

Políticas globales y nacionales en el control de tabaco y alcohol. Experiencias y desafíos



Mario Virgolini

Antropólogo (UNLP)

Profesor titular de Universidad ISALUD y profesor adjunto de la Facultad de Ciencias Médicas (UNLP)

Consultor nacional e internacional
Coordinador del Programa Nacional de Control del Tabaco y del Plan Argentina Saludable hasta 2013 (MSAL)
Director del Centro de Estudios de Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud (Universidad ISALUD)



Verónica Fallocca

Lic. en Psicología

Docente de la Facultad de Ciencias Médicas (UNLP)
Consultora PNUD/Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Coordinadora del CEPRYPS (Universidad ISALUD)
Coordinadora del Centro de Adicciones del Servicio Penitenciario (2011-2013)
Responsable del Programa Escuelas Promotoras de Salud, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires

Tabaco y alcohol: las pandemias silenciosas más devastadoras de nuestro siglo

Alcohol y tabaco son drogas de consumo masivo aceptadas socialmente que han llegado a convertirse en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Los daños sanitarios, sociales, económicos y ambientales que produce el tabaco son de una enorme magnitud, bastaría decir que alcanza a matar a la mitad de los fumadores regulares. Estos se multiplicaron a partir de la industrialización del cigarrillo causando 100 millones de muertes en el siglo XX, cifra que es similar a la suma de las muertes de la Primera y Segunda Guerra Mundial. Actualmente el consumo de tabaco ocasiona 6 millones de muertes al año y se estima que podría matar a 1.000 millones de personas en este siglo a menos que se tomen medidas muy severas (OMS 2008). Su consumo masivo es impulsado por una industria que conquista las voluntades desde edades cada vez más tempranas. La nicotina genera adicción en manera similar a la heroína o la cocaína, logrando que las personas continúen fumando por muchos años aun cuando quieran abandonar el consumo. Además afecta a los no fumadores, provocando enfermedades muy serias y muertes en las personas que trabajan o conviven en espacios donde se fuma. A diferencia del alcohol, cualquier nivel de consumo de tabaco es riesgoso para la salud y en consecuencia las políticas de control tienden a evitar el inicio y procurar el abandono en forma absoluta.

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es también un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desa-

rollo individual como el social. Causa 2,5 millones de muertes cada año y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes. El consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de salud en el mundo. Produce daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor, alcanzando a su entorno y está relacionado con muchos problemas graves como las lesiones no intencionales, la violencia, el descuido y maltrato de menores y el ausentismo laboral. El problema del consumo de alcohol no se reduce a la cuestión de su efecto adictivo o alcoholismo, sino que corresponde a un problema mucho más amplio y de mayor envergadura poblacional, como se abordará en la siguiente sección.

La otra cara del problema es que tabaco y alcohol son negocios muy lucrativos concentrados en grandes compañías multinacionales. Anualmente se producen en el mundo 6,3 billones de cigarrillos, o sea más de 900 cigarrillos por cada habitante (proyección al 2010), un mercado de medio billón de dólares fuertemente concentrado en un monopolio estatal (China) y 4 grandes compañías privadas que en total manejan el 84% (2007) del mercado mundial (Shafey et al 2009). En Argentina se producen unos 43.000 millones de cigarrillos al año (2012), o sea mil por habitante para un mercado interno monopolizado por dos compañías multinacionales.

El alcohol se presenta de muchas formas distintas, desde las bebidas tradicionales producidas en la comunidad hasta productos de marca destinados al consumo de masas. El consumo mundial de alcohol en un año equivale a más de 6 litros de alcohol puro por persona de 15 años o más (2005), de lo cual un 28,6% es producción o venta informal (WHO 2011). En Argentina en el 2005 se bebían 10 litros de alcohol puro por persona de 15 años o más de los cuales 59% corresponden a

vino, 32% a cerveza y 7% a bebidas espirituosas (WHO/OMS). La producción de las bebidas alcohólicas de consumo masivo se concentra cada vez más en un reducido número de empresas multinacionales, particularmente en el sector de cerveza y licores a diferencia del vitivinícola en el que predominan los pequeños productores. Las 26 más grandes empresas de bebidas alcohólicas tenían en 2005 una facturación de \$ 155 mil millones de dólares, y un beneficio operativo total de \$ 26 mil millones. En América Latina 4 compañías multinacionales concentran el dominio del mercado local en al menos 12 países incluyendo la Argentina (Jernigan DH 2009).

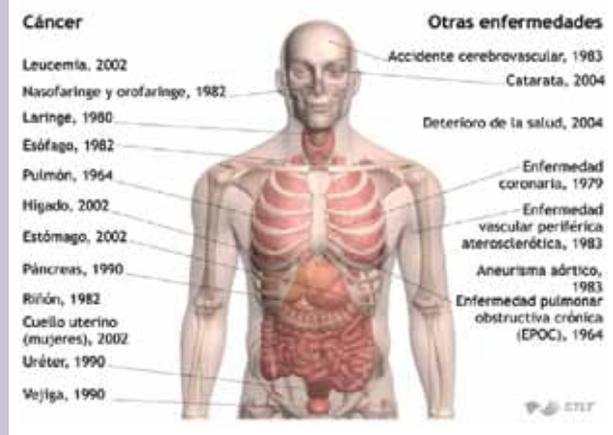
Políticas mundiales. Sabemos qué hacer...

