

EL IMPACTO ECONOMICO DEL TABAQUISMO

Carlos Saavedra Castillo¹

El consumo de tabaco es un problema con importantes repercusiones sanitarias, ambientales, sociales, políticas y económicas para la región. Es evidente que la solución a este problema se logrará únicamente con la participación comprometida de los gobiernos y de la comunidad internacional, para poner en marcha intervenciones multisectoriales que armonicen las actividades de control, tanto en el ámbito nacional como en el continental.

En esta revisión se realiza un análisis de los diferentes componentes implicados en el problema del tabaquismo que, fundamentalmente, se desprenden de los estudios epidemiológicos. También se abordan aspectos vinculados a sus repercusiones económicas y los diferentes tipos de costos que impone al sector público. Finalmente, se esbozan algunas proposiciones para una solución integral de este complejo problema.

Palabras clave: *Tabaquismo, Impacto económico, Costos.*

Tobacco consumption has sanitary, environment, social, political and economic repercussions in region. This problem will solve only with the participation of governs and international community, with the intervention of different organizations that harmonize national and continental control activities.

We analyze different components implicated in this problem, from epidemiological perspective. We review economical aspects and the different types of costs for public sector. Finally, we propose an integral solution for this complex problem.

Key words: *Nicotine Addiction, Economical Impact, Costs.*

¹ Psiquiatra, Jefe del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC) - Hospital Hermilio Valdizán.

El consumo de tabaco es uno de los retos de salud pública más importantes para la región de las Américas, ya que causa al menos 845 000 defunciones por año. El consumo de tabaco produce enfermedades mortales y discapacitantes. Se considera que es causa, o causa probable, de más de 25 enfermedades entre las que destacan el cáncer de pulmón, la enfermedad isquémica cardiovascular y el enfisema pulmonar. Se estima que la mitad de todos los fumadores crónicos morirán prematuramente y que en promedio perderán de 20 a 25 años de su vida, e impondrán un importante costo social y económico a sus familias y a los sistemas médicos gubernamentales. En el ámbito mundial se calcula que el consumo de tabaco es responsable de la muerte prematura de más de 3.5 millones de personas por año.

Si bien los indicadores de la epidemia de tabaquismo muestran variaciones de acuerdo con cada subregión americana, todos ellos coinciden en identificar la epidemia de tabaquismo como un gran problema de salud pública en el continente, que requiere atención inmediata y concertada entre los gobiernos. En el continente americano cerca de la tercera parte de la población informa consumo cotidiano de tabaco. En los países del Cono Sur se observan los consumos más elevados y cierta tendencia en los indicadores que sugieren estabilidad en su consumo. Los países andinos ocupan el segundo lugar de consumo de tabaco y tienden, asimismo, hacia la estabilización de ese consumo. La subregión mexicana presenta un índice de consumo similar a los países de la subregión andina, y en los países de América Central y el Caribe se reportan los índices más bajos de consumo de tabaco. En contraste con otras subregiones, en Estados Unidos de América y Canadá se observan cambios en los indicadores que muestran una reducción considerable en

el consumo de tabaco a nivel de la población general, y una tendencia que se mantiene a la baja.

Con relación a la distribución del consumo por género, se observa que en la Región de las Américas, es más frecuente en el sexo masculino; sin embargo, datos recientes indican que el consumo entre las mujeres tiende a aumentar y a ser similar en magnitud a la que se observa entre los hombres. Esto es particularmente alarmante ya que el consumo de tabaco en las mujeres gestantes pone en riesgo el bienestar del producto, aumenta considerablemente el riesgo de bajo peso al nacer y muerte infantil, y disminuye considerablemente las posibilidades de un desarrollo infantil pleno.

Al igual que las mujeres, los jóvenes también han sido blanco comercial de las campañas de promoción del tabaquismo realizadas por las compañías tabacaleras. Estudios recientes indican una tendencia importante respecto a que los jóvenes inicien a edades más tempranas el consumo de cigarrillos. En el mundo se estima que diariamente se inician como fumadores cerca de 100 000 jóvenes. En la Región, una proporción considerablemente alta de los consumidores de tabaco reporta haberse iniciado entre los 12 y los 18 años de edad. Se estima que aproximadamente 75% de los fumadores iniciaron antes de alcanzar los 19 años. El consumo de tabaco por la población joven tiende a reflejar la variación y consumo observada entre los adultos, y es en los países del Cono Sur en donde se encuentran las prevalencias más elevadas, y en la subregión de América Central y el Caribe, las menores.

La exposición al humo ambiental del tabaco es también un problema importante, aunque poco caracterizado en la región. Se ha demostrado que el humo de tabaco contiene una gran cantidad de productos químicos,

entre los que destacan al menos 40 carcinógenos reconocidos y cantidades importantes de monóxido de carbono. Según la Agencia de Protección del Medio Ambiente, se estima que en California ocurren entre 3 000 y 8 000 muertes por año en no fumadores, debido a la exposición involuntaria al humo de tabaco. A este respecto, es importante reconocer que la población infantil es particularmente vulnerable a la exposición al humo ambiental del tabaco, y por ello se requieren acciones precisas para protegerla. Los niños tienen un metabolismo y tasa de respiración que son de mayor intensidad, razón por la cual la dosis que reciben de humo de tabaco es considerablemente mayor; esto propicia un aumento en la frecuencia de infecciones respiratorias y del oído. Finalmente, los niños tienen menos opciones que los adultos para evitar voluntariamente la exposición, ya que les es más difícil salir de o evitar espacios contaminados con humo de tabaco.

