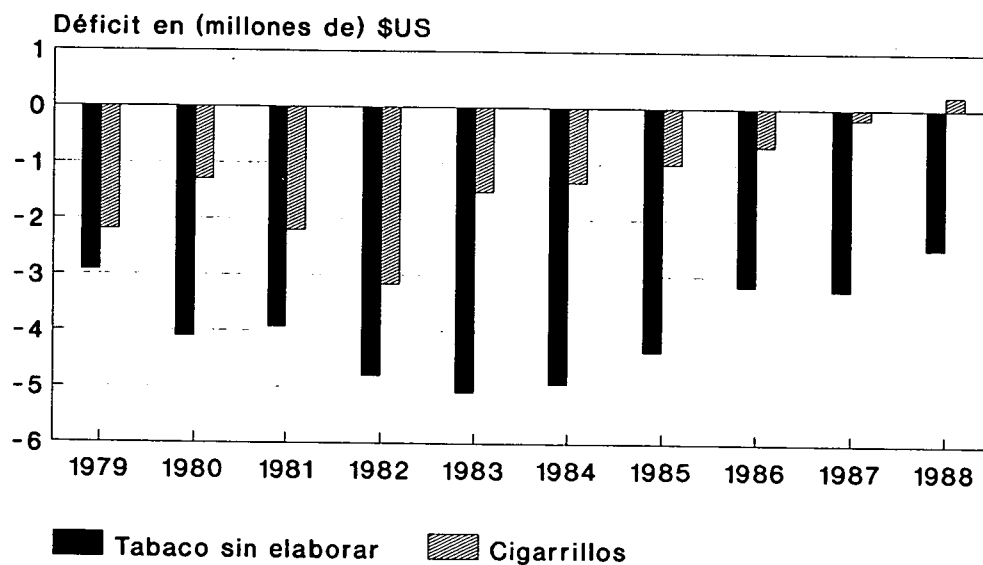
Comercialización

Los productos del tabaco se anuncian en la prensa y en los medios electrónicos de comunicación. Se promueven en carteleras, anuncios, avisos en teatros, conciertos y otras actividades culturales.

Las marcas más populares de los cigarrillos vendidos en Trinidad y Tabago son du Maurier,

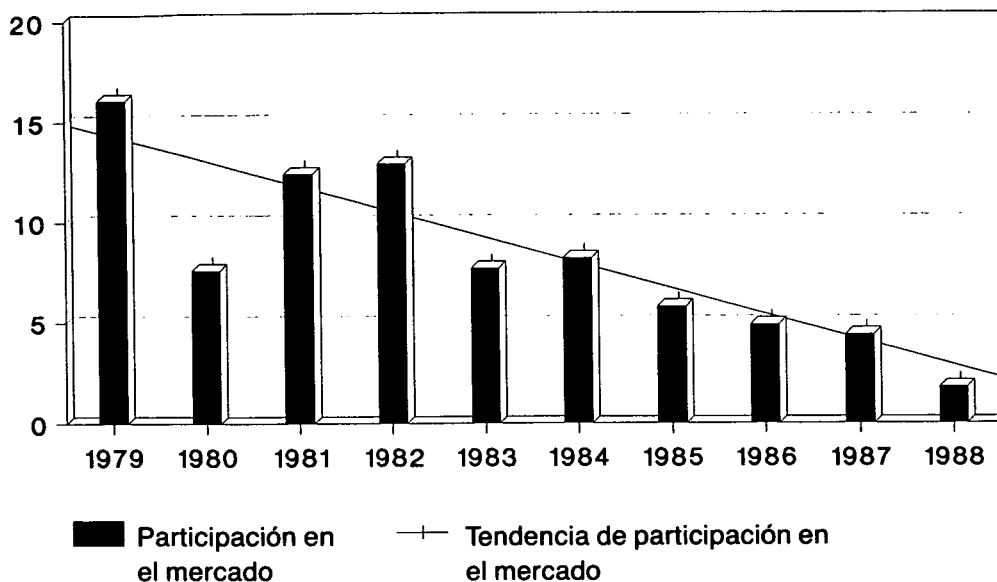
Broadway, Mt. d'Or, Benson & Hedges y State Express 555, todos fabricados localmente por WITCO Ltd. (WITCO, 1983, 1984, 1986, 1989, 1990; Milne, 1990). Las marcas más comunes de cigarrillos importados son Pall Mall, Kent y John Players de los Estados Unidos y Benson & Hedges Mayfair (mentolado) de Barbados (Beckles, 1990a). De 1979 a 1988, el consumo de cigarrillos manufacturados im-

Figura 3. Balanza comercial del tabaco, Trinidad y Tabago, 1979-1988



Balanza de pagos = ganancia exportación - costo importación

Figura 4. Mercado para los cigarrillos importados, (porcentaje del mercado de cigarrillos, Trinidad y Tabago, 1979-1988)



portados causó una continua baja del total del consumo interno anual (16,1% en 1979 y 1,8% en 1988) (Figura 4). Esta reducción puede haber ocurrido como resultado de la menor disponibilidad de ingresos de los consumidores o de divisas para los importadores. Por tanto, WITCO Ltd., por ser la única compañía de tabaco que funciona en Trinidad y Tabago, domina el mercado y tiene actualmente una participación de más de 95% en el mismo (WITCO, 1990; Milne, 1990). No hubo pruebas de comercio ilícito de productos del tabaco en Trinidad y Tabago (Beckles, 1990a).

Los cigarrillos se venden sueltos o en paquetes de 20 y 10 unidades. El costo de un paquete de 20 cigarrillos de fabricación local es de \$TT3,50 a 5,00 (\$US0,82 a 1,18) (Beckles, 1990). El sueldo medio semanal de las personas empleadas en Trinidad y Tabago es de \$TT674,64 (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1988). Por tanto, la persona común necesitaría trabajar 15 minutos para ganar los \$TT4,29 que vale, en promedio, un paquete de 20 cigarrillos de fabricación local.

WITCO promueve activamente sus marcas de cigarrillos patrocinando varios deportes y actividades y proyectos culturales, como los de la Fundación Deportiva WITCO, que comprenden el premio a los deportistas del año, concedido desde 1964; la galería de personajes del mundo de los deportes de WITCO; el campeonato criollo del Caribe, una carrera de caballos patrocinada por Benson & Hedges;

el torneo anual de golf internacional patrocinado por Benson & Hedges; la gran carrera anual de botes de motor a Tabago patrocinada por du Maurier; la actuación de la banda de acero Desperadoes patrocinada desde 1964; y el premio pancaribeño a la innovación concedido por WITCO desde 1988 (WITCO, 1983, 1984, 1986, 1989, 1990).

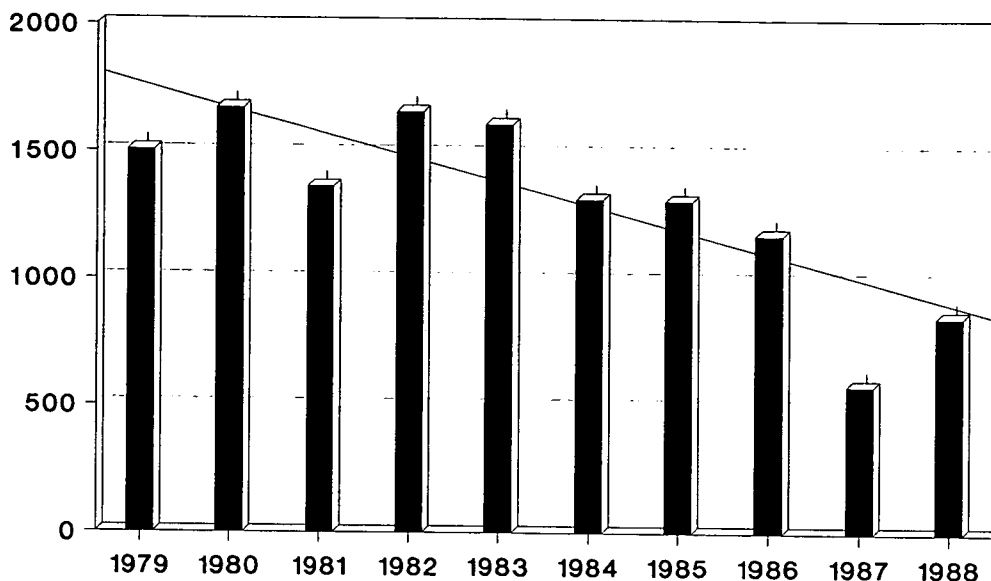
La industria tabacalera de Trinidad y Tabago no se caracteriza por un alto grado de integración vertical y el país no es autosuficiente en producción de hoja. Por tanto, se necesita importar hoja, materiales y maquinaria para la fabricación de cigarrillos. De 1979 a 1988, los ingresos de exportación no equipararon el costo de esas importaciones. Por tanto, la industria no ayuda a fortalecer la economía. Aunque el Gobierno grava a la industria con impuestos al consumo, a las compras, a las sociedades y de otra naturaleza, esas rentas han sido generadas por la economía nacional, es decir, el dinero se ha trasladado de un sector de la economía a otro. No hay datos que indiquen el monto de los costos directos e indirectos ocasionados por los efectos personales y sociales del uso del tabaco.

Prevalencia y consumo

Datos sobre consumo

En Trinidad y Tabago, 99,8% del tabaco se consume en forma de cigarrillos manufacturados y

Figura 5. Consumo de cigarrillos per cápita,* Trinidad y Tabago, 1979-1988



* Por persona de 15 años o más.

el 0,2% restante en otros productos del tabaco (Beckles, 1990a).

Aunque hubo una reducción neta del consumo interno de cigarrillos en el decenio de 1979 a 1988, el consumo interno total aumentó 18%, de 1043 millones en 1979 a 1228 millones en 1982, y luego se redujo 43% a 697 millones en 1988 (Figura 2). En el informe anual de WITCO de 1989 se indica que el consumo interno total se redujo otro 3,6%. Esa reducción de las ventas puede estar vinculada a la marcada baja del ingreso disponible que han tenido muchas personas después de la recesión económica de los años 80. El consumo por persona de 15 años o más se redujo a un promedio de 4% anual (1506 en 1979 y 853 en 1988) (Figura 5).

Datos de encuestas

El estudio sobre enfermedades cardiovasculares realizado en St. James (de 1977 a 1986) permitió evaluar la distribución y relación de los factores de riesgo causantes de las enfermedades cardiovasculares, incluido el tabaquismo, en adultos de 35 a 69 años, residentes del distrito urbano de St. James (Miller, 1989; Beckles, 1990b). El 92% de la población destinataria (1264 hombres y 1030 mujeres) respondió a los cuestionarios sobre el tabaquismo.

Las personas que habían fumado alguna vez se definieron como las que habían consumido hasta

un cigarrillo diario por un año o más o fumado pipas o cigarros por un año o más. Los fumadores del momento se definieron como individuos que fumaban en la fecha de realización de la encuesta. Quienes habían fumado alguna vez y dejado de hacerlo antes de la encuesta se clasificaron como exfumadores. Las personas que habían fumado menos de un cigarrillo diario al menos por un año o que nunca habían fumado se clasificaron como no fumadores. Las personas que nunca habían fumado eran quienes declararon no tener antecedentes de tabaquismo.

Muy pocos hombres declararon que fumaban pipa y ninguno de los entrevistados fumaba cigarros; las mujeres fumaban cigarrillos únicamente. Los datos de prevalencia notificados se refieren solo al uso de cigarrillos.

De los 2294 entrevistados, 37% tenía antecedentes de tabaquismo y, de ellos, 27% eran fumadores del momento y 10% exfumadores. La prevalencia de hombres fumadores del momento fue cinco veces mayor que la de mujeres (42 frente a 8%); la proporción de hombres exfumadores fue tres veces superior a la de mujeres (15 frente a 5%). Se observaron diferencias de la prevalencia según el sexo en todos los grupos clasificados por edad y raza (Cuadro 1).

El consumo de cigarrillos de los adultos jóvenes en el momento de la encuesta era más fre-

Cuadro 1. Estudio de las enfermedades cardiovasculares efectuado en St. James. Prevalencia (porcentaje) de fumadores de 35 a 69 años en el momento del ingreso, por sexo y origen étnico

Población		Fumadores del momento	Exfumadores	Personas que nunca han fumado	Tamaño de la muestra
Total de adultos		26,8	10,3	62,9	2294
Hombres		42,1	15,1	42,8	1264
Mujeres		8,0	4,5	87,5	1030
Origen étnico*					
Africano	H	39,4	14,5	46,1	498
	M	7,1	3,7	89,2	382
Indio	H	46,1	11,3	42,6	381
	M	7,6	2,9	89,5	315
Europeo	H	36,7	0	28,4	118
	M	14,2	0	77,5	49
Mixto	H	39,9	16,4	43,7	250
	M	9,9	7,1	83,0	263

*Cifra ajustada por edad a la población total del estudio con el método directo.

cuenta que el de los ancianos (Cuadro 2). Cincuenta por ciento de los hombres menores de 55 años, 35% de 55 a 64 años y 26% de los mayores de 65 eran fumadores del momento en comparación con 35% de los de 55 a 64 años y con 26% de los de 65 años y más. Esa proporción fue de 13, 9, 6 y 5% entre las mujeres de 35 a 44 años, de 45 a 54, de 55 a 64 y mayores de 65 años, respectivamente (Miller, 1989).

La prevalencia del consumo de cigarrillos fue similar en todos los grupos étnicos (Cuadro 1). Después de hacer los ajustes necesarios por diferencias

en la composición por edad de los grupos, la prevalencia en hombres de origen africano, indio asiático, europeo y de raza mixta fue de 39, 46, 37 y 40%, respectivamente, y en mujeres de los mismos grupos, de 7, 8, 14 y 10%, respectivamente.

Los hombres fumadores también notificaron elevadas tasas de consumo de cigarrillos en comparación con las mujeres (Cuadro 3): 48,2% de los hombres fumadores y 21,2% de las mujeres dijeron que consumían 20 cigarrillos diarios o más.

Después de hacer los ajustes por edad, el por-

Cuadro 2. Estudio de las enfermedades cardiovasculares efectuado en St. James. Prevalencia (porcentaje) de fumadores en la población del estudio por edad y sexo

Población		Fumadores del momento	Exfumadores	Personas que nunca fumaron	Tamaño de la muestra
Grupo de edad					
35-44	H	49,8	10,3	39,9	343
	M	12,6	2,9	84,5	239
	T	34,6	7,1	58,3	582
45-54	H	49,6	9,7	40,7	371
	M	8,5	5,1	86,4	316
	T	30,8	7,5	61,7	687
55-64	H	35,0	19,3	45,7	383
	M	5,9	4,6	89,5	305
	T	22,1	12,8	65,1	688
≥ 65	H	25,8	27,5	46,7	167
	M	4,7	5,3	90,0	170
	T	15,1	16,3	68,6	337

Cuadro 3. Porcentaje de todos los entrevistados y de fumadores que declararon un consumo diario de 1 a 19 y 20 o más cigarrillos, que tenían de 35 a 69 años en el momento del ingreso, por sexo y origen étnico*

Población	(Porcentaje de fumadores)			
	1-19 cigarrillos diarios		> 19 cigarrillos diarios	
	Todos	(Fumadores)	Todos	(Fumadores)
Ambos sexos	14,8	(55,2)	12,0	(44,8)
Todos los hombres	21,8	(51,8)	20,3	(48,2)
Africanos	22,3	(56,6)	17,1	(43,4)
Indios asiáticos	22,2	(48,2)	23,9	(51,8)
Europeos	10,4	(28,3)	26,3	(71,7)
Mixtos	22,7	(56,9)	17,2	(43,1)
Todos las mujeres	6,3	(78,8)	1,7	(21,2)
Africanas	5,3	(74,7)	1,8	(25,4)
Indias asiáticas	6,4	(84,2)	1,2	(15,8)
Europeas	9,0	(63,4)	5,2	(36,6)
Mixtas	8,0	(80,8)	1,9	(19,2)

Fuente: Estudio de enfermedades cardiovasculares de St. James (Miller, 1989).

* Cifra ajustada por edad a la población total del estudio con el método directo.

centaje de hombres fumadores de origen indio asiático y europeo que consumían más de 20 cigarrillos diarios (51,8 y 71,7%, respectivamente) fue mayor que el de hombres de raza africana y mixta (43,4 y 43,1%, respectivamente) (Cuadro 3). La proporción de grandes fumadoras de cigarrillos de origen europeo fue mayor que la de mujeres de raza africana, india asiática o mixta (Cuadro 3). Sin embargo, la proporción de grandes fumadoras entre las mujeres fue extremadamente pequeña (1,7% en general) y, por ende, la exposición de la población de ese grupo a los cigarrillos es mínima. No obstante, muy pocas personas fuman más de 20 cigarrillos diarios.

Se obtuvieron datos sobre la prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes en una encuesta de estudiantes de secundaria realizada en 1985 (Remy, 1985). La información sobre el tabaquismo se obtuvo por medio de un cuestionario llenado por una muestra nacional representativa de 2,2% formada por 2292 estudiantes (993 hombres y 1199 mujeres). La tasa de respuesta en esta encuesta fue de 92,6%. Los entrevistados se clasificaron como personas que habían fumado alguna vez y personas que nunca fumaron. Las primeras se clasificaron luego como fumadores de cigarrillos durante toda la vida y fumadores anuales o mensuales. Los fumadores durante toda la vida eran quienes habían consumido cigarrillos alguna vez; los fumadores anuales eran adolescentes que los habían usado en los 12 meses anteriores a la encuesta y los usuarios mensuales, en los 30 días anteriores a la encuesta.

El 46% de los adolescentes de 11 a 19 años declaró que había fumado cigarrillos alguna vez en la vida. La prevalencia anual global y la prevalencia mensual fueron de 17 y 7%, respectivamente. Siete por ciento de los usuarios mensuales declararon que fumaban cigarrillos a diario, 10% que lo hacían más de tres veces por semana y 20%, solo una vez por semana; 63% fumaba menos de una vez a la semana. La prevalencia anual en adolescentes del sexo masculino fue casi el doble de la observada en las jóvenes (22 frente a 11,5%).

Las dos encuestas descritas proporcionan solo una evaluación limitada de la prevalencia del tabaquismo en Trinidad y Tabago. Se necesitan otras encuestas para poder entender ampliamente las dimensiones del uso del tabaco e identificar a los grupos expuestos a alto riesgo. En esas encuestas no se hicieron preguntas sobre creencias y actitudes relativas al uso del tabaco. Aunque los criterios empleados para clasificar el tabaquismo en las dos encuestas no fueron estrictamente comparables, el acusado aumento de prevalencia del consumo regular de cigarrillos entre la adolescencia y los 35 años sugiere que los adultos jóvenes son un grupo muy expuesto al riesgo de adquirir el hábito del tabaquismo. Se necesitan datos sobre la prevalencia y los patrones de uso del tabaco de los adultos jóvenes de 20 a 34 años. Las estimaciones de prevalencia hechas en el estudio de St. James señalan la situación existente entre 1977 y 1981 y las de la encuesta de estudiantes se refieren a 1985; es pre-

ciso determinar las tendencias longitudinales entre adolescentes y adultos en Trinidad y Tabago. También se necesitan datos sobre las actitudes, los conocimientos y las opiniones de varios grupos en relación con el uso del tabaco y otras sustancias objeto de uso indebido, con el fin de identificar los factores determinantes de la conducta relativa al tabaquismo y seleccionarlos para intervención.