Los gobiernos y las organizaciones internacionales han acordado medidas para hacer frente a las pandemias de tabaquismo y uso nocivo de alcohol. Los países miembros de la OMS aprobaron en 2003 lo que fue el primer tratado mundial de salud pública bajo auspicio de la OMS: el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). La necesidad de una estrategia mundial y un tratado internacional se visualizó no sólo como respuesta al carácter global del problema, sino también para hacer frente a una industria multinacional que desarrolla estrategias también globales pero contrarias a los intereses de la salud pública y cuyos ingresos y poder supera al de muchos Estados Nacionales. El tratado entró en vigencia en febrero de 2005 y fue ratificado por 174 de los 192 países miembros de la OMS, faltando aún la ratificación de Argentina. El CMCT incluye medidas claves como la protección del humo ambiental de tabaco, la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio, el uso de advertencias sanitarias con imágenes en los envases, el aumento de impuestos al tabaco, el combate al comercio ilícito y medidas para evitar las interferencias de la industria tabacalera en las políticas públicas, entre otras.

El Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud puesto en marcha en 2003 sobre la base a los lineamientos del CMCT, ha logrado importantes cambios en la conciencia y comportamientos sociales en Argentina, así como la sanción de legislación local y nacional (Ley 26.687 reglamentada en 2013) conforme a los mejores criterios aceptados en la comunidad internacional. Sin embargo, no se ha logrado aún la ratificación parlamentaria del CMCT.

Siete años después, en mayo de 2010 la 63ª Asamblea Mundial de la Salud aprueba la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, que sin tener el valor jurídico de un tratado, representa el compromiso de los Estados Miembros

Imagen 1 Enfermedades que produce el tabaco y el año de su confirmación



de la OMS para aplicar medidas de manera continua destinadas a reducir la carga mundial de morbilidad por esta causa. La estrategia incluye políticas e intervenciones de base científica que pueden proteger la salud y salvar vidas si se aplican correctamente. Incluye una serie de principios por los que debe guiarse la elaboración y ejecución de las políticas y establece esferas prioritarias para la acción mundial, entre las cuales se menciona: a) Regulación de la disponibilidad de alcohol, del marketing de las bebidas alcohólicas, b) Políticas de precios, c) Control del mercado ilícito y de producción informal, d) Medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol, e) Respuesta de los servicios de salud y f) Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica.

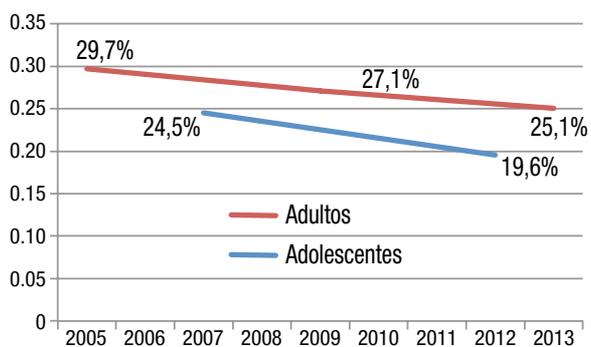
Argentina tiene la Ley 24.788 reglamentada en 2009 que establece apenas la prohibición de venta a menores de edad y restricciones parciales de publicidad y crea el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol. La Ley Nacional de Tránsito 24.449 reglamentada en 2008 prohibió la publicidad de bebidas alcohólicas en zonas linderas a caminos, rutas o autopistas y el expendio de bebidas alcohólicas para su consumo en establecimientos comerciales que tengan acceso directo desde dichas vías de tránsito. Establece límites de alcoholemia de 500 mg por litro de sangre para conductores de vehículos, 200 mg para conductores de motocicletas o ciclomotores y 0 (cero) mg para conductores de vehículos destinados al transporte de pasajeros de menores y de carga.

Lo que la publicidad del tabaco no dice

Aunque desde hacía mucho tiempo se sospechaba del daño del consumo del tabaco, fue recién en 1938 cuando se publicó un trabajo científico demostrando que los fumadores vivían menos que los no fumadores (Pearl R. 1938). En 1964, el reporte anual del Cirujano General de EE.UU. concluyó que el cigarrillo causa cáncer de pulmón en hombres (US Department of Health, Education and Welfare 1964). Desde ese momento, se han publicado más de 100.000 trabajos científicos entre ellos el Reporte Anual de 2010 (U.S. Department of Health and Human Services 2010) que relacionan al tabaco con cáncer y otras 40 enfermedades. Entre un tercio y la mitad de los fumadores crónicos muere a causa del cigarrillo y los fumadores viven, en promedio, 10 años menos que los no fumadores (Doll R & Peto R 2004).

Las principales causas de muerte relacionadas con el consumo de tabaco son: enfermedades cardiovasculares, cere-

Gráfico 1
Evolución de la prevalencia de fumadores. Argentina 2005-2013



Fuente: Ministerio de Salud ENFR 2005, 2009 y 2013; Ferrante et al 2011

brovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Entre los cánceres, además del de pulmón, los fumadores tienen también más probabilidad de padecer cáncer de boca, labios, lengua, laringe y faringe (US Department of Health and Human Services, 2010). El riesgo de cáncer es mayor cuando se combinan tabaco y alcohol (Blot, W.J. et al 1988). El tabaco también está relacionado al cáncer de estómago, de páncreas, de vejiga y a ciertas formas de leucemia. En las mujeres se asocia con un mayor riesgo de cáncer de cuello del útero y cáncer de mama. Otros trastornos que ocasiona el tabaco son la impotencia sexual en el hombre, la infertilidad en la mujer, partos prematuros y abortos espontáneos. Todas las toxinas del cigarrillo, incluyendo la nicotina, atraviesan la placenta. Los hijos de madres fumadoras tienen más riesgo de tener complicaciones y de nacer con bajo peso (Lambers DS et al 1996). El tabaco es un importante factor de riesgo en las enfermedades buco dentales (Koushyar Partida, K, J. et al 2010) y cataratas (la principal causa de ceguera en el mundo). Por otra parte, diversos estudios han demostrado que los fumadores jóvenes tienen más posibilidades de tomar alcohol y de consumir marihuana o cocaína.

