

# INFORME DE LA COMISION DE TABAQUISMO DEL SMU

## TABAQUISMO EN URUGUAY

### El Problema del Tabaco y su control

El tabaco es el un producto de tabaco único dado que mata a la mitad de sus consumidores crónicos, aunque se consuma tal cual lo sugieren sus fabricantes. <sup>1</sup>

La ciencia ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad. <sup>2</sup>

Según la O.M.S. el consumo de tabaco está relacionado con 6 de las principales 8 causas de muerte <sup>7</sup> y es la principal causa de muerte, absolutamente prevenible, que existe actualmente en el mundo. <sup>3</sup>

Si no varía tendencia actual, el tabaco matará aproximadamente a 10 millones de personas al año, hasta el 2025 – de los cuales 7 millones ocurrirán en países en desarrollo – y a 1000 millones de personas hasta el final del siglo XXI.<sup>4</sup>

Los cigarrillos y otros productos de tabaco están diseñados de manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener dependencia o adicción. <sup>2</sup>

Diferentes factores (algunos transfronterizos, como el contrabando y la publicidad) influyen en la epidemia de tabaquismo, que por esta razón no puede ser controlada con éxito por países que trabajen aisladamente.

Existe un importante factor adicional que promueve la epidemia y dificulta su control, *la Industria Tabacalera*. Esta industria ha sabido desde hace más de 50 años que sus productos enferman y matan a sus consumidores, y que tienen una alta capacidad adictiva. A pesar de ello han ocultado información y manipulado deliberadamente la opinión pública para no ver afectado su negocio. <sup>5</sup>

Existe un claro conflicto de intereses entre la salud pública y el comercio del tabaco. Desde el punto de vista de la Salud Pública, el objetivo es reducir la carga de muerte y enfermedad producida por el tabaco, por lo que *necesariamente* debe disminuir el consumo de cigarrillos por parte de la población.

Desde el punto de vista de la Industria tabacalera, su objetivo fundamental es aumentar sus ganancias, por lo cual debe aumentar las ventas, y por ende el consumo, lo cual implica *necesariamente*, un aumento de las enfermedades, discapacidades y muerte a causa del tabaco.

La epidemia de tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública, que requiere la más amplia cooperación internacional posible y la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral.

Ante esta situación, la O.M.S. y la Asamblea Mundial de la Salud, decidieron desarrollar el Primer Tratado Internacional de Salud Pública, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). El Tratado reconoce la magnitud del daño que causan los productos del tabaco y las empresas que los producen y establece fines y principios legalmente vinculantes que tienen que cumplir los países (conocidos como Partes), que ratificaron dicho Tratado, comprometiéndose así en su aplicación. <sup>2</sup>

El objetivo del CMCT es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. <sup>2</sup>

No existe una única medida capaz de resolver el complejo problema de la Epidemia de Tabaquismo, por lo que el CMCT integra medidas para regular la oferta y la demanda de los productos del tabaco, basadas en la mejor evidencia científica disponible.

### **El problema del Tabaco en Uruguay**

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de morbi-mortalidad en Uruguay<sup>6</sup>, siendo responsables del 70% de las muertes y del porcentaje mayoritario de los años vividos con discapacidad<sup>7</sup>.

Estas afecciones determinan el 60% del total de los costos asistenciales del país.

En nuestro país, las principales causas de muerte son: enfermedades cardiovasculares (32%), cáncer (25%) y accidentes (4%).<sup>8</sup>

Nuestro país, al igual que el resto de los del Cono Sur, ha sido históricamente considerado como de los de mayor consumo de tabaco de Latinoamérica. <sup>9</sup>

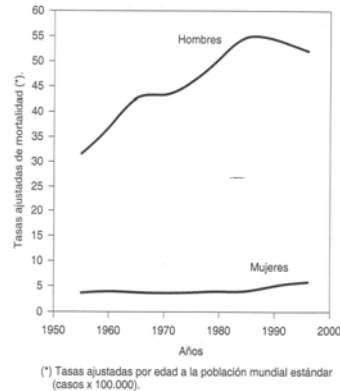
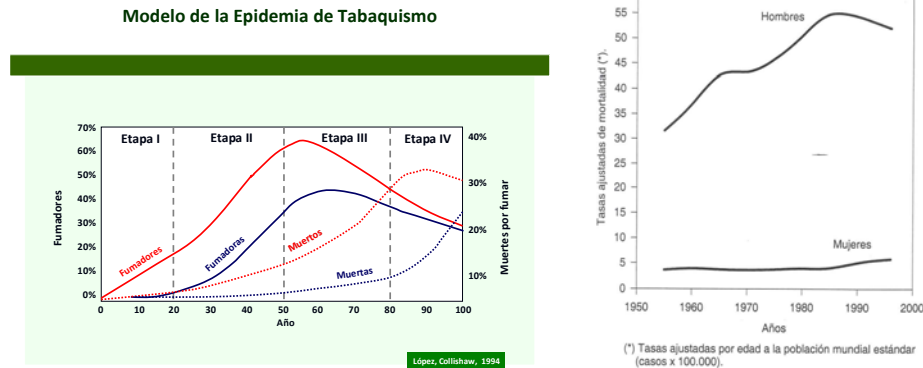
La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular determinó en el 2002, que aproximadamente 4.500 personas por año morían en Uruguay a causa del Consumo de Tabaco. El tabaco causa 12 muertes diarias, 5 de ellas por causa cardiovascular. <sup>5</sup>

El cáncer de pulmón, es la principal causa de muerte por cáncer en el hombre uruguayo. El 90% del cáncer del pulmón es atribuible al tabaco. Según el Atlas Mundial del Cáncer del 2006, Uruguay es el país de Latinoamérica con la mayor mortalidad por cáncer de pulmón. <sup>10</sup>

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es en el 85% de los casos atribuida al tabaco. Según el Estudio *Platino*, el 19% de los uruguayos sufre de esta enfermedad,

siendo el país latinoamericano incluido en este estudio con la mayor prevalencia de esta enfermedad. <sup>11</sup>

La epidemia de tabaquismo pasaría por diferentes etapas, según el modelo propuesto por Lopez y Collishaw (1994). <sup>12</sup>



En base al análisis de la evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón se puede estimar que Uruguay estaría en la fase IV avanzada, para el caso del hombre, dado que la mortalidad por esta causa está en descenso, y se encontraría finalizando la fase III o iniciando la fase IV para el caso de la mujer.

Se estima que de mantenerse la tendencia en el consumo que nuestro país presentaba hasta hace pocos años, en breve tiempo se producirá un incremento exponencial de las muertes por cáncer de pulmón, y por otras enfermedades relacionadas con el tabaco, en la mujer uruguaya.

Según el Banco Mundial, el costo económico que impone la carga de enfermedad, discapacidad y muerte relacionada con el tabaco a los países, supera ampliamente los ingresos por impuestos al tabaco, oscilando entre 6 y el 15% del gasto en Salud. <sup>13</sup>

Según la Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo (ENPTA 2008) \*, la población uruguaya de menores recursos es la que consume tabaco en mayor proporción y por lo tanto la que está recibiendo el mayor impacto de la enfermedad. El tabaquismo no sólo le deteriora la salud de la gente pobre sino que también reduce su capacidad mensual para adquirir comida, hasta en un 29% . <sup>14</sup>

\* En el año 2008, el Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo, CIET, realizó un estudio nacional, la primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo- ENPTA- que incluyó más de 5.300 hogares, en poblaciones de más de 5.000 habitantes.

Por lo tanto, la epidemia de tabaquismo es para Uruguay, una Emergencia sanitaria, social y económica que debe ser encarada con medidas acorde a la magnitud y severidad de la misma.

## Evolución del tabaquismo en Uruguay

Como fue mencionado anteriormente, nuestro país, junto con Chile y Argentina, han sido históricamente considerado como de los de mayor consumo de tabaco de Latinoamérica.

ENPTA, a su vez, muestra que más del 60% los hombres, y algo más del 40% de las mujeres, mayores de 55 años han sido fumadores, en algún momento de su vida, lo que nos permite estimar la magnitud que ha tenido el problema en nuestro país, en el pasado.

A partir de 1998, la Junta Nacional de Drogas ha realizado una encuesta periódica sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, con la misma metodología (por lo tanto, comparable) en la que incluye el consumo de tabaco. Según la Encuesta Nacional de Drogas<sup>15,16</sup>, los fumadores eran 32,5% en 1998, 32,3% en 2001 y 31,8% en 2006. Dicha encuesta incluye personas entre 14 y 65 años, y evalúa prevalencia en el último mes.

En el año 2006, como parte del Estudio *STEPS* de la Organización Mundial de la Salud, el MSP desarrolló la *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*<sup>(17)</sup>, en una población comprendida entre 25 y 64 años, que incluyó 2.010 personas en 9 ciudades, (Montevideo, y 8 ciudades del interior). La misma mostró una prevalencia de tabaquismo de 32,7%, con 31% de fumadores diarios.

### Fumadores actuales (definidos como aquellos que fumaron en los últimos 7 días)

En base a los datos proporcionados por ENPTA, se concluye que actualmente el 24,8% de los mayores de 15 años fuma, es decir unos 550.000 habitantes son fumadores<sup>14</sup>.

14. ENPTA.

#### Género

- Hombres 29,4%
- Mujeres 20,9%

Es de destacar que del total de la Población fumadora actual, 54,5% son hombres y 45,5% mujeres

#### Área Geográfica

- Montevideo 26,5%
- Interior 23,2%

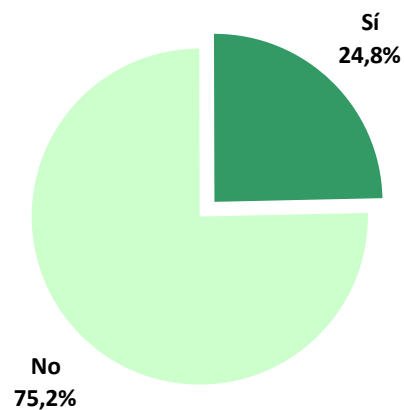


Figura 1. Fumadores

En el 2009, CDC de los EEUU, junto con la O.M.S, y el MSP , condujeron en Uruguay el Global Adult Tobacco Survey (GATS), encontrando una prevalencia de consumo de tabaco en Adultos , de 25%. Confirmando los hallazgos encontrados por ENPTA.

### **Prevalencia de Vida.**

El 41,7% de los uruguayos ha fumado en algún momento de su vida (hombres 52%, mujeres 33%). Más de 60% de los hombres mayores de 55 años fueron fumadores.