Tabaquismo y salud

Desde comienzos de los años 60, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos (diversas clases de cáncer) se han clasificado como las causas de defunción más importantes en Trinidad y Tabago (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1968; Abdulah, 1985). A fines de 1987, las cinco causas principales de defunción eran las cardiopatías (CIE 9:390-429), los tumores malignos (CIE 9:140-208), la enfermedad cerebrovascular (CIE 9:-430-438), la diabetes mellitus (CIE 9:250) y los accidentes (CIE 9:E800-E949, E980-E989), que representaron 26,5, 13,4, 12,4, 11,1 y 6,5% del total de defunciones, respectivamente (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago, 1990). De 1971 a 1986, la cardiopatía coronaria (CIE 9:410-414) representó una creciente proporción de defunciones por cardiopatía (51% en 1971 frente a 66% en 1986), en tanto que las defunciones ocasionadas por cáncer de pulmón (CIE 9:162) constituyeron 8 y 10% del total de defunciones por cáncer en 1971 y 1986, respectivamente (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1974, 1982 y 1990a). En 1986 y 1987, los síntomas y afecciones mal definidas representaron 2,4 y 2,2% del total de defunciones, respectivamente. Por tanto, el subregistro no es un problema de importancia en lo que respecta a datos de mortalidad en Trinidad y Tabago (Oficina Central de Estadística de Trinidad y Tabago [OPS], 1990).

En el informe del Cirujano General del Servicio de Salud Pública de 1989 se indica que ciertas enfermedades guardan una relación causal con el tabaquismo, incluso la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón, el estómago, el cuello uterino, los labios, la cavidad bucal, la faringe, la laringe, el esófago, el páncreas, la vejiga urinaria y el riñón (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos [USDHHS], 1989). En el Cuadro 4 se indica que entre 1983 y 1987 la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebrovascular fueron las afecciones causadas por el tabaco que más contribuyeron a la

mortalidad de adultos mayores de 35 años; representaron un tercio de las defunciones ocurridas en personas de ambos sexos. Las defunciones atribuidas a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fueron 2,5 veces más comunes en los hombres que en las mujeres (3,0 frente a 1,2%, respectivamente). De todas las clases de cáncer causadas por el tabaquismo, el de pulmón y el del estómago fueron los que más afectaron a los hombres y, en conjunto, representaron 61% de las defunciones ocasionadas por esa causa. En el caso de las mujeres, 57% de las defunciones ocasionadas por cáncer relacionado con el tabaquismo se atribuyeron al del cuello uterino y del estómago. Las defunciones por cáncer de pulmón fueron tres veces más comunes en los hombres que en las mujeres, (1,9 frente a 0,6% de todas las defunciones, respectivamente) (Cuadro 4).

Aunque esas observaciones resultan en parte de cambios en las prácticas de diagnóstico, certificación y nosología, los datos del estudio de St. James confirman la importancia de las enfermedades cardiovasculares y de varios tipos de cáncer en la población local, al menos en las zonas urbanas (Beckles, 1986). Los datos nacionales sobre mortalidad por causas específicas deben interpretarse con precaución porque los índices de autopsia son bajos, especialmente cuando se trata de personas ancianas, mujeres de edad mediana e individuos que mueren en sus casas (Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, 1986; Beckles, 1990c). Existe suficiente desigualdad en el país en lo que respecta a disponibilidad, acceso y uso de las instalaciones de diagnóstico antes y después de la muerte para exigir una cuidadosa evaluación de los datos sobre causas de defunción de determinados subgrupos de la población. No existe ningún procedimiento de indagación sistemática de las declaraciones sobre la causa de defunción que sea parte del sistema nacional de datos sobre mortalidad.

No existen datos particulares sobre las tendencias de mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo o con el uso del tabaco. En el estudio de St. James, la tensión arterial y la hipertensión, la glucosa en sangre y la diabetes, el colesterol total y las concentraciones de colesterol (bajas y altas) fueron indicadores independientes del riesgo de enfermedades cardiovasculares mortales y de otra índole (Beckles, Miller *et al.*, 1986, 1990b). No fue posible predecir el riesgo de enfermedades coronarias en los hombres por medio de la clasificación según el tabaquismo ni del consumo diario de cigarrillos. La baja prevalencia del tabaquismo en las mujeres impidió buscar una relación.

Cuadro 4. Número de defunciones y mortalidad proporcional (porcentaje de defunciones totales) de adultos de 35 años o más por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Trinidad y Tabago, 1983-1987

Causa	Hombres		Mujeres		Ambos	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Todas las causas	17 590	(100,0)	15 416	(100,0)	33 006	(100,0)
Causas mal definidas	371	(2,1)	417	(2,7)	788	(2,4)
Cardiopatía coronaria (410-414)	3714	(21,1)	2785	(18,1)	6499	(19,7)
Otras cardiopatías (390-398, 401-405, 415-417, 420-429)	1665	(9,5)	1575	(10,2)	3240	(9,8)
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	2349	(13,4)	2338	(15,2)	4687	(14,2)
Otras enfermedades circulatorias (440-448)	305	(1,7)	198	(1,3)	503	(1,5)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (490-492, 496)	533	(3,0)	182	(1,2)	715	(2,2)
Otras enfermedades respiratorias (010-012, 480-487, 493)	653	(3,7)	504	(3,3)	1157	(3,5)
Cáncer del estómago (151)	294	(1,7)	182	(1,2)	476	(1,4)
Cáncer de pulmón (162)	334	(1,9)	96	(0,6)	430	(1,3)
Cáncer del cuello uterino (180)	—	(—)	258	(1,7)	258	(n.a.)
Todas las demás clases de tumores relacionados con el tabaquismo	404	(2,3)	240	(1,6)	644	(2,0)

Actividades de prevención y control del tabaquismo

En un principio, las rentas provenientes de impuestos de aduanas y del consumo de cigarrillos se citaron como partida separada en las estimaciones nacionales de rentas en 1988. El total de la renta nacional por impuestos a los cigarrillos fue de \$TT41,25 millones y de \$TT44,5 millones en 1988 y 1989, respectivamente (Ministerio de Hacienda de Trinidad y Tabago, 1989). En 1988, el tabaco representó 1,3% de los impuestos totales al consumo, o sea 1,1% del monto total de los impuestos nacionales. Se paga un impuesto sobre el valor agregado de 15% por cada paquete de cigarrillos.

La Ley de Protección Infantil, capítulo 46:01 de las Leyes de Trinidad y Tabago, prohíbe la venta de productos del tabaco a jóvenes de 16 años o menos (Leyes de Trinidad y Tabago, 1981a). Sin embargo, una encuesta de los estudiantes de secundaria indicó que no se cumplen estrictamente las disposiciones de dicha Ley (Remy, 1985).

No se ha promulgado ninguna ley que restrinja la propaganda ni que exija que se impriman advertencias sobre los peligros para la salud en los paquetes de cigarrillos. Sin embargo, la Oficina de Patrones de Trinidad y Tabago, órgano legal esta-

blecido con la autoridad conferida por la Ley sobre Normas No. 38 de 1972, ha dictado las normas de propaganda y rotulación de los productos del tabaco (Leyes de Trinidad y Tabago 1981a, 1981b; Oficina de Patrones de Trinidad y Tabago, 1977, 1984, 1989). Estas normas se basaron en el "Código de Práctica Publicitaria (1969)" de la Asociación de Anunciadores de Trinidad y Tabago y se prepararon en cooperación con otras entidades.

En las normas TTS 21 20 500, I parte:1977, y TTS 21 10 500, III parte:1989, se estipula que los anuncios de muestras gratis de cigarrillos se publicarán solo en la prensa comercial; los paquetes de cigarrillos no deben contener cupones ni estampillas de cambio y los anuncios y promociones del tabaco no se pueden destinar a un público que incluya niños o personas menores de 18 años. Estas normas exigen anuncios en los paquetes de cigarrillos con la siguiente advertencia sobre los peligros para la salud:

"El Ministerio de Salud advierte que el tabaquismo puede ser peligroso para la salud".

En 1989, se cambió la frase "puede ser peligroso" por "es peligroso". Además, en las normas

TTS 21 20 500, III parte:1984, y TTS 21 10 500, II parte:1984, hay un reglamento sobre la cantidad de alquitrán y nicotina de los cigarrillos. Estas normas exigen que en la etiqueta de cada paquete vendido al por menor se indique la designación del grupo de alquitrán especificado en la norma. En dichas normas se especifican también los caracteres tipográficos y el tamaño de las letras que se deben emplear en los avisos relativos al grupo de alquitrán o al contenido común de nicotina presentados en la propaganda. Sin embargo, el fabricante local no ha cumplido hasta ahora con lo dispuesto en las normas de rotulación de los paquetes de cigarrillos de fabricación local (Beckles, 1990a).

Aunque el cumplimiento con esas disposiciones es voluntario, la Ley sobre Normas faculta a la Oficina para recomendar al Ministro encargado el establecimiento de normas obligatorias cuando la autorregulación no surta efecto (Leyes de Trinidad y Tabago, 1981b). A comienzos de 1990, el Ministerio declaró su intención de hacer obligatoria la norma TTS 21 10 500, II parte:1989 (Gaceta de Trinidad y Tabago, 1990).

No existen leyes que restrinjan el hábito de fumar en recintos cerrados ni en medios de transporte público (Leyes de Trinidad y Tabago 1981c, 1985; Universidad de las Indias Occidentales, 1987). Sin embargo, están vigentes varias restricciones administrativas y voluntarias sobre el tabaquismo en las escuelas, las instalaciones de atención de salud y los lugares comerciales. La empresa aérea nacional British West Indian Airways (BWIA) ha adoptado recientemente un reglamento en virtud del cual se prohíbe fumar en vuelos comerciales de una hora y media o menos (BWIA, 1990).

Las enseñanzas sobre prevención del tabaquismo se incluyen en el plan de estudios de un programa general de educación para la salud (Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, 1988, 1985a, 1985b). El plan de estudios se inicia en la escuela primaria (de los 6 a los 11 años) y continúa en la secundaria (de los 12 a los 17 años). No se ha evaluado oficialmente la eficacia del programa, pero el personal del Ministerio de Educación informa que los estudiantes pueden ser examinados sobre esta parte del plan y que su desempeño en esos exámenes es sobresaliente.

Las organizaciones no gubernamentales participan en actividades limitadas de prevención y control. La Sociedad contra el Cáncer de Trinidad y Tabago patrocina un día sin tabaco durante su semana anual de control de esa enfermedad (Sociedad contra el Cáncer de Trinidad y Tabago, 1990).

Proporciona también materiales contra el tabaquismo y carteles con la leyenda "No Fumar," dicta conferencias a grupos y organizaciones cuando se le invita y tiene planes de gestionar ante el gobierno la promulgación de leyes que prohíban fumar en público. A pedido de los residentes de la respectiva comunidad, los Adventistas del Séptimo Día patrocinan sesiones sobre el cese del tabaquismo (Beckles, 1990a).

Conclusiones

1. El consumo de cigarrillos en Trinidad y Tabago se redujo en forma acusada entre 1979 y 1988. En el último año citado, el consumo total per cápita de cigarrillos manufacturados (575 por persona) fue 42% inferior al promedio mundial y la proporción por adulto (854 por persona de 15 años o más) fue 70% inferior a la observada en el Canadá (Kaiserman y Allen, 1990a, 1990b).
2. Los datos de encuestas del uso del tabaco realizadas en Trinidad y Tabago indican que la prevalencia del consumo de cigarrillos fue mayor entre los adolescentes del sexo masculino y los hombres de mayor edad (35 años o más) que entre las mujeres de edad similar. Aproximadamente uno de cada dos hombres adultos fumaba cigarrillos a diario y uno de cada cinco, 20 diarios o más. Solo 1,2% de los adolescentes encuestados fumaba tres veces o más por semana, pero casi la mitad había fumado cigarrillos en algún momento de su vida. Estos datos, junto con la elevada prevalencia observada en adultos menores de 55 años, sugieren que, como sucede en otros países, los adultos jóvenes de Trinidad y Tabago están expuestos a un alto riesgo de adquirir el hábito de fumar cigarrillos. La baja prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes ofrece una oportunidad de prevención y control de una posible epidemia de uso del tabaco.
3. Las enfermedades crónicas (cardiopatía, enfermedades cerebrovasculares y cáncer) son las mayores causas de mortalidad en Trinidad y Tabago. A medida que envejezca la extensa cohorte de jóvenes, aumentará la carga de esas afecciones para la salud de la población susceptible a menos que se haga un esfuerzo por reducir la elevada prevalencia del consumo de cigarrillos y otros factores de riesgo importantes.
4. Existe una limitada infraestructura para apoyar la prevención y el control del uso del tabaco en Trinidad y Tabago. En la actualidad, las organi-

zaciones no gubernamentales y profesionales de salud participan en un limitado número de actividades contra el tabaquismo.

Referencias

- ABDULAH, N. (ed.) *Trinidad and Tobago 1985. A Demographic Analysis*. UNFPA Project No: TRI/84/PO2. CARICOM 1985.
- BANCO MUNDIAL. *The World Bank Atlas 1989*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, noviembre de 1989.
- BECKLES, G.L.A., MILLER, G.J., KIRKWOOD, B.R., ALEXIS, S.D., *et al.* High total and cardiovascular disease mortality in adults of Indian descent in Trinidad: Unexplained by major coronary risk factors. *Lancet* i: 1298-1301, 1986.
- BECKLES, G.L.A. Country Collaborator's Report, Trinidad and Tobago. Datos inéditos. Organización Panamericana de la Salud, 1990a.
- BECKLES, G.L.A., MILLER, G.J., *et al.* The St. James Cardiovascular Disease Study: Cigarette smoking. Datos inéditos, 1990b.
- BECKLES, G.L.A. The St. James Cardiovascular Disease Study. Autopsy frequency in an urban population in Trinidad. Datos inéditos, 1990c.
- BRITISH WEST INDIAN AIRWAYS. Ground Services Division, Piarco. Trinidad and Tobago, 1990.
- CENTRAL BANK OF TRINIDAD AND TOBAGO. Foreign Exchange Department, Eric Williams Plaza, Port of Spain, Trinidad and Tobago, 1990.
- CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL DE LAS NACIONES UNIDAS. *Standard International Trade Classification, 2nd Revision*. Statistical Papers Series M, No. 34, Rev. 2. New York: United Nations, 1975.
- KAISERMAN, M.J., ALLEN, T.A. Global per capita consumption of manufactured cigarettes—1988. *Chronic Diseases in Canada* 11(4):56-57, July, 1990a.
- KAISERMAN, M.J., ALLEN, T.A. Trends in Canadian tobacco consumption, 1980-1989. *Chronic Diseases in Canada* 11(4):54-55, julio de 1990b.
- LAWS OF TRINIDAD AND TOBAGO. Revised Edition. The Children Act, Chapter 46:01. Government of Trinidad and Tobago, 1981a.
- LAWS OF TRINIDAD AND TOBAGO. Revised Edition. The Standards Act, Chapter 82:03. Government of Trinidad and Tobago, 1981b.
- LAWS OF TRINIDAD AND TOBAGO. Revised Edition. Index. Compiled by Hewitt, A.R. Government of Trinidad and Tobago, 1981c.
- LAWS OF TRINIDAD AND TOBAGO. Chronological and Alphabetical Lists of Ordinances and Acts, 1832-1983. Compiled by the Law Commission. Government Printery. Trinidad and Tobago, 1985.
- MILLER, G.J., BECKLES, G.L.A., MAUDE, G.H., CARSON, D.C., *et al.* Ethnicity and other characteristics predictive of coronary heart disease in a developing community: Principal results of the St. James Survey, Trinidad. *International Journal of Epidemiology* 18, (4):808-817, 1989.
- MILNE, A. Productivity rises at WITCO with local staff—Walker. *Sunday Express*. 4 de febrero de 1990, pp. 23-25.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Publicación Científica 287. Washington, D.C.: OPS, 1974.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Publicación Científica 427. Washington, D.C.: OPS, 1982.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Publicación Científica 524. Washington, D.C.: OPS, 1990.
- REMY, L.F. Summary Report of Survey on Drug Use among the Secondary School Students in Trinidad and Tobago. Ministry of Health. 1985.
- TRINIDAD AND TOBAGO BUREAU OF STANDARDS. Requirements for Advertising. General: TTS 21 20 500 PART 1 : 1977. Trinidad and Tobago Standard. 1977.
- TRINIDAD AND TOBAGO BUREAU OF STANDARDS. Requirements for Advertising. Advertising of Tobacco Products: TTS 21 20 500 PART 3: 1984. Trinidad and Tobago Standard. 1984.
- TRINIDAD AND TOBAGO BUREAU OF STANDARDS. Requirements for Labelling. Part II—Labelling of Retail Packages of Cigarettes: TTS 21 10 500 PART II: 1989. Compulsory Trinidad and Tobago Standard [Proposed]. 1989.
- TRINIDAD AND TOBAGO CANCER SOCIETY. Planned antismoking campaign for 1990. Trinidad and Tobago, 1990.
- TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Agricultural Census, 1982. Office of the Prime Minister. 1986.
- TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Agricultural Statistics Unit. Office of the Prime Minister. Datos inéditos, 1990.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. *Annual Statistical Digest 1981*. Central Statistical Office, Ministry of Finance. No. 28, 1983.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. *Annual Statistical Digest 1988*. Central Statistical Office, Office of the Prime Minister. No. 35, 1989.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Continuous Survey of Business Establishments. Office of the Prime Minister. Datos inéditos, 1989.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Economic Indicators Unit. Office of the Prime Minister. Datos inéditos, 1988.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1979. Ministry of Finance. 1980.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1980. Ministry of Finance. 1981.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1981. Ministry of Finance. 1982.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1982. Ministry of Finance. 1983.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1983. Ministry of Finance. 1984.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1984. Ministry of Finance. 1985.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1985. Ministry of Finance. 1986.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1986. Ministry of Finance. 1987.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1987. Ministry of Finance. 1988.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Overseas Trade, Part A 1988. Ministry of Finance. 1989.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL OFFICE. Population and Births 1986. Population and Vital Statistics 1987. Office of the Prime Minister. 1990.

TRINIDAD AND TOBAGO CENTRAL STATISTICAL

OFFICE. Population and Vital Statistics Report 1963-1964. Ministry of Finance. 1968.

TRINIDAD AND TOBAGO GAZETTE. Legal Notice No. 81. Legal Supplement, Part B. 29:115. 26 de abril de 1990.

TRINIDAD AND TOBAGO MINISTRY OF EDUCATION. Primary School Syllabus. Social Studies and Family Life Education. Republic of Trinidad and Tobago, septiembre de 1988.

TRINIDAD AND TOBAGO MINISTRY OF EDUCATION. First Cycle of Secondary Education. Social Studies. Forms I-III(JSS). Junio de 1985a.

TRINIDAD AND TOBAGO MINISTRY OF EDUCATION. Social Studies. Forms IV-V. 1985b.

TRINIDAD AND TOBAGO MINISTRY OF FINANCE. Estimates of Revenue for the year ending December 31, 1989. Government Printery. Trinidad and Tobago. 1989.

TRINIDAD AND TOBAGO MINISTRY OF HEALTH. Pathology Department, Port of Spain General Hospital. Datos inéditos, 1986.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989.

UNIVERSITY OF THE WEST INDIES. Consolidated Index of Statutes and Subsidiary Legislation to January 1, 1987. Compiled by the Faculty of Law Library, University of the West Indies, Barbados. Government Printery, Trinidad and Tobago. 1987.

WEST INDIAN TOBACCO COMPANY LIMITED. *Annual Report 1982*. Texprint Ltd. Trinidad and Tobago, 1983.

WEST INDIAN TOBACCO COMPANY LIMITED. *Annual Report 1983*. Texprint Ltd. Trinidad and Tobago, 1984.

WEST INDIAN TOBACCO COMPANY LIMITED. *Annual Report 1985*. Texprint Ltd. Trinidad and Tobago, 1986.

WEST INDIAN TOBACCO COMPANY LIMITED. *Annual Report 1988*. Texprint Ltd. Trinidad and Tobago, 1989.

WEST INDIAN TOBACCO COMPANY LIMITED. *Annual Report 1989*. Texprint Ltd. Trinidad and Tobago, 1990.