Un aspecto importante que limita el control de la epidemia es la falta de información que prevalece con relación a los daños que ocasiona el consumo de tabaco en la economía de los países. Estimaciones realizadas en los países de ingreso alto indican que la atención de salud relacionada con el tabaco representa entre el 6 y 15% del total de los gastos anuales en salud. En los Estados Unidos de América; el costo de las enfermedades asociadas con el tabaco se ha estimado entre \$50 y \$70 mil millones de dólares, lo que equivale a 6 o 12% de los costos totales para ese país. Es importante considerar que muy probablemente estas estimaciones no son extrapolables a las de los países de ingreso medio y bajo de la Región, cuyas epidemias de enfermedades relacionadas con el tabaco se encuentran en etapas más tempranas, pero sí indican los grandes costos que se podrían enfrentar de no intervenir decididamente, ins-

trumentando mecanismos de control para disminuir el uso de tabaco en la población general y para desalentar a los jóvenes a iniciar el consumo de tabaco. Sin embargo, los pocos datos reportados a la fecha indican un costo considerable. Por ejemplo, para Venezuela se ha estimado que las enfermedades atribuibles al tabaco imponen una carga económica equivalente a casi 0.5% del producto bruto interno.

El Banco Mundial estima que el costo por tratar las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco supera los 200 mil millones de dólares USA al año. Los beneficios del uso del tabaco van a las principales multinacionales tabacaleras, mientras que los costos sanitarios que él origina son soportados por los países consumidores

Descripción

Prevalencia del consumo de tabaco

La Prevalencia es una medida de la magnitud del consumo y refleja la proporción de los que ya son consumidores de drogas en población en general. En el estudio realizado por DeVIDA se detalla la Prevalencia anual, que mide el consumo de tabaco en “los doce meses previos a la encuesta y nos aproxima a la demanda actual de drogas”.

Analizaremos la Prevalencia de vida del tabaco, a partir de los hallazgos derivados del estudio.

Tabla 1. Prevalencia de Vida de Consumo de Drogas
Encuesta Nacional de prevención y Consumo de Drogas 2002
DEVIDA

Alguna vez consumió en su vida	n	%
Tabaco	8'285,781	68.0%

(n = 4850 representando 12'024,558 entre 12 y 64 años)

Tabla 2. Prevalencia de Vida de Consumo (PV) y Uso actual de sustancias psicoactivas en el Perú (1986-1998)

Sustancia	Año/Prevalencia						
	1986	1988	1992	1995	1997	1998	2002
	PV	PV	PV	PV	PV	PV	PV
Tabaco	87.2	83.5	92	87.9	86.1	94	68

*Tomado y modificado de OPCION: documento de trabajo 2001

De estos estudios resulta que el tabaco es la segunda droga que se consume en nuestro medio, este tipo de adicción junto a la de alcohol resultan las que mayor problemas de salud producen en la población, en especial el tabaco que origina afecciones respiratorias como el EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y cancerígenas. En lo referente a la dependencia según criterios ICD-10, el 8 % de la población es adicta al tabaco, alcanzando 12 % para los varones y 4 % para las mujeres, lo que representa en términos absolutos alrededor de 600,000 varones y 200,000 mujeres (CONTRADROGAS, 1999).

El tabaco es agente productor de un comportamiento epidemiológico con características de EPIDEMIA transmitido por la publicidad y cuya fuente es la Industria transnacional del tabaco. La tasa de tabaquismo de una población dada observada en estudios de las últimas décadas muestra un aumento lento de fumadores que se incrementa lentamente, para luego elevarse más rápido, un periodo de prevalencia máximo y luego baja lentamente y luego más rápido. Apareciendo un modelo de evolución tabáquica en 5 etapas (Slama, 2000).

En los hombres de los países industria-

lizados de Europa Central, Japón, Corea del Sur, el tabaquismo está en la etapa 4 (hay una caída en la prevalencia total del tabaquismo. Las proporciones cambian y comienzan a haber más ex-fumadores que nuevos fumadores, y cada vez hay menos fumadores, porque aumentan los que dejan de fumar).

En cuanto a las mujeres en estos países, encontramos que existe un comportamiento distinto. Así, en los países anglosajones y nórdicos, el tabaquismo entre mujeres está en la etapa 4, pero en el resto de países está en la etapa 3 (encontramos un equilibrio, si bien se inician en el tabaquismo, pero la prevalencia no aumenta, porque los nuevos fumadores reemplazan a los ex-fumadores y los fumadores que han fallecido) o sigue aumentando –etapa 2 (como consecuencia de la promoción e introducción de cigarrillos, aparecen nuevos fumadores y pocos dejan de fumar. Los nuevos fumadores son personas líderes de opinión, profesionales, artistas, docentes, etc. Los valores de la disciplina y el control ceden a una valorización del placer. Crear una demanda del cigarrillo es el objetivo de la industria del tabaco, que considera como blanco a población no fumadora y el tabaco es visto como expresión de modernismo y progreso).

