

Sobre la disminución de los impuestos al tabaco y la no ratificación del Convenio Antitabaco: ¿Cuál será el futuro del objetivo 25 × 25?

Regarding the Reduction on Tobacco Taxes and the Non-ratification of the Tobacco Agreement: What Will Be the Future of the 25 × 25 Objective?

RICARDO A. MIGLIORE

El tabaco es la única droga legal que mata a muchos de sus usuarios si es utilizada exactamente como lo recomiendan los fabricantes. (1) Se estima que, debido al consumo de tabaco, mueren en el mundo más de 6 000 000 de personas por año. Aunque aumenta el riesgo de muerte y discapacidad en las enfermedades no transmisibles, también lo aumenta en los portadores de enfermedades transmisibles.

Las principales medidas que producen reducción del consumo de tabaco son el aumento de los impuestos, que el 100% de los ambientes cerrados sean libres de humo, prohibir la publicidad, promoción y patrocinio de sus productos, las advertencias sanitarias en los paquetes y la cobertura de los tratamientos de adicción al tabaco. (2) Sin embargo, solo el 14% de la población mundial accede a los tratamientos de cesación tabáquica, que incluyen el consejo, las líneas telefónicas y las opciones farmacológicas. (3, 4) El 27,6% de las personas están expuestas al humo ajeno en el hogar, el 25% en el ambiente laboral y el 23,5% en bares y restaurantes. En cuanto a la modalidad del hábito de fumar, la mayoría lo realiza con cigarrillos, el 3,6% consume cigarrillos hechos a mano y el 0,4% otras modalidades (pipa, habanos, etc.).

Si bien en Argentina la prevalencia del consumo de cigarrillos ha disminuido desde el 2005 al 2013 del 29,7% al 25,1%, esta tendencia parece haberse revertido en los últimos años a expensas del mayor consumo por parte de los jóvenes. En nuestro país, la mortalidad relacionada con el tabaquismo asciende a 40 000 personas por año, además de la pérdida de 824 804 años de vida saludables. (5-7) Los costos sanitarios alcanzan al 15% de los gastos en salud, cifras muy superiores a lo recaudado por los impuestos al tabaco. (8)

Con el objetivo de disminuir la carga global de tabaquismo, en el año 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) adoptó por unanimidad el *WHO framework Convention on Tobacco Control* (WHO FCTC) que fue ratificado en 2015 por 180 países (Argentina lo firmó en 2003, pero no lo ratificó) y cubre aproximadamente el 87% de la población mundial y teniendo como meta reducir en un 30% el consumo en mayores de 15 años. El documento plantea como objetivos regular las estrategias de *marketing* del tabaco, reducir la demanda y proveer alternativas de agricultura para las actividades productoras de

tabaco. En el año 2008, la OMS propone un paquete de 6 medidas para reducir el uso del tabaco incluidas en la sigla MPOWER: (9)

- M (*monitoring*): Monitoreo de las políticas de uso y prevención del tabaco.
- P (*protecting*): Proteger a la población del humo del tabaco.
- O (*offering*): Ofrecer ayuda para la cesación tabáquica.
- W (*warning*): Advertir sobre el daño que produce el tabaco.
- E (*Enforcing*): Abolir la promoción del uso del tabaco.
- R (*raising*): Aumentar los impuestos sobre el tabaco.

De todas las herramientas con que se cuenta para disminuir el consumo de tabaco, el último punto ha resultado ser el más eficaz para cumplir con el objetivo. Por lo tanto, **la disminución de las muertes y las enfermedades se relacionan inversamente con el incremento de los impuestos al tabaco**. La OMS cita como ejemplo al gobierno de Filipinas, que en 2012 consiguió aumentar los impuestos del tabaco pese a la fuerte oposición de la industria tabacalera, y de esa forma disminuyó el consumo de tabaco significativamente.