Diez años de políticas continuas de control del tabaco (2003-2013) dieron resultado en Argentina. La epidemia de tabaquismo está en descenso en nuestro país, pasando de 24,5% (2007) a 19,6% (2012) en adolescentes (Ministerio de Salud EMTJ 2007 y 2012) y de un 29,7% (2005) a 27,1% (2009) y 25,1% (2013) en adultos (Ministerio de Salud ENFR 2005, 2009 y 2013; Ferrante et al 2011).

No obstante, la disminución en las tasas de enfermedad y muerte tardan en descender. Un reciente estudio (2013) encontró que el tabaco ocasiona todavía unas 40.000 muertes en Argentina, de las cuales casi 12.000 se deben a diversos

tipos de cáncer, 10.000 a enfermedades cardíacas, 8.000 a EPOC y 2.500 a accidentes cerebro vasculares (ACV). Además cada año el tabaco es responsable de unas 90.000 personas con EPOC, 65.000 infartos e internaciones cardíacas y 19.000 diagnósticos de cáncer (Pichon-Riviere A et al. 2013). Aunque casi todos los tipos de cáncer están en descenso, el cáncer de pulmón en la mujer va en aumento, al compás del pasado incremento de fumadores en la población femenina.

La exposición al humo de tabaco ambiental (HTA) tiene también serias consecuencias para la salud. Desde 1992, la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos define al HTA como un carcinógeno de Clase A, es decir que no tiene un nivel mínimo de exposición que sea seguro para la salud. Los efectos incluyen un incremento del riesgo de cáncer de pulmón y de enfermedad cardíaca. Los hijos de madres fumadoras tienen muchas más probabilidades de nacer con bajo peso que los hijos de madres no fumadoras. Tienen también el doble de riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante (principal causa de muerte en el primer año de vida. Los niños expuestos al HTA sufren tos crónica, disminución de la capacidad de sus pulmones, más episodios de asma, bronquitis, neumonía y otitis. Estudios recientes muestran también que, la exposición al HTA durante el embarazo se asocia con algunas malformaciones congénitas (labio leporino y paladar hendido). Los hijos de madres que han fumado en el embarazo tienen también mayor probabilidad de adicción a la nicotina en la adolescencia, mayor frecuencia problemas de conducta, síndrome de hiperactividad, déficit de atención, mayor riesgo de obesidad y diabetes tipo 2, menor rendimiento escolar y mayor frecuencia de cáncer en la adultez (U.S. Department of Health and Human Services 2004). Las muertes por tabaquismo pasivo en Argentina ascienden a 4.700 personas al año.

En cuanto al uso nocivo de alcohol existe una relación causal con 60 tipos de enfermedades y lesiones (Rehm 2005). El consumo excesivo de alcohol es un importante factor determinante de las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres, así como de algunos trastornos neuropsiquiátricos y otros trastornos por consumo de alcohol. El consumo nocivo también está relacionado con varias enfermedades infecciosas como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, lo que se debe por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro lado a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento con anti-retrovíricos (OMS). Algunos daños son inmediatos, principalmente las lesiones y otros daños asociados a la intoxicación o a una elevada concentración de alcohol en la sangre. Otros

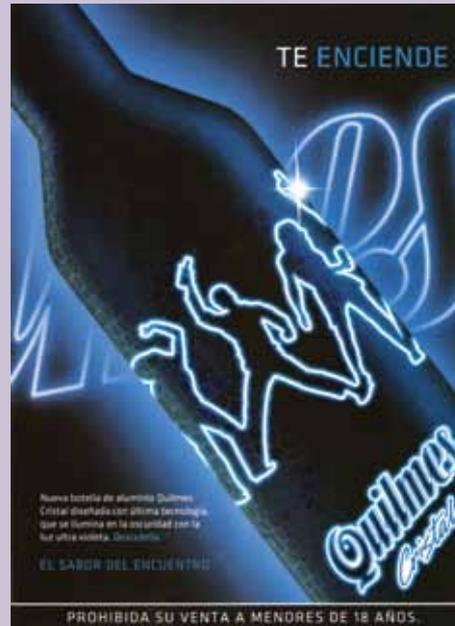


Imagen 2:
El "sinsabor"
del encuentro

Fuente. Cervecería y Maltería Quilmes

se producen a más largo plazo, como el daño acumulativo que sufre la vida familiar o profesional o la posición social, o los daños crónicos en la salud.

Tras examinar las propiedades de intoxicación, toxicidad y dependencia del alcohol, el Comité de Expertos de la OMS concluyó que el alcohol posee efectos tóxicos capaces de provocar daños en casi cualquier sistema u órgano del cuerpo; puede exacerbar trastornos mentales y físicos previos; puede interactuar adversamente con otras sustancias presentes en el organismo, tanto fármacos prescritos como drogas ilícitas; como sustancia intoxicante, está asociada a muy diversos tipos de lesiones, tanto intencionales como no intencionales; y puede producir un síndrome de dependencia, con una capacidad de abuso comparable a la de otras sustancias inductoras de dependencia que son objeto de fiscalización internacional (OMS, 2007).