### **¿Ha disminuido el consumo de tabaco en los últimos años?**

Si se toma como base la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del MSP (2006)<sup>16</sup> y se realizan los ajustes correspondientes, puede estimarse que entre 2006 a 2008, la prevalencia del consumo de tabaco habría descendido entre 4-5 puntos porcentual,. Esto marcaría un importante cambio en la tendencia del consumo , dado que según las Encuestas de la JND , el descenso en la prevalencia había sido menor de 0,1% por año, entre 1998 y 2006.

Según datos del estudio ITC \*\* , que siguió una población de fumadores, entre 2006 y 2008, entre los encuestados en Montevideo en el 2006, un 10% manifestaba haber dejado de fumar en el 2008.<sup>18,19</sup>

\*\* ITC : International Tobacco Policy Evaluation. Es un internacional, donde CIET Uruguay participó, y que incluye una cohorte de 1.400 fumadores, en Montevideo e Interior, que está siendo seguida desde el 2006, donde se hizo la primera investigación. La cohorte fue estudiada nuevamente en 2008 y se volverá a estudiar en 2010.

### **Características del consumo.<sup>14</sup> ENPTA**

- **Edad de inicio**

Según ITC 2006, 76% inició el consumo antes de los 17 años, un 22% lo hizo antes de los 13 años de edad.

- **Frecuencia**

El 92% fuma diariamente, 9% lo hace en forma intermitente o esporádica.

- **Tipo de producto**

Los productos de tabaco consumidos en Uruguay son: cigarrillos, tabaco para armar y habanos. Este último producto no tiene importancia estadística significativa.

*Históricamente los cigarrillos han sido el producto de tabaco más ampliamente consumido por los fumadores uruguayos.* El consumo de tabaco de armar, ha

fluctuado en alrededor del 20% del total de productos de tabaco durante la década de los 90 , pero luego de la crisis del 2002 llegó a alcanzar un 25%.<sup>20</sup>

Según ENPTA, actualmente los fumadores uruguayos consumen:

75% cigarrillos industrializados (El 55% son hombres y 45% mujeres)

19% tabaco de armar (El 72% hombres y 28% mujeres)

6% , fuma ambos tipos de productos

- Consumo diario:

El promedio de consumo diario fue de 15,3 cigarrillos/día para el fumador de cigarrillos industrializados y 16,2 , para el fumador de tabaco de armar

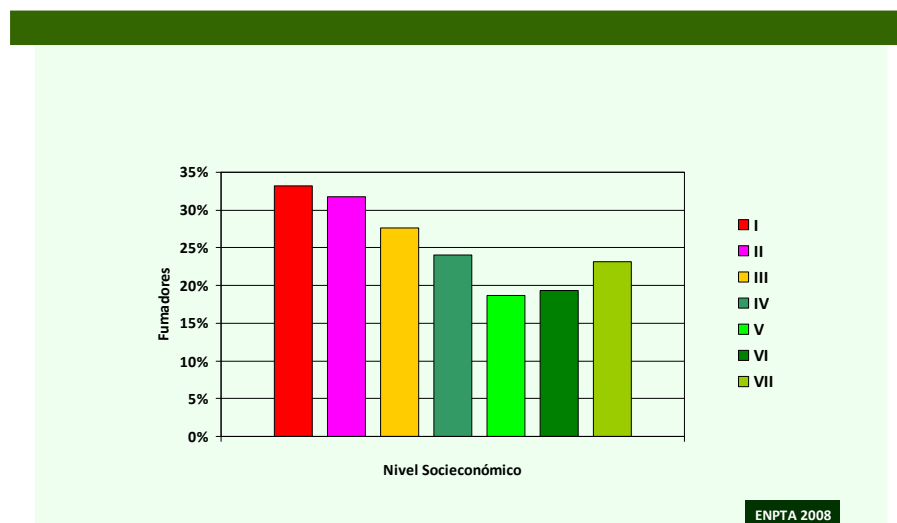
Según género:

Cigarrillos	Mujeres 14,0	Hombres 16,7
Tabaco de armar	Mujeres 13,0	Hombres 17,3

### Consumo de cigarrillos y nivel socioeconómico: ENPTA<sup>14</sup>

Las personas de menor nivel socio-económico, según la estratificación de INSE (Índice de Nivel Socio Económico), son las que consumen tabaco en mayor proporción.

### Fumadores por nivel socioeconómico



La prevalencia en Montevideo, oscila entre 33,2 % y 27,6% en la categorías INSE bajo, bajo-medio y medio bajo, mientras que oscila entre 18,7 y 23,2% en las categorías medio-alto y alto medio.

En las categorías INSE más bajas, fuma el 40% de los hombres y el 28,1% de las mujeres.

La prevalencia en Interior, oscila entre 28,5 % y 23,5% en la categoría INSE bajo, bajo-medio y medio bajo, mientras que oscila entre 15,4 y 19,7% en las categorías medio-alto y alto medio.

La prevalencia en hombres, en la categoría nivel bajo es de 37,3% y en mujeres de 23,3 %.

### **Fumadores de Tabaco de Armar**<sup>14</sup>

- El 73% pertenece al estrato económico bajo, 25% al estrato medio
- En desocupados la prevalencia de este consumo es 27%, mientras que es de 18% en ocupados.
- Del total de consumidores: 40% son de Montevideo y 60% del Interior . A pesar de ello, el consumo promedio diario es algo mayor en Montevideo ( 17,9/día vs 15,2/día)
- Si bien son los mayores de 65 años los que más consumen ; un 18% de los jóvenes los utiliza.

### **Tabaquismo en Poblaciones especiales.**

- **Adolescentes**

Para evaluar la evolución del consumo de tabaco entre los jóvenes Uruguayos, disponemos de varias encuestas que han sido realizadas en nuestro país, las que nos muestra una tendencia al descenso.

**Encuesta GYTS.** En el año 2001, se realizó en Uruguay, por primera vez, la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS, por la sigla en inglés), con el apoyo de CDC de los EEUU y la OMS. Dicha encuesta estudió una muestra de alumnos del Ciclo Básico (1er,2do y 3er año) de establecimientos públicos (liceos y ciclo básico tecnológico) y privados (colegios), cuyas edades estaban comprendidas básicamente entre los 13 y 15 años. El ámbito de aplicación fueron la capital, Montevideo, y en los departamentos de Colonia, Rivera y Maldonado .<sup>21</sup>

Con un 28% de prevalencia, Uruguay se situó 8º entre los países que participaron en la primera ronda.

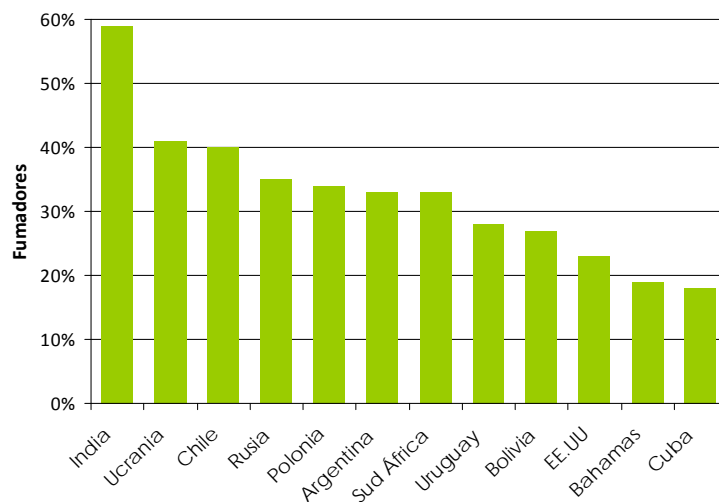


Figura 17. Tabaquismo en jóvenes de 13 a 15 años

En el año 2006, se repitió el estudio GYTS en nuestro país, encontrándose una prevalencia de consumo en dicha población adolescente, de 25,8%. GYTS estaría mostrando un descenso del orden de 2,2% en la prevalencia de consumo entre 2001 y 2006, en esta población de jóvenes escolarizados.

**Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas** <sup>15,16</sup>. La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, al igual que el GYTS, muestra una leve tendencia al descenso. El estudio de la JND se basa en una encuesta de hogares, que es representativa del nivel nacional, y los datos se refieren a una población entre 12 y 18 años, por lo que no son estrictamente comparables con GYTS. En el 2006 la JND encontró que 54.8% de los adolescentes habían probado el consumo de tabaco y que 31,8% había fumado en el último mes.

	1998	2001	2005	2007
<b>Prevalencia Jóvenes 12 a 18 años.</b>	<b>32,5%</b>	<b>32,3%</b>	<b>31,8%</b>	<b>24,8%</b>

Datos recientes de la JND, aún no publicados, muestran que la prevalencia de consumo de tabaco evaluada en 2009, para este mismo grupo, fue de 18,6%, evidenciando una tendencia significativa de descenso en el consumo juvenil.

- **Educadores** <sup>23</sup>

En el año 2002 , al momento de realizarse GYTS, se incluyó una Encuesta sobre uso de tabaco en personal de la Enseñanza Media (GSPS), la cual se volvió a repetir en el 2006, pero aún no se dispone de datos de esta última.

2002

	Montev	Colonia	Rivera	Maldon
<b>Prevalencia de vida</b>	<b>66.5%</b>	<b>64.4%</b>	<b>47,8%</b>	<b>67,3%</b>
<b>Fumadores actuales</b>	<b>32,5%</b>	<b>26,4%</b>	<b>23,2%</b>	<b>30,5%</b>

- **Profesionales de la Salud**

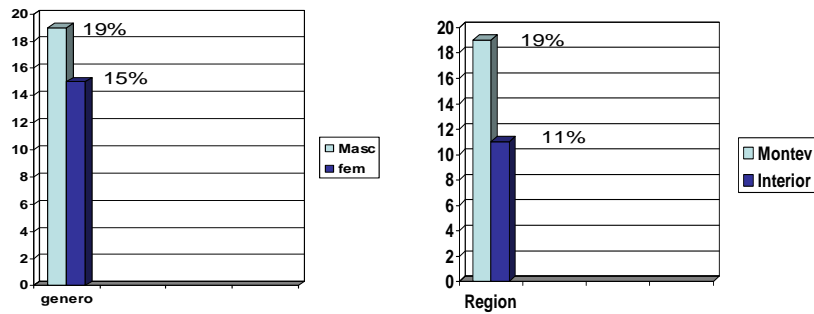
El año 2001, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) realizó una encuesta médica nacional que incluyó preguntas sobre el consumo de tabaco entre los médicos <sup>24</sup>, encontrando que el 27% de los médicos había fumado en el mes previo a la encuesta. El 90% de los médicos fumadores reconocía que el tabaquismo era una dependencia.