En nuestro país, y de acuerdo con las estadísticas del Sedronar del año 2017, (10) de la población entre 12 y 65 años del país, las sustancias que presentan consumo de alguna vez en la vida son alcohol (81%) y tabaco (51,3%) ambas de uso legal. La población total de fumadores se estima en 5 941 488 individuos, lo que representa el 31,3%, de los cuales el 35,4% corresponde a los hombres y el 27,7% a las mujeres, y la diferencia es estadísticamente significativa. Se estima que el 28,6% de dicha población fuma actualmente.

La prevalencia es mayor en los hombres (55,3%) con respecto a las mujeres (47,8%), se incrementa con la edad, y tiene un promedio del 48%, pero alcanza más del 59% después de los 50 años. Las tasas más altas de consumo de tabaco según grupo de edad, se ubican entre los 25 y 49 años de edad con una tasa promedio de 35%.

La media de inicio del tabaquismo es $16,3 \pm 4$ años en hombres y $17 \pm 4,8$ años en mujeres. El 79% de la población al llegar a los 18 años ya había fumado alguna vez.

En el año 2017, se sumaron 1 224 315 nuevos fumadores (11,5%), y la tasa de incidencia masculina (13,6%) es mayor que la femenina (9,8%). Estos nuevos usuarios de tabaco son en menor proporción adolescentes y más del 49% tienen 35 o más años de edad. El 65,4% está ocupado y el 21% posee estudios terciarios.

El porcentaje de individuos que fumaron alguna vez aumentó del 47,3% en el año 2010 al **51,3%** en 2017. Los hombres incrementaron del 52,1% al 55% y las mujeres, del 43% al 47,4% durante dicho período. Con respecto al grupo etario, el mayor incremento se dio entre los 12 y 17 años, y pasó del 15% en 2010 al 19% en 2017.

Con respecto a la tasa de incidencia anual, la cual representa al porcentaje de personas que inician el consumo de una sustancia durante los últimos 12 meses (calculado sobre la población que corre el riesgo de usar tabaco por primera vez) se observó un incremento significativo del 1,9% en 2010 al 11,5% en 2017 con mayor incremento de los varones.

Las principales provincias productoras de tabaco en nuestro país son Jujuy con 37 900 toneladas de acuerdo con el informe 2015-2016 de la Cámara del Tabaco, seguida por Salta, Misiones, Tucumán, Corrientes, Chaco y Catamarca.

Según un estudio del IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria) se concluye que 44 851 muertes, 20 620 diagnósticos de cáncer, 14 405 accidentes cerebrovasculares y 68 100 hospitalizaciones por enfermedad cardiovascular por año pueden atribuirse al tabaquismo. (11) En el mismo estudio, se señala que entre el 7,5% y el 9,4% de todo el gasto en salud (pública, privada y obras sociales) se asocian con el hábito de fumar. A valores del año 2017, los impuestos selectivos al tabaco representaban 21 pesos por atado de 20 cigarrillos mientras que los gastos en salud 28 pesos; la brecha es menor que en el año 2015, en el cual los impuestos eran la mitad de los gastos.

En mayo del 2016, mediante el decreto 626/2016, el Poder Ejecutivo incrementó la alícuota de los impuestos a los cigarrillos del 60% al 75%. Las principales marcas de cigarrillos no trasladaron el aumento del impuesto al precio final, y prefirieron menor rentabilidad a vender menos cigarrillos. Pese a esta medida, un informe del Ministerio de Salud señaló que la medida ocasionó una caída del 10% de las ventas como así también un incremento de la recaudación (17 600 millones de pesos para 2017), lo que motivó que la OMS mencionara el hecho como “un caso de éxito”. Además, en marzo de 2018, la Argentina recibió el premio *Bloomberg philanthropies* para el control mundial del tabaco. Un efecto no deseado de esta medida fue que muchos fumadores pasaron a consumir marcas de cigarrillos más económicas, y no abandonaron, por lo tanto, el hábito de fumar.

