

# La Nueva Ley del Tabaco en Chile ¿Intervenciones Costo Efectivas?

**Alejandra Ramírez D.**

Médico Familiar,  
Universidad de Chile  
Diploma de Salud  
Pública Internacional,

Instituto de Salud Carlos III, España.

Correspondencia a:  
Alejandra Ramírez D.  
E-mail: aramirez2002@yahoo.com

Recibido: 28 de mayo de 2007  
Aceptado: 7 de agosto de 2007

## RESUMEN

Chile es uno de los países con mayor consumo de cigarrillos en América y sus precios son más baratos que los alimentos básicos. La nueva Ley del Tabaco en Chile ha sido un hito en la salud pública; sin embargo, no está exenta de falencias. De acuerdo a las intervenciones más costo efectivas para el control del tabaco, propuestas por el Banco Mundial, se ha realizado un análisis comparando la ley chilena con las legislaciones vigentes en Brasil, España e Italia. Las principales diferencias se encuentran en la prohibición de fumar en espacios públicos y lugares de trabajo, y la oferta de tratamiento para fumadores que desean dejarlo. No obstante, la difusión y la conciencia ciudadana son fundamentales, para modificar las conductas y hacer prevalecer que lo normal es no fumar.

**Palabras claves:** Legislación tabaco,

## THE NEW LAW OF TOBACCO IN CHILE. COST EFFECTIVE INTERVENTIONS?

*Chile is one of the countries with more consumption of cigarettes in America and the prices are cheaper compared with the food necessary. The new Law of Tobacco in Chile was very important in public health, however, the law has its defects. According to the cost effective interventions suggested by the World Bank, an analysis has been done to compare the Chilean law with the actual law in the countries of Brazil, Spain and Italy. The principal differences found, were in the smoking prohibition in public places and in work places. Another difference found between the law in those countries was the access to centres of help for smokers who wish to quit. Though, the publicity and citizen conscience are essentials, to modify the conduct and to prevail the idea that not smoking is normal.*

**Key words:** Tobacco legislation, Chile, Brazil, Italy, Spain, Cost effective interventions.

Chile, Brasil, Italia y España, intervenciones costo efectivas.

## INTRODUCCIÓN

Han transcurrido más de 500 años desde que los marinos de Colón descubrieran en Latinoamérica el tabaco<sup>1</sup>. Actualmente, las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el consumo más elevado de cigarrillos per cápita son Europa y el Pacífico Occidental; esta última intercambió posiciones con América hacia fines de los años ochenta<sup>2</sup>.

Después de la Hipertensión Arterial, el tabaco es el factor de riesgo responsable de más muertes en el mundo (4,9 millones de muertes al año, equivalente al 8% del total). La mitad de estas muertes se producen en la edad media de la vida (35-69 años), provocando una repercusión económica y social negativa. Es la segunda causa de muerte en los países en desarrollo de baja mortalidad y la sexta causa en los países en desarrollo de alta mortalidad<sup>3</sup>. Además, a nivel mundial, se estima que el tabaquismo

provoca el 4,1% de los Años de Vida Saludables Perdidos (59,1 millones)<sup>4</sup>.

En los países industrializados, el tabaquismo origina más del 90% de los cánceres de pulmón en hombres y aproximadamente 70% en mujeres; entre 56-80% de las enfermedades respiratorias crónicas y 22% de las enfermedades cardiovasculares. En estos países, el tabaco es el principal factor de riesgo y representa 12% de toda la carga de morbilidad y traumatismos<sup>4</sup>.

En las regiones en desarrollo de baja mortalidad se observa una situación intermedia, donde el tabaco representa entre 4 - 6% de la carga de morbilidad, ubicándose después del alcohol. En el caso del tabaco esta transición epidemiológica de los factores de riesgo se produjo en la década de 1990, provocando que el grueso de la carga de morbilidad por tabaquismo se haya desplazado hacia los países en desarrollo.

Además, la exposición al humo del tabaco se ha relacionado con las infecciones de las vías respiratorias, síndrome

de muerte súbita del lactante, asma, cardiopatía isquémica, otitis media, cáncer de pulmón y senos nasales<sup>4</sup>.

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de morbi-mortalidad de los países desarrollados y su control es una de las políticas basadas en la evidencia más racionales<sup>3</sup>; constituye un problema sanitario que, a diferencia de otros, tiene una dimensión individual y una colectiva. En buena parte, el comportamiento personal viene influido por condicionantes externos, como el precio del tabaco y su aceptación social. Por este motivo, las políticas públicas tienen tanta influencia en el consumo de tabaco, y la prevención y el control del tabaquismo tiene no sólo dimensiones clínicas sino también políticas. Es por ello que la industria tabaquera ha dedicado tanto esfuerzo a evitar la adopción y la ejecución de políticas de control efectivas que pudieran reducir el consumo de tabaco y preservar así sus beneficios<sup>5</sup>.

Los ingresos de las compañías tabaqueras son impresionantes. Por ejemplo, en el 2004 la ganancia neta de Philip Morris, la transnacional de tabaco más grande del mundo, fue US\$ 89,6 billones, más de dos veces y media el producto interno bruto de Kenia, 7 veces más el de Nicaragua y 12 veces más que el de Malawi, uno de los productores de tabaco más grande del mundo<sup>6</sup>.

Hoy en día, las tabaqueras no tienen mucho que ofrecer a los países ricos porque ya son parte de la forma de vida, por ello la nueva apuesta es la "diversificación geográfica" hacia mercados emergentes, donde los niveles de consumo son bajos, pero con expectativas rentables ya que no hay conflictos sociales ante el tabaco. En la actualidad, se están desarrollando grandes campañas publicitarias en China, México, y lentamente se ha ido extendiendo hacia África, Asia y el extremo Oriente. La mayoría de estos países no imponen mensajes de advertencia en los paquetes

de cigarrillos, y autorizan a los medios publicitarios a promocionar la venta de tabaco<sup>1</sup>.