Uruguay

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Manufactura del tabaco
- Publicidad y promoción
- Impuestos

Prevalencia y consumo

- Consumo de cigarrillos per cápita
- Encuestas sobre el consumo de tabaco: limitaciones, y resultados
- Prevalencia del tabaquismo en adolescentes
- Actitudes y opiniones hacia el tabaquismo

Tabaquismo y salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Acciones gubernamentales
 - Estructura ejecutiva
 - Legislación
 - Educación
- Acciones por parte de organizaciones no gubernamentales
 - Campañas y servicios

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

El Uruguay es una república con una extensión territorial de 186 925 km² que se encuentra ubicada al sur de Brasil sobre la costa del Océano Atlántico en América del Sur. El país ha tenido una forma democrática de gobierno desde 1985. Comparado con otros países del Hemisferio americano, Uruguay es el 13° más grande en superficie terrestre y el 21° más grande en términos de población. El Uruguay tiene una cultura predominantemente europea; casi toda su población reclama un patrimonio cultural español o italiano. En 1990, de una población total de 3 094 000 habitantes, el 86% vivía en zonas urbanas. Su estructura demográfica es similar a la de los países desarrollados, con 74% de la población mayor de 15 años (Cuadro 1).

El producto nacional bruto per cápita del Uruguay (PNB) (\$US2470 en 1988) se clasifica entre los países de ingresos medianos superiores (Banco Mundial 1990), pero este país relativamente próspero también ha experimentado las presiones económicas de la década de los 80. La tasa de crecimiento del producto interno bruto per cápita (PIB) fue -1,3% de 1980 a 1987 (Banco Mundial 1989). De un modo similar a la mayor parte de los demás países latinoamericanos, el Uruguay ha venido registrando una tasa muy alta de inflación (54,5% por año en el período de 1980 a 1987) y una deuda externa que excede la mitad del PIB (\$US3825 millones en 1988) (Banco Mundial 1990).

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Uruguay, decenio de 1980

Indicador	Nivel
Población (1988)	3 100 000
Urbana (%) (1988)	86,0
Porcentaje, edad < 15 años (1988)	26,2
Esperanza de vida al nacer (1988)	72
Alfabetización (%), 15 años o más (1985)	95,0
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos, 1986)	23
Fecundidad total por 1000 mujeres	2,4
Tasa bruta de mortalidad (por 1000 personas)	10
Producto nacional bruto per cápita (1988)	\$US2470
Tasa anual de inflación (%) (1980-1987)	54,5

Fuentes: Banco Mundial, 1989; Banco Mundial, 1990.

A pesar de estas dificultades económicas, los indicadores sociales y de salud del Uruguay se han mantenido en niveles muy satisfactorios, entre los mejores de las Américas. La esperanza de vida al nacer se ubicó en 72 años en 1988; la mortalidad infantil fue de 20 por 1000 nacidos vivos. Presenta un nivel de alfabetización del orden de 95,0% para la población de 15 años y más de edad (Cuadro 1).

La industria del tabaco

Agricultura

En 1988, el área dedicada al cultivo de tabaco fue de aproximadamente 1000 hectáreas (0,01% del total del área cultivable) (Encyclopedia Britannica 1989; Silva Sosa 1990). En 5 de las 19 provincias del país cerca de 3000 trabajadores rurales participan en la agricultura del tabaco. El Gobierno no reglamenta el precio del tabaco ni proporciona ninguna asistencia especial a los cultivadores de tabaco. Sin embargo, en 1985, a los productos agrícolas empleados en la agricultura del tabaco se les eximió del pago de derechos de importación. Esta acción también benefició a los productores y a los cultivadores a través del financiamiento especial proporcionado por el Banco de la República Oriental del Uruguay al tabaco rubio y al tabaco tipo Burley, ambos tipos usados en las exportaciones (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1986). La industria tabacalera está representada por su propia organización patronal, la Asociación de Fabricantes e Importadores de Tabacos y Cigarrillos (AFITYC). Las organizaciones no gubernamentales han intentado que la tierra destinada a la agricultura del tabaco sea convertida a la agricultura de la fresa, pero no se han establecido programas formales de sustitución de cultivos.

Para cifras sobre la producción de tabaco, las exportaciones de tabaco, las importaciones de tabaco y el consumo de tabaco, se cuenta con las siguientes tres fuentes: el Departamento de Agricultura de los EUA (USDA) (1990), el Gobierno uruguayo (Silva Sosa 1990) y la industria tabacalera (AFITYC 1989 y ERC 1988). Dichas fuentes proporcionan cifras discrepantes, pero las tendencias similares son evidentes en las tres fuentes. El USDA notifica una reducción leve en la producción anual de tabaco en rama, de 1587 TM a 1400 TM durante el decenio 1979-1989 (Cuadro 2). Se dispone de cifras sobre las exportaciones de tabaco para todos los años a partir de 1984, y los niveles varían entre 23 TM en 1987 y 460 TM en 1989. La AFITYC informa que las exportaciones de tabaco son "mí-

Cuadro 2. Producción de tabaco no manufacturado, exportaciones, importaciones y consumo interno total (en toneladas métricas), Uruguay, 1979-1989

Año	Producción	Exportaciones	Importaciones	Consumo total
1979	1587	0	3500	4750
1980	1487	0	3724	4940
1981	1365	0	2618	4700
1982	1808	0	3500	3700
1983	1400	0	1334	3500
1984	1400	399	2545	3489
1985	1400	117	1100	2081
1986	1400	98	2800	3900
1987	1400	23	2700	3800
1988	1400	468	2749	3500
1989	1400	460	2700	3500

Fuente: USDA, 1990.

nimas" (OPS 1986). Según USDA el tonelaje de importación de tabaco ha sido aproximadamente dos veces el de la producción; entre 1979 y 1989, las importaciones de tabaco registraron un descenso, pasando de 3500 TM en 1979 a 2700 TM en 1989 (USDA 1990). Sin embargo, la AFITYC informa que 60% del tabaco consumido en el Uruguay se produce en el país en tanto que se importa el 40% (AFITYC 1989).

El consumo interno total disminuyó de 4750

TM en 1979 a 3500 TM en 1989, según datos del USDA (USDA 1990). Sin embargo, según la industria tabacalera, el consumo total descendió de 3900 en 1982 a 3500 TM en 1988 (ERC 1988), y según el Gobierno uruguayo, el consumo total descendió de 3369 en 1984 a 3051 TM en 1988 (Silva Sosa 1990). El consumo de tabaco obtenido a través del comercio ilegal o de las tiendas exentas de derechos no es medido por ninguna de estas fuentes, y, en consecuencia, es probable que el consumo real de tabaco sea significativamente mayor que el informado.

Manufactura del tabaco

El mercado del tabaco en el Uruguay está controlado por tres empresas manufactureras de tabaco principales: Monte Paz, La Republicana y Abal Hermanos. Las primeras dos empresas son filiales de British-American Tobacco Company (BAT), y la tercera es una concesionaria de Philip Morris; la empresa Monte Paz por sí sola domina tres cuartas partes del mercado de tabaco.

Según el USDA, la producción de cigarrillos manufacturados aumentó de 3,59 mil millones en 1979 a 3,9 mil millones en 1988 (USDA 1990). Según fuentes del Gobierno uruguayo, la producción fue considerablemente menor (3,05 mil millones) en 1988. Las importaciones anuales de cigarrillos manufacturados descendieron de 50 millones a 40 millones durante 1988 (con un nivel extremadamente alto de 126 millones TM notificado en 1979); las exportaciones anuales se mantuvieron en aproximadamente 2 millones (Cuadro 3) (USDA 1990). En

Cuadro 3. Cigarrillos manufacturados—producción, exportaciones, importaciones, en millones y consumo anual per cápita para personas de 15 años y más, Uruguay, 1979-1989

Año	Producción (millones)	Exportaciones (millones)	Importaciones (millones)	Consumo total (millones)	Consumo per cápita (por persona de ≥ 15 años)
1978	3548	5	50	3593	1720
1979	3593	5	126	3714	1771
1980	3608	2	60	3666	1741
1981	3650	2	24	3672	1738
1982	3700	2	25	3723	1755
1983	3750	2	25	3773	1772
1984	3750	2	25	3773	1765
1985	3850	2	35	3883	1816
1986	3900	2	40	3938	1835
1987	3900	2	40	3938	1822
1988	3900	2	40	3938	1809

Fuentes: USDA, 1990; CELADE, 1990.

1984, el último año para el cual se dispone de cifras, el Uruguay registró un déficit de \$US3 706 000 en su balanza comercial en el renglón de productos de tabaco. La reducción en las importaciones de tabaco quizá haya disminuido dicho saldo negativo en alguna medida, pero las exenciones especiales, anteriormente señaladas, para el equipo de producción de tabaco y los materiales, concedidas en 1985, indudablemente incidieron de manera negativa en la balanza comercial para la industria en su totalidad.

El tabaco de corte flojo (*loose-cut*) empleado en los cigarrillos liados manualmente representó aproximadamente el 20% de todo el tabaco consumido en 1988. Sin embargo, dadas las ventas ilegales o libres de impuestos en el Uruguay, es posible que se sobreestime esa cifra. Las pipas representaron menos del 1%; y los puros menos de 0,1% (Silva Sosa 1990).

En 1988, la AFITYC informó que 700 trabajadores industriales estaban ocupados directa o indirectamente en la fabricación de cigarrillos; esto es equivalente a menos del 0,5% del total de la fuerza laboral industrial (211 600 personas en 1986) (AFITYC 1989; Encyclopedia Britannica 1989). Esta misma fuente estimó que unas 500 personas estaban empleadas en la distribución al por mayor del tabaco y unas 16 000 personas ocupadas directa o indirectamente en las ventas de tabaco al detalle.

Publicidad y promoción

En 1987, se estima que la empresa concesionaria/de coinversión de Philip Morris gastó alrededor de unos \$US700 000 en publicidad (Philip Morris, Inc. 1988). Se desconoce la cantidad gastada por las empresas de BAT. La publicidad sobre el tabaco es permitida y se transmite en la televisión y la radio, en las películas, en la prensa escrita, pero no en los anuncios en los medios de transporte. Hay otros tipos de promoción de productos de tabaco en el Uruguay que tienen una difusión generalizada, entre ellos: la distribución de muestras gratuitas de cigarrillos en los aviones y en eventos públicos, el patrocinio de eventos culturales y deportivos, la distribución gratuita de bolsas de compra que llevan impresas las marcas comerciales o los logotipos, y el intercambio de paquetes de cigarrillos vacíos por boletos de entrada a eventos culturales y deportivos (en particular, una serie de bailes que incluyen grupos juveniles patrocinados por los cigarrillos Casino) (Silva Sosa 1990). Todos los tipos de publicidad deben ir acompañados por una advertencia acerca de los efectos nocivos sobre la sa-

lud (véase la sección sobre acciones legislativas más adelante).

Se ofrecen varios tamaños de paquetes diferentes para adaptarse al poder adquisitivo de los consumidores de diferente capacidad económica; estos incluyen paquetes de 10, 18, 20, 27 y 50 cigarrillos. El precio más bajo de un paquete de una marca nacional de cigarrillos variaba de \$N450 a \$N750 (\$US0,70) en 1990. La marca importada de mayor venta cuesta casi el doble de este precio (\$N700 a \$N1800; \$US1,60). Si se considera un ingreso familiar medio y un precio medio para los cigarrillos importados, un fumador de un paquete diario de cigarrillos emplearía aproximadamente 10,3% del ingreso familiar. Los cigarrillos pueden comprarse en máquinas vendedoras en Uruguay, pero hay una restricción nacional que prohíbe las ventas de tabaco a las personas menores de 18 años (véase sección sobre la legislación más adelante) (Silva Sosa 1990).

Del precio total al por menor de un paquete de cigarrillos, el 60% corresponde al impuesto nacional sobre el consumo, el 18% se reintegra a los cultivadores, el 15% se gasta en promoción, el 5,5% corresponde a sueldos y salarios, y el 1,5% constituye las ganancias de los fabricantes (AFITYC 1989).

Impuestos

En 1988, los impuestos sobre los productos de tabaco fueron \$N20 mil millones (\$US60 millones) según fuentes sin verificar de la industria del tabaco (AFITYC 1989), o aproximadamente 5% de los ingresos fiscales globales del Uruguay. Los impuestos sobre el tabaco y los cigarrillos importados varían de 10 a 20%, aproximadamente ad valorem, dependiendo del tipo de producto. Al igual que en muchos otros países del Hemisferio americano, los impuestos sobre el tabaco son los que se recaudan más fácilmente entre todos los impuestos sobre el consumo. Sin embargo, los cigarrillos son también uno de los productos más fácilmente comercializados en el mercado negro. Aunque difícil de documentar, se tienen informes sobre la existencia de un comercio ilegal extenso de cigarrillos manufacturados en los países vecinos del Uruguay—Brasil, Argentina y Paraguay—(Silva Sosa 1990). Casi todos los cigarrillos (80 a 90%) producidos en el Uruguay para la exportación regresan al país en forma de contrabando. Estos cigarrillos se venden dentro del país a precios 30 a 40% más bajos que los precios legítimos porque no pagan los impuestos nacionales sobre el consumo.

Prevalencia y consumo

Consumo de cigarrillos per cápita

Resulta interesante el hecho de que la AFITYC informara sobre una disminución en el consumo per cápita de cigarrillos en el período de 1979 a 1985 (OPS 1986); sin embargo, los cálculos basados en los datos del USDA muestran un aumento del consumo de cigarrillos per cápita en el período de 1979 a 1988 (Cuadro 3). Una tendencia a la baja en el consumo per cápita también se informa para los otros países de la subregión del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Paraguay). En estos países, la tendencia a la baja podría explicarse parcialmente por las condiciones económicas adversas que también afectaron al Uruguay en la década de los 80. Sin embargo, el comercio ilegal en cigarrillos puede ser sustancial, con la entrada de cigarrillos al Uruguay desde los otros países y también por el reingreso de los mismos en la forma de productos uruguayos libres de impuestos. La Organización Mundial de la Salud también informó que el consumo de cigarrillos per cápita por los adultos aumentó un 14% de 1970 a 1985 en el Uruguay (Chapman 1990). Por lo tanto, es muy probable que el consumo de tabaco haya aumentado en el Uruguay en la década de los 80; el deterioro de las condiciones económicas ha forzado a que surjan fuentes distintas de suministro de los cigarrillos tanto de producción extranjera como de producción nacional.

Encuestas sobre el consumo de tabaco: limitaciones y resultados

En el Uruguay se han realizado varias encuestas sobre el consumo de tabaco de adultos y adolescentes (Cuadro 4). Cada una de estas encuestas tiene limitaciones metodológicas que no permiten que se pueda hacer generalizaciones para

Cuadro 5. Prevalencia (%) de fumadores diarios regulares y exfumadores entre empleados del Ministerio de Salud por sexo, Uruguay, 1978

Sexo	Prevalencia (%)		N
	Fumadores regulares	Ex-fumadores	
Hombres	60	18	382
Mujeres	32	5	679
Ambos	42,1	9,7	1061

Fuente: Saralegui, 1981.

todo el país; la mayoría se realizaron en la capital del país, Montevideo. Varias de estas encuestas entrevistaron a profesionales del sector salud debido a la probabilidad de que este grupo tuviera mucho interés en responder a una encuesta relacionada con la salud y también porque este grupo puede ser más propenso a cambios en el consumo de tabaco.

En 1974, en una muestra no representativa, Saralegui entrevistó a 1061 empleados del Ministerio de Salud Pública en Montevideo (Cuadro 5). En total, se encontró que el 42,1% fumaba (diariamente y de manera ocasional o de ambas formas). Se encontró que la prevalencia del tabaquismo en los hombres era casi dos veces mayor que en las mujeres (62 frente a 32%), y que la prevalencia del tabaquismo anterior también era mayor en los hombres que en las mujeres (18,0 frente a 5,0%). Por consiguiente, casi el 80% de los hombres encuestados en dicha muestra del sector salud y aproximadamente el 37% de las mujeres habían fumado alguna vez en sus vidas. Es de suponer que estos niveles eran probablemente similares a los de la población general de personas con determinado nivel educativo en Montevideo antes de los cambios generalizados en el consumo de tabaco que se hicie-

Cuadro 4. Encuestas sobre el consumo de tabaco, Uruguay, decenios de 1970 y 1980

Autor	Año	Grupo escogido	Grupo de edad	N
Saralegui	1974	Empleados del Ministerio de Salud	Adultos	1061
Desconocido	1975	Adolescentes escolares	12-18	10496
Gallup	1978	Residentes de Montevideo	Adultos	?
Kasdorf	1984	Residentes de Montevideo	18 o más años	396
Pérez Moreira	1985	Empleados del Ministerio de Salud	18 o más años	525
Gallup	1988	Residentes urbanos	16-50 o más años	799
Ruocco	1989	Estudiantes de medicina, de cuarto año	22-26	479

Cuadro 6. Prevalencia (%) de fumadores diarios regulares y exfumadores entre empleados del Ministerio de Salud, por sexo y tipo de trabajo, Uruguay, 1985

Categoría	Prevalencia (%)		N
	Fumadores regulares	Ex-fumadores	
Sexo			
Hombres	45,1	24,5	162
Mujeres	44,6	17,9	136
Tipo de trabajo			
Universidad	46,3	20,0	80
Administrativo	44,4	20,2	376
Otros	44,9	18,8	69
Total	44,8	20,0	525

Fuente: Pérez Moreira, 1985.

ron notar en los países en desarrollo durante la década de los 70 y la década de los 80.

Los resultados de una encuesta de seguimiento en 1985 entre 525 empleados del Ministerio de Salud (Pérez Moreira 1985) pueden compararse con los de la encuesta de Saralegui de 1974. La prevalencia del tabaquismo para esta muestra de profesionales en el sector salud era, en su conjunto, 44,8%, con una disminución sustancial en la prevalencia de tabaquismo en los hombres (45,1%) y un aumento sustancial de la prevalencia de tabaquismo en las mujeres (44,6%) (Cuadro 6). Entre 1975 y 1985, la prevalencia de tabaquismo anterior en los hombres aumentó a 24,7%, y en las mujeres a 17,9%. Para 1985, 80% de los hombres y 72% de las mujeres habían fumado alguna vez en sus vidas. La prevalencia de tabaquismo en las mujeres profesionales del sector salud era casi la misma que en los hombres, pero el aumento de la prevalencia de las mujeres que habían fumado alguna vez que se registra a partir de 1974 sugiere que en un decenio aumentó a más del doble la proporción de mujeres que se iniciaron en el tabaquismo. En 1985, no había diferencia en la prevalencia de tabaquismo por categorías profesionales (universidad, administrativo, y otras) (OPS 1986). De los hombres fumadores, el 21,9% fumaba más de 20 cigarrillos por día; de las mujeres, solo el 6,2% fumaba más de 20 cigarrillos por día. Estas diferencias en la exposición pueden tener consecuencias para la incidencia relativa de enfermedades asociadas al tabaquismo en hombres y en mujeres. Sin embargo, se debe señalar que el enfoque de la muestra en ambas en-

Cuadro 7. Prevalencia (%) de residentes urbanos que fuman en la actualidad, por número de cigarrillos fumados por día, Uruguay, 1978

Categoría de respuesta	%
Total de fumadores actuales de cigarrillos	47
Porcentaje de fumadores actuales que:	
No fuman con frecuencia	11
Fuman < 5 cigarrillos/día	5
Fuman 5-9 cigarrillos/día	9
Fuman 10-19 cigarrillos/día	17
Fuman 20 o más cigarrillos/día	5
Fuman otro tipo de tabaco	1

Fuente: Organización Gallup, 1978.

cuestas eran diferentes y que puede que las muestras no hayan sido representativas de todos los empleados del Ministerio.

En 1978, la Organización Gallup encuestó a los adultos en zonas urbanas en la capital del país, mas no se dispone de información metodológica detallada para esta encuesta. La prevalencia de tabaquismo habitual y ocasional tanto en hombres como en mujeres fue de 42,1% (Cuadro 7). De estos, el 25% fumaba menos de 20 cigarrillos por día y solo 1% fumaba pipas o puros. En 1988, la Organización Gallup, por encargo de la American Cancer Society, encuestó a 799 residentes urbanos de 18 a 50 o más años (Cuadro 8). En total, el 32% de los entrevistados eran fumadores actuales (44% de hombres y mujeres, respectivamente). La prevalencia máxima para los hombres (60%) se encontró en el grupo de edad de 35 a 49 años, y para las mujeres, en el de 22 a 34 años (36%). La prevalencia de tabaquismo estaba en relación inversa con la "clase social" en esta encuesta.