Tabaquismo entre los médicos por género :

	<i>Fuman</i>	<i>Fumaron</i>	<i>No fumaron</i>
<i>Mujeres</i>	28%	20%	52%
<i>Hombres</i>	27%	30%	43%
Todos	27%	25%	48%

En el año 2004, el SMU realizó otra encuesta nacional entre los médicos, la cual mostró que el 17% de los médicos se consideraba *dependientes al tabaco*. <sup>25</sup> Se reconocieron dependientes 19% de los médicos de Montevideo y 11% de los del Interior. Con respecto a género: 16% de los hombres y 18% de las mujeres aceptaron ser dependientes. Los cirujanos (24%), seguidos de los Médicos Generales (21%).

Entre Octubre y Noviembre del 2007, la Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU realizó una Encuesta sobre Morbimortalidad de los Médicos, sobre una muestra representativa nacional, encontrando que 17% de los médicos respondió afirmativamente a la pregunta, ¿fuma?. <sup>26</sup>



Morbimortalidad de los Médicos (SMU, 2007)

En suma, la prevalencia de consumo de tabaco entre los médicos, parece haber descendido significativamente en los últimos años. Se necesitan estudios sistemáticos y comparables sobre esta población.

El SMU , en cooperación con CIET, tienen previsto realizar un seguimiento del tabaquismo en los médicos en 2010.

Disponemos de datos insuficientes con respecto a la prevalencia del consumo de tabaco en otros trabajadores de la salud, pero en estudio realizado en 2005, el Hospital de Clínicas de Montevideo<sup>27</sup>, que es el principal Hospital Universitario del país, se encontró que 23% del personal de dicho Centro era fumador, siendo los administrativos los más fumadores, seguidos y por los Docentes Universitarios.

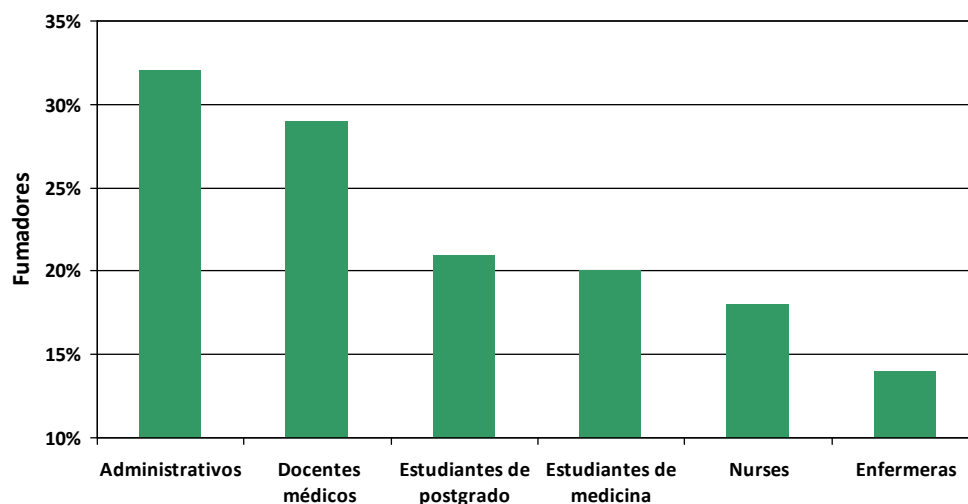


Figura 3. Fumadores por actividad en el personal sanitario

Pero lo más preocupante, es que el 73% de los médicos fumadores encuestados reconoció que fumaba dentro del hospital.

En un estudio transversal retrospectivo de las causas de muerte de los médicos fallecidos en Uruguay entre el 1º de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2002, a través de datos obtenidos de los certificados de defunción del Ministerio de Salud Pública, se encontró que el tabaquismo fue el factor de riesgo más importante entre los fallecidos (66%), seguido por el alcoholismo (38%).<sup>28</sup>

- **Embarazadas.**

Entre enero y mayo del 2005, la Red Global de Investigación en Salud de las Mujeres y Niños, desarrollo un trabajo de investigación sobre consumo de tabaco en embarazadas de centros hospitalarios públicos de Argentina y Uruguay (Hospital de Clínicas)<sup>29</sup>. Fueron encuestadas 1512 mujeres (796 en Argentina y 716 en Uruguay), a las cuales se les realizó un test de cotinina.

Principales resultados:

- + 2 de cada 10 embarazadas fuma.
- + 50% de las fumadoras que se embarazan continúan fumando durante el embarazo.
- + 80% manifestó que le gustaría dejar de fumar.
- + Una de cada dos mujeres no fumadoras durante el embarazo convivía con fumadores en su hogar y permitía fumar dentro del mismo.

También en 2005, entre abril y junio, se desarrolló en Uruguay, otros estudio sobre consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas<sup>30</sup>. El estudio incluyó 900 embarazadas, de las principales maternidades públicas de Uruguay: El Hospital Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas, los que atienden el 15% del total de nacimientos del país, y 33% de los de Montevideo. Se realizó un cuestionario y una dosificación de drogas en el meconio.

Principales resultados:

- + El 41,7% dijo haber fumado durante el embarazo, y el 33,2%, durante todo el embarazo.
- + Las muestras de meconio dieron positivo para cotinina en 51,8%, lo cual podría deberse a exposición pasiva al humo del tabaco y a subregistro por negar datos en el momento de la encuesta.

### **Dependencia o adicción al tabaco**

Se estima que la mayoría de las personas que fuman desarrollan un grado de dependencia al tabaco.<sup>31</sup>

De los diversos marcadores para determinar el nivel de dependencia o adicción al tabaco, ENPTA evaluó algunos de ellos:

- Tiempo de fumar el primer cigarrillo: 39% fuma el primero antes de los 30 minutos del despertar, lo que implicaría una dependencia moderada a intensa.

- Heavy Smoking Index (HSI): integra varios parámetros y según el mismo, 22% tiene dependencia severa y 31% moderada .

El nivel de dependencia aumentaría con la edad, estabilizándose a partir de los 35 años de edad.

El grado de dependencia varía según el tipo de consumo:

- quienes fuman cigarrillos y de tabaco de armar tienen mayor dependencia (HSI 3,2)
- solo tabaco de armar (HSI 2,4)
- solo cigarrillos (HSI 1,8)

### Abandono del consumo

- **Ex fumadores**

El 40 % de los que alguna vez fumo, ya a dejado de fumar. Los hombres han dejado más que las mujeres (43% vs 37%) y los fumadores del interior más que los de Montevideo (43% vs 38%). ENPTA<sup>14</sup>.

- **Intención de abandonar el consumo**

Según ITC 2006 <sup>17</sup>, el 65% de los fumadores ya ha intentado dejar de fumar y según ENPTA 2008, 40,6% lo intentó en el año previo. El 66% de los que han intentado, ya lo hicieron 3 o más veces.

La gran mayoría de quienes fracasaron, recayeron antes del 2º mes.

Según ENPTA, el 65% de los fumadores piensa dejar de fumar en:

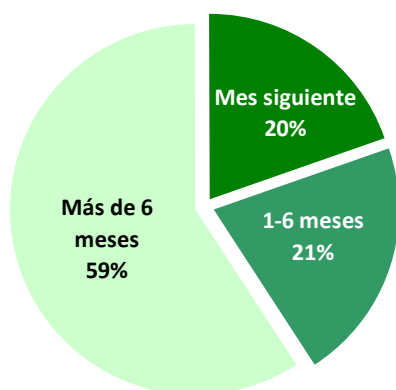


Figura 4. Momento en que piensan dejar de fumar

Cuando se compara Uruguay con los otros países del estudio ITC<sup>31</sup>, vemos que los fumadores de nuestro país ocupan el 4º lugar entre quienes intentaron dejar de fumar *hace más de 6 meses*, pero en *los últimos 6 meses* muy pocos lo intentaron: Uruguay ocupa el penúltimo lugar. Esto señala la necesidad de seguir insistiendo y mejorando las medidas de control del tabaco para motivar a los fumadores a dejar, pero también en la necesidad de facilitar el acceso a tratamientos efectivos.

<sup>31</sup> ITC Project Uruguay. [www.itcproject.org/project/uruguay](http://www.itcproject.org/project/uruguay)

#### Intentó dejar de fumar

Hace más de 6 meses			En los últimos 6 meses	
Nº	País	Porcentaje	País	Porcentaje
1	Holanda	50%	Irlanda	54%
2	Alemania	44%	Canadá	43%
3	Malasia	44%	Corea	42%
4	Uruguay	39%	Australia	35%
5	Australia	39%	EEUU	34%
6	EEUU	38%	N Zelandia	32%
7	N Zelandia	37%	G Bretaña	27%
8	G Bretaña	36%	Alemania	26%
9	Canadá	35%	Holanda	22%
10	Francia	35%	Tailandia	21%
11	Corea	34%	México	18%
12	México	33%	Francia	18%
13	Irlanda	24%	China	14%
14	Tailandia	19%	Uruguay	13%
15	China	9%	Malasia	11%

#### Arrepentimiento de haber comenzado a fumar<sup>31</sup>

64% de los fumadores uruguayos se arrepienten de haber comenzado a fumar.

Cuando se comparan los 15 países del estudio ITC, Uruguay sólo supera a México, donde sólo el 58% de los fumadores se arrepiente.

Los únicos dos países latinoamericanos incluidos en el estudio, Uruguay y México, son los que muestran los niveles más bajos de arrepentimiento

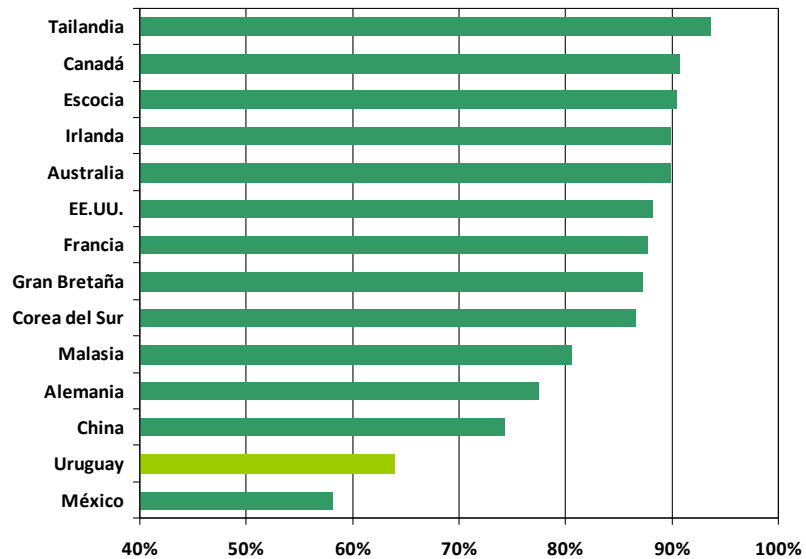
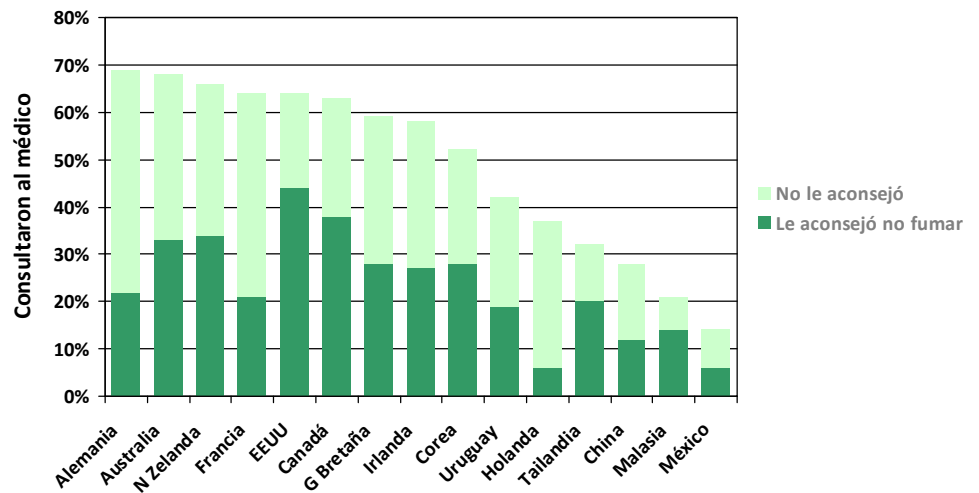