Una de las estrategias utilizadas en América por las tabaqueras ha sido usar denominaciones como "light", "suave" y "bajo en alquitrán", que producen confusión y han disuadido a muchos fumadores de no dejar de fumar y preferir consumir productos supuestamente bajos en alquitrán y nicotina. En otros países, para evitar las restricciones legislativas han lanzado productos del tabaco de uso oral o sin combustión, rapé, snus, gutkha, pipas de agua, kreteks y bidis. Al respecto, Yumiko Mochizuki-Kobayashi, directora de la Iniciativa Libre de Tabaco de la OMS, ha señalado "No importa en que forma se presente, el tabaco puede matar si se fuma, se mastica o se inhala en una pipa de agua, por ello, todos los productos que contienen tabaco deben regularse inmediatamente en todo el mundo"<sup>7</sup>.

Las tabaqueras han difundido el daño a la economía que producirá disminuir el consumo de tabaco. Sin embargo, el Banco Mundial responde que una política general de lucha antitabáquica no perjudicará las economías<sup>8</sup>. Cuando las personas no gastan dinero en cigarrillos, lo gastan en otras cosas, la mayoría de las cuales imponen costos sociales mucho menores que el tabaco<sup>9</sup>. Aún en el escenario más optimista de control del tabaco, que supone una reducción de 3% en el consumo per cápita de cigarrillos durante 25 años, el consumo total de cigarrillos apenas llegaría al nivel de principios de los ochenta<sup>2</sup>.

Otro argumento, es el contrabando producto del aumento de impuestos. Sin embargo, el principal factor predictivo del contrabando no lo constituyen las diferenciales tributarias, sino el grado de corrupción existente en cada país<sup>9</sup>.

La epidemia del tabaquismo plantea retos en Salud Pública, porque conlleva

una fuerte adicción, costumbres sociales y creencias profundamente arraigadas así como una industria mundial poderosa. Afortunadamente, sabemos que un enfoque legislativo integral resulta eficaz. La legislación puede hacer reducir significativamente el consumo de tabaco por parte de los jóvenes, contribuir a que los fumadores abandonen el hábito y proteger a los no fumadores de la exposición al humo del tabaco<sup>10</sup>.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT OMS) es el primer tratado mundial de Salud Pública, fue adoptado el 21 de mayo de 2003 por la 56<sup>ª</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Contiene disposiciones que establecen normas y directrices internacionales para el control del tabaco en: precio del tabaco y aumento de los impuestos correspondientes, venta a menores, publicidad y patrocinio del tabaco, etiquetado, comercio ilícito y tabaquismo pasivo. Entró en vigor el 27 de febrero de 2005, por lo tanto es ley internacional<sup>11</sup>.

De acuerdo a la OMS<sup>10</sup>, los elementos de una legislación integral para el control del tabaco son:

- Instituciones y mecanismos. Debe establecer una autoridad encargada de aplicar y dirigir la legislación, dar poder de decisión a esa autoridad y financiarla.
- Educación pública. Las grandes campañas de educación del público son importantes para cambiar las actitudes y creencias del público.
- Publicidad, promoción y patrocinio. Una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco es un elemento fundamental de un programa de control del consumo de tabaco.
- Impuestos. Su aumento ha demostrado ser uno de los medios más eficaces para reducir el consumo del tabaco, especialmente entre los jóvenes, mujeres y la población de menores ingresos económicos.

- Humo de segunda mano. Su eliminación en los lugares de trabajo y lugares públicos protege a los no fumadores de los riesgos, desalienta el inicio del tabaquismo y promueve el abandono del hábito.
- Etiquetado y empaquetado. Debe llevar advertencias sanitarias grandes y claras e información en forma de mensajes rotativos establecidos por las autoridades nacionales, los productos de tabaco no deben promocionarse con términos engañosos.
- Reglamentación de los productos. Se debe dar autoridad normativa a un organismo especializado, encargado de abordar cuestiones tales como la divulgación de información sobre ingredientes, la permisibilidad de los componentes nocivos, la inocuidad de los aditivos y el contenido de alquitrán y nicotina.
- Venta de tabaco. Debe prohibir la venta de tabaco a los menores.
- Contrabando. Para combatir el comercio ilícito, debe comprender medidas tales como requisitos sobre el marcado de los productos a lo largo de la cadena de distribución.
- Otras cuestiones. La legislación integral puede incluir también disposiciones para promover el abandono del hábito de fumar, crear programas escolares, modificar políticas agrarias o abordar cuestiones relacionadas con la responsabilidad jurídica.

En Chile, en las Metas de Salud a alcanzar al 2010<sup>12</sup> se encuentran las relacionadas con el consumo de tabaco:

1. Disminuir de 40% a 30% la prevalencia de fumadores en población general.
2. Disminuir de 27% a 20% la prevalencia de fumadores entre escolares de octavo básico.
3. Disminuir de 45% a 40% la prevalencia en mujeres en edad fértil.

Una de las estrategias para alcanzar estas

metas ha sido la promulgación y entrada en vigencia de la nueva Ley de Control del Tabaco, que reemplaza a la dictada en 1995. Según el Ministerio de Salud esta nueva ley posiciona a Chile como el segundo país más avanzado de América Latina en su legislación de control del tabaco, después de Brasil. Si bien es cierto que la promulgación de esta legislación es una victoria, aún Chile está distante de las restricciones aplicadas en países desarrollados.

En el siguiente artículo, se revisa y compara la nueva legislación chilena, con las vigentes en Brasil, España e Italia, con la finalidad de establecer posibles dificultades en su aplicación y proyectar su impacto.

## SITUACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN CHILE

### 1. Aspectos generales

Las dos principales tabacaleras que operan en Chile son: Chiletabacos, filial de British American Tobacco, controla el 95% del mercado, y Philip Morris (3%)<sup>13</sup>, que ha entrado al mercado en los últimos años.