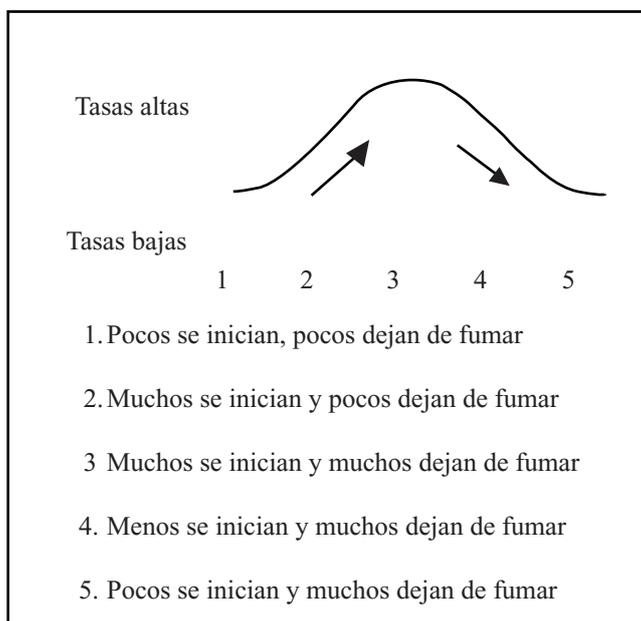


Figura 1. La frecuencia del tabaquismo por etapas.

Esta podría ser la razón por la cual encontramos que la tendencia en general al consumo de tabaco ha disminuido; es posible que la toma de conciencia de los riesgos que implica el consumo de tabaco y las diferentes campañas realizadas hayan jugado un rol. En el año previo a la encuesta, las drogas más

consumidas fueron las legales, correspondiéndole al tabaco, según gráfico 3, el 37.47%, lo que representa aproximadamente que casi 4 de cada 10 individuos consumen tabaco., pero que comparado al año anterior se observa una disminución, lo que además se observa en la prevalencia del mes.

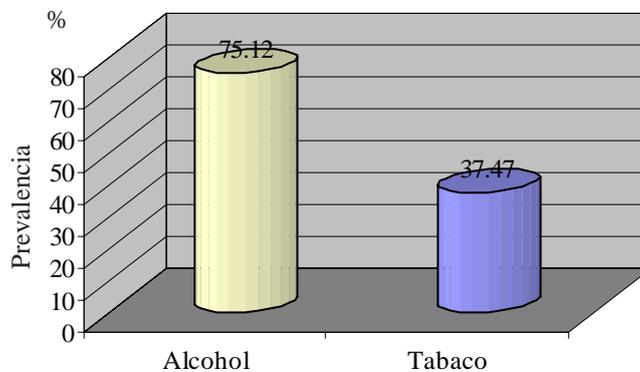


Figura 2. Prevalencia anual del consumo de alcohol y tabaco (Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 – DEVIDA)

Si tomamos en cuenta los grupos etáreos, se evidencia que una mayor proporción de varones ha consumido tabaco, aunque la tendencia no muestra mayores cambios en los diferentes grupos.

Tabla 3. Prevalencia anual de consumo de tabaco según edad y sexo
(Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 – DEVIDA)

	12 a 13	14 a 16	17 a 19	20 a 30	31 a 40	41 a 59	60 a 64	TOTAL
Total	4.37	25.71	47.94	48.93	39.91	33.8	24.92	37.47
Masculino	6.82	31.96	63.56	71.17	60.61	49.34	31.48	53.26
Femenino	1.61	20.29	30.09	28.54	25.82	21.38	17.51	23.66

Apreciamos con relación a la prevalencia de vida en el sexo femenino una ligera disminución, pero discretamente alta en el consumo de tabaco de las mujeres entre 40 y 50 años. El consumo de tabaco se inicia entre los varones de los países de altos ingresos, para luego expandirse entre mujeres y adolescentes, pero este patrón continúa en los países de bajos ingresos donde se mantiene la misma tendencia.

En las poblaciones de *los países de ingreso medio y bajo* se está produciendo un aumento del consumo de cigarrillos desde el decenio de 1970. En estos países el consumo mostró un ascenso constante entre 1970 y 1990, aunque la tendencia ascendente parece

haber cedido un poco desde los primeros años de la década del noventa.

Con relación a la prevalencia anual de consumo de tabaco según edad y sexo, de manera coincidente con las observaciones anteriores, se aprecia el inicio más temprano en los varones en el uso de tabaco, entre los 12 y 13 años, y encontrando que entre los 17 y 40 años la razón es de 3:1, para luego ir disminuyendo probablemente por la mayor conciencia de los problemas físicos producidos.

En la Incidencia de consumo de tabaco del año 2002 apreciamos una disminución respecto al año 1998 (Prevalencia de Vida de Consumo (PV) y Uso Actual de Sustancias Psicoactivas en el Perú (1986-1998).

Tabla 4. Incidencia anual de consumo de drogas
(Encuesta nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 – DEVIDA)

	Población Riesgo	Casos Incidentes	Incidencia
Alcohol	1,473,056	77,979	52.8
Tabaco	4,252,420	513,644	12.1
Marihuana	11,421,056	88,419	0.7
Pasta básica de cocaína	11,802,090	29,225	0.2
Clorhidrato de cocaína	11,828,643	14,868	0.1
Inhalantes	11,941,925	32,778	0.3
Sustancias de diseño	12,001,217	3,064	0.1
Tranquilizantes	11,382,451	135,182	1.1

Por otro lado, respecto a la *Incidencia del consumo de tabaco en el sexo femenino* hay una disminución desde los 35 años, con probables razones similares a las de los varones y, además, comparada con el año 1998, encontramos una disminución, resaltando que el mayor consumo se da entre los 14 y 30 años. Este hecho revela cómo la Industria del taba-

co crea una demanda por el cigarrillo, principalmente en el segmento de adolescentes y mujeres adultas; incluso siguiendo los criterios de Slama Karen, correspondería a la etapa 2, es decir, introducción de cigarrillos y su promoción, apareciendo muchos nuevos fumadores y pocos dejan de fumar porque el fenómeno es reciente.