Una proporción considerable de la fracción de la carga de morbilidad atribuible a la ingestión nociva de bebidas alcohólicas está ligada a los traumatismos involuntarios e intencionales, en particular los causados por los accidentes de tránsito, los actos de violencia social y familiar y los suicidios. Los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a producirse en los grupos etarios relativamente más jóvenes. Asimismo el consumo nocivo de alcohol conlleva un alto grado de comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias, como dependencia a la nicotina y enfermedades de transmisión sexual. (Matos et al 2004, Stein 2005 y O'Donnell 2005). Culturalmente suele definirse el problema como "alcoholismo" (y así se torna una categoría de exclusión), pero la cuestión sanitaria no es sólo la dependencia, sino que existen muchas formas muy extendidas de uso nocivo de alcohol de

gran impacto en la salud pública. Un consumo diario o cotidiano por encima de ciertos valores acarrea riesgos severos a la salud del bebedor, lo mismo que el consumo en pequeñas cantidades en personas de riesgo.

Podemos puntualizar tres grandes modalidades socialmente muy extendidas de uso nocivo de alcohol:

1) **El consumo episódico excesivo de alcohol** que es la ingestión de gran cantidad de alcohol en una sola ocasión o en un período corto de tiempo. El consumo se reparte en forma discontinua durante a semana y se realiza generalmente en forma grupal. Los riesgos que genera van desde intoxicaciones agudas, accidentes o lesiones no intencionales, riñas callejeras y otras formas de violencia y prácticas sexuales de riesgo, entre otros. El consumo episódico excesivo en Argentina comprende al 9% de los adultos (15,5% varones, 3% mujeres)¹, pero es mucho más alto en las edades más jóvenes: 16% en el grupo de 18 a 24 años (ENFR 2009) llegando al 63% (68% de los varones y 59% de las mujeres) en los adolescentes entre 14 y 17 años (ENEEM 2011). Mientras la prevalencia de bebedores adolescentes se mantuvo relativamente estable entre el 2005 y el 2011, el consumo episódico excesivo creció en forma sostenida en ese mismo período (SEDRONAR 2012).

Este consumo excesivo se manifiesta como uso problemático del alcohol en una proporción muy significativa de los adolescentes. Un 28% de los jóvenes que bebieron en el último mes reconocen que se emborracharon o bebieron de más y la mitad de los bebedores del último año manifestaron consumo problemático de alcohol conforme la escala de CRAFFT². En Argentina se calcula que el 47% de los homicidios y agresiones se relacionan con el consumo de alcohol. (Hamilton et al 2004).

2) Una segunda modalidad muy extendida denominado **“consumo regular de riesgo”** corresponde al consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres o más de 2 en hombres³. Este consumo crónico, a diferencia de lo que la población generalmente cree, se asocia con enfermedades cardiovasculares, hepáticas, cánceres, problemas psicosociales y disfunciones sexuales en el hombre. En Argentina el consumo regular de riesgo fue de 10,7% (15% en hombres, 7% en mujeres) en

1 Definido como la ingesta de cinco o más tragos en una sola oportunidad durante los últimos 30 días.

2 Uso problemático refiere al adolescente con consumo reciente de alcohol que ha respondido afirmativamente al menos dos de estas preguntas: si alguna vez ha viajado en un auto conducido por sí mismo o otra persona que había consumido alcohol; si alguna vez amigos o familiares le han sugerido que disminuya el consumo de alcohol; si lo ha consumido alguna vez para relajarse, sentirse mejor consigo mismo o integrarse a un grupo; si se ha metido en problemas por su uso; si se ha olvidado lo que hizo por haber bebido; y si ha consumido alcohol estando solo. (SEDRONAR 2012).

3 Un trago equivale a una lata de cerveza, una copa de vino o una medida de bebidas fuertes.

2009, siendo más alto en el grupo de 50 a 64 años (13,4%).

3) La tercera modalidad de **uso nocivo es el consumo** en personas comprendidas en lo que llamamos “grupo de tolerancia cero” que son aquellas que no deben consumir en absoluto, como los que conducen automóviles o motos, los que manejan herramientas o maquinarias industriales, los que trabajan en alturas como los obreros de la construcción, asimismo las embarazadas, las mujeres en búsqueda de embarazo o amamantando, los niños, y las personas que toman medicamentos y tienen contraindicado el consumo de alcohol. En Argentina se estima que el 37% de las lesiones de tránsito son atribuibles al consumo de alcohol (Hamilton et al 2004).

Los determinantes de la epidemia. Publicidad y aceptación social

“La base de nuestro negocio es el estudiante de secundaria” (Lorillard, 1978)

La amplia aceptación y tolerancia social del consumo de tabaco y alcohol han sido estimuladas y sostenidas por una estrategia comercial y publicitaria de gran envergadura. Las compañías tabacaleras como las de alcohol invierten grandes sumas de dinero en publicidad y promoción de sus productos y marcas. Las primeras con el objetivo de estimular el inicio del consumo de tabaco en los adolescentes no fumadores, influenciar a los fumadores a cambiar de marca y fumar más, así como a reducir su motivación para abandonar el consumo. El foco principal, aunque negado por las tabacaleras, es captar nuevos fumadores en el grupo de menores de 18 años pues es la edad en que se comienza a fumar y se forma la lealtad de marca. Por otra parte, los adultos fumadores ya están en su mayoría cautivos de la dependencia a la nicotina y apenas



Imagen 3. Apuntando a conductas desafiantes propias de la adolescencia

Fuente: Campaña Massalin Particulares 2014-11-25

necesitan que se les refuerce la autoestima como fumadores. Documentos internos de la industria tabacalera muestra cómo se aprovecha la etapa de la adolescencia, etapa de construcción de la personalidad e identidad social, para asociar la misma a imágenes de marca de productos de tabaco.