El costo de la cajetilla de 20 cigarrillos, fluctúa entre \$ 900-1.500. Pero existen en el mercado cajetillas de 10 cigarrillos que cuestan desde \$ 500, este precio es muy accesibles a adolescentes y a personas con menor alcance económico, si pensamos que cuesta menos que 1 kilo de pan. Sumado a lo anterior, en los almacenes y kioscos es común la venta de cigarrillos "suelos" cuyo precio es de alrededor de \$ 50-70, es decir, lo que cuesta un chicle y menos que 1 pan.

### 2. Consumo de tabaco

Según el informe sobre la Tendencia Mundial de las Drogas, de la Oficina de

las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD, 2004), la prevalencia anual de tabaco a nivel mundial es de 30%. La prevalencia anual de consumo de cigarrillos en Chile es de 48% entre las personas de 12 a 64 años (declaración de consumo del último mes)<sup>14</sup>. De acuerdo a OPS, Chile es uno de los países con mayor consumo de tabaco en América.

El consumo de cigarrillos para el decenio 1994-2004 se comporta estable en los hombres; sin embargo, en las mujeres presenta un aumento leve, pero persistente, de cinco puntos porcentuales, acortándose a la mitad la diferencia de consumo entre hombres y mujeres (43,28 y 34,84 en 1994 *v/s* 44,83 y 40,37 en 2004, para hombres y mujeres respectivamente). De todos los grupos etáreos, el único que no presenta diferencias importantes en el consumo de cigarrillos por sexos, es el de adolescentes (12 a 18 años). Las tasas más bajas de consumo se presentan en los adolescentes (prevalencia mes 25%), seguido del grupo etáreo de 45 a 64 años<sup>14</sup>.

La edad de inicio en el uso de cigarrillos se ha mantenido estable en el período 1994-2004, con una mediana de 15 años. Cerca de 8 de cada 10 adolescentes que declaran haber fumado en el último mes, declaran que en su casa alguien más fuma; es decir que los ambientes donde se fuma cigarrillos promueven la aparición de más fumadores<sup>15</sup>. Además, 4 de cada 10 escolares no perciben gran riesgo en el fumar 1 o más cajetillas de cigarrillos al día<sup>15</sup>.

El número de cigarrillos usado diariamente, se ha estabilizado en 6 cigarrillos en promedio; sin embargo, un 5% de quienes más fuman consumen en promedio 20 o más cigarrillos diarios. En Chile, a mayor edad, mayor es la cantidad de cigarrillos consumidos<sup>15</sup>.

En la última encuesta del 2005, se regresa a tasas de consumo de 38% entre los

## FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

hombres y 45% entre las estudiantes mujeres. Entre los escolares, siempre las tasas de consumo son más altas en mujeres que en hombres<sup>15</sup>.

En resumen, Chile se encuentra en la fase III de acuerdo al Modelo descriptivo de la epidemia del tabaquismo<sup>16</sup>, es decir, la prevalencia en hombres comienza a reducirse, sobretodo aquellos de mayor posición socioeconómica, mientras que las mujeres, que llevan un retraso de entre 20 y 30 años respecto a los hombres, alcanzan la máxima prevalencia. Sin embargo, el consumo de cigarrillos es superior en los chilenos que en los países desarrollados, en todas las edades.

### 3. Morbilidad y Mortalidad

El Fisco pierde al menos US\$ 1.140 millones por atenciones médicas derivadas del tabaquismo<sup>12</sup>. El mayor número de consultas se debe a enfermedades respiratorias.

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud, en el año 2004, el 32,2% de las muertes se relacionó con el consumo de tabaco. De éstas 15.010 personas, el 56,34% de los fallecidos correspondió a hombres.

En la Figura 1 se aprecia la clara tendencia del aumento de las muertes atribuidas al consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres, dada principalmente por aumento en: enfermedades cardiovasculares, enfisema pulmonar, enfermedades obstructivas crónicas y cáncer de pulmón.

### ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE

En noviembre de 2004, Chile ratifica el CMCT OMS. A comienzos del 2006, el Congreso Nacional aprueba por amplia mayoría la Ley 20.105, que "Modifica la Ley 19.419, en materias relativas a la publicidad y el consumo del tabaco". El 2 de mayo se promulga la ley, entrando en vigencia el 14 de agosto del 2006.

Los Objetivos principales de esta nueva ley<sup>12</sup> son:

- Proteger a la población de la exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental.
- Proteger a los menores de ser inducidos al consumo de tabaco.
- Proteger a los fumadores, disminuyendo los aditivos y sustancias que aumentan el daño del producto.

- Mejorar los niveles y la calidad de la información que recibe la población.

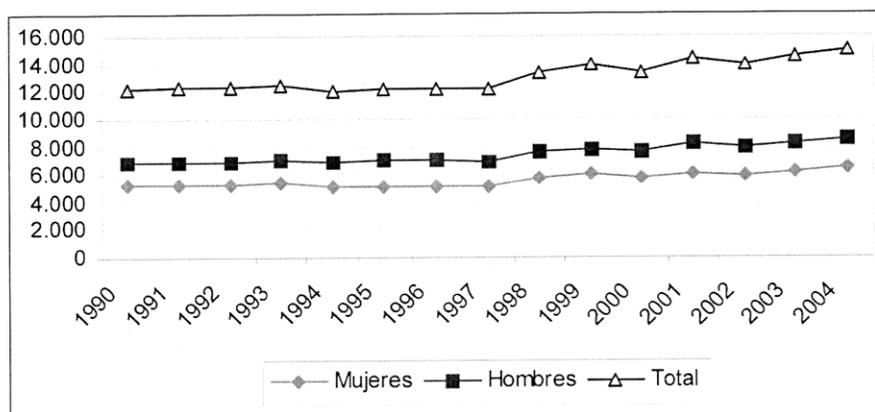
En Junio del 2003, el Banco Mundial publicó seis intervenciones costo efectivas para el control del tabaco<sup>17</sup> (Tabla 1). La evidencia sugiere que los mejores resultados son obtenidos cuando las medidas son implementadas conjuntamente.

En la Tabla 2, se presenta una comparación de las legislaciones vigentes en Brasil, Chile, España e Italia, de acuerdo a las estrategias publicadas por el Banco Mundial.