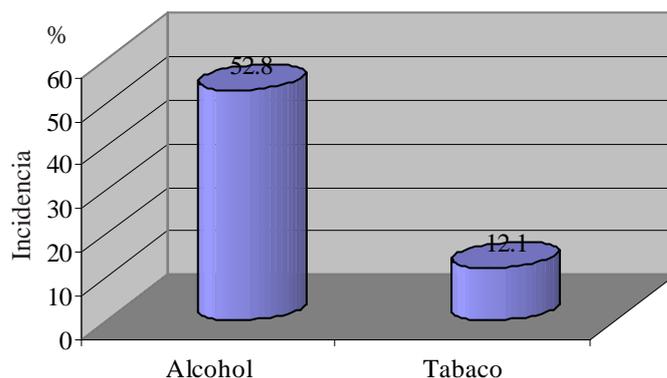


Figura 3. Incidencia anual de consumo de alcohol y tabaco (Encuesta nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 – DEVIDA)

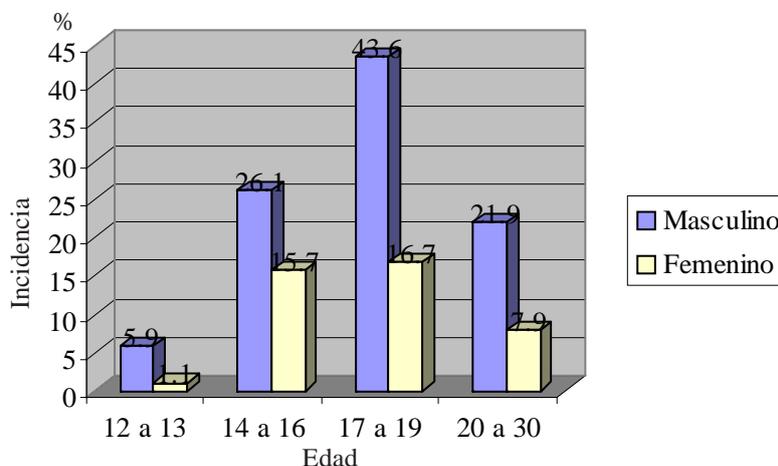


Figura 4. Incidencia de consumo de tabaco según edad y sexo (Encuesta nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 – DEVIDA)

Al analizar las curvas de Incidencia del consumo de tabaco en el 2002, es mayor entre los 14 y 19 años para ambos sexos, pero disminuyendo respecto al estudio de 1998.

Respecto a la curvas de ex consumidores de de tabaco, definidos como el porcentaje de la población que declara haber usado una sustancia psicoactiva determinada, alguna

vez; pero que no la ha vuelto a usar un año o más (Encuesta Nacional sobre Prevención y uso de drogas, CONTRADROGAS, 1999), encontramos una mayor tendencia en el estudio del 2002, lo que confirmaría que probablemente nos encontramos en la etapa 4. Apreciamos que la curva de ex consumo de tabaco se inicia desde los 40 años, coincidiendo

do con el decaimiento físico de individuos y la disminución en el hábito de fumar (Be-coña, 2003); por el contrario, llama la aten-ción con relación al sexo femenino, donde ocurre desde los 19 años, pero a partir de los 41 años esta curva disminuye, o es que se está incrementando el consumo de tabaco o no hay consumidores.

Prevalencia de dependencia

La OMS define la dependencia de drogas como “un estado psíquico y a veces físico

causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación”. La dependencia puede ir acompañada o no de tolerancia. En el estudio epidemiológico realizado por DeVida se utiliza el sistema diagnóstico CIE X

Tabla 5. Prevalencia de dependencia a las drogas (Encuesta nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 – DEVIDA)

Dependencia de:	n	%
Alcohol	1,276,515	10.6
Tabaco	496,524	4.41
Marihuana	42,889	0.4
Pasta Básica de cocaína	15,714	0.1
Clorhidrato de cocaína	23,023	0.2
Inhalantes	9,093	0.1
Tranquilizantes	22,114	0.2

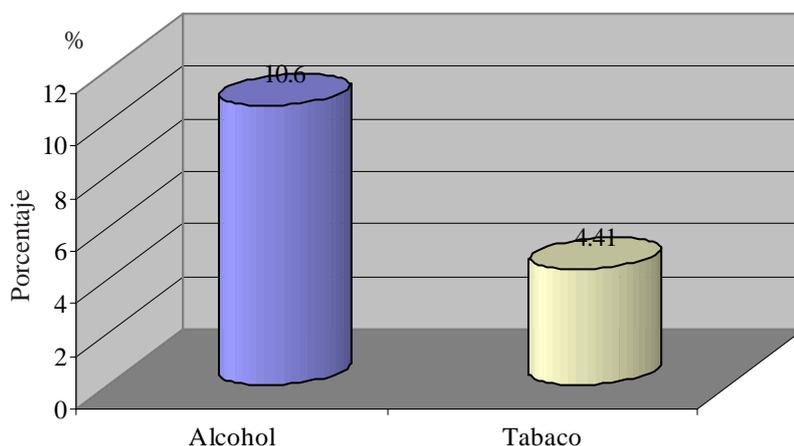


Figura 5. Prevalencia de dependencia al alcohol y tabaco (Encuesta nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 – DEVIDA)

La dependencia al tabaco en ambos sexos se observa con claridad a los 17 años, donde encontramos una relación 4:1 de adolescentes varones dependientes respecto a las mujeres. En ambos sexos se observa que

las mayores prevalencias se dan entre los 20 y 30 años, donde hay un hombre dependiente al tabaco de cada 10, en las mujeres en este grupo hay casi cuatro por ciento de dependientes.