Kasdorf (1984) encuestó a 396 residentes de Montevideo mayores de 18 años mediante un método aleatorio de muestreo de conglomerados de unidades familiares. La prevalencia general de tabaquismo actual era 40%, un poco inferior a la proporción (44,8%) notificada por Pérez Moreira en 1985 para empleados del Ministerio de Salud Pública (Cuadro 9). En los hombres, la prevalencia de tabaquismo actual era 49%, y en las mujeres, 31%. Entre todos los entrevistados, se encontró mayor prevalencia en la clase socioeconómica alta (50%) y en la clase socioeconómica media (52%), en comparación con la clase socioeconómica más baja (25%). Por lo tanto, la prevalencia de tabaquismo actual en

Cuadro 8. Prevalencia (%) de fumadores actuales y exfumadores por sexo, grupo de edad, y clase social, adultos urbanos de 18-50+ años, Uruguay, 1988

Categoría	Fumadores actuales	Ex-fumadores	N
Total	32	16	799
Hombres	44	25	343
Mujeres	23	9	456
Grupo de edad			
Hombres 16-21	50	0	24
22-34	55	12	94
35-49	60	19	80
50+	26	42	145
Mujeres 16-21	18	3	28
22-34	36	9	111
35-49	30	17	109
50+	12	7	208
Clase Social			
Alta	22	19	127
Media	32	15	469
Baja	36	18	203

Fuente: Organización Gallup, 1988.

la población general de residentes de Montevideo de clase media o alta es algo más alta que la encontrada en empleados presuntamente de clase media y alta del Ministerio de Salud Pública.

La proporción de exfumadores entre los hombres (35%) informada por Kasdorf fue notable-

mente alta. De los hombres fumadores, el 17% fumaba más de un paquete por día; de las mujeres fumadoras, solo el 7% fumaba más de un paquete de cigarrillos por día.

Los datos de una encuesta de 1989 en Montevideo entre estudiantes que cursaban el cuarto año de medicina, de 22 a 26 años de edad, sugieren que la prevalencia de tabaquismo en los profesionales del sector salud puede estar disminuyendo, como ha ocurrido en los países desarrollados. De todos los entrevistados, solo el 36,3% había fumado alguna vez, y de estos, un tercio ya había dejado de fumar (Ruocco 1989).

En resumen, aunque las encuestas aquí descritas no son representativas, se puede llegar a algunas conclusiones en relación con el tabaquismo entre determinados grupos en el Uruguay. La tendencia general en la prevalencia del tabaquismo en adultos parece indicar una tendencia a la baja en aquellos quienes pueden considerarse como líderes de opinión en asuntos de salud (es decir, empleados del Ministerio de Salud Pública y estudiantes de medicina). No está claro si en la población general la prevalencia del tabaquismo es mayor en personas de estrato socioeconómico alto que en personas de estratos socioeconómicos más bajos, como se ha visto en otros países de las Américas con fuertes tradiciones culturales europeas. Además, los datos de consumo per cápita para el Uruguay sugieren que el consumo general de tabaco está aumentando. Dado el aumento probable de ventas ilegales de tabaco asociado con los problemas económicos de la década de los 80, es probable que el consumo de tabaco, de hecho, haya aumentado

Cuadro 9. Prevalencia (%) de fumadores regulares, ocasionales y exfumadores, por sexo, grupo de edad, y estrato socioeconómico, Uruguay, 1984

Categoría	Fumadores regulares	Exfumadores	Fumadores ocasionales	Nunca fumaron	N
Total	40	29	12	19	396
Hombres	49	35	9	7	186
Mujeres	31	23	14	32	210
Grupo de edad					
18-29	35	18	20	27	99
30-49	52	23	9	16	147
50+	33	39	11	17	150
Estrato socioeconómico					
Más alto	50	16	12	21	48
Medio	52	19	15	16	190
Más bajo	25	40	19	15	158

Fuente: Kasdorf, 1984.

sustancialmente, especialmente entre las mujeres, durante la década de los 80. Efectivamente, de acuerdo con un informe reciente de la OPS sobre 5169 mujeres entre 15 y 49 años de edad quienes fueron encuestadas seis meses antes de dar a luz, se encontró una prevalencia de tabaquismo actual de 44%. Este nivel fue el más alto de los nueve países encuestados para ese informe (OPS 1987).

Prevalencia del tabaquismo en adolescentes

El único estudio del que se dispone sobre tabaquismo en adolescentes se realizó en 10 escuelas secundarias de Montevideo en 1975 (Silva Sosa 1990) (Cuadro 10). Aunque el tamaño de la muestra para esta encuesta fue grande (n=10 496), se desconoce la metodología empleada. La prevalencia del tabaquismo en estudiantes de 12 a 18 años de edad (37% en muchachos adolescentes y 35% en muchachas adolescentes) era aproximadamente 10 puntos porcentuales menos que lo informado para los empleados adultos del Ministerio de Salud Pública en 1974 (Saralegui 1978; Cuadro 5).

Al hacer uso de la información sobre la edad de inicio en el tabaquismo de varias de las encuestas anteriores, pueden obtenerse conclusiones acerca del tabaquismo en la juventud uruguaya. Kasdorf (1984) informó que 21% de los hombres y 30% de las mujeres empezaron a fumar antes de los 15 años y que la mayoría (63%) informó haber empezado a fumar entre los 16 y 18 años. Pérez Moreira (1985) informó que el 27,4% de los empleados del Ministerio de Salud y el 14,8% de las empleadas empezaron a fumar antes de los 15 años. Ruocco (1989) informó que el 32% de los estudiantes de medicina, de ambos sexos, empezaron a fumar

antes de los 15 años y que la edad modal de inicio para estos estudiantes era de los 15 a los 16 años. Por lo tanto, como en otros países industrializados, los uruguayos la mayoría de las veces empiezan a fumar en los años medios de su adolescencia. Es evidente que las proporciones de los que alguna vez fumaron aumentan rápidamente a niveles por encima del 50% poco después de los 15 años. Las mujeres jóvenes han manifestado un aumento importante de inicio en el tabaquismo en la década de los 80.

Actitudes y opiniones hacia el tabaquismo

Los datos de encuestas sobre las actitudes y las opiniones sobre el tabaquismo son escasos. Kasdorf (1984) informó que de todos los residentes de Montevideo encuestados, del 35 al 49% había tratado de dejar de fumar, del 24 al 32% deseaba dejar de fumar, y del 12 al 28% no tenía opinión al respecto. Además, del 73 al 87% estaba de acuerdo en que el tabaquismo es nocivo, pero solo del 8 al 16% era indiferente respecto a la nocividad potencial del tabaquismo. En 1978, la Organización Gallup hizo una encuesta entre residentes urbanos para conocer su opinión sobre si debía prohibirse las ventas de cigarrillos. Solo el 19% de la muestra respondió de manera afirmativa (Gallup 1978).

Tabaquismo y salud

Se dispone de datos excelentes sobre la mortalidad para el Uruguay. Solo el 5,9% de las defunciones se clasificaron como "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" (CIE 780-796) en 1987 (OPS 1990), y casi el 100% de las defunciones están certificadas por médicos. Dada la extensa exposición al tabaco de la población en el Uruguay, se podría esperar una significativa incidencia de enfermedades debido al consumo de tabaco en esta población fuertemente expuesta. Las cinco causas principales de defunción en el Uruguay son cardiopatía, tumores malignos, enfermedad cerebrovascular, accidentes e influenza y neumonía (OPS 1990). De estas enfermedades, cuatro pueden asociarse con el tabaquismo.

Para comprender el impacto relativo del tabaquismo en causas seleccionadas de muerte en el Uruguay, es útil comparar las tasas de mortalidad ajustadas por edad para el cáncer de la tráquea y los bronquios, enfermedades cerebrovasculares, y la cardiopatía isquémica para los países de las Américas, en los cuales puede considerarse que la epi-

Cuadro 10. Prevalencia del tabaquismo (%) en adolescentes, 12-18 años, 10 escuelas secundarias, Montevideo, Uruguay, 1975

Categoría	%	N
Hombres	37	4206
Edad 12	22	
12-16	33	
17-18	50	
Mujeres	35	6290
Edad 12	17	
12-16	32	
17-18	45	

Fuente: Silva Sosa, 1990.

Cuadro 11. Tasas de mortalidad ajustadas por edad para cáncer de la tráquea, de los bronquios, y de los pulmones; cardiopatía isquémica; y enfermedades cerebrovasculares; Uruguay, Canadá, Estados Unidos y Cuba, para el año más reciente disponible

Condición/País	Tasa de mortalidad ajustada por edad/Tasc/100 000		
	Hombres	Mujeres	Total
Cáncer de la tráquea, de bronquios y de pulmones (CIE-9 162)			
Uruguay *	32,0	2,5	16,0
Canadá **	32,6	11,9	21,1
Estados Unidos *	32,0	12,9	21,2
Cuba **	23,5	8,7	16,2
Cardiopatías isquémicas (CIE-9 410-414)			
Uruguay *	63,7	31,9	46,5
Canadá **	90,3	43,3	64,8
Estados Unidos *	91,2	47,8	67,2
Cuba **	93,5	68,4	81,3
Enfermedades cerebrovasculares (CIE-9 430-438)			
Uruguay *	43,2	41,4	32,8
Canadá **	19,0	17,9	18,5
Estados Unidos *	19,3	18,1	18,7
Cuba **	32,5	32,5	32,5

Fuente: OPS, 1990.

*1987

**1988

demia del consumo de tabaco ya es "madura" y para los cuales se dispone de datos nacionales de mortalidad adecuados (Estados Unidos, Cuba y Canadá) (Cuadro 11). La tasa general de mortalidad por cáncer de pulmón ajustada por edad para el Uruguay (16,0/100 000) ocupa el tercer lugar entre todos los países del Hemisferio (OPS 1990), pero para los hombres, la tasa (32,0/100 000) es idéntica a la de los Estados Unidos y el Canadá, y algo mayor que la tasa correspondiente a Cuba (23,5/100 000). Para las mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón (2,5/100 000) es todavía bastante baja comparada con los Estados Unidos, el Canadá y Cuba. Estos datos sugieren que la exposición al tabaquismo en los hombres es grande, ubicándose en el nivel de los países más expuestos, pero que en las mujeres, la exposición es todavía más bien baja.

Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón por edad específica en los hombres uruguayos muestran una tendencia creciente en todos los grupos de edad; las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón por edad específica para las mujeres no muestran estas tendencias. Las tasas de mortalidad

por cardiopatía isquémica aumentaron en los hombres para todos los grupos de edad hasta 1980-1984; en cambio, no se observa ninguna tendencia evidente en las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica en las mujeres (Cuadro 12). El control de otros factores de riesgo como la hipertensión puede haber aumentado los efectos de un consumo de cigarrillos per cápita que va en descenso en los hombres uruguayos en años recientes. Las tasas de mortalidad por enfermedad pulmonar crónica empezaron a disminuir para hombres y mujeres de 55 o más años en 1980. Estas tendencias de mortalidad indican que el tabaquismo en las mujeres aún no ha producido la carga de enfermedades que es patente en las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón y por enfermedad pulmonar crónica en los hombres.

La tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres aumentaron considerablemente de 1953 a 1987 pero las tasas ajustadas por edad para las mujeres permanecieron relativamente intactas. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad del cáncer orofaríngeo muestran patrones similares (Figuras 1 y 2).

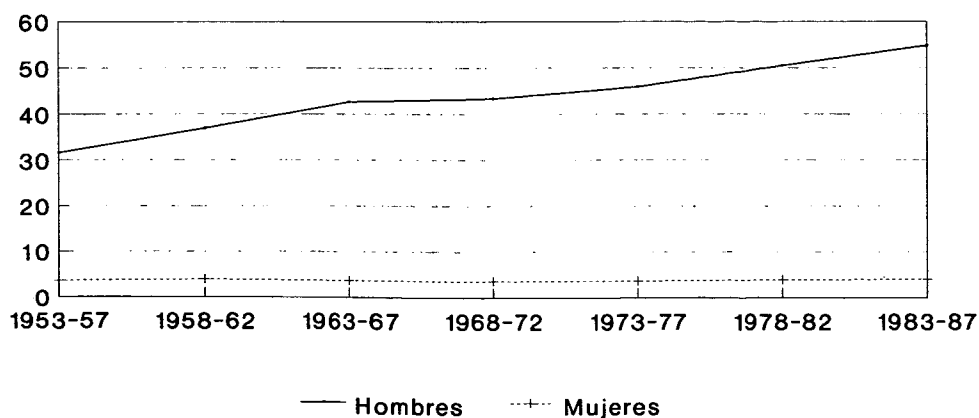
Cuadro 12. Tendencias en las tasas de mortalidad por edad específica (por 100 000 personas) para enfermedades seleccionadas asociadas al tabaquismo, Uruguay, 1955-1984

<i>Cáncer de la tráquea, de bronquios y de pulmones</i>								
Año	Hombres, por grupo de edad				Mujeres, por grupo de edad			
	35-44	45-54	55-64	65-74	35-44	45-54	55-64	65-74
1955-59	8,9	52,2	140,6	219,5	1,2	5,1	8,8	25,6
1960-64	12,2	59,9	148,5	259,2	1,6	3,4	10,9	29,3
1965-69	12,5	57,7	156,9	313,6	1,0	4,5	9,4	25,0
1970-74	11,7	63,7	157,9	309,5	1,0	4,8	12,7	22,1
1975-79	15,7	71,7	173,2	331,3	1,1	5,7	13,2	26,4
1980-84	18,5	84,8	194,2	330,0	2,3	5,1	11,6	25,0

<i>Cardiopatías isquémicas</i>								
Año	Hombres, por grupo de edad				Mujeres, por grupo de edad			
	35-44	45-54	55-64	65-74	35-44	45-54	55-64	65-74
1955-59	26,9	122,5	371,3	813,5	36,5	146,8	453,3	
1960-64	34,3	142,6	443,0	969,3	12,2	42,1	167,0	537,7
1965-69	31,9	135,8	444,9	1156,1	8,3	39,6	166,5	600,0
1970-74	38,2	151,4	442,8	1133,6	7,0	37,3	173,0	625,8
1975-79	38,6	152,2	442,3	1037,3	8,6	32,6	133,8	482,6
1980-84	26,0	121,4	353,0	793,3	5,7	28,1	103,4	378,1

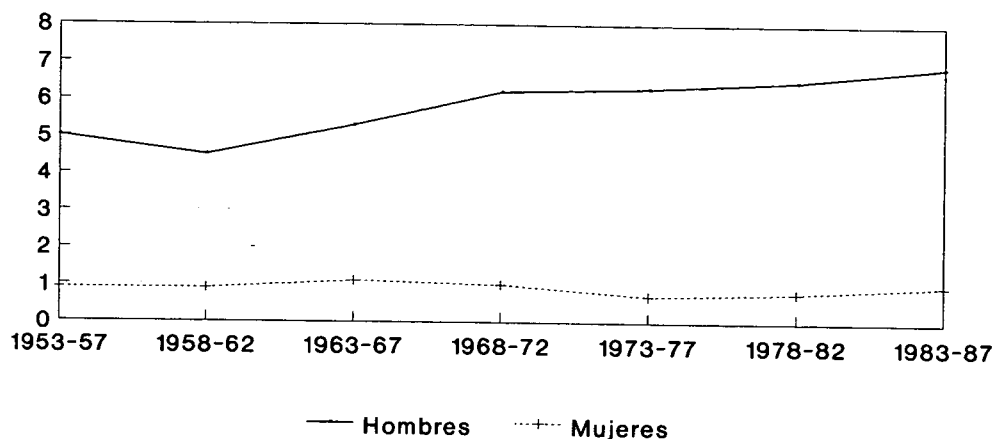
<i>Bronquitis, crónica y no especificada, enfisema y asma</i>								
Año	Hombres, por grupo de edad				Mujeres, por grupo de edad			
	35-44	45-54	55-64	65-74	35-44	45-54	55-64	65-74
1955-59	2,4	11,6	41,8	107,3	1,2	3,7	8,8	27,1
1960-64	2,2	14,1	52,2	124,2	1,1	4,8	10,0	20,9
1965-69	4,2	12,7	53,4	157,5	2,6	5,1	15,4	35,5
1970-74	5,6	16,8	60,8	161,4	4,0	6,0	17,5	39,3
1975-79	3,9	15,9	61,6	174,7	3,8	4,6	14,0	34,8
1980-84	3,5	11,6	41,4	114,4	3,4	7,9	15,1	31,5

Figura 1. Tasas de mortalidad, ajustadas por edad, por cáncer de pulmón por sexo y período, Uruguay, 1953-1987



Fuente: Datos sin publicar, De Stefani 1991.

Figura 2. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, por cáncer orofaríngeo por sexo y período, Uruguay, 1953-1987



Fuente: De Stefani, 1991

Los cálculos de riesgo atribuible al tabaquismo* pueden realizarse empleando los datos de mortalidad del Uruguay, las estimaciones de riesgo relativo para la mortalidad debida a enfermedades seleccionadas asociadas al tabaquismo (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS] 1989), y las estimaciones de la prevalencia de tabaquismo actual y anterior por grupo de edad y por sexo tomadas de la encuesta Gallup de 1988 indicada arriba. El programa de computadora diseñado por los Centros para el Control de Enfermedades de los EUA se empleó para facilitar estos cálculos (Shultz 1991). Se analizó, por un lado, la prevalencia en el Uruguay del tabaquismo actual y anterior en hombres y mujeres de 35 a 64 años y mayores de 65 años, y, por el otro, el número de defunciones para enfermedades seleccionadas asociadas al tabaquismo por grupos de edad considerados cada cinco años para personas de 35 a 75 o más años. Los datos de mortalidad fueron proporcionados por la División de Estadística del Ministerio de Salud Pública para 1987. Las estimaciones de riesgo relativo son las que aparecen notificadas en el Informe de 1989 del Cirujano General de los EUA para la población de los EUA (USDHHS 1989).

Se estima que 5077 defunciones en el Uruguay fueron atribuibles al tabaquismo en 1987 (Cuadro 13). En base a esta estimación, el 17% del total de 29 882 defunciones en el Uruguay podría aplazarse

o prevenirse si el tabaquismo fuera eliminado. Estas defunciones representaron 48 171 años de vida potencial perdida antes de alcanzar la edad de 75 años para los fumadores uruguayos.

Los investigadores del Uruguay han llevado a cabo estudios sobre el control de casos con el propósito de cuantificar los riesgos del consumo de tabaco (especialmente el tabaco negro) para varios tumores. De Stefani (1990a) informó que el tabaco negro y el alcohol interactuaron de manera multiplicadora en cuanto a aumentar el riesgo de cáncer del esófago (razón de productos cruzados 22,6) en los bebedores de *mate*. Para los fumadores el riesgo de cáncer de la lengua es de 29,4 (nivel de confianza de 95% 3,7, 234,2) en comparación con los no fumadores. El riesgo para el cáncer de la lengua de los que consumen tabaco negro fue de 4,0 en comparación con los que fuman tabaco rubio (Oreggia 1991). De Stefani notificó una razón alta significativa para cáncer del estómago en los hombres fumadores en comparación con los no fumadores (razón de productos cruzados 2,7, nivel de confianza de 95%, 1,3, 5,5) (De Stefani 1990b). El propio De Stefani notificó en 1987 que la razón para cáncer de la laringe entre los que fumaban tabaco negro fue 35,4 (nivel de confianza de 95% 20,8, 60,3) comparados con los no fumadores y 14,7 (nivel de confianza de 95% 7,8, 27,6) para los fumadores de tabaco rubio en comparación con los no fumadores (De Stefani 1987). Asimismo, De Stefani (1991) notificó un riesgo significativo alto para cáncer de la vejiga entre los hombres fumadores comparados con los no fumadores (razón de productos cruzados 11,9, nivel de confianza de 95%, 3,3, 42,2).