En la Figura 2, se puede apreciar la evolución del consumo de tabaco de los países en análisis. Destaca la tendencia a la baja persistente de Brasil y una leve alza en el consumo de tabaco en España. Con estos datos iniciales, la pregunta es si se habrán modificado las tendencias con la entrada en vigencia de las leyes en cada país.

En España, el 2004 se creó el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) y se formuló el Plan Nacional para la Prevención del Tabaquismo que culminó en la ley de control del tabaco, que entró en vigencia en enero de 2006. La normativa previa en España era una de las más permisivas de la Unión Europea en temas como la venta de tabaco, limitación de la publicidad y restricciones de lugares de consumo<sup>29</sup>.

En el año 2005, la Unión Europea encargó un estudio con el fin de comparar el grado de avance y valorar las políticas antitabaco implementadas en los países de la Unión. Se utilizó una escala con las intervenciones propuestas por el Banco Mundial, otorgando distintos puntos porcentuales para valorar el grado de avance entre el 2004 y 2005 y hacer un *ranking* de países. España presentó un retroceso, del puesto 24 cayó al 26; a diferencia de Italia que mejoró bastante, avanzando del 17 al 8<sup>a</sup> puesto<sup>30</sup>.



**Figura 1.** Total de muertes atribuidas al consumo de tabaco, según códigos indicados por OMS. Chile 1990-2004. Fuente: elaboración propia utilizando datos disponibles en [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) (Departamento de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud Chile).

Tabla 1. Intervenciones más costo efectivas propuestas por el Banco Mundial, 2003

Intervenciones	Principales beneficiados	Principales evidencias
Incremento en el precio a través de los impuestos a cigarrillos y otros productos del tabaco	- Fumadores - Potenciales fumadores (especialmente jóvenes y personas pobres)	De acuerdo al Banco Mundial, es la medida más costo-efectiva. Un aumento del 10% en el precio, disminuye el consumo alrededor de un 4% en países de altos ingresos <sup>17</sup> , y en un 8% en América Latina y el Caribe <sup>9</sup>
Prohibición/restricción de fumar en espacios públicos y lugares de trabajo	- No fumadores (protección del humo del tabaco)	Ambientes libres del humo del tabaco no sólo protegen a los no fumadores del peligro, sino que también incitan a los fumadores a eliminar o reducir su consumo <sup>18</sup>
Mejorar información a los consumidores, incluyendo campañas públicas, cobertura promedio, y publicidad de investigaciones	- Fumadores y potenciales fumadores - Actitud social frente al fumar	Las experiencias de Estados Unidos y Australia muestran que el invertir en programas de control reduce el consumo de tabaco. El CDC* estima que el estado necesita invertir entre \$ 1-3 per cápita por año para ver efectividad a tres años plazo
Prohibición extensa de publicidad y promoción de todos los productos del tabaco, logos y nombres de marcas	- Fumadores y potenciales fumadores (especialmente jóvenes)	Una extensa restricción de publicidad y promoción de cigarrillos pueden reducir el consumo de tabaco, pero una prohibición parcial tiene un efecto reducido o no lo tiene. Si la restricción fuese lo más amplia posible, el consumo de tabaco podría caer en más de 6% en países industrializados <sup>19</sup>
Anuncio en la etiqueta amplio y directo sobre salud, en cajetillas de cigarrillos y otros productos de tabaco	- Fumadores	Las advertencias en las etiquetas son efectivas, informando a los fumadores del riesgo de fumar, incitándolos a dejarlo y disuadiendo a los no fumadores de no iniciar el consumo. Existen experiencias en Canadá, Brasil, Holanda y Australia
Tratamiento para fumadores que desean dejarlo, incluyendo aumento en el acceso a medicamentos	- Fumadores	Existen tratamientos efectivos, como manejos conductuales y medicamentos. Aunque su impacto en la prevalencia es bajo, son importantes porque los fumadores que piden ayuda son los que tienen mayores dificultades para dejarlo y representan una gran carga para los servicios sanitarios Hoy se encuentran disponibles productos con nicotina en formas menos dañinas como gomas de mascar, caramelos, parches y rocíos nasales Actualmente se encuentra en estudio una vacuna con el fin de disminuir el placer que produce fumar <sup>13</sup>

\* Centres for Disease Control and Prevention, United States. Fuente: elaboración propia a partir de las referencias citadas.

Tabla 2. Comparación de las legislaciones vigentes de control del tabaco en Brasil, Chile, España e Italia, de acuerdo a las estrategias publicadas por el Banco Mundial

A. Incremento en el precio a través de los impuestos a cigarrillos y otros productos del tabaco

Brasil	Chile	España	Italia
De acuerdo a las recomendaciones del Comité Nacional para el Control del tabaco, en diciembre de 2003, el gobierno aumentó los impuestos en 20%	De acuerdo a Decreto Ley N° 828 (vigente desde el año 1995). Actualmente, el impuesto al tabaco representa el 75,6%	De acuerdo a directivas europeas. Actualmente, su carga impositiva es alrededor del 70%	De acuerdo a directivas europeas. Actualmente, el 75,5% corresponde al impuesto global <sup>20</sup>

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias citadas

Tabla 2.  
B. Prohibición/restricción de fumar en espacios públicos y lugares de trabajo