Figura 10. Arrepentimiento de haber comenzado a fumar por países

## Tratamiento del tabaquismo.

- Primer Nivel de Atención

En 2005, el 96% del personal asistencial del Hospital de Clínicas decía recomendar dejar de fumar a sus pacientes <sup>26</sup> pero según ITC 2008<sup>18</sup>, 43% de los fumadores uruguayos consultó al médico el año previo y menos de la mitad recibió consejo de dejar de fumar.



Figura

Los médicos de Uruguay ocupan el 10º lugar (entre los 15 países del estudio ITC) en cuanto a dar consejo de abandono del tabaquismo a los pacientes fumadores.

Lugar	País	Consejo de cesación
1	EE.UU.	69%
2	Malasia	67%
3	Tailandia	63%
4	Canadá	60%
5	Corea	54%
6	N Zelandia	52%
7	Australia	49%
8	G Bretaña	47%
9	Irlanda	47%
10	Uruguay	45%
11	China	43%
12	México	43%
13	Francia	33%
14	Alemania	32%
15	Holanda	16%

Actualmente, el tratamiento del tabaquismo ha sido incorporado , por Ley, en el Sistema Nacional Integrado de Salud, y se está priorizando su tratamiento en el primer nivel de atención. Se deberá evaluar el impacto de esta estrategia en un futuro cercano.

## **. Exposición al humo del tabaco.**

### **Humo de tabaco**

El humo de tabaco ambiental es una mezcla compleja de más de 4.000 gases y partículas, entre ellas, más de 220 sustancias tóxicas para los seres humanos, provenientes de la combustión del extremo encendido del cigarrillo y de aire exhalado por el fumador, luego de haber fumado.

El humo difunde desde el foco de emisión (el fumador), y las sustancias tóxicas pueden ser detectadas a más de 15 metros del mismo, pudiendo persistir, y acumularse, en los ambientes, por horas y días.

Muchas de las partículas del humo del tabaco tienen un tamaño en el rango fino-ultrafino y al ser inhaladas llegan a nivel profundo de los pulmones, pudiendo alcanzar

la circulación de la sangre y determinar efectos adversos para la salud en diversas partes del cuerpo.

Las partículas menores a 2,5 micras son consideradas como uno de los contaminantes ambientales más nocivos, y su concentración aumenta significativamente con el humo del tabaco. La OMS considera que el aire es de buena calidad si tiene menos de 10 partículas menores a 2,5 micras por m<sup>3</sup>, y que si tiene más de 65 part/m<sup>3</sup>, dicho aire es insalubre.

## Exposición al humo del tabaco

- **En lugares públicos**

El humo del tabaco era, sin ninguna duda, el principal contaminante ambiental en los lugares cerrados de uso público en Uruguay, antes del primero de marzo del 2006.

En 2002, CDC y OPS condujeron un estudio en 7 países latinoamericanos para evaluar el grado de contaminación por humo de tabaco en lugares cerrados de uso público<sup>32</sup>. Se encontró evidencia de contaminación en 95% de los edificios e instalaciones estudiadas, incluidas las salas de hospitales. Argentina y Uruguay resultaron los países con el mayor nivel de contaminación .

El GYTS 2001<sup>21</sup>, mostró que el 65% de los estudiantes de secundaria incluidos en el estudio estaban expuestos al humo del tabaco en sus hogares, y que dicha exposición alcanzaba el 80%, cuando se incluían lugares públicos a los que concurrían. Sólo Cuba y Argentina superaban a Uruguay, en dicha exposición.

En el año 2005, Uruguay comenzó a participar en un estudio internacional para comparar niveles de contaminación en lugares cerrados<sup>32</sup>, midiendo la concentración en el aire de partículas menores a 2,5 micras.

En dicho momento, nuestro país presentaba un grado de contaminación, promedio, de 210 partículas por m<sup>3</sup> , alcanzando a 314 partículas por m<sup>3</sup> en bares y restaurantes\*.

\* Promedio de 91 locales de Montevideo, Punta del Este, Maldonado, Piriápolis, Atlántida y Pando



Figura 7. Medidor de partículas en el aire

En el 2007, luego de instalada la prohibición, se volvió a repetir el estudio y mostró que Irlanda (22 part/m<sup>3</sup>), Uruguay (18 part/m<sup>3</sup>) y Nueva Zelanda (8 part/m<sup>3</sup>), países 100% libres de humo de tabaco, eran los países con menor nivel de contaminación por humo de tabaco de los 32 estudiados. <sup>33</sup>

### Nivel de contaminación 2007 en diferentes ambientes

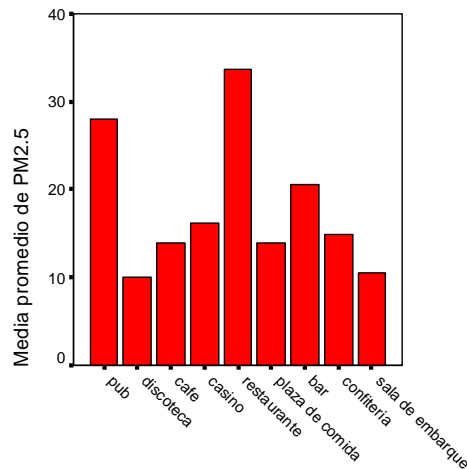


Figura 8. Nivel de partículas <2,5 micras en el aire ambiente

- **En los hogares**

En 2006, Uruguay fue incluido en un Estudio Internacional para evaluar la exposición al humo de tabaco, de niños y mujeres, en sus hogares, a través de la dosificación de nicotina en el pelo<sup>34</sup>.

A excepción de los hogares sin fumadores, donde tampoco se permitía fumar dentro, en todos los demás se encontró evidencia de contaminación con nicotina en el pelo de mujeres no fumadoras y niños. El nivel de contaminación fue proporcional a la cantidad de fumadores y los niños expuestos mostraban mayor nivel de contaminación que las mujeres.

La encuesta ENPTA 2008 mostró que:



Montevideo: alguien fuma en casa 45%

Interior: alguien fuma en casa 39%

En el 55% de los hogares de Montevideo y 61% de los hogares del interior, no hay fumadores.

A su vez, el 29,4 % de los fumadores uruguayos manifiesta no fumar en su domicilio, siendo esta tendencia mayor en el Interior (34,1%) que en Montevideo (24,3%).<sup>13</sup>

En el año 2010, CIET culminará un estudio de nivel de contaminación del aire por humo de tabaco en hogares y autos.

## Evaluación del Impacto de las Políticas de control del tabaco

- **Protección al daño por exposición al humo de tabaco.**

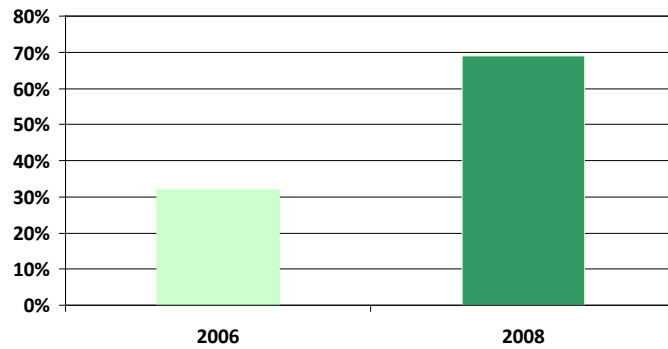
Según ENPTA 2008, el 86% de la población reconoce que el humo de tabaco perjudica a los no fumadores cuando se comparten ambientes y el 90% cree que la medida que prohíbe fumar en ambientes cerrados es beneficiosa para la salud de todos.

A su vez, en ITC 2008, el 91% de los fumadores está de acuerdo o fuertemente de acuerdo con que los empleados tienen derecho a respirar aire no contaminado por humo de tabaco en los lugares públicos compartidos. Y el 93% de los fumadores (88% en Montevideo; 95% en las ciudades del interior) piensa que la prohibición es beneficiosa para la salud de la gente.

En 2006, 32% de los fumadores apoyaba la prohibición de fumar en bares y cantinas, mientras que en el 2008 el índice de apoyo subió al 69%.<sup>18</sup>

¿Usted apoya la prohibición de fumar en bares y cantinas?

Figura 5. Apoyo de fumadores a la prohibición de fumar en bares y cantinas



**¿Cómo se aplica la política de no fumar en su lugar de trabajo?**

- Está totalmente prohibido fumar en mi trabajo 79%
- Existen áreas para fumar 7%
- Se puede fumar en cualquier lado 11%

Esto pone en evidencia que hay empresas que infringen la ley y no respetan el derecho de sus trabajadores a tener ambiente no contaminado por humo de tabaco.

Cuando se analiza la información resultante del seguimiento de los fumadores del estudio ITC, y se comparan los datos del 2006 y 2008, se encuentra que el grado de incumplimiento de la norma disminuyó en restaurantes (bajó de 9% de incumplimiento a 4%) y en bares (de 23% a 9%), pero empeoró en los lugares de trabajo (de 17% subió a 22%).

- **Advertencias sanitarias en los empaquetados del tabaco.**

El paquete de cigarrillos es una de las vehículos más ubicuos y efectivos de publicidad utilizadas por la industria tabacalera.

El consumidor de tabaco , como cualquier consumidor, tiene el derecho de ser informado adecuadamente sobre los riesgos y características del producto que consume.

Las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos se han mostrado como una estrategia efectiva para informar al consumidor, al tiempo que disminuyen la potencia del paquete como estrategia publicitaria.