La industria ha sido muy exitosa en captar tanto a los adolescentes varones como más recientemente a las mujeres (en Argentina desde hace tiempo son más las chicas fumadoras que los chicos fumadores y la edad promedio de inicio ronda los 13 años), utilizando imágenes que relacionan el consumo con la llegada a la adultez, rebeldía, pertenencia y aceptación grupal. Hasta las acciones de supuesta “responsabilidad social empresarial” desarrolladas por la industria esconden esa intención de manipular a los adolescentes realizando acciones y comprometiendo actores para fortalecer la imagen del producto como reservado para adultos y aumentar así el atractivo para los jóvenes. Ejemplo son las campañas patrocinadas por la industria con la cámara de kioscos y otros actores, o las advertencias voluntarias en los paquetes de cigarrillos que aún dicen: “Sólo para adultos”.

Algo muy similar ha desarrollado la industria de alcohol, asociando el consumo a la rebeldía, la sensualidad, la amistad o la pertenencia grupal y otros aspectos atractivos para los adolescentes. Las limitaciones parciales (no amplias o totales) a la publicidad resultan muy inefectivas; así la restricción de determinados medios (por ejemplo horarios de TV) o las prohibiciones a la “publicidad dirigida a menores” han sido ampliamente burladas por la industria. Una prohibición eficaz de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, debería ser integral y aplicarse a todas las formas de ésta (CMCT 2011). En el caso del alcohol, la estrategia aprobada por la OMS manifiesta su preocupación por el marketing del alcohol pero no va más allá de recomendar en términos generales el establecimiento de marcos de regulación o corregulación, preferiblemente de carácter legislativo y apoyados por medidas de autorregulación. Por otra parte, las campañas públicas de comunicación tendientes a disminuir el consumo de tabaco y alcohol tienen un efecto muy limitado si no van acompañadas de restricciones amplias de la publicidad, pues la industria realiza un enorme despliegue e inversiones en este campo.



Imagen 4.
La maduración masculina tan ansiada por los jóvenes y la maduración de de una buena cerveza

Fuente: campaña “Perdón” de cerveza Schneider, 2012

Las compañías tabacaleras y de bebidas alcohólicas han venido mudando sus estrategias publicitarias anticipándose a las nuevas tecnologías y a las acciones regulatorias de los gobiernos, pasando de los avisos tradicionales en televisión y los carteles en la vía pública, al patrocinio de eventos deportivos y artísticos, las promociones en los puntos de venta y locales nocturnos, la utilización de sitios de Internet y redes sociales, las comunicaciones directas, como los correos electrónicos, los mensajes SMS y los podcast, todo eso en forma integrada. También han utilizado desde hace años formas encubiertas de publicidad particularmente a través de la colocación de la marca y la inclusión de actores fumando o bebiendo alcohol en las películas, con un enorme poder para inducir a los jóvenes al consumo.

La colocación de la marca de tabaco en las películas se vio limitada en Estados Unidos después de 1998 por el Master Settlement Agreement (MSA), un acuerdo que puso fin a los litigios de los Estados contra las tabacaleras, mientras que, por otra parte, el alcohol no sufrió restricciones y quedó sujeto únicamente a la autorregulación. Un estudio evaluó 1.400 películas entre 1996 y 2009 y encontró 500 apariciones de marcas de tabaco y 2433 de alcohol. Después de la aplicación de la MSA, las apariciones de marcas de tabaco se redujeron exponencialmente un 7% cada año y luego se mantuvieron a partir de 2006. Por el contrario, hubo pocos cambios en la aparición de marcas de alcohol e incluso las apariciones en las películas calificadas para jóvenes de 13 años tuvieron un incremento de 5,2% anual (Bergamini E. et al, 2013).

En Argentina se observa también esta publicidad encubierta en películas y obras de ficción como en telenovelas y miniseries de televisión. Cabe destacar que en mercados muy concentrados como es el de tabaco, ni siquiera hay necesidad de mostrar la marca. En cualquier caso, la sola aparición de personajes fumando o bebiendo, sobre todo en actores que cumplen un rol modélico o son referentes para los jóvenes, resulta suficiente para estimular el consumo.

¿Quién controla a quién?

Al igual que la industria del tabaco antes que los países sancionaran normas obligatorias, la industria de alcohol ha apelado a códigos de autorregulación que resultan inefaces para controlar la publicidad pero útiles para evitar la sanción de normas obligatorias que restrinjan ampliamente la publicidad. Un estudio sobre la aplicación de las directrices del Instituto de la Cerveza de EE.UU. para la publicidad responsable, evaluó publicidades entre 1999 y 2008, mediante juicio de expertos y encontró que entre el 35% y el 74% de los anuncios tenía violaciones de dicho código (Babor et al, 2013).

El Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol en 2006 concluyó que, a menos que los procesos de la industria relacionados con las normas de publicidad del alcohol se encuentren bajo un marco legal y sean supervisados y examinados por un organismo gubernamental, los gobiernos pueden encontrarse con que permitir que la industria se regule por sí misma trae consigo la pérdida del control de la mercadotecnia de un producto que tienen graves efectos en la salud pública. Sin embargo, esta posición no quedó reflejada claramente en la estrategia aprobada por la OMS en el 2010.

El combate de imágenes en el envase

El uso del envase es un recurso muy importante en la estrategia de marketing de tabaco y de bebidas con alcohol. El diseño del envase hace que el producto sea más visible, transmite la imagen de marca y afecta la actitud de los consumidores hacia la misma, brinda información sobre el producto y es percibido con gran frecuencia (7.300 veces al año en el caso de un fumador regular). Las advertencias colocadas en el envase⁴ son útiles para generar conciencia si son llamativas, brindan información de los riesgos y son rotatorias.

⁴ Brindar información al consumidor sobre los riesgos a los que se expone, está establecido en la Ley 24.240 de Defensa del Consumidor.

Las advertencias pequeñas de sólo texto y fijas (como las de envases de alcohol) tienen muy bajo impacto.

En Argentina las advertencias fijas en los envases de tabaco fueron reemplazadas en 2012 por 10 advertencias simultáneas compuestas de textos e imágenes que deben rotarse cada 2 años. Al mismo tiempo se prohibió el uso de términos engañosos. Algunos países han avanzado en ocupar más ampliamente con advertencias la superficie de los envases de tabaco (80% en Uruguay) o en establecer envases genéricos desprovistos de los emblemas de marca (Australia), y enfrentan litigios internacionales que les ha interpuesto la industria.

Accesibilidad, Mercado y Estado

“¿Dónde estaba el Estado cuando empecé a fumar a los 15 años y ahora me despierto con un cáncer de laringe?”

(Testimonio de una paciente en audiencia pública en el Senado de la Nación, Argentina 2010)

La intervención del Estado en el mercado de tabaco y del alcohol es fundamental aunque su rol y eficacia han sido limitadas. Reducir el acceso de los jóvenes al tabaco y alcohol a través de las prohibiciones de venta a menores de 18 años es una práctica legalmente establecida en muchos países incluyendo



la Argentina, pero sin efectivas medidas de control resulta de muy bajo impacto. El 35% de los adolescentes de 13 a 15 años que bebieron alcohol y el 89% de los adolescentes fumadores en Argentina compraron respectivamente esos productos en locales comerciales sin dificultades (EMSE 2007, EMTJ 2007).

Las restricciones en la venta de alcohol están recomendadas en la Estrategia Mundial, incluyendo regular el número y la ubicación de los puntos de venta, los días y el horario de venta minorista, y las modalidades de venta de alcohol al por menor, impedir la venta a personas ebrias y a las que no han cumplido la edad mínima legal, exigir responsabilidad a vendedores y camareros, controlar el consumo de alcohol en lugares públicos, reducir y eliminar la disponibilidad de bebidas alcohólicas producidas, vendidas y distribuidas de manera informal o ilícita.

El consumo tiende a aumentar cuando aumenta el número de puntos de venta y a la inversa, reducir las horas o los días de venta de bebidas alcohólicas da lugar a una disminución de los problemas relacionados con el alcohol, incluidos los homicidios y las agresiones (Babor T et al, 2003). Las provincias y municipios de la Argentina establecen regulaciones a los puntos de venta y consumo con distintos alcances y niveles de cumplimiento.

El precio es un factor clave del consumo pues regula la asequibilidad al producto, especialmente entre los jóvenes y en los sectores de menores recursos que son más sensibles al precio. Los precios más altos también retrasan en el tiempo la intención de empezar a beber entre los adolescentes más jóvenes y frenan la progresión hacia el consumo de cantidades mayores. Lamentablemente en Argentina el precio relativo de los cigarrillos está entre los más baratos de toda la región de las Américas. La herramienta más importante que tienen los gobiernos para regular los precios es el régimen tributario. Tanto el CMCT como la Estrategia Mundial sobre Uso Nocivo de Alcohol señalan que el aumento del precio de los productos es una de las intervenciones más eficaces para reducir el consumo de tabaco o el uso nocivo de alcohol. El aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas y los productos de tabaco representa una estrategia de doble ganancia, pues mientras reducen por una parte el consumo y el daño consiguiente, por la otra aumentan los ingresos públicos derivados de esos impuestos y reducen a mediano o largo plazo los gastos sanitarios.

La elasticidad de la demanda es más baja para la bebida generalmente preferida en una cultura o un mercado particular que para los tipos de bebidas alcohólicas menos preferidos. La forma en que los bebedores responden a los cambios en los

precios y los compensan es compleja, dadas las posibilidades de sustitución (Gruenewald PJ et al, 2007). Los consumidores tienden a consumir bebidas más caras si los precios relativos disminuyen, sea dentro de la misma categoría de bebidas o en otra. Si aumentan los precios, reducen el consumo general, pero también cambian a bebidas más baratas. Los bebedores excesivos tienden a comprar los productos más baratos dentro de su categoría de bebida preferida (OMS, 2007).

Un factor clave para el éxito de esas políticas es un régimen eficaz y eficiente de imposición tributaria, con los mecanismos requeridos para recaudar los impuestos y exigir el cumplimiento de la fiscalidad. A ese respecto, los sistemas tributarios específicos o mixtos con un nivel impositivo mínimo específico, tienen ventajas considerables sobre los sistemas exclusivamente ad valorem para mantener los precios relativos altos y reducir la asequibilidad.