Brasil	Chile	España	Italia
<p>Prohibido fumar en todas las oficinas públicas y la gran mayoría de las empresas privadas. En pocos casos existe habilitado un lugar para fumadores. También en establecimientos educacionales, todos los medios de transporte, entre otros</p> <p>Debe existir separación de ambientes para fumadores y no fumadores, en restaurantes, bares y pubs. El dueño puede elegir si es un sitio para fumadores o no fumadores</p>	<p>Prohibido fumar, incluyendo sus patios y espacios al aire libre interiores en: establecimientos de educación prebásica, básica y media; recintos donde se expendan combustibles; recintos donde se fabriquen, procesen o manipulen materiales inflamables, medicamentos o alimentos; medios de transporte público o colectivo; ascensores<sup>21</sup></p> <p>Prohibido fumar, salvo en sus patios y espacios al aire libre interiores en: interior de los recintos o dependencias de órganos del Estado; establecimientos de educación superior, públicos y privados; establecimientos de salud, públicos y privados; aeropuertos; terminales de buses, ferrocarriles y metro; teatros, cines u otros recinto culturales cerrados; gimnasios y recintos deportivos; centros de atención o de prestación de servicios abiertos al público en general; supermercados, centros comerciales y similares. En todos, excepto los de salud, podrá existir una sala especialmente habilitada para fumar<sup>21</sup></p> <p>Separación de ambientes para fumadores y no fumadores (superficies mayores a 100 m<sup>2</sup> atención al público): restoranes, bares, pubs, discotecas, cabarés, casinos de juego. El espacio de los no fumadores será al menos el 60% de la superficie de atención al público y señalado prohibido fumar. En la zona de fumadores no se permite la entrada de &lt; 18 años, deben estar aislados, con ventilación o extracción de aire al exterior. En los mismos locales con superficies &lt;100 m<sup>2</sup> deberán optar por ser lugares para fumadores o no fumadores, informándolo en el acceso y con un Libro del Tabaco para reclamos<sup>21</sup></p>	<p>Prohibido fumar en: centros de trabajo públicos y privados; centros y dependencias de las administraciones públicas y entidades de Derecho público; red de salud; centros docentes o formativos (todos); instalaciones deportivas o lugares de espectáculos públicos; zonas de atención al público; centros comerciales: bares, restaurantes y hostelería según habilitación de zonas para fumadores; centros de atención &lt; 18 años; centros culturales, biblioteca, museos; salas de fiesta con &lt; 18 años; elaboración de alimentos; ascensores; cabinas telefónicas; todos los medios de transporte; aeronaves con destino España; estaciones de servicio y similares<sup>22</sup></p> <p>Prohibido fumar, pero se permite habilitación de zonas para fumar: centros de atención social, hoteles, hostales y similares; bares, restaurantes y similares con superficie de atención superior a 100 m<sup>2</sup>; salas de fiesta, de juego o uso público, sólo cuando no existan &lt; 18 años; salas de teatro y cine, sala fumadores debe estar afuera; aeropuertos; estaciones de autobuses, marítimo y ferroviario; por elección del dueño o normativa de Comunidad Autónoma.</p> <p>Los establecimientos cerrados, con una superficie útil de 100 m<sup>2</sup>, salvo que se encuentren en dependencias que no se puede fumar; deben estar visibles y señalizadas, aislados y con un sistema de extracción de aire; el total de la zona debe ser inferior al 10% de la superficie destinada a clientes (en hostelería, alimentación y entretenimiento puede tener máximo el 30%, nunca mayor a 300 m<sup>2</sup>) En las zonas para fumadores no se admitirán &lt; 16 años</p>	<p>Prohibido fumar en determinados locales de la Administración pública y de gestión de servicio público (vigencia desde 14-12-1995)</p> <p>Prohibido fumar en lugares cerrados, incluyendo todo el transporte público, excepto privados sin atención al público y aquellos con espacios habilitados para fumadores (deben tener ventilación con recambio de aire permanente; debe ser superior la superficie destinada a no fumadores) (vigencia desde 16-01-2003)<sup>23</sup></p> <p>No está permitido fumar en lugares que atienden público.</p>

Tabla 2.

C. Mejorar información a los consumidores, incluyendo campañas públicas, cobertura promedio y publicidad de investigaciones

Brasil	Chile	España	Italia
Acciones educativas a la comunidad y diferentes grupos étnicos. Campañas anuales para el control del tabaco, como el Día Mundial sin Tabaco y Día Nacional contra el Hábito de Fumar, que implementó un Programa nacional que ejecuta intervenciones sociales y ambientales en: lugares de trabajo, escuelas y unidades de atención de salud <sup>24</sup>	Campañas nacionales como el Día sin fumar.  Programas especiales de prevención en los establecimientos educacionales	En todos los lugares de venta, deben instalarse carteles con leyendas que informen prohibición de venta a <18 años y advertencias sobre los perjuicios para la salud del consumo de tabaco  Impulso de acciones de educación para la salud e información sanitaria	Existe un Teléfono Verde gratuito (exclusivo) donde se puede realizar consultas sobre tabaco. Campañas educativas dirigidas a toda la población. Decreto Legislativo 24 enero 2004, tiene como objetivo la protección de la salud y la correcta información al usuario que está consumiendo <sup>25</sup> Programas especiales de prevención en escuelas. Campañas dirigidas a toda la población

D. Prohibición extensa de publicidad y promoción de todos los productos del tabaco, logos y nombres de marcas

Prohibición de publicidad y promoción del tabaco a partir de diciembre 2000, incluye televisión, radio, revistas, periódicos y calles; excepto en el interior de los lugares de venta. Más adelante, se incluye la prohibición de publicidad y venta a través de internet. En la publicidad interna de los lugares de venta, debe incluir la imagen modelo del gobierno ocupando el 10% del área total de la propaganda <sup>22</sup> Prohibido promover eventos culturales y deportivos a partir de enero 2003, el 2005 incluye a eventos deportivos internacionales. En eventos internacionales transmitidos con promoción de tabaco, debe incluir contrapublicidad antes y después de la transmisión y cada 15 minutos deben aparecer advertencias verbales y escritas	Prohibido la publicidad del tabaco, salvo al interior de los lugares donde se venda En los lugares de venta, la publicidad no podrá exceder los 2 m <sup>2</sup> y la advertencia sobre los efectos del tabaco deberá ocupar el 50% del aviso. Al exterior, sólo se podrá comunicar la venta mediante avisos diseñados por el Ministerio de Salud <sup>21</sup>  Prohibido publicidad de tabaco en las señales internacionales de los medios de comunicación y en las páginas de internet cuyo dominio corresponde a la terminación ".punto.cl" <sup>21</sup>  Prohibido ofrecer compensaciones por la compra de cigarrillos, directa o indirectamente (reembolsos, participación en juegos, sorteos, etc) Prohibida la publicidad a menos de 300 metros de distancia del acceso a establecimientos de enseñanza prebásica, básica y media, incluyendo los lugares de venta <sup>21</sup>	Suprime la publicidad encaminada a fomentar el consumo de tabaco de los medios de comunicación social dependientes de la Administración del Estado o Comunidades Autónomas, prohíbe publicidad en televisión. Incluye texto sobre prohibición venta a <18 años  Prohibición de patrocinio de los productos del tabaco, publicidad y promociones en todos los medios y soportes incluidas máquinas expendedoras (salvo excepciones)  Prohibición del uso de nombres, marcas, símbolos o cualquier signo distintivo para identificar el tráfico de productos del tabaco, comercializados u ofrecidos con otros productos de una misma empresa Prohibición de distribución de muestras de cualquier producto del tabaco, sean o no gratuitas, y su venta con descuento	Decreto Legislativo del 16-12-2004 n.300 acoge la directiva europea. Prohíbe la publicidad y promoción de los productos del tabaco <sup>25</sup>  Prohibición de patrocinio del tabaco, por ejemplo, en deporte
--	---	--	---