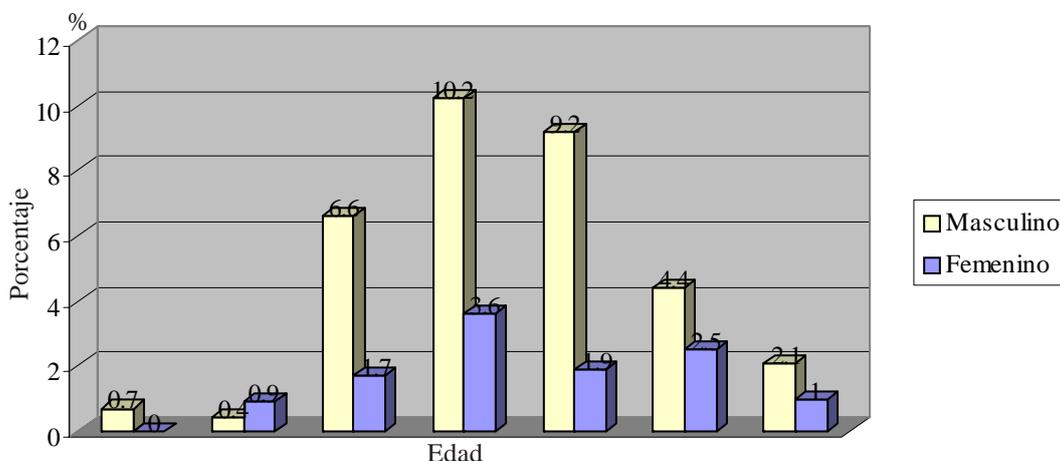


Figura 6. Prevalencia de dependencia al tabaco según edad y sexo (Encuesta nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002 – DEVIDA)

Estructura Conceptual

Dentro de este panorama epidemiológico se observa la repercusión de este estilo de vida, relacionada con el uso y dependencia al tabaco que emite la población pero que, a largo plazo encontramos consecuencias negativas sobre la salud individual lo que determina la necesidad de buscar asistencia sanitaria para resolver los problemas de salud que esta conducta produce.

Por otro lado encontramos, desde un punto de vista económico del sector público, que conductas o estilos de vida como el consumo de drogas en general producen efectos externos sobre la sociedad.

Externalidades

Estos efectos entendidos como externalidades, definidas como aquellas acciones de una persona o una empresa que imponen un costo a otras personas o empresas por el que éstas no reciben compensación o, alternativamente, cuando una persona o una empresa beneficia a terceros pero no recoge una recompensa por proporcionar ese beneficio. La existencia de externalidades o efectos externos tiene como consecuencia que la asignación de recursos proporcionados por el siste-

ma de mercado puede no ser eficiente. En especial si son negativas puede que la producción o el consumo sean excesivos, al no tener en cuenta los costos sociales que se producen a terceros (Braña, 1997).

Dentro de las externalidades negativas ocasionadas por estilos de vida perjudiciales (tabaquismo, alcoholismo, obesidad, etc.) tenemos a su vez dos clases: las directas e indirectas. Las primeras de tipo financiero, producidas por el hecho que fumadores, alcohólicos, etc. imponen mayores costos al sistema sanitario, no sólo por los riesgos que ellos asumen sino por los cuidados médicos en la medida que su salud este afectada y recurran al uso de servicios del sistema sanitario.

La externalidades directas sería los efectos perjudiciales en terceras personas. En el caso del alcohol, los daños producidos a terceros en el caso de accidentes de tránsito, y en el caso de los fumadores, los riesgos de salud de los no fumadores debido al humo del tabaco en el ambiente.

En qué medida los grandes intereses económicos producidos por la Industria del tabaco permiten que este tipo de estudios se lleven a cabo puedan publicarse. En el estudio de Environmental Protection Agency de los

Estados Unidos (mencionado en Braña, 1997) sobre cáncer de pulmón en no fumadoras que conviven con fumadoras, se encontró que el RR es de 1.19 (utilizando un infrecuente nivel de confianza del 90 por ciento) en comparación con las que viven con no fumadores; además en otro estudio donde se busca asociación de enfermedad coronaria y tabaquismo se encontró un RR de 1.91 para una exposición regular al humo de tabaco en 61

casos de una muestra no representativa de 121700 enfermeras norteamericanas.

Hay que tomar en cuenta que la Epidemiología considera que con $RR < 2.0$ se debe ser escéptico respecto a los resultados (Braña, 1997). La existencia de externalidades proporciona un argumento para la intervención del Estado, su corrección puede realizarse a través de la regulación, establecimiento de multas o impuestos y de la concesión de subvenciones.

Tabla 6. Fracciones poblacionales atribuibles (%) al consumo de tabaco según causas de muerte, situación de consumo de tabaco y sexo. 1998.