* Riesgo atribuible = $p(rr-1)/p(rr-1)+1$, donde p = prevalencia de tabaquismo, rr = riesgo relativo de muerte debido a enfermedades asociadas al tabaquismo.

Cuadro 13. Mortalidad atribuible al tabaquismo, y años potenciales de vida perdida (APVP), Uruguay, 1987

Diagnóstico	Código CIE-9	Mortalidad atribuible al tabaquismo	Tabaquismo-APVP *
Tumores			
Labios, cavidad bucal y faringe	140-149	101	1167
Esófago	150	254	1779
Páncreas	257	77	611
Laringe	161	121	1141
Pulmón	162	1036	10 113
Cuello uterino	180	18	352
Vejiga	189	78	507
Riñón	188	44	532
Enfermedades cardiovasculares			
Cardiopatías isquémicas	410-414	912	8509
Arteroesclerosis	440-444	572	2379
Otras enfermedades cardiovasculares	390-394,401-405,415-417,420-429	574	3841
Enfermedades respiratorias			
Enfermedades pulmonares crónicas	490-491,496	294	2128
Neumonías y otras enfermedades pulmonares	010-012,480-487,493	144	600
Enfermedades perinatales	760-766,768-779	105	7829
Total		4330	48 171

* Antes de los 75 años.

El impacto del tabaquismo en el Uruguay es sustancial. Debido a que las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón y por enfermedad cardiovascular para hombres y mujeres de 35 o más años no se han estabilizado y no han mostrado disminuciones en los decenios recientes, está claro que en el Uruguay aumentará el impacto futuro del tabaquismo en las enfermedades. Los datos excelentes sobre la mortalidad proporcionados en el Uruguay permiten realizar análisis continuos de tendencias así como vigilar la evolución de enfermedades asociadas al tabaquismo.

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Acciones gubernamentales

Estructura ejecutiva

El Ministerio de Salud del Uruguay expidió una resolución el 27 de julio de 1988, por la cual se creó una Oficina para el Control del Tabaquismo.

Desde 1990 el Director de esta Oficina también preside un comité interinstitucional de dependencias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales. La Oficina no tiene un presupuesto independiente propio, pero utiliza recursos destinados a epidemiología y también fondos generales asignados al sector salud. La Oficina para el Control del Tabaquismo cuenta con seis empleados. El Gobierno recién elegido en 1990 declaró que el control del tabaquismo constituía una de 12 áreas prioritarias del Ministerio de Salud Pública. Este esfuerzo se incluyó bajo el área general de "Hábitos tóxicos" en combinación con drogas ilícitas y alcohol.

Legislación

En el Uruguay existen numerosas acciones legislativas para controlar el consumo de tabaco. Desde 1977 se prohíbe fumar en los establecimientos del sector salud (Orden de Servicio No. 3904, enmendada el 30 de mayo de 1989). El 12 de agosto de 1981, a raíz del Decreto Gubernamental No. 407/981 se prohíbe fumar en el transporte pú-

blico interestatal y también se prohíbe la publicidad y la promoción de productos de tabaco en el mismo. También por decreto, se prohíbe fumar en los edificios de Gobierno. Las reglamentaciones locales prohíben fumar en los teatros y en ciertos lugares de trabajo privados, en particular aquellos con materiales combustibles. Se prohíbe fumar en todas las escuelas y en los ascensores (Silva Sosa 1990).

Las empresas tabacaleras tienen la obligación de informar todos los años sobre el contenido de nicotina y de alquitrán de los cigarrillos manufacturados en el Uruguay (Ley No. 15.361 fechada el 14 de diciembre de 1982, enmendada por la Ley No. 15.656 del 15 de octubre de 1984). Sin embargo, no se han fijado límites para el contenido de nicotina y de alquitrán en los cigarrillos. Los contenidos de alquitrán y de nicotina para las cinco marcas más populares vendidas en el Uruguay son comparables a los de los cigarrillos vendidos en los Estados Unidos y en otros países de las Américas (Cuadro 14) (U.S. Federal Trade Commission 1988).

La Ley No. 15.656 y el decreto 263/983 fechado el 22 de julio de 1983 contienen reglamentaciones para la leyenda de advertencia acerca de los efectos nocivos del tabaco que todo empaque de tabaco deberá llevar y respecto a la venta de cigarrillos a menores de edad. La leyenda obligatoria de advertencia en todo empaque de cigarrillo también aparece en los carteles de publicidad; dice así: "Advertencia: el tabaco es nocivo para la salud. Ministerio de Salud Pública". No podrán expendirse cigarrillos en las escuelas o a menores de 18 años de edad. No se conoce en qué medida han sido acatadas estas restricciones, y no se cuenta con ningunos datos recientes sobre el consumo de tabaco en adolescentes para determinar el resultado de dicha restricción.

No se informa de ningunas otras restricciones

Cuadro 14. Contenido de alquitrán y nicotina (mg por cigarrillo), cinco marcas más populares de cigarrillos con filtro, Uruguay, 1988

Marca y tipo	Alquitrán	Nicotina
Nevada	17,1	1,13
Casino 80mm	16,1	1,45
Coronado 80mm	15,6	1,00
Fiesta	13,3	1,27
Caja Marlboro	15,7	1,01

Fuente: Silva Sosa, 1990.

en la publicidad de productos de tabaco. Sin embargo, la Comisión de Higiene y Asistencia de la Cámara legislativa debatió un proyecto adicional para el control del tabaco en 1991 que comprendía la prohibición de fumar en las instituciones de atención de salud, en las oficinas públicas y en los vehículos de transporte público. También recomendaba mayores restricciones en los anuncios de productos de tabaco.

Educación

La Oficina para el Control del Tabaquismo del Ministerio de Salud ha desarrollado varias actividades de divulgación pública y educación, que comprenden la transmisión pública de un programa de televisión titulado la "Vida saludable", de cinco segundos de duración que deberá difundirse durante la transmisión de comerciales de tabaco, carteles contra el tabaquismo y un folleto de divulgación pública titulado "El tabaco y sus consecuencias" (Silva Sosa 1990).

La educación obligatoria para evitar el consumo de tabaco empieza en el tercer año de la escuela primaria. En el cuarto grado se imparte adiestramiento específico en comportamiento e información sobre las consecuencias del tabaquismo para la salud. En el quinto grado, se imparte educación adicional antitabáquica que incluye la consideración del humo ambiental de tabaco y sus efectos.

Acciones por parte de organizaciones no gubernamentales

Campañas y servicios

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) han sido muy activas en la lucha contra el consumo de tabaco en el Uruguay; a continuación se enumeran algunos ejemplos informados por Silva Sosa (1990), en particular, cabe destacar las actividades de la Liga Uruguaya de Voluntarios de Educación para Prevención y Control del Cáncer (LUVEC), la Organización Internacional de Uniones de Consumidores (IOCU) y la Asociación Médica del Uruguay, las que han estado muy activas en los programas contra el tabaquismo. A continuación se presentan algunos ejemplos de las actividades de los ONG:

- El periódico *La República* ha publicado varios artículos sobre tabaquismo y salud.
- La Asociación Médica del Uruguay publica un boletín informativo ("Noticias") auspiciado por el Programa para el Control del

Tabaquismo del Ministerio de Salud Pública.

- Los médicos de la Facultad de Medicina han formado una Comisión para el Control del Consumo de Tabaco y una clínica en el Hospital Universitario para dejar de fumar.
- Voluntarios de la LUVEC trabajan con el Ministerio de Salud para difundir información sobre las consecuencias para la salud del consumo de tabaco a través de actividades públicas educativas; la LUVEC también tiene un subgrupo integrado por adolescentes.
- La Iglesia Adventista del Séptimo Día patrocina clínicas gratuitas para renunciar al tabaquismo que están abiertas al público (la Clínica "Ma-Pa"), así como campañas de divulgación pública sobre las consecuencias del tabaquismo para la salud.
- La Fundación Pablito Báez en Maldonado desarrolla actividades de promoción de la salud que incluyen el control del tabaquismo.
- En Uruguay hay algunas clínicas privadas para dejar de fumar a las cuales pueden acudir los fumadores.
- El Partido (político) Ecologista trabaja con la clínica Ma-Pa para ejercer presión a favor de la adopción de políticas para mantener espacios de aire puro en lugares cerrados.
- La Organización Internacional de Uniones de Consumidores organiza cada año actividades en torno del "Día Mundial sin Tabaco" de la Organización Mundial de la Salud.

Resumen y conclusiones

En resumen, el Uruguay cuenta con varios programas gubernamentales y no gubernamentales que promueven actividades en educación y políticas contra el tabaquismo. Las evaluaciones de dichas acciones se ven obstaculizadas por la falta de sistemas de datos que indiquen los cambios en el comportamiento.

Los datos sobre el consumo per cápita y los datos limitados de las encuestas sugieren que el consumo de tabaco ha aumentado en los decenios de 1970 y 1980; de hecho, el Uruguay puede tener una de las tasas más altas de consumo de tabaco en el Hemisferio. La prevención y el control del tabaquismo han aumentado a finales de la década de los 80, pero debido a que la exposición de la población

al tabaco ha sido extensa, al menos en los hombres, el impacto de las enfermedades derivadas del consumo de tabaco en el Uruguay es importante y posiblemente aumentará en el futuro.

En base a la información presentada anteriormente, pueden extraerse las siguientes conclusiones.

1. La agricultura de tabaco y fabricación de cigarrillos fueron relativamente estables durante la década de los 80. El tabaco importado, sin embargo, representó, según fuentes de la industria, aproximadamente 40% del consumo interno. Los gastos por estas importaciones contribuyen a la deuda externa masiva del Uruguay. El comercio ilegal de cigarrillos es extenso.
2. Los datos sobre la conducta en cuanto al consumo de tabaco son escasos, pero los datos sobre el consumo de cigarrillos per cápita sugieren una tendencia ascendente en el consumo durante el último decenio. Aunque los indicadores de salud del Uruguay son similares a los de los países desarrollados de las Américas, la tendencia descendente en el consumo de cigarrillos per cápita demostrado por dichos países no es evidente en el Uruguay.
3. El tabaquismo fue responsable del 17% de la mortalidad total en el Uruguay para 1987. La tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer de pulmón se encuentra entre las más altas de todos los países latinoamericanos; esta tasa ha mostrado una tendencia ascendente para los hombres pero no para las mujeres. Es probable que el impacto de las enfermedades asociadas al tabaquismo aumente en el futuro.
4. La legislación para controlar el consumo de tabaco en el Uruguay incluye una de las pocas leyes nacionales para restringir las ventas a los menores de edad.

Referencias

ASOCIACION DE FABRICANTES E IMPORTADORES DE TABACOS Y CIGARRILLOS. *La agroindustria del tabaco en el Uruguay*. Folleto. Montevideo, 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1989*. New York: Oxford University Press, 1989.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico* 23(45). Santiago, Chile, enero de 1990.

- CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. International Organizations of Consumers Unions, Penang, Malasia, 1990.
- DE STEFANI, E., CORREA, P., OREGGIA, F., *et al.* Risk factors for laryngeal cancer. *Cancer* 60(12):3087-3091, 1987.
- DE STEFANI, E., CORREA, P., FIERRO, L., *et al.* Alcohol drinking and tobacco smoking in gastric cancer—a case control study. *Rev Epidemi et Santé Publ* 38:297-307, 1990a.
- DE STEFANI, E., MUÑOZ, N., ESTEVE, J., *et al.* Mate drinking, alcohol, tobacco, diet, and esophageal cancer in Uruguay. *Cancer Research* 50:426-431, 1990b.
- DE STEFANI, E., CORREA, P.L., FIERRO, L., *et al.* Black tobacco, mate and bladder cancer. *Cancer* 67(2):536-540, 1991.
- ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. 1989/*Book of the Year*. Chicago, Encyclopedia Britannica, 1989.
- ERC, INC. *The World Cigarette Market*. The 1988 International Survey. ERC Statistics International Limited. Suffolk, 1988.
- GALLUP. *The International Gallup Polls*. New Jersey, The Gallup Organization, Inc., 1978.
- GALLUP. *The Incidence of Smoking in Central and Latin America*. New Jersey, The Gallup Organization, Inc., 1988.
- KASDORF, H. *Estudio por muestreo del hábito de fumar en el área urbana de Montevideo: 1984*. Mecanografiado, Montevideo, 1984.
- OREGGIA, F.L., DE STEFANI, E., CORREA, P.L., FIERRO, L. Risk factors for cancer of the tongue in Uruguay. *Cancer* 67(1):180-183, 1991.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Control del hábito de fumar. Taller Subregional para el Cono Sur y Brasil*. Cuaderno Técnico No. 2. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1986.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990. Publicación Científica No. 524, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1990.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Tabaquismo y embarazo: hay que ayudar a parar. Salud Perinatal—Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano* 2(7):67, 1987.
- PEREZ MOREIRA, L.P., GARRIDO, M. *Prevalencia del hábito de fumar entre funcionarios del Ministerio de Salud Pública*. Mecanografiado, Montevideo, 1985.
- PHILIP MORRIS INC. *The Activities of Philip Morris in the Third World*. Richmond, Virginia: Philip Morris, Inc., abril de 1988.
- RUOCCO, G., *et al.* Encuesta de prevalencia, realizada por el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina. Mecanografiado, Montevideo, 1989.
- SARALEGUI, P.J. *Control del tabaquismo en Uruguay*. Mecanografiado, Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 1981.
- SHULTZ, J.M., NOVOTNY, T.E., RICE, D.P. Quantifying the disease impact of cigarette smoking with SAMMEC II software. *Public Health Reports* 106:326-332, 1991.
- SILVA SOSA, R. *Country collaborator's report, Uruguay (datos inéditos)*. Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. *Tobacco, Cotton, and Seeds Division, Foreign Agricultural Service, U.S. Department of Agriculture (tabulaciones inéditas)*. Washington, D.C., abril de 1990.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Publicación de DHHS No. (CDC) 89-8411, Rockville, Maryland, 11 de enero de 1989.
- U.S. FEDERAL TRADE COMMISSION. *Federal Trade Commission Report. "Tar," nicotine, and carbon monoxide of the smoke of 272 varieties of domestic cigarettes*. Washington, D.C.: U.S. Federal Trade Commission, diciembre de 1988.

Venezuela

Características generales

La industria del tabaco

- Agricultura
- Fabricación
- Producción y comercio
- Publicidad y promoción

Prevalencia y consumo

- Consumo per cápita
- Encuestas: Puntos fuertes y débiles
- Prevalencia del tabaquismo entre los adultos
- Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes
- Otras formas de tabaquismo
- Actitudes, conocimientos y opiniones sobre el tabaquismo
 - Conocimiento de la repercusión del tabaquismo en la salud
 - Actitudes sobre las políticas que limitan fumar en los lugares públicos
 - Opiniones sobre otras políticas relacionadas con el tabaco

Tabaquismo y salud

- Mortalidad global
- Mortalidad por cáncer de pulmón
- Otras causas de muerte asociadas con el tabaquismo
- Costos de salud

Actividades de prevención y control del tabaquismo

- Estructura y políticas del Gobierno
- Legislación
- Educación
- Campañas de información pública
- Impuestos
- Acción no gubernamental

Resumen y conclusiones

Referencias

Características generales

Venezuela ocupa más de 915 000 km² en la costa del Caribe de América del Sur. Para 1988, la población venezolana estaba en transición de una población caracterizada por tasas de natalidad y de fecundidad altas a una población con un gran número de adolescentes y adultos jóvenes. En conjunción con esta transición demográfica, los indicadores de salud reflejan una mortalidad infantil más baja, una esperanza de vida mayor y una proporción más elevada de la mortalidad debida a las enfermedades crónicas (Cuadro 1).

A fines de la década de los 20, el petróleo sobrepasó a los productos agrícolas, convirtiéndose en el producto principal de exportación y Venezuela empezó una rápida modernización. Para la década de los 70, Venezuela era uno de los países más ricos de América Latina. Una democracia estable fue establecida en 1958 después del derrocamiento del dictador Marcos Pérez Jiménez. La estabilidad política posterior ha permitido el desarrollo a largo plazo. Con la nacionalización de las empresas petroleras y el aumento rápido de los precios mundiales del crudo, el Gobierno venezolano obtuvo suficientes recursos para hacer inversiones sustanciales en áreas como la salud y la educación. En 1972 Venezuela gastaba 10,3% de su presupuesto total en defensa, pero para 1988, los gastos de defensa habían descendido a solo 5,8% del presupuesto nacional total. Sin embargo, la caída de

los precios mundiales del petróleo (a 41% por debajo de los precios ajustados para tener en cuenta la inflación en los años de precios máximos de 1979 y 1980) (Herrera 1990) y la recesión regional a comienzos de la década de los 80 afectaron seriamente el ingreso personal y el poder adquisitivo de los venezolanos. Desde 1980 a 1988, el producto nacional bruto per cápita de Venezuela (PNB) descendió 25% (Banco Mundial 1990). Aun así, en 1989 Venezuela todavía tenía el segundo PNB per cápita más alto entre todos los países latinoamericanos.

La industria del tabaco

Agricultura

En 1983, un estudio internacional encargado por la industria del tabaco (Agroeconomic Services, Ltd. y Tabacosmos, Ltd. 1987) informó que se habían empleado 6890 hectáreas de tierra arable para el cultivo de tabaco en Venezuela. En 1988, el Ministerio de Agricultura de Venezuela declaró que se dedicaron 9108 has. al tabaco. Según estas dos fuentes, la proporción de la tierra cultivable plantada con tabaco aumentó de 0,2% en 1983 (Oficina de Estadística e Informática 1988) a 0,5% en 1988 (Reyna-Polanco 1989). La agricultura del tabaco puede generar hasta 25 000 empleos, según fuentes de la industria del tabaco, y representa aproximadamente 3% de todos los trabajadores agrícolas en Venezuela (Reyna-Polanco 1989; Oficina de Estadística e Informática 1990).

En 1983, el tabaco rubio se cultivó en 303 explotaciones, el 56% de las cuales tenían entre 10 y 20 has. y el 30% más de 30 has. Además, 275 explotaciones, de las que el 72% tenían menos de 1 ha, cultivaron tabaco negro (Agroeconomic Services, Ltd. y Tabacosmos, Ltd. 1987). Estas cifras indican que el tabaco rubio, la variedad usada en la mayoría de los cigarrillos nacionales, se planta en las explotaciones grandes y que hay pocos dueños de explotaciones. En 1989, el tabaco de hoja representó solo 0,9% de la producción agrícola total de Venezuela (Reyna-Polanco 1989). La cantidad de hoja cruda producida permaneció relativamente estable entre 1979 y 1989 (Cuadro 2).

El Gobierno venezolano recientemente eliminó los incentivos a la exportación de tabaco, suspendió un subsidio para los fertilizantes empleados en el cultivo del tabaco y canceló los apoyos al precio del tabaco (Hernández 1990). Catana de Philip Morris International, una empresa manufacturera nacional, proporciona asistencia técnica e insumos

Cuadro 1. Indicadores de salud y económicos, Venezuela, 1988

Indicador	Año	Valor
Población	1988	18,8 millones
% < 15 años	1988	38,7
% ≥ 65 años	1988	3,6
% urbana	1988	83
Esperanza de vida al nacer	1988	70 años
Tasa de mortalidad bruta por 1000 personas	1988	5
Tasa de natalidad bruta por 1000 personas	1988	30
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	1988	35
Producto interno bruto (\$US)	1988	63,750 millones
Producto nacional bruto per cápita (\$US)	1988	3,250

Fuente: Banco Mundial, 1990.