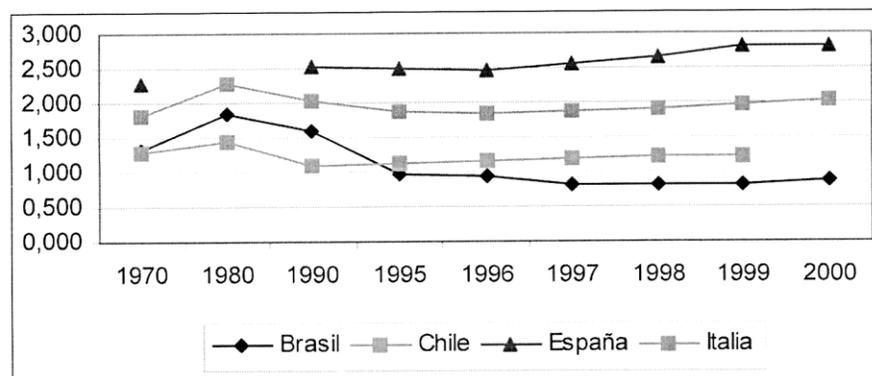
**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

**Tabla 2.**  
**E. Anuncio en la etiqueta amplio y directo sobre salud, en cajetillas de cigarrillos y otros productos de tabaco**

Brasil	Chile	España	Italia
<p>Debe decir en uno de sus lados "Este producto produce más de 4.700 sustancias tóxicas y contiene nicotina, la cual causa dependencia física y psicológica. No existe ningún nivel seguro para el consumo de estas sustancias" Incluye características gráficas de las advertencias sobre salud y fotos, a partir del 2001</p> <p>Deben ser impresas en la superficie mayor o cara visible al consumidor<sup>26</sup></p> <p>Incluye el teléfono "Marque Dejar de Fumar"</p> <p>Prohibido del uso de clasificaciones como "light", "ultralight", "suaves" y "similares". También el uso de números o nombres de colores relacionados con la marcas.</p> <p>Limitación de los niveles máximos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono, deberán ser de 10 mg, 1 mg y 10 mg, respectivamente<sup>24</sup></p>	<p>Los envases de los productos hechos con tabaco que se distribuyen en el país, deberán contener una advertencia clara sobre los daños, enfermedades o efectos que implica su consumo. En las cajetillas, la advertencia deberá figurar en las 2 caras principales y ocupar el 50% de cada una de ellas, en su parte inferior<sup>27</sup></p> <p>Prohibido el uso de los términos u otros similares asociados a las propiedades o marcas de los cigarrillos: "light", "suave", "ligero", "bajo en alquitrán, nicotina, monóxido de carbono"</p>	<p>El etiquetado debe incluir contenidos de alquitrán y nicotina (Real Decreto 510/1992) Inclusión de advertencias sanitarias (Real Decreto 1185/1994)</p> <p>Regulación de contenidos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono (Real Decreto 1079/2002 que es modificado con la Orden SCO/127/2004)</p> <p>Prohibido los adjetivos "light", "ultra light" y "mild" o cualquier otro término que llame a confusión</p>	<p>Todas las cajetillas deben tener un anuncio amplio sobre los daños a la salud (incluye fotos)</p> <p>Prohibido los adjetivos "light", "ultra light" y "mild" o cualquier otro término que llame a confusión</p>

**F. Tratamiento para fumadores que desean dejarlo, incluyendo aumento en el acceso a medicamentos**

<p>Difusión de información en los medios y campañas sobre métodos eficaces para dejar de fumar</p> <p>Capacitación a profesionales en intervenciones de apoyo y tratamiento para la dependencia</p> <p>El Seguro Único de salud desde el 2002, incluye métodos para dejar de fumar, con mapeo y difusión, y articulación de red asistencial</p> <p>Línea telefónica gratuita de ayuda "Marque Dejar de Fumar"</p>	<p>No incluido en la ley</p>	<p>Desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria</p>	<p>Existe soporte psicológico y farmacológico</p> <p>En el país existen 334 centros para tratamiento de cesación de fumar (son públicos, pero no totalmente gratuitos)</p> <p>Existe un Teléfono Verde gratuito (exclusivo) donde se puede realizar consultas sobre tabaco</p>
---	------------------------------	--	--



**Figura 2.** Estimación de consumo per cápita de cigarrillos. 1970-2000. Fuente: elaboración propia según datos referencia 2.