Desde el año 2005, Uruguay dispone de advertencias sanitarias que ocupan el 50% de las superficies principales de los paquetes, y desde el 2006 ha agregado imágenes.

***En el año 2006, el estudio ITC 2006<sup>18</sup> mostró que ,***

60% notó frecuentemente la advertencia sanitaria en los paquetes

40% leyó las advertencias

10% trató de no mirarla

20% reconoció que la advertencia le impulsó a dejar de fumar



Figura 6. Advertencias sanitarias 2006

***En el año 2007, las advertencias sanitarias en los paquetes fueron modificadas y se basaron en mensajes abstractos.***



Figura 15. Advertencias sanitarias 2007

**En el año 2008, las mismas fueron evaluadas por ENPTA<sup>13</sup> e ITC 2008<sup>18</sup>.**

Según datos de ENPTA :

- 96% de los fumadores de cigarrillos las notó
- 86% de los fumadores de tabaco de armar las notó
- 80% leyó las advertencias en el último mes
- A 60% le hizo pensar en los daños que fumar causa a su salud
- Al 15% la advertencia le frenó a encender un cigarrillo
- Un 10% se esmeró en no volver a mirar las advertencias

Según ITC 2008<sup>18</sup>, sólo 6,5% de los fumadores reconoció que las Advertencias de 2007 le hicieron pensar sobre los riesgos de la salud.

Comparativamente, con respecto a si los fumadores *notaron la advertencia sanitaria*, Uruguay, con 64%, se situó en el 3<sup>er</sup> lugar, luego de Gran Bretaña y Tailandia.

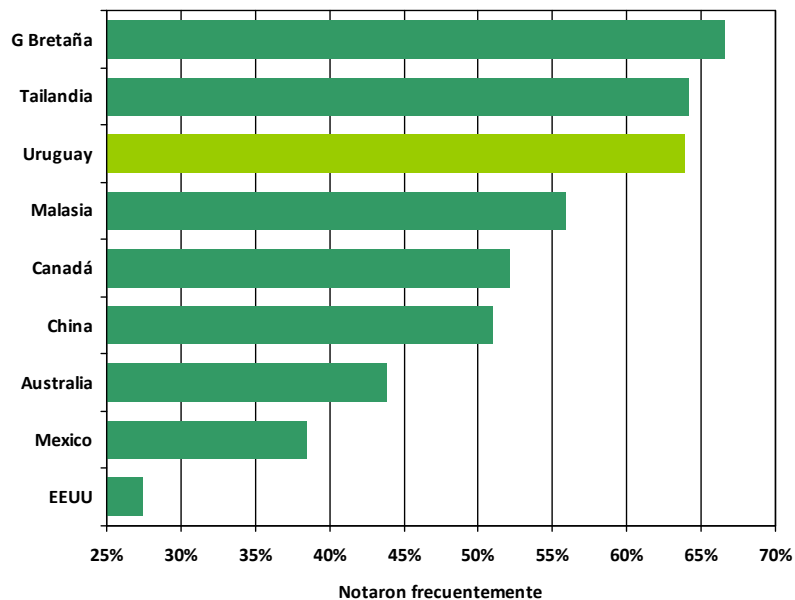


Figura 14. Notaron frecuentemente la advertencia sanitaria

**Pero en el rubro, de si las advertencias (del 2007-2008), hicieron a los fumadores pensar en dejar de fumar , Uruguay con 6,5% ocupó el último lugar entre los países estudiados, estando Tailandia en primer lugar con 32%.**

País	Pensó dejar
Tailandia	32%
Canadá	20%
G Bretaña	19%
Australia	13%
México	12%
EE.UU	12%
Malasia	10%
Uruguay	7%

Evidenciando este hecho , que dichas advertencias no constituyeron una buena elección.

Por el contrario, los pictogramas con imágenes más directas del daño a la salud, tal como se empleó en Tailandia, arrojan mejores resultados.

Por esa razón el Ministerio de Salud Pública, a partir del 2009 ha decidido incluir imágenes cada vez más fuertes en los paquetes de cigarrillos.

A partir de Diciembre del 2009, las advertencias sanitarias en los empaquetados de cigarrillos cubren el 80% de las superficies principales, siendo de esta manera Uruguay, al momento de este informe, el país con las advertencias sanitarias más grandes, a nivel mundial.



Figura 16. Advertencias sanitarias 80%, Diciembre 2009

- **Publicidad , promoción y patrocinio del tabaco.**

En el año 2000, la ex Directora de la OMS, la Dra Bruntland, dijo: “El tabaquismo es una enfermedad comunicable. Se comunica a través de la publicidad y el patrocinio” . Este enfoque coloca claramente a la industria tabacalera, como el “agente de diseminación de la enfermedad”, y define cual es su recurso: la publicidad..

La evidencia científica es contundente: la publicidad del tabaco incrementa el consumo y la población fumadora. La prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, cuando es completa, es una excelente herramienta para disminuir el consumo, en especial, entre los jóvenes <sup>12</sup>.

En Marzo de 2008, mediante la Ley 18.256 sobre Control del Tabaco, nuestro país prohíbe la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, a excepción del punto de venta.

El estudio ITC confirma que ha disminuido, entre 2006 y 2008, la exposición de la población uruguaya a la publicidad del tabaco en todos los medios de 2006 a 2008, con excepción del punto de venta, donde se mantuvo igual.

Este mismo estudio, muestra que el apoyo de los fumadores a la prohibición de la publicidad se ha incrementado :

- 56% en 2006
- 71% en 2008 (68% en Montevideo; 79% en el interior).

## **Aspectos económicos**

La evidencia científica señala que el aumento de precios e impuestos al tabaco es la medida aislada más eficaz para disminuir el consumo de tabaco en las poblaciones, y que tiene su mayor efectividad en tres grupos sociales muy significativos: los jóvenes, los pobres y las embarazadas. <sup>12</sup>

Asimismo, también el contrabando de cigarrillos pone en el mercado productos del tabaco más baratos, con lo que aumenta y promueve el consumo.

De allí que la estrategia de aumentar los precios de los productos de tabaco vía aumento en los impuestos que los gravan (como es el caso del IMESI tabacos), así como el combate al contrabando, son elementos centrales de las políticas de control de tabaco, como ha sido reconocido por los países ratificantes del Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS,2003) <sup>2</sup>.

## Impuestos al tabaco

En el Uruguay el tabaco esta gravado con un impuesto a su consumo especifico (IMESI, Tabaco) ,existe este tipo de impuestos tambien para combustible y alcohol,vehiculos automotores, suntuarios, etc.). Desde Julio 2007, se aplica un impuesto especifico en el caso de los cigarrillos pero es *ad valorem* en el caso del tabaco de armar.

En marzo de 2005, nuestro país elevó la tasa *nominal* del impuesto especifico al tabaco (IMESI) de un 68% a un 70%, y del 27% al 29% el impuesto al tabaco de armar.

Posteriormente, en la reforma fiscal de Julio de 2007, el Poder Ejecutivo decidió aplicar la tasa del 22% del IVA a los cigarrillos y productos de tabaco, que hasta ese entonces tenían una tasa de 0%, por decision de las administraciones anteriores. Dicho incremento permitió una tasa global efectiva de gravamen fiscal (tax burden) sobre el precio al consumidor del 65%, que conjuntamente con la de Argentina y Chile , son de las mas altas del continente.

Dado el agregado del Impuesto al Valor Agregado desde Julio de 2007,se puede afirmar que el conjunto de gravámenes que afectan a los cigarrillos constituyen un *sistema mixto*, ya que el IVA grava el precio final al consumidor

## Elasticidad precio-demanda

Estudios de demanda dentro<sup>35</sup> del proyecto MERCOSUR financiado por OPS en 2004 habian determinado por primera vez un analisis cientifico de la demanda de productos de tabaco en Uruguay y otros países del MERCOSUR. Dichos estudios econometricos determinaron para Uruguay una elasticidad de corto plazo y largo plazo de la demanda de cigarrillos de alrededor de -0.5 y del tabaco de armar de -0.88

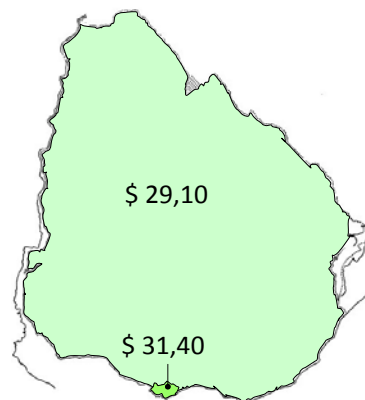
Por lo tanto, era importante incluir el relevamiento de información sobre el gasto en tabaco de los fumadores uruguayos y el consumo de productos de contrabando en las encuestas citadas que desarrolló CIET.

## Gasto diario <sup>14</sup>

En 2008 el gasto medio de los fumadores de cigarrillos fue \$ 30,20 por día

Hombres \$ 33,80

Mujeres \$ 27,40



El gasto diario para consumidores de tabaco de armar fue \$ 5,80

Gasto diario por estrato socioeconómico:

- bajo \$ 28,40
- medio \$ 31,10
- alto \$33,50

“Hubiera sido mejor gastar el dinero utilizado en tabaco en necesidades básicas del hogar” (Comparativo ITC 2006 vs ITC 2008)

12% en 2006

24% en 2008

Pero a posteriori del aumento del precio de los cigarrillos, hubo un aumento la cantidad de fumadores de tabaco de armar en Montevideo, la que pasó de 22% a 33%.  
<sup>17,18</sup>

Este desplazamiento es frecuente, cuando existen en el mercado alternativas más baratas a los cigarrillos industrializados.

El grupo de fumadores seguidos en ITC ante la pregunta de si ¿El precio le hizo considerar abandonar el consumo de tabaco? manifestó que sí:

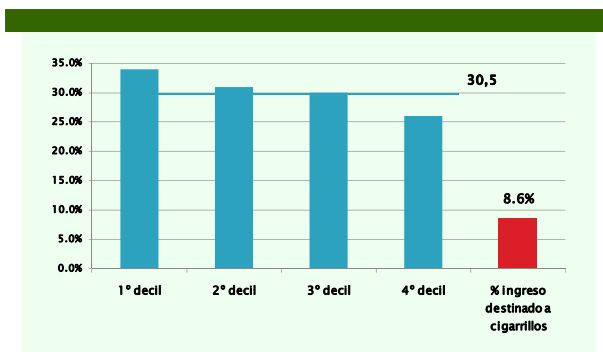
- 2006 53%
- 2008 43%

Lo cual también podría explicarse, en parte, por el desplazamiento hacia productos de tabaco más baratos.