Cuadro 2. Producción, importación, exportación, consumo total (en millones) y consumo per cápita de cigarrillos manufacturados, Venezuela, 1970-1989

Años	Producción	Importación	Exportación	Consumo total	Consumo per cápita (15 años)
1970	11 213	8 (7)	0	11 221	1947
1971	12 259	14 (12,7)	0	12 273	2039
1972	13 700	10 (25)	0	13 710 (13 725)	2184
1973	13 390	26 (28)	0	13 416	2044
1974	16 219	25 (57)	0	16 244 (16 276)	2369
1975	16 486	25 (228)	0	16 511 (16 714)	2334
1976	18 755	25 (292)	0	18 780 (19 047)	2549
1977	19 880	25 (96)	0	19 905 (19 976)	2563
1978	21 073 (35 555)	48 (120)	0	21 121 (35 675)	4388
1979	22 000 (42 179)	30	0 (50)	22 030 (42 159)	4970
1980	21 300	30 (388)	0 (481)	21 330 (21 207)	2396
1981	19 800	30 (91)	0 (1188)	19 830 (18 703)	2040
1982	19 487	30 (528)	1 (1211)	19 516 (18 804)	1980
1983	20 156	25 (18)	1 (1013)	20 180 (19 161)	1949
1984	20 643	0 (11)	850 (1437)	19 793 (19 217)	1893
1985	19 760	0 (19)	1 342 (1408)	18 418 (18 371)	1753
1986	18 377	0 (24)	1 050 (1554)	17 327 (16 847)	1558
1987	18 130	0 (23)	1 688 (1903)	16 442	1475
1988	18 824	0 (21)	1 700	17 124	1489
1989	18 400	0	2 000	16 400	1382

Fuente: USDA, 1990; números en paréntesis, Ministerio de Agricultura y Cría de Venezuela, Herrera, 1990; CELADE, 1990.

a los cultivadores (Philip Morris International Inc. 1988).

Asimismo, la Cigarrera Bigott proporciona donaciones y préstamos a los agricultores a cambio del privilegio de adquirir el tabaco a precios pre-establecidos (Fundación Bigott). Este es un ejemplo clásico de un mercado caracterizado por un número muy limitado de compradores que controlan un mercado menos que competitivo. Desde 1986, Bigott también estableció un programa de extensión agrícola en las regiones productoras de tabaco. Según indica su nombre, no es un programa de sustitución de cultivos, sino más bien un programa para proporcionar ayuda para el cultivo de maíz, sorgo, sésamo, arroz y girasol (Fundación Bigott).

Fabricación

En 1988, 37 empresas estaban activas en la industria de fabricación de productos del tabaco, a saber, 3 en gran escala, 4 a escala media y 30 empresas a escala pequeña (Oficina de Estadísticas e Informática 1988); para 1990, solo dos grandes empresas que manufacturaban tabaco sobrevivieron.

Estas empresas son las únicas que producen cigarrillos: Compañía Anónima Tabacalera Nacional (Cataná), una empresa nacional particular que opera bajo licencia de Philip Morris International y Cigarrera Bigott, una filial de la British-American Tobacco. Vinculadas a dos empresas multinacionales conocidas, estas dos empresas forman un oligopolio. Las empresas más pequeñas producen cantidades insignificantes de tabaco, cigarrillos o puros generalmente liados a mano (Oficina de Estadística e Informática 1990).

La Cigarrera Bigott tiene 76% del mercado. La industria del tabaco representó 3,7% del producto manufacturado del país en 1988; de esta cantidad, 99,6% fue generado por compañías de escala grande y media. En 1988, este sector empleó a 3378 personas, que representaron solo 0,7% de todos los empleados industriales (Reyna-Polanco 1989).

Producción y comercio

Dos fuentes de datos publicados se emplean en los siguientes cálculos: los datos proporcionados por el Departamento de Agricultura de los EUA

(USDA) (1990) y el Ministerio de Agricultura y Cría de Venezuela (Herrera 1990) (Cuadro 2). Para las exportaciones y las importaciones, se dispone de datos hasta 1988.

La producción de cigarrillos aumentó en forma sostenida entre 1970 y 1979, nivelándose entre 1980 y 1986 y, desde entonces, ha empezado a descender levemente (Cuadro 2).

Las importaciones de cigarrillos descendieron sustancialmente desde 1983 y son ahora mínimas; la mayoría proviene de los Estados Unidos. Los derechos de importación son 35% ad valorem. Las exportaciones, por otro lado, han aumentado significativamente en fecha reciente. En 1989, se exportó 10% de la producción, casi enteramente en forma de cigarrillos rubios con filtro. Las exportaciones se han tornado lucrativas ya que la moneda fue devaluada en un 150% en 1989, y la industria manufacturera ha estado empleando las exportaciones para mantener los ingresos ante el descenso del consumo nacional (Tobacco International 1989b). El puerto principal de destino para las exportaciones de tabaco es Aruba en las Antillas Neerlandesas, que sirve como centro de distribución para un comercio ilegal grande de cigarrillos a otras áreas del Caribe, principalmente Colombia (Tobacco International 1989b).

Publicidad y promoción

En 1981, el Gobierno prohibió por decreto la publicidad directa e indirecta de los productos del tabaco en la televisión; los anuncios por radio se prohibieron posteriormente ese año (Gaceta Oficial 1981b). La publicidad indirecta en la televisión (es decir, el uso de marcas conocidas de cigarrillos en los anuncios para productos o certámenes no relacionados con el tabaco) durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 1989, dio lugar a que tres estaciones de la televisión fueran sancionadas por violar el espíritu de la legislación. Toda la transmisión de estas estaciones se interrumpió completamente durante un período de 24 horas en noviembre de 1989 (Herrera 1990). La publicidad por televisión aparentemente fue un medio importante de comercialización para la industria del tabaco a pesar de la prohibición. En el mes en el que el tiempo de transmisión de propaganda indirecta fue más largo, las ventas aumentaron en 46 millones de unidades (33%) sobre el mes anterior. La inversión en los anuncios por televisión durante ese período fue de \$US10 millones aproximadamente. La cantidad total invertida en publicidad

por la industria de los cigarrillos durante todo 1989 se estimó en \$US21 millones (Producto 1989).

Los anuncios que se muestran comúnmente en las carteleras, en los cines y en la prensa tienen un contenido similar al de otros países en las Américas: se proyectan imágenes de éxito, popularidad y juventud (Herrera 1990). Para promover su imagen pública las empresas tabacaleras también emplean los "talleres culturales", que reafirman la cultura tradicional de Venezuela. (Fundación Bigott).

En 1989, la crisis económica nacional y su repercusión negativa en el consumo en general condujo a una competencia más fuerte en el mercado de cigarrillos. Una estrategia de propaganda empleada en ese año fue la de emitir marcas nuevas a precios inferiores que las marcas ya en el mercado. Los precios de algunas marcas conocidas se redujeron también (Fuentes 1990). Otra estrategia empleada fue vender los cigarrillos en paquetes de 10 ofreciendo así un precio aparentemente inferior para incentivar el uso de los cigarrillos. Esta práctica también puede promover las ventas de tabaco a los niños. Actualmente no hay restricción sobre la venta de cigarrillos a los menores, y los vendedores ambulantes venden los cigarrillos por unidad.

Prevalencia y consumo

Consumo per cápita

El consumo anual de cigarrillos per cápita por adulto (edad de 15 años o más) aumentó en un 16% entre 1965 y 1973 (Lee y Wilson 1975) y en un 43,4% entre 1973 y 1983 (Taylor 1989). Sin embargo, empleando datos del Ministerio de Agricultura de Venezuela y del USDA sobre las proyecciones totales de consumo y las de población del Centro Latinoamericano de Demografía (CELÁDE), se estimó que el consumo per cápita por los adultos aumentó 33,4% entre 1970 y 1977 (Cuadro 2). Sin embargo, si el aumento brusco evidente en el consumo declarado por el Ministerio de Agricultura entre 1978 y 1979 es confiable, entonces el consumo per cápita aumentó 155% entre 1970 y 1979. Después de 1980, hubo una disminución brusca en el consumo per cápita. Esta disminución en el consumo puede explicarse en parte por la crisis económica de la década de los 80, que redujo el poder adquisitivo individual. El aumento de los precios por la industria constituyó un esfuerzo por mantener las utilidades ya que los paquetes de cigarrillos fueron so-

metidos a un impuesto del 50% del precio al detalle (Tobacco International 1989a). El costo de un paquete de 20 cigarrillos era equivalente a 0,5% del jornal mensual promedio de un trabajador en 1990 (Herrera 1990).

La forma más común de tabaco empleada en Venezuela (99,3%) es el tabaco rubio en cigarrillos con filtro. La producción de cigarrillos de tabaco negro ha descendido desde la década de los 60.

En 1972, el último año para el cual se dispone de datos sobre este producto, los cigarrillos de tabaco negro representaban solo 1,4% de la producción total de cigarrillos. Para los cigarrillos fabricados en Venezuela no se dispone del contenido de alquitrán y nicotina.

Es difícil determinar el efecto de las prohibiciones de la publicidad por radio y televisión en 1981 y los enérgicos programas del Gobierno contra el tabaco en la década de los 80 sobre el consumo de cigarrillos per cápita. Se han mencionado las mayores ventas asociadas con la publicidad indirecta en la televisión. El público se opone en general a la publicidad de los productos del tabaco, según se describe más abajo. Es por lo tanto probable que varias condiciones diferentes pueden haber causado la disminución en el consumo de cigarrillos per cápita a fines de la década de los 80 en Venezuela.

Encuestas: Puntos fuertes y débiles

Los datos sobre la prevalencia del tabaquismo por características sociodemográficas se han obtenido mediante tres encuestas de adultos en Venezuela (Cuadro 3). Estas son la Encuesta de 1971 sobre las Características del Hábito de Fumar en América Latina por la Organización Panamericana

de la Salud (OPS) (Joly 1977), la Encuesta de 1984 sobre las Características del Hábito de Fumar en Venezuela por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1984, (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social 1984) las Investigaciones de 1986 en las Comunidades para Programas de Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) (Adrianza 1986). Ninguno de estos informes indica el método de muestreo para las encuestas; en consecuencia, no es posible establecer la validez de las estimaciones declaradas. En la encuesta de la OPS de 1971 (Joly 1977), la mayoría de los resultados se presentan según porcentajes estandarizados, que permiten comparaciones entre ocho ciudades encuestadas.

Cada uno de los estudios definió la categoría de "fumador" de modo distinto, haciendo difíciles por lo tanto las comparaciones entre las encuestas. Por ejemplo, en la Encuesta de Salud de 1984 del Ministerio de Sanidad, el cálculo de "prevalencia del tabaquismo" incluyó a los exfumadores.

Prevalencia del tabaquismo entre los adultos

En los 16 años entre la encuesta de la OPS de 1971 y la encuesta de 1986 de Adrianza, ambas realizadas en Caracas, la prevalencia del tabaquismo aumentó en 40%, pasando de 26,3% a 37% entre las mujeres en general, mientras que no hubo esencialmente ningún cambio en la prevalencia entre los hombres. La encuesta de la OPS de 1971 no proporciona datos sobre los fumadores ocasionales. Es digno de mención en la encuesta de 1984 del Ministerio de Sanidad y la encuesta de 1986 de Adrianza que aproximadamente 12% de los fumadores actuales son fumadores ocasionales, es decir, no fuman todos los días. Este comportamiento se ob-

Cuadro 3. Encuestas sobre el tabaquismo y prevalencia (%) actual de tabaquismo entre adultos, por sexo, Venezuela, 1971-1986

Encuesta	Año	Muestra	Definición	Edad	Prevalencia		
					Hombres	Mujeres	Ambos
Joly	1971	Caracas N=1644	≥ 100 cig/vida fumador actual	15-74	48,6	26,3	36,9
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social	1984	Venezuela (ciudades > 2000) N=1175	Fumadores	≥ 16			
			Diarios		31,8	22,7	27,3
			Ocasionales		13,6	11,4	12,5
			Total		45,4	34,1	37,8
Adrianza	1986	Caracas N=1274	Fumó en	≥ 15			
			6 meses últimos		48,0	37,0	42,2
			Diario		32,6	26,3	29,9
			Ocasional		15,6	9,6	12,6

servió en ambos sexos, en todos los grupos de edad y dentro de los diversos estratos socioeconómicos. En los Estados Unidos, menos del 10% de los fumadores actuales son fumadores ocasionales (USDHHS 1989).

En 1989, se llevó a cabo en Caracas (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social 1989) una encuesta de opinión pública de una muestra de 400 personas. La encuesta detectó una prevalencia de 36% de tabaquismo (fumadores actuales diarios o fumadores ocasionales). Si esta es la prevalencia verdadera del tabaquismo actual en Caracas, entonces ha habido una disminución de 14% en dicha prevalencia a través del período de tres años desde la encuesta Adrianza de 1986. Hubo una disminución importante en el consumo de cigarrillos per cápita en respuesta a la depresión económica de fines de la década de los 80 y, en consecuencia, por lo menos parte de esta disminución notificada en la prevalencia es real. En 1988, la encuesta de Gallup encontró que la prevalencia del tabaquismo entre los adultos de 18 a 64 años de edad en las áreas urbanas era del 27% en general (32% entre los hombres y 23% entre las mujeres). Puesto que los grupos de edad para la encuesta de Gallup difirieron de los de las otras dos encuestas, y debido a que no se proporciona información sobre el marco de muestreo para la encuesta Gallup, la validez de las prevalencias declaradas es dudable.

El Ministerio de Sanidad informó que la prevalencia global del tabaquismo en Venezuela era del 37,8% en 1984, inferior al nivel de 42,2% declarado por Adrianza en 1986 para Caracas. Estos datos sugieren que la prevalencia del tabaquismo puede ser mayor en las poblaciones urbanas que en las poblaciones rurales de Venezuela.

Los datos de la encuesta de 1984 del Ministerio de Sanidad y la encuesta Adrianza de 1986 fueron estratificados por estado socioeconómico sobre la base del ingreso declarado, la profesión, el nivel de educación y la vivienda. El estudio de 1984 del Ministerio de Sanidad indicó que la prevalencia del tabaquismo actual era del 42% entre las personas en el estrato socioeconómico más alto y del 33,5% entre las personas en el estrato más bajo. Por lo tanto, la prevalencia del tabaquismo actual está positivamente relacionada con el estado socioeconómico. En la encuesta de Adrianza de 1986, se notificó que la prevalencia del tabaquismo actual estaba en proporción inversa a los niveles educacionales de los entrevistados. Las personas con una educación de escuela primaria presentaban una prevalencia del 45,2% la cual disminuía con niveles educacionales más altos: de 41,2% entre las personas con educa-

ción escolar secundaria a 37% entre las personas con educación post-secundaria. Sin embargo, solo 38,1% de las personas analfabetas eran fumadores. Los residentes de Caracas quizás no sean representativos del resto del país debido a que tienen mayor acceso a la información acerca de las consecuencias del tabaco para la salud.

Según la Encuesta de 1984 del Ministerio de Sanidad, 42,1% de los fumadores consumían 10 o menos cigarrillos por día. Tomando como base las frecuencias registradas, el número promedio de cigarrillos consumidos por día en 1984 en Venezuela fue de 12 (mediana=13, moda=5). En la encuesta de Adrianza de 1986, el consumo diario promedio estimado por los fumadores en Caracas era de 10; la mayoría (61,4%) de los fumadores fumaban menos de 10 cigarrillos por día. Aunque se notificó que Venezuela en general (Ministerio de Sanidad 1984) tenía una prevalencia inferior de tabaquismo que Caracas (Adrianza 1986), el número promedio notificado de cigarrillos fumados por día y el porcentaje de personas que fumaban 10 o menos cigarrillos por día en estas encuestas indican un volumen más bajo de consumo diario en Caracas. Estos datos por lo tanto apoyan la noción de que los caraqueños pueden haber tratado de reducir su consumo de cigarrillos, por razones de salud o por razones económicas.

Prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes

En 1980, la Sociedad Anticancerosa de Venezuela encuestó a 576 estudiantes de 10 a 20 años de edad en las ciudades de Caracas, Maracaibo y Porlamar, con el resultado de que 21,1% de los encuestados había empezado a fumar entre las edades de 10 y 11 años (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social 1984).

El estudio de 1984 del Ministerio de Sanidad incluía a 225 adolescentes de 12 a 15 años de edad. De estos, 6,7% ya habían fumado por lo menos una vez en sus vidas y no había diferencia en cuanto al sexo en las tasas de experimentación. De los que habían fumado alguna vez, 20% eran fumadores regulares, 20% eran fumadores ocasionales, y 53,3% ya no fumaban en el momento de la encuesta. De los pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos, 4,1% fumaba, mientras que 7,4% de los comprendidos en los estratos socioeconómicos más altos fumaba.

Otras formas de tabaquismo

La encuesta de la OPS de 1971 (July 1977) encontró una prevalencia muy baja (menos de 2%) del

hábito de fumar pipa y puros en todas las ocho ciudades encuestadas en América Latina, incluida Caracas. Según el estudio de 1984 del Ministerio de Sanidad, 1,9% de los fumadores diarios actuales fumaban pipa y 4,7% fumaban puros. La prevalencia del hábito de masticar tabaco en algún período en las vidas de los entrevistados, un hábito más común en las áreas rurales de Venezuela, fue del 5%; de estas personas, la mayoría (84%) masticaban tabaco solo ocasionalmente. La mayoría de las personas que masticaban tabaco tenían 50 años o más.

Otra costumbre tradicional en Venezuela es la ingestión de una mezcla de tabaco y sosa cáustica, llamada "chimó". La encuesta de 1984 del Ministerio de Sanidad encontró que 5,2% de la población había probado el chimó y que 1,3% consumía chimó diariamente. Los porcentajes eran similares para los hombres y las mujeres.

La encuesta de Adrianza de 1986 encontró que 3,4% de la población de Caracas había masticado tabaco en algún momento, con una prevalencia mayor de masticadores ocasionales en los estratos socioeconómicos inferiores (3,4% en el estrato más bajo comparado con 0,5% en el estrato más alto). Los grupos de ingreso inferior en las áreas urbanas probablemente habían emigrado recientemente del campo a la ciudad y constituyen el grupo en el que prevalecen estas costumbres tradicionales. El estudio también encontró una prevalencia de 5,6% para el consumo del chimó, principalmente entre las personas en el estrato socioeconómico más bajo.

Actitudes, conocimientos y opiniones sobre el tabaquismo

Conocimiento de la repercusión del tabaquismo en la salud

En la encuesta de 1984 del Ministerio de Sanidad, se les preguntó a los fumadores si estaban de acuerdo en que el tabaquismo era nocivo para su salud: 86,8% estaba firmemente de acuerdo, 6,7% estaba de acuerdo, 1,2% estaba algo de acuerdo, y 0,4% difirió firmemente. Cuando se pregunta acerca de los efectos nocivos del tabaco sobre el fumador, 81,7% estaba muy consciente de estos efectos y 2,2% desconocía tales efectos.

La encuesta de Adrianza de 1986 en Caracas encontró que 75% de los fumadores y 81,4% de los no fumadores estaban "muy conscientes" de los efectos nocivos del humo del tabaco sobre otras personas. De los fumadores actuales, 55,8% pen-

saba que el daño a otros era "considerable", el 20,3% que había "algún" daño, 16,4% que había un daño "pequeño" y 3% pensaba que no había daño para otras personas. De los no fumadores, 70% contestó que los fumadores causaban un daño "considerable" a quienes estaban a su alrededor. Estos datos se comparan favorablemente con los datos de los Estados Unidos, donde los temas relacionados con el humo de tabaco en el ambiente y su control se han divulgado ampliamente por varios años (Diario El Nacional 1989).

La encuesta de 1984 del Ministerio de Sanidad preguntó sobre el conocimiento de los adolescentes (12 a 15 años) acerca del efecto del tabaquismo para la salud. De los fumadores, 73% creía que el fumar es malo solo si se fuma diariamente; 82% de los encuestados (incluyendo 67% de los fumadores y 83% de los no fumadores) creía que el tabaquismo es nocivo solo si es continuo durante un período largo de tiempo; 87% de los fumadores y 86% de los no fumadores creía que los fumadores mueren más jóvenes que los no fumadores. Asimismo, 87% de los fumadores y 81% de los no fumadores creían que todos los que tienen cáncer de pulmón han fumado regularmente. En forma similar, 80% de los fumadores y 87% de los no fumadores creían que la nicotina de los cigarrillos causa daño a los vasos sanguíneos. Por último, 95% de los encuestados creía que las mujeres embarazadas fumadoras están poniendo a sus niños no nacidos en peligro.