Tabla 2. G. Otros

Brasil	Chile	España	Italia
Prohibido vender a < 18 años Ley 8.069 de 1990 Este mensaje debe incluirse en la cajetilla, ocupando ¼ de largo de sus laterales	Prohibición de venta a < 18 años, sea comercialización, ofrecimiento, distribución o entrega gratuita	Prohibido vender a < 18 años (también en máquinas expendedoras)	Prohibido vender a < 18 años
	Prohibido venta a través de máquinas expendedoras, salvo en establecimientos que por disposición de la ley no tengan acceso los menores de edad	Venta sólo en red de expendedoras de tabaco y timbre o a través de máquinas expendedoras en establecimientos autorizados; prohibido cualquier otro tipo de método de venta	
	Prohibición de venta menos de 100 metros de distancia del acceso a establecimientos de enseñanza prebásica, básica y media	Prohibición de venta y suministro de productos del tabaco en centros de administraciones públicas, centros docentes, culturales y de esparcimiento, zonas de atención al público y centros de trabajo públicos y privados, medios de transporte.	
	Prohibición de venta de cigarrillos por unidades o en paquetes con una cantidad inferior a 10 unidades.	Prohibición de venta de cigarrillos y cigarritos en paquetes de menos de 20 unidades	
1999 creación Comité Nacional de Control del Tabaco, reemplazado el 2003 por Comité Nacional para la Implementación del Convenio sobre el Control del Tabaco y sus Protocolos <sup>24</sup>	1986 creación Comisión Nacional para el control del Tabaquismo <sup>28</sup>	Creación del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo	

En el caso de Italia, su ley de control del tabaco comenzó a regir en el año 2003. Según el estudio realizado por el Instituto Superior de Sanidad<sup>31</sup>, del 2003 al 2005 hubo una disminución de la venta de cigarrillos de 8,6%, este descenso se presentó sin pérdidas económicas. La disminución del consumo ocurrió en los grupos de 25-44 y mayores de 65 años. Además disminuyó el promedio de cigarrillos diarios, de 16,1 a 13,6.

La ley italiana, a diferencia de los otros tres países, ha establecido la prohibición absoluta de fumar en lugares públicos, como son restaurantes, bares y pubs, medida que se pensó iba a generar polémica y retractores por parte de la comunidad; sin embargo, no fue así, el mismo estudio muestra que tiene una

alta aceptación, tanto en fumadores como no fumadores. Otro punto importante en el caso italiano es que el impuesto aplicado al tabaco es de los más altos. De las críticas que se le hacen a la ley es el escaso impacto en los más jóvenes y la difícil aplicación en algunos lugares de trabajo; pero lo más preocupante es el aumento del consumo de tabaco de pipa, que para el mismo período fue de 16,7%.

Brasil, a pesar de ser el 2<sup>a</sup> productor mundial de tabaco, que en el 2005 correspondió al 13,38% del total mundial, y ser el país número 100 en ratificar el convenio con OMS, ha sido ejemplo en implementación de políticas de control del tabaco. Uno de los pilares fundamentales es el otorgar facultades al Ins-

tituto Nacional del Cáncer como coordinador del programa nacional. Otra estrategia fundamental es la legislación sobre la etiqueta, que debe señalar el contenido del cigarrillo, con una gran advertencia sanitaria ilustrada en imágenes, que a pesar de sus detractores tiene sobre el 75% de aceptación en la comunidad. De lo criticable, destaca que, aunque existe cobertura para el tratamiento de cese del tabaco, son pocos los profesionales capacitados; por otro lado, al ser un estado federal, la fiscalización del cumplimiento de la ley es dificultosa por falta de recursos humanos y económicos.

Con la entrada en vigencia de la ley en España, el aumento de los impuestos al tabaco ha producido un descenso en las

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

ventas de un 6% en el primer trimestre 2006 -10 veces superior al mismo periodo 2005- tendencia que se ha moderado a un 3,7% en octubre. Sin embargo, al ajustar por paridad del poder adquisitivo, continua siendo un 15% inferior a la media de la Unión Europea (era 31%). Lo que puede entenderse por la batalla que están dando las tabaqueras al disminuir sus precios, de tal forma que el alza de los impuestos no se refleje o lo haga en menor medida en el precio final al consumidor. Otro punto conflictivo es la implementación de las separaciones que deben existir de fumadores y no fumadores, por ejemplo, en restaurantes; algunos han aumentado su superficie para poder tener ambas zonas y eventualmente no perder clientela. Por otro lado, las mismas Comunidades Autónomas han incumplido la ley al dictar sus propios decretos.

Para Brasil, España e Italia es fundamental el tratamiento para dejar de fumar, y lo incluyen dentro de la seguridad social. Así como también realizar actividades educativas en las escuelas, con el fin de disminuir el inicio del hábito de fumar.

**COMENTARIOS**

La entrada en vigencia de la Ley de Control del Tabaco, sin duda ha sido un hito en la historia de la Salud Pública chilena, sin embargo, no debemos desconocer que presenta falencias que con voluntad política se pueden corregir.

Los cigarrillos en Chile son más baratos que algunos alimentos básicos, por lo cual es fundamental continuar aplicando impuestos al tabaco, de tal manera que disminuya la posibilidad de compra para los adolescentes principalmente, más aún, ahora que la ley permite la venta de cajetillas de 10 cigarrillos, lo que es un error en comparación con leyes de países desarrollados.

La nueva ley entrega a la Autoridad Sanitaria y Carabineros la fiscalización del cumplimiento de esta normativa, otorgando plazo para que los establecimientos se adapten a los requerimientos y puedan implementar zonas de fumadores y no fumadores. De acuerdo a la experiencia de España, la implementación es dificultosa y no exenta de problemas, y en Brasil, además, no se realiza una periódica fiscalización a los locales, por lo tanto existe incumplimiento de la norma. Dado los hechos, la decisión de Italia, que es más radical pero mucho más efectiva, habría sido la más aconsejable.

Lo más preocupante de todas las estrategias es la ausencia de una respuesta a aquellos fumadores que desean dejar de fumar. Ni siquiera es mencionado en la ley y en la red sanitaria pública actualmente no existe oferta. Se debe con urgencia comenzar a implementar una respuesta apropiada para estas personas, comenzando por consejerías antitabáquicas en todo el nivel primario y no sólo en los CESFAM. La implementación del número telefónico "Salud Responde" que, entre otras consultas, permite la atención a fumadores que desean dejar de fumar, no ha sido suficientemente difundido a nivel nacional.