#### **Tabaco vs comida en sectores socioeconómicos bajos<sup>14</sup>**

Los estratos socioeconómicos más bajos (deciles 1 a 4) destinan casi 9% de su ingreso mensual al tabaco. Dado que estas personas gastan 30% de su ingreso en comida, si abandonasen el tabaco, potencialmente incrementaría su capacidad de adquirir alimentos en un 29%.

### % del ingreso destinado a alimentos



Entre 2005 y 2009 aumentó la recaudación fiscal por productos del tabaco, confirmando lo observado internacionalmente: aumentar el precio del tabaco es una buena medida de salud pública y es buena para la “salud” de la economía del país, al aumentar la recaudación.

En el año 2005, se recaudaban aproximadamente 70 millones de dólares por concepto de impuestos al tabaco, al final del 2009, sumando IMESI e IVA al tabaco (recién se agregó en el 2007), la recaudación, según datos de DGI, fue de 190 millones de dólares. Fuente: Ramos A, Curti D. Elaborado con datos de la Dirección General Impositiva (DGI) y del Instituto Nacional de Estadística (INE)

### Contrabando <sup>14</sup>

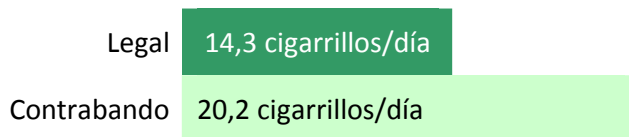
El 12% consume cigarrillos de contrabando.

Esto es un 9% del total del gasto y un 15% de los cigarrillos del mercado<sup>1</sup>

En los sectores de menor nivel socioeconómico el consumo de contrabando sube a 21%, lo que indica que, como era de esperar, el contrabando hace más accesibles los cigarrillos a los sectores más vulnerables desde el punto de vista económico y sanitario.

Las marcas Milenio, ECO y 51 (origen Paraguay) constituyen el 85% del consumo.

Consumo diario según origen:



<sup>1</sup> Esta es la primera aproximación científica al nivel de contrabando independiente de la industria tabacalera

Precios promedio del tabaco (2008):

- Contrabando \$ 19,20
- Montepaz \$ 44,10
- *British American Tobacco* \$ 42,50
- *Philip Morris* \$ 53,70

#### **Gasto de quienes fuman productos de contrabando <sup>14</sup>**

A pesar de consumir más cigarrillos por día, los consumidores de productos de tabaco de contrabando gastan \$ 11 menos que quienes compran cigarrillos legales.

#### **Consumo de contrabando y nivel socioeconómico <sup>14</sup>**

La distribución es del consumo de acuerdo al estrato socioeconómico es:

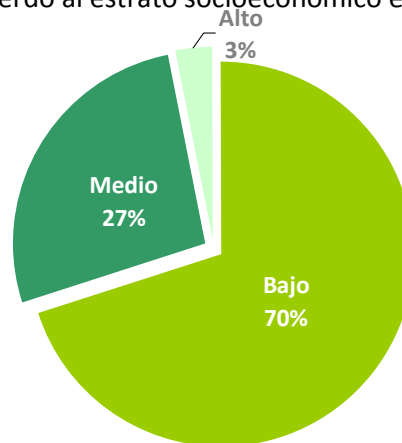


Figura 9. Distribución del consumo de contrabando por nivel socioeconómico

## **Uruguay y el Convenio Marco para el Control del Tabaco.**

Uruguay fue uno de los primeros 40 países en ratificar el CMCT a nivel mundial , 4º en la región de las Américas, por lo que fue uno de los países que hizo posible su puesta en vigencia a nivel internacional. <sup>36</sup>

Nuestro Parlamento lo ratificó mediante [Ley Nº 17.793](#), de 16 de julio de 2004, y el Presidente Batlle depositó la ratificación ante la ONU en Setiembre del 2004. El CMCT está vigente en nuestro país desde el 27 de Febrero de 2005.

Analizaremos a continuación el estado de cumplimiento de las principales disposiciones del CMCT que nuestro país se comprometió a aplicar, siguiendo los diferentes artículos del CMCT. <sup>2</sup>

### Artículo 3. Objetivo.

*“El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.”*

**Uruguay ha está trabajando para cumplir con el objetivo de este Convenio, a tal punto que en Febrero 2008, la OMS lo reconoció como el país con más medidas del CMCT implementadas a nivel mundial.**

**Inició el proceso de implementación de las medidas del CMCT desde la administración Batlle, pero sin ninguna duda, fue la administración del Presidente Vázquez quien asumió la responsabilidad de implementarlo con la mayor rigurosidad posible, y donde se alcanzaron los mayores avances.**

**Es de destacar, que el control del tabaco, ha sido uno encarado, en nuestro país, como un “tema de Estado”, y ha contado con el respaldo de todos los partidos políticos.**

### Artículo 4. Principios Básicos.

1. *Todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco y se deben contemplar medidas legislativas, ejecutivas, administrativas para proteger a todos*
2. *Se requiere un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas para:*
  - a) *proteger a todas las personas de la exposición al humo de tabaco;*
  - b) *prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y lograr una reducción del consumo de productos de tabaco en cualquiera de sus formas*

Si bien se ha estado trabajado para informar *a todos* y se han instrumentado medidas legislativas ejecutivas y administrativas *para proteger a todos* del daño causado por el consumo y la exposición al humo del tabaco y también de la capacidad adictiva del mismo

### **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

- **Mejorar e incrementar las campañas de divulgación pública sobre el daño y la adicción causada por el tabaco, así como la promoción del abandono del mismo, fundamentalmente orientadas a las clases de menor nivel socioeconómico.**
- **Desestimular el consumo de “todos” los productos del tabaco. No se ha tenido la misma eficacia para con el tabaco de armar, que la que se tuvo con los cigarrillos. Según datos de CIET, la proporción de personas que consume este tipo de producto pasó de 22%(2006) a 33% (2008), fundamentalmente debido a que este es mucho más barato. O sea que el tabaco de armar ha funcionado como un sustituto de los cigarrillos, ante la política de incremento de precios.**

## Artículo 5. Obligaciones Generales.

*2. Establecerá o reforzará y financiará un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco*

**Nuestro país no está cumpliendo con este compromiso. A pesar que existe un Decreto del Ejecutivo que crea esta Comisión, la misma no se ha instrumentado. Dicha Comisión debería estar integrada por la sociedad civil, tal cual es sugerido en el CMCT y ha sido la modalidad de trabajo en Uruguay.**

*3. A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las partes actuarán de manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.*

Con respecto a este artículo 5.3, existen Directrices específicas para el mismo, que guían a los países en cómo implementar el mismo. <sup>37</sup>

**Nuestro país no está cumpliendo con este compromiso. No se ha establecido ninguna normativa específica que tienda a proteger las políticas de control del tabaco, de los intereses comerciales y otros intereses de la industria del tabaco. Sólo el MSP ha adoptado algunas medidas al respecto.**

**Por lo demás, la industria tabacalera sigue desarrollando, en forma continua, acciones de lobbying en el Parlamento y en distintas reparticiones del Gobierno sin ningún tipo de limitación.**

## **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

**Aprobar y aplicar una normativa que**

- **Reconozca que hay “conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria del tabaco y la salud pública”.**
- **Limite las interacciones de la Administración Pública a las necesarias para permitir una eficaz regulación de la industria y sus productos.**
- **Establezca que cualquier interacción deber ser conducida con transparencia.**
- **Impida aceptar, apoyar o respaldar asociaciones o acuerdos no-vinculantes o códigos de conducta voluntarios de la industria y que el Estado debe finalizar cualquier acuerdo previamente establecido con dicha industria.**

Artículo 6. Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco.

*“Cada Parte...adoptará o mantendrá, las siguientes medidas:*

- a) aplicará a los productos de tabaco políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco; y*
- b) prohibirá o restringirá, la venta y/o la importación de productos de tabaco libres de impuestos y derechos de aduana por los viajeros internacionales.”*

Desde el 2005, vía Decretos y luego a través de Ley, se ha avanzado en aumentar el precio de los cigarrillos, pero aún los mismos son baratos, y todavía existe margen para seguir aumentando.

Si bien estos aumentos han determinado un aumento de la recaudación fiscal, han tenido sólo un leve impacto en la cantidad de cigarrillos vendidos. Además, ha habido un efecto cruzado: al ser más barato el tabaco de armar, se ha utilizado como sustituto por parte de la población, sobre todo de clases socioeconómicas más bajas.

Además, en los últimos tiempos, la industria tabacalera ha decidido disminuir, unilateralmente, el precio de los productos del tabaco, en un intento de socavar la política de control del tabaco del Estado.

## **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

1. Aumentar significativamente el precio de los cigarrillos. Este aumento debería ser superior al 40%, si se quiere tener un impacto significativo.
2. Incrementar significativamente el precio del tabaco de armar. El tabaco de armar es utilizado principalmente por las personas de bajos ingresos, que son las más afectadas por el problema, las que tienen mayor daño, menor acceso a tratamientos y que más ayuda necesitan. Las personas que consumen tabaco de armar fuman más que los que fuman cigarrillos industrializados y gastan cinco veces menos. El actual bajo precio del tabaco de armar, socava el esfuerzo del Estado en reducir el consumo de tabaco y mina los esfuerzos por ayudar a los más pobres a dejar de fumar, mejorar su salud y disminuir la carga de enfermedad. El porcentaje de incremento debería ser mayor que el del cigarrillo.
3. Prohibir la venta de cajas de cigarrillos de menos de 20 unidades. La comercialización de paquetes de menos de 20 unidades facilita el acceso al consumo, sobre todo de los jóvenes y personas de bajos ingresos, dado su menor valor, y de esta forma sabotea el objetivo perseguido en el Artículo 6, que es encarecer la adquisición de estos productos. Además, la industria tabacalera, recientemente ha fijado precios de estas presentaciones a un precio inferior a la mitad de la caja de 20, para incentivar el consumo.

4. Prohibir la venta de cigarrillos libres de impuestos (Duty Free). La venta de cigarrillos libres de impuestos es una forma de ingreso de productos a bajo precio al mercado ilegal.

Uruguay debería asumir un liderazgo en este tema, y promover durante la COP 4 la formación de un Grupo de Trabajo que guíe a las Partes en la aplicación del artículo 6.

#### **Artículo 8 .** Protección contra la exposición al humo de tabaco

1. *Las partes reconocen que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.*
2. *Cada parte adoptará ... medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y otros lugares públicos.*

La Segunda Conferencia de las Partes (COP 2), en el 2007, aprobó , por unanimidad, las Directrices del Artículo 8 <sup>38</sup>, que establecieron que:

- No existe ningún nivel seguro de exposición al humo del tabaco (enfoques distintos a los ambientes 100% libres de humo de tabaco han demostrado, repetidamente, ser ineficaces)
- *Todas* las personas deben ser protegidas de la exposición al humo de tabaco
- *Todos* los lugares de trabajo interiores y públicos, cerrados, deben ser libres de humo de tabaco.
- Es necesaria una Legislación para proteger a las personas de la exposición al humo del tabaco. Los acuerdos voluntarios son ineficaces.