Causa de muerte	Varones	Mujeres
Cáncer de labio, boca, laringe, esófago:	87.1	24.6
Fumadores	57.9	19.1
Exfumadores	29.2	5.5
Cáncer de páncreas:	28.5	8
Fumadores	24.9	5.4
Exfumadores	3.6	2.6
Cáncer de laringe:	82.9	53.7
Fumadores	53.1	35.2
Exfumadores	29.8	18.5
Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón:	90.9	37.5
Fumadores	57.4	29.2
Exfumadores	33.5	8.3
Cáncer de cuello de útero:		14.9
Fumadores		10.5
Exfumadores		4.4
Cáncer de riñón:	49.9	3.2
Fumadores	29.1	2.4
Exfumadores	20.8	0.8

Información Imperfecta

Esta deficiencia se refiere a que el mercado no proporciona por sí mismo suficiente información. Además, la información puede considerarse como un bien público: proporcionar información pública a una persona más no reduce la cantidad de información que tiene el resto (no hay rivalidad en el consumo) y una vez que se ha proporcionado la información no hay forma de impedir que la ob-

tengan los demás (no se puede aplicar la exclusión). El estado puede corregir este fallo de mercado suministrando la información u obligando a los productores a suministrarla.

Se han realizado investigaciones sobre el conocimiento de los riesgos asociados a hábitos que se consideran no saludables como el consumo de tabaco. Así, en un grupo, se trata de averiguar las creencias de los fumadores y no fumadores sobre la importancia

de no fumar para la salud, encontrándose que la conciencia sobre la relación entre fumar y el cáncer de pulmón y las enfermedades coronarias es alta tanto en USA como en Europa (Steptoe et al, 1995; Schoenbaum, 1997, citados en Braña, 1997).

Otro tipo de investigación trata de cuantificar las percepciones de los riesgos asociados al hábito de fumar, para compararlas con los niveles de riesgo aportados por la literatura científica. Los resultados permiten concluir que los individuos son concientes de los riesgos: cáncer de pulmón, enfermedades del corazón, probabilidad de bajo peso al nacer en hijos de madres fumadoras y, además, los jóvenes con percepciones más altas. Estos

resultados han tenido influencia en el tipo de advertencias sanitarias que han ido evolucionando en las cajetillas de cigarrillos, desde «*fumar puede ser dañino para la salud*» hasta encontrar imágenes impactantes de los daños que el tabaco produce en salud.

Aun existe controversia sobre el papel que podrían tener la prohibición de la publicidad de estos productos, que incluso privaría a los consumidores de los riesgos. En el estudio llevado a cabo por *The Netherlands Economic Institute* (Holanda, 1995) concluyen que la prohibición de la publicidad de los productos del tabaco llevaría a una reducción de posprecios y con ello a un aumento del consumo.

Tabla 7. Directivas europeas y legislación nacional y autonómica de España relacionada con el tabaco

Legislación.	Organismo	Aspecto legislado
Directiva 89/CE/CEE	Unión Europea	Etiquetado de los productos del tabaco
Directiva 90/239/CEE	Unión Europea	Etiquetado de los productos del tabaco
Directiva 92/41/CEE	Unión Europea	Etiquetado de los productos del tabaco
Directiva 90/239/CEE	Unión Europea	Contenido máximo de alquitrán en los cigarrillos
Directiva 89/552/CEE	Unión Europea	Prohibición de la publicidad del tabaco en TV.
Directiva 98/43/CEE	Unión Europea	Publicidad y patrocinio de productos del tabaco
Real Decreto 1293/1999	España	Limitaciones en la venta y consumo del tabaco
Real Decreto 192/1988	España	Limitaciones en la venta y consumo del tabaco. Etiquetado de los productos del tabaco. Contenidos en nicotina y alquitrán.
Ley 22/1999	España	Prohibición de la venta de tabaco
Real Decreto 709/1982	España	Etiquetado de los productos del tabaco
Real Decreto 510/1992	España	Etiquetado de los productos del tabaco. Contenidos en nicotina y alquitrán.
Real Decreto 1185/1994	España	Etiquetado de los productos del tabaco
Real Decreto 486/1997	España	Protección de los no fumadores en el ámbito laboral.
Real Decreto 665/1997	España	Protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.
Real Decreto 150/1996	España	Reglamento de normas básicas de seguridad minera.
Real Decreto 1216/1997	España	Seguridad y salud en el trabajo a bordo de buques de pesca.
Real Decreto 1627/1997	España	Disposiciones mínimas en la construcción.

Libertad de elección

Existen distintas formas de caracterizar el concepto de dependencia. La descripción extendida dice que si un fumador deja de fumar y puede hacerlo, en tal caso la dependencia debería calificarse como hábito. Si, en caso contrario, un fumador no puede dejar de fumar, la dependencia puede calificarse de adicción.

La adicción puede ser vista como un fallo demarcado, ya que disminuye el valor de consumo para un consumidor individual. Sin embargo, este argumento pierde validez si los individuos toman conciencia de que fumar es un problema y deciden dejar de fumar.

Consecuencias económicas

El consumo de tabaco implica consecuencias económicas. Los estudios evalúan el impacto económico del consumo de tabaco sobre la sociedad, otros destacan la carga financiera que imponen los fumadores a los no fumadores, o calculan los efectos económicos sobre el uso de servicios de salud.

Cálculo de costos

Cabe distinguir dos enfoques:

El cálculo de costos basado en la prevalencia, que describe el impacto del consumo de tabaco pasado sobre los costos e ingresos de un año dado. Evalúa los costos e ingresos corrientes asociados a los fumadores pasados y actuales.

El cálculo de costos basados en la incidencia, describe el impacto del consumo de tabaco actual sobre los costos futuros, estimando los costos e ingresos vitalicios de un colectivo de fumadores actuales.

Los estudios de impacto económico en en-

fermedades como tuberculosis, malaria y bartonelosis, evalúan los costos de asistencia sanitaria adicionales ocasionados por la enfermedad, y los estudios de tabaco aún no realizados en nuestro país demostrarían la carga adicional que representa para la asistencia médica el consumo de tabaco.