No obstante, está claro que aún queda mucho por hacer en Chile. La difusión y conciencia ciudadana son fundamentales para la efectiva aplicación de la ley. En este momento, hace falta generar apoyo social a la nueva regulación y hacer un esfuerzo importante de sensibilización y educación del público, apuntando al cambio de conciencia social, en el sentido que lo normal es *no fumar*.

**REFERENCIAS**

- 1.- PASCUAL F, VICÉNS S. Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. Adicciones 2004; 16 (supl 2): 14-25.
- 2.- GUINDON G, BOISCLAIR D. Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. Documento n°6 de la serie Aspectos Económicos del Control del Tabaco. OPS.
- 3.- ESSION K, LEEDER S. The millennium development goals and tobacco control. World Health Organization, 2004.
- 4.- THE WORLD HEALTH REPORT 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization
- 5.- VILLALBÍ J. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gac Sanit 2006; 20: 1-3.
- 6.- USA: PM's fouls come home to roost. New analysis. Tobacco control August 2005; 14 (4): 221-2.
- 7.- OMS llama a ampliar regulaciones para controlar los productos de tabaco. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/printnews.asp?newsID=6991>, consultado el 07-11-2006.
- 8.- SALOJEE Y, DAGLI E. Tácticas de la industria tabaquera contra las políticas de salud pública, Boletín de la OMS, recopilación de artículos N° 4, 2001.
- 9.- PERUGA A. Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en las Américas. Rev Panam Salud Pública 2002; 11(2).
- 10.- WHO. Tobacco control legislation: an introductory guide. Second edition, 2004.
- 11.- Se oye hablar del control del tabaco y del CMCT de la OMS pero ¿en qué consisten?. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/09/es/index.html>, consultado el 08-11-2006.
- 12.- Nueva Ley del Tabaco. Presentación. Disponible en: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), consultado el 17-11-2006.
- 13.- Prueban vacuna contra el cigarrillo. Volumen 1, número 6. Redmujertabaco chile. Disponible en: [www.groups.google.com/group/redmujertabaco-chile1](http://www.groups.google.com/group/redmujertabaco-chile1), consultado el 17-11-2006.
- 14.- Comisión Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE). Minuta informativa sobre el consumo de cigarrillos en Chile. Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile

- 1994-2004. Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/tabaco/Estudios\\_CONACE\\_1994\\_2004.doc](http://www.minsal.cl/ici/tabaco/Estudios_CONACE_1994_2004.doc), consultado el 17-11-2006.
- 15.- CONACE. El consumo de cigarrillos en Chile. Estudios Nacionales de Drogas en Población Escolar de Chile 1997-2005. Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/tabaco/Consumo\\_Cigarrillos\\_Chile\\_Agosto2006.pdf](http://www.minsal.cl/ici/tabaco/Consumo_Cigarrillos_Chile_Agosto2006.pdf), consultado el 17-11-2006.
- 16.- LÓPEZ A, COLLISHAW N, PIHA T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242-7.
- 17.- WORLD BANK. Tobacco control at a glance. Washington DC, 2003. Disponible en: <http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/AAG%20Tobacco%206-03.pdf>, consultado el 05-11-2006.
- 18.- FICHTENBERG C, GLANTZ S. Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 188-91.
- 19.- SAFFER H, CHALOUPKA F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *J Health Econ* 2000; 19: 1117-37.
- 20.- ROSSI S, PIZZI E, MASTROBATTISTA L, SPOLETINI R, CAROSI G, PACIFICI R. Política di controllo del tabagismo: Aumento dei prezzi. Disponible en: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/Politiche%20prezzi.1153395055.pdf>, consultado el 07-12-2006.
- 21.- Ley N° 19.419: Regula actividades que indica relacionadas con el tabaco. Disponible en: [http://www.minsal.cl/juridico/LEY\\_19419.doc](http://www.minsal.cl/juridico/LEY_19419.doc), consultado 07-12-2006.
- 22.- Ley 28/2005, de 26 de diciembre 2005, de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Ley28-2005.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Ley28-2005.pdf), consultado el 01-12-2006.
- 23.- Legge 16 gennaio 2003, N° 3. Disposición ordinamentali in materia di pubblica amministrazione. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiali n° 15 del 20 enero 2003 - Suppl.Ord n°5.
- 24.- CAVALCANTE T. Experiencia brasileña con políticas de control del tabaquismo. *Revista Salud Pública de México*, vol 46 N° 6, noviembre-diciembre de 2004.
- 25.- GRECO D, GALEONE D. L'impegno nazionale ed internazionale del Ministero della Salute. Disponible en: [www.iss.it/binary/pres/cont/Galeone%206.1149063297.pdf](http://www.iss.it/binary/pres/cont/Galeone%206.1149063297.pdf), consultado el 07-12-2006.
- 26.- Resolución- RDC N° 14, del 17 de enero de 2003. Disponible en: [http://www.anvisa.gov.br/esp/tabaco/rdc\\_14\\_2003.htm](http://www.anvisa.gov.br/esp/tabaco/rdc_14_2003.htm), consultado el 04-12-2006.
- 27.- Decreto N° 95 de 2006: Establece advertencia para envases y acciones publicitarias de productos hechos con tabaco. Disponible en: [http://www.minsal.cl/juridico/DECRETO\\_95\\_06TABACO.doc](http://www.minsal.cl/juridico/DECRETO_95_06TABACO.doc), consultado el 17-11-2006.
- 28.- Decreto N°1 de 1986. Disponible en: [http://www.minsal.cl/juridico/DECRETO\\_01\\_86.doc](http://www.minsal.cl/juridico/DECRETO_01_86.doc), consultado 07-12-2006.
- 29.- Comisión Nacional de Prevención del Tabaquismo, disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Informe\\_fiscalidad.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informe_fiscalidad.pdf), consultado 05-12-2006.
- 30.- JOOSSENS L, RAW M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control* 2006; 15: 247-53.
- 31.- Tabacco: Mortale sotto qualsiasi forma o maschera. Disponible en: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFI.1164799592.pdf>, consultado el 07-12-2006.