En lo referente a la naturaleza adictiva de la nicotina, los jóvenes creen que tienen un control considerable de su tabaquismo. Cuando se preguntó a los fumadores si todavía estarían fumando cuando llegaran a los 18 años de edad, 33,4% respondió que "probablemente o definitivamente no". Ningún fumador y solo 14% de los no fumadores estuvieron de acuerdo con la declaración de que "una vez que usted comienza a fumar, siempre dependerá del tabaco".

En general, los venezolanos indican tener altos niveles de conocimiento acerca de las consecuencias del tabaquismo para la salud. Esta comprensión fue mayor en la encuesta de Adrianza de 1986 en Caracas, que puede haber tomado como muestra a una población mejor informada. El hecho de que 53% de los caraqueños creían que algunos cigarrillos no son tan nocivos como otros puede reflejar una comprensión distorsionada basada en la publicidad de las marcas de cigarrillos de bajo contenido de alquitrán y de nicotina. Los adolescentes en Venezuela, como en otras partes del mundo, pueden subestimar el potencial para la adicción a la nicotina de los cigarrillos.

Actitudes sobre las políticas que limitan fumar en los lugares públicos

De los no fumadores encuestados en el sondeo de la opinión de 1989 en Caracas, 88% respondió que estaban de acuerdo en que el tabaquismo no debe permitirse en las oficinas públicas ni privadas. Con respecto a la restricción de fumar en los lugares públicos, 83,3% de los entrevistados en el estudio de 1984 del Ministerio de Sanidad y 89% de los entrevistados en la encuesta de 1986 por Adrianza concordaron en que el tabaquismo debe estar restringido en los lugares públicos.

Opiniones sobre otras políticas relacionadas con el tabaco

En la encuesta nacional de 1984 del Ministerio de Sanidad, 72,1% de los entrevistados, incluyendo 73% de los fumadores y 71% de los no fumadores, estaban de acuerdo en que deben prohibirse todas las formas de publicidad de los cigarrillos. En la encuesta de Adrianza de 1986, el porcentaje que estuvo de acuerdo fue algo mayor (80,4%, incluidos 81,8% de los no fumadores y 83,1% de los fumadores).

Se preguntó a los entrevistados en ambas encuestas acerca del uso de precios más altos para los cigarrillos como medio de frenar el tabaquismo. De los entrevistados en el estudio de 1984 del Ministerio de Sanidad, 60% estuvo de acuerdo en que deben emplearse los aumentos de precios para reducir el tabaquismo. Entre los entrevistados en la encuesta de Adrianza de 1986, 70% estuvo de acuerdo en que los precios más caros pueden ser eficaces en reducir el consumo del tabaco.

Merece una mención especial la reacción pública en 1989, ya indicada, en cuanto al uso de la publicidad indirecta de los productos de tabaco en la televisión. Las autoridades médicas, eclesiásticas y cívicas, así como los periodistas y los miembros de la población en general a quienes se entrevistó, se mostraron muy opuestos a la publicidad indirecta de los cigarrillos en la radio y la televisión (Herrera 1990). Las medidas tomadas por el Gobierno para sancionar a las estaciones de televisión no fueron disputadas por nadie en la industria o por el público general. El sondeo de la opinión de Caracas en 1989 realizado por el Ministerio de Sanidad, que se tomó durante este debate, mostró que 60% de la población estuvo de acuerdo con la prohibición de la publicidad por la radio y la televisión. Sin embargo, cuando se pregunta acerca de la repercusión de esta medida sobre el tabaquismo, solo 13% pensaba que sería "muy eficaz" en reducir el

tabaquismo y 24% consideró que sería "algo eficaz," mientras que 49,8% indicó que sería "totalmente ineficaz".

La encuesta de 1984 del Ministerio de Sanidad encontró que porcentajes iguales de adolescentes fumadores y no fumadores concordaban en que debe prohibirse toda la publicidad de los productos del tabaco.

Casi la mitad (47%) de los fumadores jóvenes estaban de acuerdo en que no debe permitirse fumar en los lugares públicos. Cuarenta por ciento de los adolescentes fumadores y 48% de los no fumadores no estuvieron de acuerdo con el aumento en los precios de los cigarrillos para inhibir el tabaquismo entre los jóvenes.

Tabaquismo y Salud

Mortalidad global

El subregistro de las defunciones en Venezuela se estima en solo 3%. Sin embargo, se considera que la calidad de los datos en lo referente a la causa de defunción no es satisfactoria porque los registros de 1984 a 1986 muestran que 30% de las defunciones se clasificaron como "síntomas y estados morbosos mal definidos" (OPS 1990). Sin embargo, los datos notificados a la OPS (1990) indican que la proporción de las defunciones "mal definidas" (CIE-780-799) fue de solo 13,5% en 1987.

La tasa de mortalidad descendió entre 1979 y 1987 para los grupos más importantes de causas de defunción (enfermedad infecciosa, enfermedad cardiovascular, cáncer, lesiones y enfermedades perinatales) excepto los tumores malignos (Cuadro 4). Aunque las diferencias en la mortalidad proporcional no son significativas, parece haber una proporción más pequeña de las enfermedades infecciosas en 1987 que en 1979, con un aumento de la proporción debida a la mortalidad cardiovascular y la mortalidad por cáncer. Aun para 1979, la estructura de la mortalidad para Venezuela era claramente más similar a la de un país industrializado que a la de otros países de la región andina.

En un estudio de 12 ciudades (10 ciudades en América Latina) de la mortalidad urbana entre las personas de 15 años y más llevado a cabo por la OPS de 1962 a 1964 (Puffer 1968), las causas de defunción para Caracas se distribuyeron del siguiente modo: enfermedades cardiovasculares (22,9%), tumores malignos (22,6%), enfermedades infecciosas (7,9%), accidentes (6,7%), homicidios (6,6%), "síntomas y estados morbosos mal definidos" (1,2%) y otros (32,1%). Aun en ese mo-

Cuadro 4. Fallecimientos, mortalidad proporcional (por causas definidas) y tasas de mortalidad por 100 000 personas (ajustadas a la población latinoamericana de 1960) por grupos de causas de defunción, Venezuela, 1979 y 1987

Causas y código de CIE	1979			1987		
	Nº Casos	%	Tasas ajustadas por edad	Nº Casos	%	Tasas ajustadas por edad
Enfermedades infecciosas 001-139, 480-487	9891	15,7	70,3	8936	12,7	52,3
Tumores malignos 140-208	7037	11,2	54,2	9431	13,4	54
Enfermedades cardiovasculares 401-405, 410-438, 440-459	16 612	26,3	132,4	20 011	28,5	115
Afecciones originadas en el período perinatal 740-759, 767-779	7875	12,5	50,7	7509	10,7	45,6
Violencia E810-E999	10 743	17	74,3	10 915	15,5	58,7
Todas las demás causas definidas	10 912	17,3	80,9	13 484	19,2	76,8
Total de causas definidas	63 070	100	462,8	70 286	100	402,4
Síntomas y estados morbosos mal definidos	10 615	14,4	—	10 705	13,2	—

Fuente: OPS, 1990.

mento, este modelo de mortalidad reflejó un estilo de vida occidental y sus acompañantes factores de riesgo. La estructura de mortalidad global actual para el país en 1987 es similar a la de 1962 a 1964 de Caracas (Cuadro 5).

Mortalidad por cáncer de pulmón

En el estudio de la OPS sobre la mortalidad en Caracas (Puffer 1968), las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón estaban en un nivel intermedio en comparación con las otras ciudades del estudio. Las tasas de mortalidad más elevadas por cáncer de pulmón fueron las notificadas para Bristol (Inglaterra), La Plata (Argentina) y San Francisco (Estados Unidos). Las otras siete ciudades en América Latina (Cali, Lima, Riberão Preto, Bogotá, Ciudad de Guatemala, Santiago y Ciudad de México) tenían tasas más bajas de mortalidad por cáncer de pulmón ajustadas por edad. Aunque no se dispone de información sobre la prevalencia del tabaquismo en Caracas en la década de los 50 y la de los 60, estas tasas eran probablemente ya relativamente altas en comparación con los otros países de América La-

tina, aunque no tan altas como en Inglaterra, Argentina y los Estados Unidos. Este estudio encontró que la razón de mortalidad por cáncer de pulmón para los hombres frente a las mujeres era de 4,2:1, lo que indica una exposición mucho mayor al tabaquismo entre los hombres. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón específica para la edad para los hombres de 45 a 54 años de edad fue de 23,3/100 000, considerablemente mayor que para los hombres de 55-64 años (16/100 000) y los hombres de 65 a 74 años (15/100 000). Esto sugiere que las altas tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en Caracas son un fenómeno relativamente reciente. El fumar cigarrillos se había tornado más común, evidentemente, en la década de los 70, mucho después de la exposición máxima en los Estados Unidos (USDHHS 1989).

La mortalidad por las enfermedades relacionadas con el tabaquismo en la población de 25 años y más durante períodos de cinco años entre 1950 y 1984 se notificó a la OPS en 1986 (OPS 1987). Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón aumentaron hasta 1975-1979 y luego se nivelaron. Estos datos sugieren que la mortalidad por cáncer de pul-

Cuadro 5. Mortalidad proporcional, por grupos de causas, edad ≥ 15 años, Caracas 1962-1964 y Venezuela, 1987

	Caracas 1962-1964		Venezuela 1987	
	CIE	%	CIE	%
Enfermedades del aparato circulatorio	330-334, 420-468	22,9	401-405, 410-438, 440-459	24
Tumores malignos	140-205	22,6	140-208	11,6
Enfermedades infecciosas	001-138, 480-502	7,9	001-139, 480-487	8,8
Accidentes	E800-E962	6,7	E800-E949	11
Homicidio y violencias	E964, E965, E980-E999	6,6	E960-E969, E970-E978, E990-E999	2,2
Síntomas y estados morbosos mal definidos	780-795	1,2	780-799	13,7
Otros		32,1		28,7

Fuente: Puffer, 1968; DPS, 1990.

món se ha desplazado a los grupos de edad más jóvenes de forma similar a los datos del estudio de Puffer y Griffith en 1968 acerca de la mortalidad urbana en 1962-1964.

El consumo de tabaco en Venezuela puede haber aumentado sustancialmente durante los años de 1930 y 1940, aún más que en otros países de la Región. En verdad, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón aumentaron en el período de 1950 a 1970.

Otras causas de muerte asociadas con el tabaquismo

Otras causas de muerte (como los tumores de laringe, faringe, cavidad oral y esófago) asociadas con el tabaquismo aumentaron en las décadas de los 50 y de los 60. Las tasas de mortalidad por estas causas siguieron siendo constantes o se redujeron en la década de los 70, con la excepción del tumor de páncreas, la enfermedad cerebrovascular y el infarto del miocardio.

Costos de salud

En 1972, Venezuela gastó 11,7% del presupuesto nacional en salud; esta proporción descendió a 10% en 1987. Cerca de 57% del gasto en salud se emplea para la atención médica. Las estimaciones de los costos de hospital asociados con el tabaquismo para 1965, 1970, 1975 y 1980 se notificaron a la OPS en 1986 (OPS 1987) (Cuadro 6). La duración de la hospitalización y el costo para las enfermedades asociadas con el tabaquismo aumentaron entre 1965 y 1980. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) informó que el Ministerio de Sanidad había estimado que los costos de las enfermedades, atribuibles al tabaquismo y la pérdida de productividad ascendieron a \$US69 millones en 1978 y a \$US110 millones en 1985 (FAO 1989).

Actividades de prevención y control del tabaquismo

Estructura y políticas del Gobierno

Desde principios de la década de los 50, las asociaciones médicas en Venezuela, en particular de los especialistas de enfermedades respiratorias, han manifestado abiertamente sus opiniones en relación con los temas del tabaquismo de la salud. El taller de la OPS sobre el control de tabaquismo en el área andina informó que "... una conciencia del daño producido por el tabaco del venezolano actual, es producto de un esfuerzo ... del respaldo gubernamental en los últimos 30 años de nuestro desarrollo democrático" (OPS 1987). El Gobierno de Venezuela ha adoptado, implícitamente si no explícitamente, una política clara en relación con el tabaquismo. Esto es evidente en las diversas acciones emprendidas por el Gobierno, en particular la suspensión de la teledifusión cuando los canales privados violaron la legislación sobre la publicidad de los cigarrillos. Un Programa Nacional contra el Hábito de Fumar fue establecido en 1984 bajo la División de Enfermedades Crónicas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (Gaceta Oficial 1984). Tiene tres componentes básicos: un comité médico, un consejo nacional multi-institucional y una unidad técnica (Herrera 1990). En noviembre de 1985, el Ministerio de Sanidad elaboró un plan de control del tabaquismo (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social 1985). Con este plan, Venezuela se convirtió en una de las naciones latinoamericanas principales en los esfuerzos por prevenir y contro-

Cuadro 6. Egresos hospitalarios por enfermedades atribuibles al tabaquismo, Venezuela, 1965-1980

	1965		1970				1975		1980			
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tumor de pulmón, tráquea, bronquios			113	2,6	50	1,5	328	2,4	464	6,3	208	3,4
Tumor de laringe	79	2,2	45	1,0	20	0,6	101	0,8	104	1,4	18	0,3
Tumor de la cavidad bucal faringe	44	1,2	58	1,3	39	1,2	94	0,7	78	1,1	58	0,9
Tumor de estómago	68	1,9	55	1,3	25	0,7	108	0,8	89	1,2	36	0,6
Infarto de miocardio	1402	38,5	1058	24,6	592	17,6	2895	21,6	695	9,4	311	5,0
Ulcera gastroduodenal	639	17,5	730	17,0	239	7,1	1245	9,3	938	12,7	347	5,6
Bronquitis, enfisema, asma	1366	37,4	2239	52,2	2396	71,3	8643	64,4	5009	67,9	5194	84,2
Total	3645	100	4298	100	3361	100	13 414	100	7377	100	6172	100

Fuente: OPS, 1987.

lar las enfermedades crónicas causadas por el consumo de tabaco.

Legislación

Cronológicamente, el primer acto legislativo en relación con el tabaquismo fue una ley referente a los impuestos y la fabricación de tabaco (Gaceta Oficial 1978). Esta ley ordenó la impresión del aviso **"Se ha determinado que el fumar cigarrillos es nocivo para su salud"** en los paquetes de cigarrillos, tanto los que se producen en el país como los importados. Esta ley también estipuló el establecimiento de áreas separadas para los fumadores y los no fumadores en el transporte público y en los establecimientos abiertos al público. Estas reglamentaciones entraron en vigor el 27 de agosto de 1979.

En 1979, la Ley sobre los Deportes (Gaceta Oficial 1979) prohibía la publicidad de los cigarrillos en las instalaciones de deportes. Esta disposición no ha sido hecha cumplir ni ha sido observada estrictamente. En 1981, se expidieron decretos presidenciales prohibiendo la publicidad directa e indirecta en la radio y la televisión.

En mayo de 1990, el gobierno del Distrito Federal de Caracas publicó el Decreto No. 7. Con esta medida general se ordenó que todos los lugares públicos tuvieran secciones de fumadores y no fumadores, se prohibía la publicidad de los cigarrillos en los lugares públicos, se prohibía la venta de cigarrillos en los hospitales y las escuelas así como las ventas de cigarrillos a los menores. Este decreto

provocó un debate en los medios impresos que confirmó la necesidad de medidas legislativas para proteger la salud pública contra el consumo de tabaco (Herrera 1990).

Educación

Una serie de actividades extracurriculares que se dirigen al consumo de tabaco por la juventud ("Comunidades educativas") han sido parte del programa oficial educacional del Ministerio de Educación desde 1987 (Herrera 1990). Estas actividades proporcionan información pública sobre tabaquismo y la salud y organizan a los padres, estudiantes y docentes para desarrollar programas formales para las escuelas de prevención contra el tabaco.

Campanas de información pública

El Día Nacional sin Humo se celebra cada año en noviembre y el Día sin Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (31 de mayo) comenzó a celebrarse desde 1984. En esos dos días se dedica una atención sustancial de los medios de información a los temas del tabaco y la salud. Además, el Programa Nacional contra el Tabaco ha producido seis anuncios diferentes de servicio público, de 10 minutos, que ahora aparecen periódicamente en la televisión. Durante 1990, el Programa Nacional contra el Tabaco transmitió aproximadamente 10 entrevistas informativas en los canales de radio (Herrera 1990).

Impuestos

Los impuestos representan 50% del precio de los cigarrillos vendidos al detalle. Desde 1979 a 1988, los ingresos fiscales de los cigarrillos representaron 2,47% como promedio de los ingresos fiscales anuales totales, con el porcentaje más bajo (0,96%) en 1978 y el porcentaje más alto (4%) en 1983. Los impuestos de consumo representan aproximadamente 20% de los ingresos fiscales estatales totales en Venezuela. Los impuestos de los cigarrillos proporcionaron un promedio anual de 16,2% de los ingresos fiscales de consumo desde 1979 a 1988, con el porcentaje más alto (23%) notificado de nuevo en 1983 (Herrera 1990). Por lo tanto, el consumo decreciente de cigarrillos asociado con la recesión económica de la década de los 80 puede haber sido acentuado por una tasa fiscal relativamente alta.

Acción no gubernamental

Los grupos voluntarios y las asociaciones médicas de Venezuela trabajan muy activamente en la prevención y el control del tabaquismo. La Sociedad Anticancerosa de Venezuela ha patrocinado campañas de información pública desde 1954. Desde 1952, la Sociedad Venezolana de Tisiología y Neumología ha realizado esfuerzos visibles y eficaces por difundir información sobre los riesgos del tabaquismo para la salud. Como en otros lugares en el Hemisferio, la Iglesia Adventista del Séptimo Día patrocina programas de abandono del tabaco de cinco días de duración. Entre 1982 y 1986, se estimó que 27 cursos (a los que asistieron 2584 personas) habían sido proporcionados por esta organización. El programa tiene una tasa de abstinencia de seis meses con una efectividad aproximada de 40% (Herrera 1990).

Tanto las empresas privadas como los órganos del Gobierno han realizado esfuerzos por aumentar la norma de no fumar para los lugares de trabajo. Por ejemplo, desde 1987 la Empresa Venezolana del Petróleo ha proporcionado apoyo a los fumadores que desean dejar el tabaco, defendió los derechos de los no fumadores asegurando un lugar de trabajo libre de humo y proporcionó educación contra el tabaquismo a las familias de los empleados. En diciembre de 1989, una evaluación de este programa indicó que el número de fumadores entre los 900 empleados había descendido en 33% (Herrera 1990). Además, la industria del acero y del hierro, en importancia la segunda industria en Venezuela, apoya activamente las actividades contra el tabaquismo en el lugar de trabajo (Herrera 1990).

Resumen y conclusiones

En base a la información presentada anteriormente, pueden extraerse las siguientes conclusiones.

1. Debido al auge del petróleo en la década de los 60 y la de los 70, Venezuela experimentó un crecimiento económico rápido en los años de 1970. Como resultado, a esto siguieron la urbanización, industrialización y disponibilidad de educación universal. Los venezolanos adoptaron los estilos de vida y los comportamientos asociados con las naciones industrializadas. Estos comportamientos incluyen el tabaquismo.
2. La transición sociodemográfica en Venezuela ayuda a explicar una prevalencia alta del tabaquismo entre los hombres y una mayor prevalencia entre las mujeres entre 1971 y 1986, por lo menos en Caracas. Estas tasas confirman la exposición generalizada de la población al tabaco, así como los altos niveles de consumo de cigarrillos per cápita entre los adultos, notificados por el Gobierno y el Departamento de Agricultura de los EUA desde 1959.
3. Como resultado de altos niveles de exposición al tabaco, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular han sido notables durante más de dos decenios en Venezuela. Venezuela ha logrado también una transición demográfica hacia los modelos de mortalidad de las naciones industrializadas.
4. Venezuela también ha sido pionera en la introducción de una política nacional coherente contra el tabaco, incorporada en el Programa Antitabáquico Nacional. Como resultado de las eficaces campañas de información pública y los controles legislativos sobre la publicidad de los productos del tabaco, las restricciones sobre el tabaquismo en los lugares públicos, la participación de varias industrias claves y el apoyo político general, los venezolanos están más conscientes y mejor informados sobre los temas del tabaco y la salud. Desafortunadamente, las normas sociales no han superado todavía las tasas históricamente altas de consumo de tabaco por hombres y mujeres.
5. El poder adquisitivo de los venezolanos ha sido afectado por una disminución en la actividad económica debida a la caída de los precios del petróleo a comienzos de la década de los 80 y por la recesión general en la Región. Al mismo tiempo, los efectos de 10 años de esfuerzos contra el tabaquismo son evidentes. Por lo tanto, se ha establecido una tendencia decreciente favora-

ble en el consumo de cigarrillos per cápita entre los adultos.