Por otro lado para evaluar los costos externos que el consumo de tabaco ocasiona a la sociedad, así como su impacto sobre las finanzas públicas, hay que tener en cuenta costos y ahorros en el futuro lo que implica un enfoque basado en la incidencia.

Costos directos en la asistencia sanitaria

Costo Directo: "Cuidado de la salud"

Gasto efectuado por un individuo, la Seguridad Social o el Estado por el cuidado de las enfermedades mentales (medicación, internamiento, otros) "Gasto efectuado".

Variables dependientes de Costos Directos:

- Atenciones ambulatorias / hospitalización
- Medicamentos y aplicaciones
- Servicios profesionales
- Costos de rehabilitación

Habitualmente, estos costos se estiman para las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco que inciden sobre los fumadores. Algunos estudios toman en consideración los costos netos de asistencia sanitaria derivados del consumo de tabaco, mediante un enfoque de incidencia.

Costos indirectos

Costo Indirecto "Social"

Pérdida social consecuenta a la presencia de enfermedad mental en un miembro de la sociedad (pérdida de capacidad laboral). Al-

gunos estudios incluyen estas pérdidas, utilizando el concepto de “pérdida de output” como equivalente al valor de vida.

Variables dependientes de Costos Indirectos:

- Disminución de capacidad productiva
- Morbilidad: Ausentismo
- Discapacidad laboral
- Jubilación anticipada
- Despido/ Renuncia
- Salarios depreciados
- Mortalidad: Suicidio
- Homicidio
- Servidores de Cuidados

Costos intangibles

Aquí incluiremos los costos que asumen terceros, como dolor de la familia asociado a la muerte prematura y la enfermedad. Son di-

fíciles de evaluar y se consideran costos privados siempre y cuando el fumador sea consciente de los riesgos que el consumo de tabaco entraña para su propia salud y de los demás.

Medida de los Costos de asistencia sanitaria

La metodología básica utilizada para estimar los costos de asistencia sanitaria consiste en estimar la tasa de mortalidad para las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, términos de muertes ocasionadas por estas enfermedades entre los fumadores en relación con los no fumadores.

Seguidamente, tras relacionarla con el número de fumadores en población total, se calcula un factor de atribución que mide la proporción de muertes ocasionadas por una enfermedad que puede considerarse provocada por el consumo de tabaco. Obtenido este dato se multiplica por el costo de tratamiento por enfermedad. Enfoque similar será utilizado para la morbilidad.

Tabla 8. Comparación de las estimaciones de los costos de asistencia sanitaria directos asociados al consumo de tabaco (por fumador , en \$ de 1980)

Autor	Año	País	Costo de asistencia sanitaria directa
Shillington	1971	Canadá	16-24
Stoddart et al	1982	Canadá	84
Leu & Schaub	1976	Suiza	13-27
UK DHSS	1985	Inglaterra	25-45
Kristein	1975	USA	367
OTA	1985	USA	167-487
Rice et al	1984	USA	289

El papel de los impuestos

Desde un punto de vista económico, los impuestos indirectos selectivos distorsionan las elecciones individuales entre bienes y servicios en el mercado, impidiendo que los re-

curso se asignen suficientemente. En los fallos de mercado, como ocurre en el mercado de salud, puede emplearse como un instrumento de política económica un impuesto selectivo con el fin de alcanzar la eficiencia económica.

Algunos estudios realizados

- Forbes & Thompson (1982) *Costs and benefits of cigarette smoking in Canada*
- Stoddart & Labelle (1986) *Tobacco Taxes and Health Care Costs: Do Canadian Smokers Pay their way?*
- Perkurinen, M (1991) *Economics Aspects of Smoking*
- Gonzales Lopez Valcárcel, Barber Perez, Rodriguez (1996) *Tobacco: a case of Financial Externalities in Spain*
- Netherlands Economic Institute (1996) *Public Expenditure Balance of Smoking in Belgium.*

Análisis

El tabaquismo, más que un problema médico, es un problema de salud pública. La OMS considera al tabaquismo junto a la malaria una de sus líneas prioritarias de actuación. En los países occidentales un 20-40 % de la población adulta son fumadores crónicos, y como resultados de agresivas campañas publicitarias se observa el incremento de consumo en la población joven.

El tabaco se constituye en un problema por las siguientes razones: ser altamente adictivo y además altamente tóxico.

La nicotina es el principio activo del tabaco responsable de actuar sobre centros del placer cerebral y provocar la adicción, y los preparados del tabaco se constituyen en instrumentos para la administración de nicotina (puros, cigarrillos, etc.).

El humo del tabaco contiene millones o partículas muchas de ellas de acción tóxica.

Fumar es una actividad adictiva con una alta toxicidad. Es una dependencia fácil de adquirir pero difícil de desprenderse. Actualmente se sabe que la mitad de fumadores morirán por enfermedades relacionadas con el uso de tabaco.

Si bien encontramos una serie de medidas para controlar su consumo, como el aumento de precio a través de impuestos, lo que desde un punto de vista económico determinará que si el precio sube la demanda disminuye, lo que se ve es que los adictos en los cuales el consumo es irracional, persistirán en su consumo a pesar de las consecuencias negativas. En el segmento de población vulnerable como niños y adolescentes el inicio se postergará. Por otro lado, esta medida que utiliza el estado como medio de regulación deberá contar con procedimientos complementarios como el control del contrabando, por que de lo contrario el consumo podrá paradójicamente incrementarse.