Uruguay fue el primer país de la Región de las Américas, y uno de los primeros del mundo, en adoptar la condición de País Libre de Humo de Tabaco, promovida por la OMS como el “*gold Standard*” de la protección ante el daño causado por la exposición al humo del tabaco.

**Sin embargo, ya hemos sido superados en este tema**, por países de nuestra región como Panamá y Colombia, quienes por ejemplo, han :

- Prohibido fumar en áreas contiguas a bares , restaurantes y pubs. La razón de esto es que el humo del tabaco de dichas áreas contamina las áreas interiores de dichos locales y coloca en riesgo la salud de los trabajadores , aunque no se fume en el interior.
- Prohibieron fumar en los Estadios.

#### **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

- **Mejorar la vigilancia del cumplimiento de la prohibición de fumar en los lugares de trabajo**, dado que se ha incrementado el incumplimiento , llegando a un 22% de los mismos donde no se respeta la ley, ni el derecho a trabajar en un ambiente no contaminado por humo de tabaco.

- **Hacer que la Intendencia Municipal de Montevideo aplique la ley 18.256 y el Art. 823 del Digesto Municipal.** Ambas prohíben fumar en los taxis, pero la IMM , erróneamente, ha dado una directriz que viola las anteriores, al permitir que los taximetristas puedan fumar cuando no tienen pasajeros. Permitir esto, no evita la contaminación del aire interior del vehículo, exponiendo a los pasajeros a riesgos para su salud. Este mensaje es equivalente a haberle dicho a los mozos de bares y restaurantes que mientras no haya clientes pueden fumar.
- **Prohibir fumar en áreas contiguas a bares , restaurantes y pubs,** a los efectos de proteger a los empleados y clientes del daño causado por la exposición al humo del tabaco.
- **Prohibir fumar en los Estadios deportivos abiertos.** Como estrategia para desestimular el consumo y reducir la exposición al humo.

### **Artículo 11.** Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco

*Al ratificar el CMCT, nuestro país se comprometió a aplicar en un periodo de tres años, las siguientes disposiciones:*

- a) no promocionar un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa (bajo contenido de alquitrán, light, ultra light o suaves)*
- b) colocar en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos , advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes apropiados.*

*Dichas advertencias y mensajes :*

- i) serán aprobados por las autoridades nacionales competentes;*
- ii) serán rotativos;*
- iii) serán grandes, claros, visibles y legibles;*
- iv) deberían ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas;*
- v) podrán consistir en imágenes o pictogramas, o incluirlos.*

*En la COP 3 se aprobaron las Directrices del Artículo 11. 39*

Uruguay ha avanzado mucho en el cumplimiento de la aplicación de este artículo .

A partir de Diciembre del 2009, las advertencias sanitarias ocupan el 80% de las superficies principales de los empaquetados de cigarrillos .

### **Advertencias Sanitarias 2010**



**Uruguay será el primer país con advertencias que cubren 80%**

De esta manera, Uruguay se constituye en el país con las advertencias sanitarias más grandes , a nivel mundial, lo que acerca al empaquetado plano, que es el *Gold Standard* en esta materia, según lo expresado en las Directrices del Artículo 11.

También Uruguay ha sido pionero, en lograr que cada marca tenga una sola presentación. Se obtuvo este logro por vía Decreto, en el 2008. La industria tabacalera presentó recursos legales, pero fueron rechazados por la Justicia.

Por lo tanto, en Uruguay hay: un solo Marlboro, un solo Camel, un solo Nevada, etc.

## **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

- **La evaluación del impacto de las imágenes sobre la conducta de los fumadores.**

Otras sugerencias:

Podría seguir manteniendo su condición de líder, al seguir aplicando estrategias recomendadas en las Guías del Artículo 11:

- Colocación de «prospectos interiores» , dentro del paquete individual y/o cartón comprado al por menor por los consumidores, con información adicional sobre el daño, la capacidad adictiva del tabaco o cómo dejar de fumar;
- Introducir otras medidas innovadoras, como por ejemplo, colocar mensajes apropiados impresos en la envoltura de los filtros de los cigarrillos.

## **Artículo 12. Educación, comunicación, formación y concientización del público.**

En este artículo nos comprometimos a :

- Acceso a programas integrales y eficaces de educación y concientización del público sobre los riesgos del consumo de tabaco y la exposición .
- Concientización del público acerca de los beneficios que reportan el abandono de dicho consumo y los modos de vida sin tabaco,
- Acceso del público, a una amplia variedad de información sobre la industria tabacalera
- Programas de formación o sensibilización y concientización de profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores.
- Concientización y la participación de organismos públicos y privados y organizaciones no gubernamentales no asociadas a la industria tabacalera.

Con respecto al cumplimiento de este artículo, se han desarrollado acciones, como :

- La exposición educativa para niños y jóvenes, *Respira Uruguay*, que fue destacada por la Directora de la OMS, Dra Chan, como realmente innovadora. Una copia de dicha exposición fue presentada en Sudáfrica, durante la COP 3, y

se hizo un Seminario en Mumbai, durante la 14ª. Conferencia Mundial Tabaco o Salud, en Marzo 2009.

- Inclusión de material sobre control del tabaco en el *Plan Ceibal*<sup>42</sup>, que ha permitido que nuestros niños sean educados en el daño causado por el tabaco y en la adicción al tabaco, en forma interactiva.

## RECOMENDACIONES

Se requiere:

- **Campañas educativas en los medios de difusión masivos,**
- **Hacer que *Respira Uruguay* se transforme en itinerante, para que llegue a todo el país.**
- **Introducir un programa educativo para adolescentes, que accederán al Plan Ceibal , en el corto plazo.**
- **Realizar evaluaciones adecuadas de estas propuestas educativas.**

### Artículo 13. Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Determina que , *“Cada Parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco...dentro de un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor.”*

La COP 3 también aprobó Directrices específicas para este artículo.

La Ley 18.256 de Control del Tabaco, en vigencia desde marzo del 2008, explicita:

Artículo 7º. (Publicidad, promoción y patrocinio).- Prohíbese toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco por los diversos medios de comunicación: radio, televisión, diarios, vía pública u otros medios impresos.

Se exceptúa de lo dispuesto en el inciso anterior a los locales donde se expendan estos productos. El decreto reglamentario establecerá las condiciones de los espacios disponibles a esos efectos como, asimismo, de la información del Ministerio de Salud Pública que advierta sobre el perjuicio causado por el consumo y por el humo de los productos de tabaco.

La prohibición dispuesta en el inciso primero comprende el patrocinio de actividades nacionales o internacionales, culturales, deportivas o de cualquier otra índole, o de participantes de las mismas, por parte de la industria tabacalera.

Esta Ley fue complementada por Ley Nº 18.362, de RENDICIÓN DE CUENTAS Y BALANCE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL, EJERCICIO 2007, la cual en su INCISO 12 , correspondiente al MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA expresa en su

Artículo 311.- Modifícase el inciso primero del artículo 7º de la [Ley Nº 18.256](#), de 6 de marzo de 2008, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"ARTÍCULO 7º.- (Publicidad, promoción y patrocinio).- Prohíbese toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco.

Asimismo queda prohibido:

- A) El uso de logos o marcas o elementos de marca de productos de tabaco, en productos distintos al tabaco. El término "elemento de marca" comprende el aspecto distintivo, el arreglo gráfico, el diseño, el eslogan, el símbolo, el lema, el mensaje de venta, el color o combinación de colores reconocibles u otros indicios de identificación de productos utilizados para cualquier marca de producto de tabaco o que lo representen.
- B) El uso de marcas o logos de productos distintos al tabaco en productos de tabaco.
- C) La elaboración o venta de alimentos, golosinas, juguetes y otros objetos que tengan forma de productos de tabaco y puedan resultar atractivos para los menores.
- D) La colocación de marcas, logos o elementos de marca de productos de tabaco en juegos, video juegos o juegos de computadora.
- E) El uso de dibujos de tipo animado en publicidad o envases de productos de tabaco".

**Por lo tanto, si bien Uruguay ha aplicado la prohibición de la mayor parte de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, aún no está cumpliendo aún con su compromiso de aplicar una prohibición completa, antes del 27 de febrero de 2010, dado que todavía se permite la publicidad en el punto de venta.**

**Nuestro país no tiene ninguna limitación constitucional para implementar una prohibición completa, sino que por la Ley 17.250 , de Relaciones de Consumo, si la autoridad competente así lo estableciese, podría llegar incluso a la prohibición de la venta, como se establece en su artículo 9:**

Artículo 9º.- La autoridad administrativa competente podrá prohibir la colocación de productos en el mercado, excepcionalmente y en forma fundada, cuando éstos presenten un grave riesgo para la salud o seguridad del consumidor por su alto grado de nocividad o peligrosidad.

En Latinoamérica, Panamá, ya ha implementado , en el 2008 , una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, incluido el punto de venta, y Colombia ya aprobó Ley que incluye esta prohibición.

Finalmente, se han detectado, en número creciente, maniobras de la Industria Tabacalera para socavar la prohibición de la publicidad, mediante :

- la utilización del uso de "elementos de marca", como los que están adornando un importante cantidad de Kioscos de Montevideo y localidades del Interior, pero también en lugares de espectáculos de carnaval, y clubes nocturnos, en clara violación de la Ley.
- la realización de Promociones , sobre todo en Supermercados.

Estos hechos han sido debidamente denunciados al MSP, pero hasta el momento no se han aplicado las sanciones correspondientes, cuando la violación del Artículo 7 de la Ley 18.256 está catalogada como FALTA GRAVE, y además está ocurriendo en REITERACIÓN.

## **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

- **Establecer por Ley la extensión de la prohibición de la publicidad al punto de venta.**

### **Artículo 14 . Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.**

*En este artículo, las Partes se comprometieron a promover, facilitar el acceso e incluir el tratamiento de la dependencia al tabaco en los sistemas nacionales de salud.*

Uruguay tiene una experiencia inédita en tratamiento de la dependencia al tabaco, desde enero 2004, con la experiencia del Fondo Nacional de Recursos, entidad que ha entrenado y capacitado profesionales de instituciones públicas y privadas, para el desarrollo de programas de tratamiento, y les ha proporcionado medicación específica (bupropion y goma de mascar de nicotina) en forma gratuita.