Sin embargo, el 28 de diciembre de 2017, el Congreso de la Nación aprobó la reducción de los impuestos del 75% al 70%. Se incluyó un impuesto mínimo de \$ 28 a los cigarrillos, por lo que sube el precio de las marcas más baratas de \$ 16,50 a \$ 38, pero se debe considerar

que el 50% del mercado está ocupado por las marcas de mayor precio, que son las más populares (Marlboro y Phillip Morris). También se incrementó la alícuota del tabaco para armar, los cigarrillos y los cigarros, los cuales representan menos del 5% del mercado y no influyen sobre el consumo global.

Hacia fines de abril del corriente año, se reunió la Comisión Nacional de Coordinación de Control del Tabaco del Ministerio de Salud para lograr la ratificación del Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT) en el Congreso Mundial de Tabaco o Salud 2018, y es la Argentina el **único** país de Sudamérica que no lo ha ratificado, hecho que tiene no solo consecuencias a nivel nacional, sino también a nivel de la región, ya que las principales empresas tabacaleras son multinacionales.

Como ya está demostrado, la medida más eficaz para disminuir el consumo del tabaco es el aumento de los impuestos para que el incremento del producto sea mayor que la inflación. Si bien se incrementa el valor de los denominados cigarrillos “ultrabaratitos” y del tabaco para armar cigarrillos, el gran mercado de las grandes marcas ha obtenido una reducción de la alícuota y, por lo tanto, la meta queda sin cumplir.

La Sociedad Argentina de Cardiología adhiere a la propuesta de la OMS de reducción del 25% de la mortalidad prematura para el año 2025 (25 x 25), la cual contempla una reducción del 30% del tabaquismo, por lo cual conjuntamente con la Fundación Cardiológica Argentina emitieron un comunicado el 2 de enero de 2018 en el que manifiestan su profunda preocupación por la disminución de los impuestos. Además, la medida recibió la condena por parte de la World Heart Federation en una carta del 11 de enero, donde expresan su preocupación por la no ratificación del convenio contra el tabaco por parte de la Argentina.

Esperamos, entonces, que en el futuro inmediato se vean estas dos medidas: por un lado, el aumento del impuesto al tabaco y, por otro, la ratificación del Convenio Marco, antes que sus consecuencias se manifiesten en la salud pública argentina.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO global reports on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1
2. Videla A. Ratificación del convenio marco para el control del tabaco: fundamentación y líneas de acción. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000966cnt-2017-05_convenio-marco-control-tabaco.pdf
3. World Health Organization. WHO report of the global tobacco epidemic: implementing smoke-free environments. Geneva. World Health organization, 2009.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de la Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, 2011.
5. Rossi SM, Royer ME, Leguiza J, Izurzun AM. Carga global por enfermedad por tabaquismo en la Argentina. Resumen de los resultados. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2002.
6. Ferrante D, Levy D, Peruga A, Compton C, Romano E. The role of public policies in reducing smoking prevalence and deaths: The

Argentina Tobacco Policy Simulation Model. *Rev Panam Salud Publica* 2007;21:37-49. <http://doi.org/c667mj>

7. Conte Grand M, Perel P, Pitarque R, Sanchez G. Estimación del costo económico en Argentina de la mortalidad atribuible al tabaco en adultos. Buenos Aires: Universidad del Centro de Estudios Macroeconómicos de Argentina; 2003.

8. Bruni JM. Costos directos de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la nación; 2007.

9. World Health Organization. MPOWER: a policy package to

reverse the tobacco epidemic. Ginebra, Suiza: World Health Organization;2008.

10. Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Informe de resultado n.º 1. Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional. Sedronar, 2018, Presidencia de la Nación.

11. Alcaraz A, Caporale J, Bardach A, Augustovsky F, Pichon-Riviere A. Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Argentina y potencial impacto del aumento de precio a través de impuestos. *Rev Panam Salud Pública* 2016;40:204-12.