El incremento en los impuestos del tabaco tiene el inconveniente de ser una medida altamente regresiva: es decir afecta mucho más a las personas económicamente más desfavorecidas. Esto es indudable pero no existe ningún obstáculo para su aplicación. Otra medida es la restricción de la promoción y publicidad que busca reducir el consumo; el inconveniente de esta medida es que sólo afecta a los que no han consumido aun.

Por otro lado no podemos obviar lo concerniente al tratamiento cuando el problema de tabaquismo está instalado. Tratar a los fumadores reduce la prevalencia de tabaquismo en la población. Aunque su impacto es menor que las medidas anteriormente enunciadas, es la mejor para reducir la morbimortalidad en la población (Bediala uneta et al, 2004).

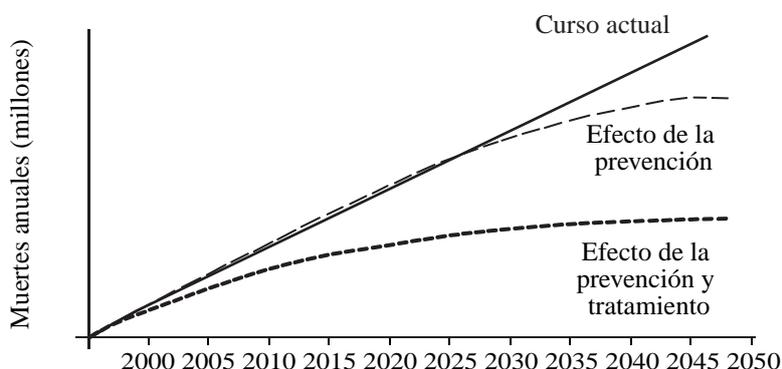


Figura 7. Patrones proyectados de mortalidad según el curso actual y según se realicen sólo actividades preventivas o preventivas y de tratamiento

Consideramos que el hábito del tabaquismo constituye un estilo de vida no saludable con repercusiones no solo en el individuo sino en la sociedad. Sabemos, además, que en algún momento en que se hagan manifiestas las consecuencias sobre la salud del individuo, éste recurrirá a un servicio de salud en busca de tratamiento (morbilidad) para recuperar un estado de salud afectado y, por otro lado, la mortalidad ocasionada por el tabaco con repercusión sobre las familias y de manera indirecta sobre la actividad económica. Las familias tienden a recuperar los costos ocasionados por la morbimortalidad del individuo afectado mediante mayor esfuerzo familiar, efecto y costo adicional no identificable ni percibido por la sociedad.

Proposiciones

1. Establecimiento de una Política Global Integrada que aborde no solo la prevención y el tratamiento sino fundamentalmente el control: en la accesibilidad y la disponibilidad de la sustancia; regulación de su promoción directa e indirecta, regulación de las restricciones al consumo; protección de los derechos de los consumidores y de los no consumidores, y facilitar tratamiento a quien los desee.
2. Elaboración de un plan nacional de prevención y control del tabaquismo, entre cuyos objetivos encontramos: prevenir la incorporación de nuevos fumadores(as); retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico y facilitar el abandono de la conducta tabáquica.
3. Implantar una política fiscal saludable con las siguientes líneas de acción:
 - Aumentar las tasas impositivas a los cigarrillos con y sin filtro, nacionales e importados, logrando una homogeneidad de precios en la Región
 - Aumentar en forma gradual, pero continua, las tasas impositivas a toda la producción y venta de tabaco a niveles que desalienten su consumo
 - Dedicar una parte proporcional de la recaudación fiscal asociada con el tabaco para apoyar la prevención y control de la adicción.
4. Cálculo del número de muertes causadas por tabaco: mortalidad atribuible al tabaco.
5. Determinar el cálculo del riesgo atribuido por el tabaquismo a la sociedad.
6. Identificar los diferentes costos implica-

- dos en la intervención sanitaria para el tratamiento del tabaquismo.
7. Resultados que permitan conocer el Impacto Económico del tabaquismo y contribuyan en una adecuada toma de decisiones para establecer prioridades en el campo de la salud pública
 8. Hacer evaluaciones económicas de las intervenciones a realizar sobre el problema de tabaquismo
 9. Conocer el costo de las diferentes intervenciones, no solo en prevención primaria, secundaria y terciaria.
 10. Sustitución y diversificación de los cultivos de tabaco y subvención para los agricultores.
 11. Creación de un Comité Directivo Nacional para el control del tabaco.

REFERENCIAS

- Banco Mundial Organización Panamericana de la Salud (2000). *La Epidemia del Tabaquismo: Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Publicación Científica No 577
- Barrueco, Hernández y Torrecilla (2003). *Manual de tratamiento y prevención del tabaquismo*. España: Editorial ERGON.
- Bedialauneta, De La Rosa y Ayesta (2004). Control del tabaquismo. Perspectivas futuras. *Trastornos Adictivos*, 6 (2) :125-34.
- Braña, F. J. (1997). *Análisis económico de los estilos de vida: externalidades y costo social*. España: Editorial CIVITAS.
- II ENCUESTA NACIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y CONSUMO DE DROGAS 2002, DEVIDA. Comisión Nacional para el Desarrollo
- Muller F. (2004). *MEDEF entrenamiento médico para la cesación del tabaquismo*. Buenos Aires: Editorial POLEMON.
- Plan Nacional de Prevención y Control del tabaquismo 2003-2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, España).
- Siama K. (1998). *Prevención y control del tabaquismo*. Guía para países con Escasos Recursos Económicos. Epidemia del tabaquismo. www.tabaquismo.freehosting.net