Asimismo, la Ley 18.256 y su decreto reglamentario, se han ocupado del tema. Nuestro país ha desarrollado un Guía Nacional de Tratamiento del Tabaquismo, que se encuentra en etapa de diseminación, y el tratamiento del tabaquismo se ha incluido como prestación obligatoria del Sistema Nacional Integrado de Salud y ha aprobado el desarrollo de una Línea Telefónica de Apoyo (Quitline) de alcance nacional, gratuita.

## **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

- **Desarrollar e implementar la Quitline , que se ha aprobado, a la brevedad.**
- **Asegurar que el contenido de las Guías Nacionales de Tratamiento del Tabaquismo sea aplicado en todo el país por los profesionales de la salud y que el Estado facilite la utilización de todos los recursos señalados en dichas Guías.**
- **Definir la estrategia de evaluación de la implementación del tratamiento del tabaquismo a nivel nacional, para asegurar su cumplimiento:**
  - + **¿Cuáles son los elementos básicos que cada institución de salud debe cumplir en el tratamiento del tabaquismo?**
  - + **¿Cómo se evaluará la proporción de fumadores tratados cada año por el sistema y por cada institución?.**
  - + **¿Cómo se evaluará la efectividad del sistema nacional de tratamiento del tabaquismo?**
- **Desarrollas programas o recursos de ayuda a Jóvenes que fuman y desean abandonar el consumo.**

- **Estimular el desarrollo de Grupos de Autoayuda para dejar de fumar en distintas organizaciones educativas, sociales, laborales, e incluso en instalaciones de salud pública o Intendencias municipales, supervisados por el Programa de Control del Tabaco u otros organismos o instituciones debidamente autorizados.**

### **Artículo 15. Comercio ilícito de productos de tabaco**

*El CMCT ha dedicado un artículo para abordar el problema del comercio ilícito de los productos del tabaco , el cual abarca el contrabando, la falsificación y la comercialización de productos ilegales.*

*La COP 1 definió el desarrollo de un Protocolo de Comercio Ilícito, el cual se ha estado discutiendo entre las Partes. La próxima Reunión del Organismo Intergubernamental (ONI) será en Marzo 2010 en Ginebra , y el mismo se aprobaría durante la COP 4, en Noviembre de 2010.*

Es de destacar que hay evidencia que la industria tabacalera ha estado involucrada en el Contrabando de Cigarrillos a nivel internacional y en la región.

El comercio ilícito del tabaco es un problema de estado, que es necesario enfrentar, y el CMCT lo está abordando, pero la existencia del mismo no debe ser un escollo para impedir o desestimular a los países en aplicar la medida aislada más importante para disminuir el consumo de tabaco en las poblaciones: *la suba de precios e impuestos de los productos del tabaco.*

### **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

- ***Mayor coordinación entre los distintos organismos del estado involucrados en combatir el comercio ilícito del tabaco.***
- ***Anular cualquier tipo de acuerdo con la industria tabacalera y atenerse al cumplimiento del art 5.3.***

### **Artículo 16. Ventas a menores y por menores**

- En Uruguay la venta a menores está prohibida por Ley desde 1982, al igual que la venta unitaria de cigarrillos.
- La ley 18.256 prohíbe la venta a y por menores.

### **RECOMENDACIONES**

Se requiere:

**Hacer cumplir la ley y sancionar a quienes siguen vendiendo cigarrillos a menores , y en forma unitaria, sobre todo ubicados en cercanías de centros educativos, incumpliendo la Ley.**

## **Artículo 19. Responsabilidad**

*Este artículo, el CMCT establece que “ con fines de control del tabaco, las Partes considerarán la adopción de medidas legislativas o la promoción de sus leyes vigentes, cuando sea necesario, para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación cuando proceda.”*

**Es tiempo que se proceda a exigir responsabilidad legal al que daña o induce al daño, inclusive la compensación por el daño causado.**

**La industria tabacalera ha estado plenamente consciente del daño que causaban sus productos desde hace más de 50 años, pero ocultó información para no ver afectado su negocio. También conoció precozmente, que la verdadera razón del consumo era la capacidad adictiva de la nicotina y lo ocultó. Es tiempo que se le exija responsabilidad legal por este hecho.**

**Pero también es tiempo de considerar la responsabilidad legal de los responsables de lugares de trabajo donde no se hace cumplir la ley, y se expone a sus funcionarios y empleados al daño causado por el humo del tabaco.**

## **Referencias Bibliográficas.**

1. Tobacco Epidemic: Health Dimensions--Tobacco is a Greater Cause of Death and Disability than Any Single Disease WHO Fact Sheet Number 154. Revised May 1998. <http://www.who.int/inf/fs/en/fact154.html>
2. El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>
3. World Health Organization. The Top 10 causes of Death. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
4. J Mackay, M Eriksen y O Shafey, *The Tobacco Atlas* (2a ed. Atlanta: American Cancer Society, 2006.
5. Confíe en Nosotros somos la Industria Tabacalera. Campaign for Tobacco Free Kids (USA)- Action on Smoking and Health (UK). <http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/TrustUsSpanish.pdf>
6. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Datos de Mortalidad por Tabaquismo en Uruguay, 2000-2002. Área de Epidemiología y Programación. <http://cardiosalud.org/mortalidadtabaquismo.htm>
7. CITTAM consulting. Costo-efectividad de la implantación de un programa de prevención del tabaquismo. Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS)-Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2000.
8. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Principales causas de muerte en Uruguay. <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/10766.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (Período 1990-1999).OPS, Junio 2000. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/EITabaquismo1999.htm>

10. Mackay, J ; Jemal, A; Lee, N; Parkin, D. The Cancer Atlas (2006). American Cancer Society. <http://www.cancer.org/downloads/AA/CancerAtlasFront.pdf>
11. Dres. Adriana Muiño, María Victoria López Varela, Ana María Menezes. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus principales factores de riesgo: proyecto PLATINO en Montevideo. Rev Med Uruguay 2005; 21: 37-48. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v21n1/v21n1a06.pdf>
12. A. D. Lopez, N. E. Collishaw and T. Piha. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994 3: 242. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/3/3/242.full.pdf>
13. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial. Organización Mundial de la Salud, 1999. <http://www.paho.org/Spanish/DBI/pc577.htm>
14. Boado M, Ramos A, Bianco E. Informe Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo (2008). Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo en Uruguay [www.cietuy.org](http://www.cietuy.org)
15. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas. Informe de Investigación. Secretaría Nacional de Drogas, Junta Nacional de Drogas y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2001 [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy)
16. Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Hogares- Noviembre 2006 Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, United Nation Office on Drug and Crime. [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy)
17. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. Ministerio de Salud Pública. [//www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_2894\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_2894_1.html)
18. International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC). ITC Uruguay survey (wave 1,2006). Boado M, Fong G, Trasher J, Sebrie E, Bianco E. [www.itcproject.org](http://www.itcproject.org)
19. Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC). ITC Uruguay survey (wave 2,2008) Boado M, Fong G, Trasher J, Sebrie E, Bianco E. [www.itcproject.org](http://www.itcproject.org)
20. Un ensayo de aplicación de la matriz FODA a la industria tabacalera uruguaya considerándola en su entorno regional. Denis, V; Oliari L;Dotta Ma. Monografías para el curso 2009. Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. Universidad de la República. Economía aplicada a la Empresa. [www.ccee.edu.uy/ensenian/catecap/material1.htm](http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catecap/material1.htm)
21. Tobacco use among youth: a cross country comparison. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group\* *Tobacco Control* 2002;11:252-270
22. II Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, 2006. [www.infodrogas.gub.uy](http://www.infodrogas.gub.uy)
23. Tabaquismo. Consumo en el ámbito de la enseñanza media. Informe de Investigación. OPS/OMS/CDC/SND, Enero 2002. [//www.cdc.gov/tobacco/global.GYTS.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/global.GYTS.htm)
24. Bianco E, Menéndez A, Blanco A, Tucuna G, Roballo L. Estudio sobre Consumo de Tabaco en los Médicos Uruguayos. Tercer Congreso de Cardiología en Internet. [ww.fac.olg/tcvc/llave.tl089/tl089.pdf](http://www.fac.olg/tcvc/llave.tl089/tl089.pdf)
25. Encuesta Médica Nacional 2004. 8ª Convención Médica Nacional. Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior. [www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/informefenc2004.pdf](http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/informefenc2004.pdf)
26. Resultados de una Encuesta de Morbimortalidad de los Médicos. Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU. Oct-Nov 2007. [www.smu.org/elsmu/organismos/ces/cuadernos3/art15.pdf](http://www.smu.org/elsmu/organismos/ces/cuadernos3/art15.pdf)
27. Cuesta A, Kuster F, Lluberas R. Tabaquismo en el personal y usuarios de un hospital universitario. Rev Urug Cardiol 2005;20;77-85
29. FERNANDO ALTHABE1, MERCEDES COLOMAR2, LUZ GIBBONS1, JOSE M. BELIZAN1, PIERRE BUEKENS3. TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO EN ARGENTINA Y URUGUAY. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2008; 68: 48-54
30. Dres. Raquel Magri 1, Hugo Míguez 2, Verónica Parodi 3, A.MsCs. Janine Hutson 4, Lic. Héctor Suárez 5, Dres. Adriana Menéndez 6, Gideon Koren 7, Raúl Bustos 8. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch Pediatr Urug* 2007; 78(2): 122-132
31. American Society of Addiction Medicine. Nicotine Dependence and Tobacco. Public Policy of American Society of Addiction Medicine; 1996.

<sup>32</sup>. Navas A, Peruga A, Breyse P, Zavaleta A, Blanco-Marquiza, Pitarque, R. Second hand smoke in public places in Latin America, 2002-2003. JAM. 2004 Jun 9;291 (22): 2741-5

<sup>33</sup> A Hyland, J J Travers, C Dressler, C Higbee, K M Cummings. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places.

<sup>34</sup> Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Samet J. Second Hand Smoke Exposure Among Women and Children: Evidence from 31 countries.

<sup>35</sup> WHO | Economics of tobacco control in the countries of MERCOSUR (Argentina, Brazil, Paraguay, Uruguay, Chile, Bolivia).2005

[www.who.int/entity/tobacco/research/economics/publications/mercorsur\\_studies/en/](http://www.who.int/entity/tobacco/research/economics/publications/mercorsur_studies/en/)

36 Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Sitio Web de la OMS.

[http://www.who.int/fctc/signatories\\_parties/en/index.html](http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html)

37 Guidelines for implementation of Article 5.3. Guidelines on the protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests. Sitio web de OMS.

[http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_5\\_3/es/index.html](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3/es/index.html)

38 Directrices para la aplicación del artículo 8 . Directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco. Sitio Web de OMS. [http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_8/es/index.html](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_8/es/index.html)

39 Directrices para la aplicación del artículo 11 . Directrices sobre el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco. Sitio Web de OMS. [http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_11/es/index.html](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11/es/index.html)