Una recomendación de la Estrategia Mundial sobre Uso Nocivo de Alcohol es la prohibición o restricción de toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente, u otras ofertas de venta en grandes cantidades. En Argentina es habitual el “2 x 1” una estrategia en los locales de consumo para abaratar el precio de las bebidas alcohólicas.

Los cambios tributarios deberían ir acompañados de acciones orientadas a combatir o controlar los mercados ilícitos e informales. Cabe mencionar, sin dejar de considerar la presencia de tales mercados, que la amenaza de los mismos constituye uno de los argumentos que habitualmente utiliza la industria para oponerse a los aumentos de impuestos. Recientemente las Partes del CMCT aprobaron el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, que constituye un acuerdo internacional destinado a combatir el contrabando y otras formas de comercio ilícito a nivel mundial. El mercado ilegal de alcohol presenta además considerables riesgos a la salud pública asociados a la falta de control.

Regulación del consumo. ¿Sirve?

Los ambientes libres de humo han sido una de las estrategias más exitosas en la lucha contra el tabaquismo. La propia industria percibió esto como su más grave amenaza por el impacto en la conciencia de los no fumadores acerca de los riesgos a los cuales se estaban exponiendo. Durante años la industria ocultó información sobre los efectos del humo de tabaco y financió investigaciones que sembraban dudas sobre tales efectos (OPS, 2002). Numerosos estudios han puesto

en evidencia los riesgos así como las medidas más efectivas para evitarlos. Los ambientes 100% libres de humo no sólo protegen a las personas del humo de tabaco ambiental, sino que contribuyen a que el acto de fumar sea visto como una conducta menos aceptable socialmente, disminuyendo la atracción para los jóvenes. Además ayuda grandemente a crear conciencia de los graves riesgos del tabaquismo para fumadores y no fumadores. Las legislaciones de ambientes públicos y laborales 100% libres de humo se han establecido en muchos países y en Argentina comenzaron a implementarse en 2005 con alto nivel de cumplimiento en 3 provincias llegando hoy a ser norma en 15 jurisdicciones y a nivel nacional. Ello ha repercutido en un importante incremento de la conciencia social sobre el problema del consumo de tabaco, factor fundamental para la prevención y el abandono.

Hemos mencionado ya algunos aspectos sobre la regulación del consumo de alcohol en locales y espacios públicos. Un aspecto fundamental en la regulación ha sido la de establecer límites de consumo y controles en los conductores de vehículos, incluyendo el incremento de los puntos de control y pruebas aleatorias de alcoholemia. Estas medidas pueden reducir los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol en aproximadamente un 20% y son muy rentables (Perkasa, 1999, Elder et al, 2002). Un ejemplo en la región lo dio Brasil que impuso una ley de tolerancia cero al alcohol en el tránsito penando severamente a los conductores que se les detecta un mínimo de alcohol en sangre, pudiendo a partir de ciertos valores ser arrestados y acusados penalmente. La ley, que también prohíbe la venta de bebidas alcohólicas en los negocios a lo largo de las carreteras federales, ha tenido fuerte impacto en reducir las lesiones y muertes por accidentes de tránsito.

La atención sanitaria. Una cuestión excluida

La sociedad construye una mirada acerca de la persona que sufre la problemática de las adicciones a tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, percepciones y creencias culturales que tienden a considerar el problema como “vicio” o a establecer la relación: adicto – delito, entre otras, y no a considerarlo como una persona que sufre. De esta construcción dependerá el tratamiento del problema, pues el sistema de salud no es ajeno a esta mirada y refleja a veces desconocimiento, valoraciones despreciativas, prejuicios y estigmatizaciones de las patologías adictivas en general y de la problemática del tabaquismo, del uso excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en particular.

El derecho a la salud consagrado en numerosos tratados inter-

nacionales y regionales de derechos humanos y en constituciones de varios países de las Américas como la de Argentina, muchas veces ha sido opacado. Resulta necesario en este marco el planteamiento de un sistema de salud inclusivo centrándose en el concepto de accesibilidad de las personas usuarias de sustancias psicoactivas. La concepción humanizadora en un marco de derechos, debe adoptarse en todos los niveles de atención sanitaria; con el propósito de considerar en cada caso, la persona en situación y en relación a su medio social.

Tabaco y alcohol, siendo problemas de tan alta prevalencia y gravedad, sin embargo han sido históricamente ignorados por los servicios de salud. Son todavía muy pocos los servicios donde se ofrece tratamiento para el abandono del tabaquismo y mucho menos para el uso nocivo de alcohol. Suele aparecer el tema en la anamnesis pero sin una respuesta sistematizada y acorde a la evidencia científica. La cuestión aparece frecuentemente en las consultas o en las guardias pero en general se abordan las consecuencias (enfermedades o traumatismos) o se derivan los casos más graves y se excluye el tratamiento del problema, a pesar de que existen guías de práctica clínica de intervenciones breves efectivas para el primer nivel de atención (Ministerio de Salud 2011, OMS 2001, OMS 2011) e intervenciones intensivas para la atención de personas con comorbilidades, con trastornos de dependencia alcohólica y otras situaciones que requieren mayor nivel de complejidad del sistema de atención. Algunos trastornos como cuadros depresivos y de ansiedad generalizada por consumo de alcohol no suelen diagnosticarse a tiempo y sólo se derivan a tratamiento los cuadros graves psiquiátricos de psicosis tóxicas.