6. La industria del tabaco de Venezuela está dominada por dos grandes empresas multinacionales que proporcionan algún apoyo a los agricultores de tabaco. Sin embargo, el efecto económico neto de esta industria está en descenso y ahora representa una proporción pequeña del PNB y el empleo.

Referencias

ADRIANZA, M. *Non-Communicable Chronic Diseases*. Ediciones de la Presidencia de la República, Caracas. 1986.

AGROECONOMIC SERVICES, AND TABACOSMOS, LTD. *The Employment Tax, Revenue and Wealth that the Tobacco Industry Creates*. Septiembre de 1987.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 1990—Poverty*. New York: Oxford University Press, 1990.

BIGOTT. *Su aporte al desarrollo socioeconómico de Venezuela*. Folleto. Editorial Altosca. N.d.

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA. *Boletín Demográfico*. Año XXIII, No. 45. Santiago, Chile, enero de 1990.

CHAPMAN, S., WONG, W.L. *Tobacco Control in the Third World—A Resource Atlas*. Penang, Malaysia: International Organization of Consumers Unions, 1990.

DIARIO EL 2001. Noviembre 7:9, 1989.

DIARIO EL UNIVERSAL DE CARACAS. Noviembre 1:21, 1989.

DIARIO EL NACIONAL. Noviembre 8, 1989.

DUQUE, G. *Report of the Coordinator of the Smoking Control Program of Lagoven, S.A.* Folleto, 17 de enero de 1990.

FUENTES, M. Mercadeo y venta. *Cigarreras en la canicera. El humo vuelve a su cauce*. *El Nacional*. 12(III):D8, 1990.

FUNDACION BIGOTT. *Programa de extensión agrícola*. Folleto. Editorial Altosca. Venezuela. N.d.

FUNDACION BIGOTT. *Talleres de cultura popular*. Folleto. Editorial Altosca. Venezuela. N.d.

GACETA OFICIAL. Ley de impuestos sobre cigarrillos y manufactura del tabaco. *Gaceta Oficial Extraordinaria* No. 2497. Caracas, 1979.

GACETA OFICIAL. Ley sobre deportes. *Gaceta Oficial Extraordinaria* No 1492. Caracas, 17 de agosto de 1979.

GACETA OFICIAL. Decreto 849 del 1º de enero de 1981. *Gaceta Oficial* 32116, 1981.

GACETA OFICIAL. Resolución No. 7 de 23 de octubre de 1984. *Gaceta Oficial*. Año CXII, Mes I No. 33098. Martes, 6 de noviembre de 1984.

GACETA OFICIAL. Decreto 996 del 1º de abril de 1981. *Gaceta Oficial* 2 de marzo de 1991.

HERNANDEZ, V. *Agro y cría: Productores de tabaco protestan ataques contra esta industria*. *El Universal*. Caracas, 11 de junio de 1990.

HERRERA, N. Country Collaborator's Report. Datos inéditos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1990.

JOLY, J.D. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina*. Publicación Científica 337. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1977.

LEE, P.N., WILSON, M.J. *Tobacco Consumption in Various Countries*. Research Paper 6, 4th Edition. London: Tobacco Research Council, 1975.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en Survey of Smoking in Venezuela*. Datos inéditos, 1984.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Anuario de Epidemiología y Estadísticas*.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Bases para un programa sanitario del control del hábito de fumar en Venezuela*. Caracas, División de Enfermedades Crónicas, 1985.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. *Encuesta de opinión: Cufias relacionadas con el cigarrillo*. Datos inéditos. Caracas, octubre de 1989.

OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA. *Anuario Estadístico de Venezuela*, 1988.

OFICINA DE ESTADISTICAS E INFORMATICA. *Venezuela-Principales Indicadores*. Caracas, 13 de agosto de 1990.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION. Committee on commodity problems. *The Economic Significance of Tobacco*. Fifty-seventh session. Roma 12-16 de junio de 1989.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*, Edición de 1990. Publicación Científica 524. Washington, D.C., 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Control del hábito de fumar—Segundo Taller Subregional, Area Andina*. Washington, D.C.: OPS, Cuaderno técnico No. 9, 1987.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Tabulaciones inéditas basadas en datos sobre mortalidad, 1990.

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL, INC. *The Activity of Philip Morris in the Third World*. Richmond, Virginia, Philip Morris International Inc., abril de 1988.

PRODUCTO. El encendido se hizo humo. *Publicidad/Mercadeo/Comunicación*. 7(75):34, diciembre de 1989.

PUFFER, R., GRIFFITH, G.W. *Características de la mortalidad urbana*. *Publicación Científica* 15. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1968.

REYNA-POLANCO E. Director Sectorial de la Oficina de Planeación. Ministerio de Agricultura y Cría de Venezuela. Comunicación personal a la Dra. Natasha de Herrera, 1990.

TAYLOR, S. Tobacco and economic growth in developing nations. *Business in the Contemporary World*. Winter: 57, 1989.

TOBACCO INTERNATIONAL. Colombia: cigarette smuggling tolerated. *Tobacco International*. Latin American Issue—Junio 1, 1989:6 1989a.

TOBACCO INTERNATIONAL. Venezuelan Bolivar cuts menace to tobacco unity. *Tobacco International*. Latin American Issue—June 1:6, 1989b.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. *Tariffs and other Import Duties on Tobacco Leaf and Cigarettes, 1988*. Washington, D.C.: U.S. Department of Agriculture, FAS-5-1989.

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Tobacco, Cotton and Seeds Division, Foreign Agriculture Service. Tabulaciones inéditas, 1990.

Glosario de Términos

Ajuste. Procedimiento sintetizador para una medida estadística, en el que se han reducido al mínimo, por métodos estadísticos, las diferencias en la composición de las poblaciones objeto de comparación. Como ejemplos cabe citar el ajuste por análisis de regresión o por estandarización. El ajuste se lleva a cabo a menudo sobre tasas o riesgos relativos, generalmente debido a diferencias en la distribución de las distintas edades en las poblaciones que se comparan. El procedimiento matemático que suele utilizarse para ajustar las tasas a las diferencias de edad es la ESTANDARIZACIÓN, directa o indirecta.

Colaborador de país. Persona identificada por la Organización Panamericana de la Salud para proporcionar información y estadísticas sobre el uso y el efecto morbosos del tabaco y las medidas de prevención y control del tabaquismo en un país u otra entidad política en particular.

Consumo de cigarrillos. El consumo interno *total* de cigarrillos es el número bruto de cigarrillos consumidos en un país en particular en un año determinado. Se calcula como el total del volumen estimado en toneladas métricas de tabaco manufacturado que se produce en el país, más el volumen de toneladas métricas importadas, menos el volumen de toneladas métricas exportadas. El peso del tabaco consumido se convierte en cigarrillos, basándose en una estimación de un gramo de tabaco por cigarrillo. *El consumo de cigarrillos per cápita* es el total de cigarrillos consumidos en el país (producción más importaciones menos exportaciones) dividido por la población estimada de 15 años o más en un país en particular en un año determinado.

Día Mundial sin Tabaco. Se celebra el 31 de mayo de cada año y es una actividad coordinada en el ámbito internacional para apoyar la prohibición de fumar o de abstención del uso del tabaco. Es patrocinado por la Organización Mundial de la Salud y por grupos nacionales o locales de defensa de los derechos y la salud de la población.

Edad de iniciación. La edad en que un adulto o un adolescente comenzó a usar tabaco con regularidad.

Empresas transnacionales. Conocidas también como empresas multinacionales. Son compañías cuya casa matriz puede tener su sede en un determinado país, pero que controlan operaciones y activos en muchos países.

Envejecimiento de la población.¹ Término demográfico que significa aumento de la proporción de personas de mayor edad en la población, con el tiempo. No implica necesariamente una mayor esperanza de vida ni que "la gente viva ahora más que antes". El principal factor determinante del envejecimiento de la población es una reducción de la tasa de natalidad: cuando nacen menos niños que en años anteriores, y no aumenta la tasa de defunción a mayor edad, el resultado es un incremento de la proporción de personas de mayor edad en la población. Sin embargo, en las sociedades desarrolladas, el cambio de la tasa de mortalidad se ha convertido en un factor de importancia: dicha tasa tiene pocas posibilidades de reducirse más en la primera mitad de la vida, de manera que comienza a disminuir en las partes tercera y cuarta, con el consiguiente incremento de la proporción de personas mayores.

Esperanza de vida al nacer. Promedio del número de años que se espera que viva un recién nacido, si se mantienen las tendencias actuales de mortalidad. Corresponde al número total de años que puede esperarse que viva una cohorte de niños recién nacidos, dividido por el número de componentes de la cohorte. La esperanza de vida al nacer depende en parte de la mortalidad durante el primer año de vida y es menor en los países pobres que en los ricos, debido a la mortalidad más elevada de lactantes y de niños en los primeros.

Exfumadores. Los exfumadores son personas que reconocen que fumaron regularmente alguna vez en su vida, pero que han dejado de hacerlo en el momento de la entrevista.

Impuesto al consumo. Es el impuesto con que se gravan los cigarrillos en el punto de distribución al por mayor. Los cigarrillos vendidos en el mercado negro no están sujetos a este impuesto.

¹Términos tomados de *A Dictionary of Epidemiology* compilado por John M. Last, Oxford University Press, 1988.

Integración vertical. Característica de una industria particular que influye en varios niveles de producción y venta de un producto determinado. Por ejemplo, la integración de una compañía es vertical cuando esta apoya directamente el cultivo del tabaco, compra el producto, fabrica cigarrillos de tabaco sin elaborar y controla los expendios de venta. Es posible que las compañías con una marcada integración vertical se consideren monopolistas, sobre todo si el número de competidores es poco o nulo.

Morbilidad. Cualquier separación, subjetiva u objetiva, del estado de bienestar fisiológico o psicológico. En este contexto, los términos *enfermedad*, *trastorno* y *estado mórbido* se definen de forma similar y se consideran sinónimos.

El Comité de Expertos de la OMS sobre Estadísticas Sanitarias hizo notar en su sexto informe (1959) que la morbilidad podía medirse en términos de tres unidades: 1) personas que estaban enfermas; 2) enfermedades (períodos o brotes de enfermedades) que estas personas experimentaban, y 3) duración de dichas enfermedades (días, semanas, etc.).

Mortalidad atribuible al tabaquismo. El número total de defunciones que se podría aplazar o evitar si no existiera el tabaquismo en una población determinada en un año en particular.

Normalización por edad.¹ Procedimiento para ajustar las tasas, por ejemplo, las de defunción, destinado a minimizar los efectos de las diferencias en la composición por edad, al comparar las tasas correspondientes a diferentes poblaciones.

Organización no gubernamental (ONG). Los grupos organizados que pueden colaborar con los gobiernos o trabajar independientemente de ellos en asuntos de salud. Entre los ejemplos cabe citar las sociedades de lucha contra el cáncer, los grupos civiles de combate a las drogas y varias organizaciones religiosas.

Prevalencia de exfumadores. La prevalencia de exfumadores es la proporción de una población o un subgrupo de ella correspondiente a personas que han dejado de fumar. Los exfumadores son personas que fumaron alguna vez pero que ya han dejado de fumar en el momento de la encuesta (es decir, han fumado al menos 100 cigarrillos en algún momento de su vida, pero ya no lo hacen).

Prevalencia de fumadores actuales. La prevalencia es la proporción, expresada en porcentaje, de una determinada población o subgrupo de ella que corresponde a fumadores del momento. En los Es-

tados Unidos, un fumador actual es una persona que fumó alguna vez y todavía lo hace regularmente, aunque sea solo en ciertas ocasiones, en el momento de la encuesta. La OMS define a un fumador diario del momento como una persona que consume cigarrillos todos los días. Un fumador **ocasional** se define como una persona que no fuma todos los días. En otras encuestas se clasifican los **fumadores leves** (que consumen algunos cigarrillos todos los días) como fumadores ocasionales.

Prevalencia de personas fumadoras alguna vez (o durante toda la vida). En los Estados Unidos, la prevalencia de personas fumadoras alguna vez es la proporción de adultos (generalmente de 18 años o más) que han fumado 100 cigarrillos o más durante su vida. Otros definen a "las personas fumadoras alguna vez" como quienes han consumido aunque sea un cigarrillo durante la vida.

Producto interno bruto (PIB). La producción interna, independientemente de su asignación a desembolsos externos o internos.

Producto nacional bruto (PNB). El PNB es la principal medida de actividad económica de un país. Es la suma de la producción final de bienes y servicios en la economía nacional más los recibos netos de mano de obra y capital del exterior.

Producto nacional bruto per cápita. El PNB dividido por la población total en un año determinado.

Registro. Institución que acopia información sobre el número total de casos de una enfermedad determinada o las defunciones ocurridas en una población en particular. Los registros de cáncer suministran información sobre la incidencia de esa enfermedad, con información sobre la causa o el lugar de defunción o sin ella. Estos datos son particularmente útiles para examinar las tendencias de la incidencia de cáncer. En los registros basados en la población se emplea toda una población definida como denominador para calcular las tasas de incidencia de cáncer, que permiten efectuar análisis de tendencias o quizá comparaciones con otras poblaciones.

Tabaco negro. Esta clase de tabaco se usó más comúnmente en los países latinoamericanos antes de que predominaran en el mercado los cigarrillos de tabaco rubio fabricados por compañías tabacaleras transnacionales.

Tabaco rubio. Mezcla de variedades de Virginia o de otras regiones de los Estados Unidos. Esta es la variedad de tabaco preferida para la fabricación de la mayoría de los cigarrillos producidos en masa.

Tasa ajustada por edad. El número de enfermedades o defunciones por habitante (por lo general, 100 000 ó 1000 habitantes), ajustado según la composición por edad de la población normal. Este ajuste permite hacer análisis de tendencias y comparaciones de la frecuencia de las enfermedades entre una población y otra.

Tasa de defunción. Véase tasa de mortalidad.

Tasa de fertilidad. Véase tasa general de fertilidad.

Tasa de morbilidad.¹ Término, que es preferible evitar, usado indiscriminadamente para hacer referencia a las tasas de incidencia o de prevalencia de la enfermedad.

Tasa de mortalidad.¹ Cálculo de la proporción de población que fallece durante un período especificado. El numerador es el número de personas que mueren en este período y el denominador, el tamaño de la población, que generalmente equivale a la población existente a mitad de año. La tasa de mortalidad de una población se calcula generalmente mediante la fórmula:

$$\frac{\text{Número de fallecimientos durante un período especificado}}{\text{Número de personas con riesgo de fallecer durante este período}} \times 10^n$$

Esta tasa es una estimación de la tasa de fallecimientos tiempo-persona, es decir, la tasa por 10ⁿ años-personas. Si la tasa es baja, constituye también una buena estimación de la tasa de mortalidad acumulada. Se denomina también tasa de mortalidad bruta.

Tasa de mortalidad infantil.¹ Una medida de la tasa anual de defunciones de niños menores de un año. El denominador es el número de niños nacidos vivos en el mismo año. Se define de la manera siguiente:

$$\text{Tasa de mortalidad infantil} = \frac{\text{Número de defunciones en un año de los niños menores de un año}}{\text{Número de niños nacidos vivos en el mismo año}} \times 1000$$

Este se cita a menudo como indicador útil del estado de salud de una comunidad.

Tasa de mortalidad proporcional.¹ Número de defunciones por una causa determinada en un período determinado por cada 100 ó 1000 defunciones totales en el mismo período. Puede llevar a conclusiones equívocas si se emplea para comparar la tasa de mortalidad de las poblaciones con una distribución distinta de las causas de defunción.

Tasa de natalidad.¹ Una tasa sumaria basada en el número de niños nacidos vivos en una población en un período determinado, generalmente de un año.

$$\text{Tasa de natalidad} = \frac{\text{Número de nacimientos de los residentes de una zona en un año civil}}{\text{Población media (o existente a mediados del año) en la zona en ese año}} \times 1000$$

Tasa específica por edad. Tasa correspondiente a un determinado grupo de edad. El numerador y el denominador se refieren al mismo grupo. Ejemplo:

$$\text{Defunción por edad específica:} = \frac{\text{Número de defunciones de los residentes de 25 a 34 años de una zona en un año}}{\text{Población media (o existente a mediados del año) de 25 a 34 años en la zona en ese año}} \times 100\ 000$$

El multiplicador (generalmente 100 000 ó 1 000 000) se escoge para producir una tasa que se pueda expresar como un número conveniente.

Tasa general de fertilidad.¹ Medida de la fertilidad, más refinada que la tasa bruta de nacimientos. El denominador está restringido al número de mujeres en edad reproductiva (es decir, 15-44 ó 15-49). Se define así:

$$\text{Tasa general de fertilidad} = \frac{\text{Número de nacidos vivos en una región durante un año}}{\text{Población femenina de 15-44 años, en la misma región y año, a mitad de este último}} \times 1.000$$

En la mayoría de las jurisdicciones, el límite superior de esta tasa se establece en 44 años.

Transición epidemiológica. La transición epidemiológica es un conjunto de cambios que incluyen los relacionados con las fluctuaciones de la fecundidad, los de la mortalidad y la composición de las poblaciones por edad, con un rápido aumento de la población adulta y anciana. Además, factores sociales y económicos transforman la prevalencia de los factores de riesgo para la salud de esas poblaciones. Estos incluyen urbanización, ingreso de las mujeres a la fuerza de trabajo y exposición a una economía orientada hacia el mercado. Los cambios de estilo de vida, que llevan a la adopción de patrones de conducta como consumo excesivo de alcohol, tabaquismo y abuso de sustancias, aumentan la carga de enfermedades crónicas.

El tabaco, como se ha comprobado ampliamente, es peligroso para la salud humana. Sin embargo, en muchos países de las Américas, el creciente ritmo de urbanización y los cambios del estilo de vida han traído como consecuencia un mayor consumo de tabaco. Al mismo tiempo, los patrones de salud y enfermedad de los países en desarrollo del Hemisferio pasan por un período de "transición epidemiológica" y las enfermedades crónicas no transmisibles han desplazado a las infecciosas como causa principal de morbilidad y mortalidad. Es de esperar que en los próximos decenios esos países afronten y necesiten prepararse para combatir una epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, en particular cáncer de pulmón, con la consiguiente carga que ello impone a los servicios nacionales de salud. Para luchar contra la epidemia y aliviar la carga, se necesita conocer mejor los aspectos históricos, económicos, políticos y de salud pública de la oferta, la demanda y el consumo de tabaco. Esta publicación se destina a profundizar ese conocimiento suministrando información sobre el marco socioeconómico general, la industria tabacalera, el uso de tabaco, el tabaquismo y sus efectos para la salud y las actividades de prevención y control del tabaquismo en los países de América Latina, el Caribe y el Canadá. La mayor parte de la información que contiene esta publicación no se encuentra en una sola fuente. Por tanto, servirá de base para los países en desarrollo de la Región al abordar los complejos asuntos que entrañan la prevención y el control del uso de tabaco. Los trabajadores de salud, investigadores y autoridades pertinentes pueden emplear los datos aquí presentados para formar una coalición contra lo que podría convertirse en el problema de salud pública más grave de los años 90.