Esta carencia se relaciona también con una muy escasa o nula formación en estos temas de los profesionales de la salud. El cambio conceptual requiere el desarrollo de modelos estratégicos de abordaje, una mirada interdisciplinaria, transdisciplinaria e intersectorial para su transformación y la voluntad de los actores, tanto de las entidades de formación como de los servicios asistenciales.

El futuro ¿Tendencia o construcción?

Es evidente que la estrategia implementada para el control del tabaco está dando buenos resultados, aunque todavía falta un largo proceso y la industria tiene una enorme capacidad para adaptarse a las medidas de los gobiernos y encontrar espacios para sostener y ampliar sus negocios. De hecho el incremento de la población mundial particularmente en los países asiáticos representa un enorme mercado y existe el

riesgo de captar a la población femenina hoy casi ausente en el consumo. Si el control del tabaco marca una tendencia para ser seguida por las políticas de control del alcohol y de otros productos, parece bastante probable, aunque no con la misma intensidad. A diferencia del tabaco, el consumo de alcohol en pequeñas cantidades en población no vulnerable, no incrementa riesgos sanitarios, y esto marca una diferencia en las políticas regulatorias.

En qué medida las políticas regulatorias frente a ciertos productos se traduce en mercados ilegales o en sustituciones por otros productos? No parece haber una relación directa entre regulación y mercado ilegal, cuando la primera está bien diseñada e implementada y existen mecanismos para combatir o controlar las formas ilícitas de producción y comercio. En cambio, al compás del descenso del tabaquismo se visualiza un incremento en el consumo de marihuana en la población

joven. Esto plantea la necesidad de integrar mejor las políticas referidas al consumo de sustancias psicoactivas.

La promoción de una vida sana así como la prevención y tratamiento de estas adicciones requiere de un abordaje integral de las políticas públicas, para lo cual es necesario instalar el tema y construir conciencia en todos los sectores de la sociedad. Diferentes actores públicos y privados desempeñan un rol a veces a favor y a veces en contra de la salud colectiva. Las acciones regulatorias de por sí no se ponen en marcha y no se cumplen si no hay un sustrato de conciencia en los actores y en la opinión pública en general. Por tanto, es necesario sensibilizar a la población y disminuir la tolerancia social frente al consumo, pero también, en un sentido positivo, muchos actores públicos y privados incluyendo los medios de comunicación, tienen un rol fundamental y capacidades para desarrollar políticas efectivas de responsabilidad social en promoción de la salud.

Referencias Bibliográficas

- Babor T et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy Oxford, Oxford University Press, 2003.
- Bergamini E; Demidenko E; Sargent J D. Trends in Tobacco and Alcohol Brand Placements in Popular US Movies, 1996 Through 2009. *JAMA Pediatr.* 2013;167(7):634-639. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.393. Published online May 27, 2013
- Blot, W.J., McLaughlin, J.K., Winn, D.M. y cols.: Smoking and Drinking in Relation to Oral and Pharyngeal Cancer (Consumo de Cigarrillos y de Alcohol en Relación al Cáncer de Cavidad Bucal y de Faringe). *Cancer Research* 1988; 48:3287-7
- CMCT Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Directrices para la aplicación del artículo 13. Edición 2011.
- Doll R & Peto R, Boreham J, Sutherland I, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-28
- Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M., Laspiur, S.: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Rev. Argent. Salud Pública*, 2011;2(6):34-41
- Gruenewald PJ et al. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30:96-105
- Hamilton, Di Luca, Royer, Rossi y Szpindel: Estudio de carga de morbilidad por alcoholismo en Argentina. *VIGIA*, 2004
- Jernigan DH (2009). The global alcohol industry: an overview. *Addiction*, 104 (Suppl. 1), 6-12
- Koushyar Partida, K, J., Hernández Ayala, A. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal. *ADM*, 2010. Vol 3:101-13
- Lambers DS, Clark KE Hall, JR. The maternal and fetal physiologic effects of nicotine. *Semin Perinatol* 1996 Apr;20(2):115-26
- Ministerio de Salud (2011). Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco.
- Ministerio de Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ/GYTS) en Argentina, 2007 y 2012
- Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2005, 2009 y 2013, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) 2012.
- Organización Mundial de la Salud (2007) Segundo informe / Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol. Serie de Informes Técnicos; 944
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2008. Plan de medidas MPOWER.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Screening e Intervención Breve para los Problemas relacionados con el Consumo de Alcohol en Atención Primaria.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias. Manual para uso en la atención primaria.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública.
- Pearl R. Tobacco smoking and longevity. *Science* 1938; 87:216-217
- Pichon-Riviere A et al. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Argentina. *IECS* 2013
- SEDRONAR. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011. Informe Final de Resultados. Observatorio Argentino de Drogas, Abril 2012.
- Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J (2009). *The Tobacco Atlas*, 3rd Edition. American Cancer Society.
- Thomas F. Babor, Ziming Xuan, Donna Damon, Jonathan Noel. An Empirical Evaluation of the US Beer Institute's Self-Regulation Code Governing the Content of Beer Advertising. *American Journal of Public Health* 2013.
- U.S. Department of Health and Human Services 2004.
- U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S., 2010.
- US Department of Health, Education and Welfare. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington DC: US Government Printing Office; 1964
- World Health Organization (2011). Global status report on alcohol and health.