



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Abascal, Winston; Lorenzo, Ana

Impacto de la política de control de tabaco en población adolescente en Uruguay

Salud Pública de México, vol. 59, núm. 1, 2017, pp. S40-S44

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653144009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Impacto de la política de control de tabaco en población adolescente en Uruguay

Winston Abascal, MD,⁽¹⁾ Ana Lorenzo, MD,⁽¹⁾

Abascal W, Lorenzo A.
Impacto de la política de control de tabaco en población adolescente en Uruguay.
Salud Pública Mex 2017;59(supl 1):S40-S44.
<http://doi.org/10.21149/8051>

Resumen

Objetivo. Analizar la evolución de la prevalencia del consumo de tabaco, comparando los datos obtenidos en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes en sus ediciones 2007 y 2014. **Material y métodos.** Se compararon los datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2007 y 2014. También se analizaron las medidas de control de tabaco adoptadas en el periodo considerado. **Resultados.** Los datos muestran un descenso en el consumo de cigarrillos a 30 días en población de 13 a 15 años: de 20.2% en 2007 a 8.2% en 2014. No se encontraron diferencias significativas entre los sexos. La susceptibilidad de convertirse en fumador en el próximo año se redujo de 25.8% en 2007 a 16.6% en 2014. **Conclusiones.** La implementación, en forma simultánea, de medidas contenidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es una estrategia eficaz para alcanzar los objetivos de reducción de la prevalencia del consumo.

Palabras clave: consumo de tabaco; adolescentes; políticas públicas; prevalencia; Uruguay

Abascal W, Lorenzo A.
Impact of tobacco control policy on teenage population in Uruguay.
Salud Pública Mex 2017;59(suppl 1):S40-S44.
<http://doi.org/10.21149/8051>

Abstract

Objective. To analyze the evolution of the prevalence of tobacco use, comparing data obtained from the Global Youth Tobacco Survey in 2007 and 2014 editions. **Materials and methods.** Data from the World Youth Tobacco Survey 2007 and 2014 were compared. Tobacco control measures implemented in the period under review were also analyzed. **Results.** Data shows a decrease in 30-day cigarette consumption in population aged 13 to 15 years: from 20.2% in 2007 to 8.2% in 2014. No significant differences were found between the sexes. Susceptibility to become a smoker in the next year decreased from 25.8% in 2007 to 16.6% in 2014. **Conclusions.** The implementation, almost simultaneously, of measures included in WHO Framework Convention for Tobacco Control, is an effective strategy to achieve the objectives of reducing the prevalence of tobacco use.

Keywords: tobacco use; adolescent; public policy; prevalence; Uruguay

⁽¹⁾ Centro de Cooperación Internacional para Control del Tabaco (CCICT), Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay.

Fecha de recibido: 11 de julio de 2016 • **Fecha de aceptado:** 22 de septiembre de 2016
 Autor de correspondencia: Dr. Winston Abascal. 25 de Mayo 689. 11000 Montevideo, Uruguay.
 Correo electrónico: wabascal@gmail.com

La definición de políticas de salud pública adecuadas en los países permite “responder a la necesidad de proteger la salud de sus comunidades”,¹ determinada en gran parte por acciones ajenas al sector salud, por lo que resulta fundamental “el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas principalmente por sectores distintos del sanitario”.¹ Un ejemplo es la epidemia de tabaquismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el consumo de tabaco como la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura.²

El tabaco matará a cerca de 8 millones de personas en 2030, de las cuales más de 80% vivirá en países de bajos y medianos ingresos.² Esta situación determina la necesidad de implementar políticas efectivas de control de tabaco con el objetivo de disminuir la carga global de enfermedad y muerte. Se ha estimado que “la aplicación de cuatro medidas del Convenio Marco para el Control del Tabaco (aumento de los impuestos sobre el tabaco; prohibición de fumar en el lugar de trabajo; envasado, etiquetado y campañas de sensibilización sobre los riesgos para la salud conformes al Convenio, y prohibición general de la publicidad, la promoción y el patrocinio) podría salvar 5.5 millones de vidas en un decenio”.¹

Dado que el consumo de tabaco se encuentra asociado con las dos principales causas de muerte en Uruguay, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer,³ resulta de fundamental importancia su control como medida de salud pública.

Aunque el consumo de tabaco afecta los diferentes grupos etarios y los sectores socioeconómicos y culturales –razón por la cual tiene un impacto significativo sobre el conjunto de la población–, el consumo en los adolescentes merece un análisis específico. De acuerdo con los datos obtenidos en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) en Uruguay, 88.8% de los fumadores diarios comenzó a fumar antes de los 20 años,⁴ situación que se presenta en la mayoría de los países. Solamente una fracción menor comienza a fumar luego de esa edad. Como expresa el Informe del Cirujano General de los Estados Unidos, “casi todos los fumadores comienzan a fumar durante la niñez y la adolescencia. El 88% de los fumadores diarios adultos inició el consumo antes de los 18 años. Éste es un periodo de gran vulnerabilidad a las influencias sociales y al accionar de la industria tabacalera a través del marketing de los productos de tabaco”.⁵

Cuanto más precoz es el inicio del consumo, mayor es la probabilidad de desarrollar adicción a la nicotina; mayor el periodo de consumo y, por lo tanto, mayor el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. La adicción que produce el tabaco

en los jóvenes es importante y la cesación es problemática y constituye un desafío aun en edades tempranas.⁵

Como vemos, la epidemia de tabaquismo se reproduce en la adolescencia. Esto tiene implicancias estratégicas en la planificación de las medidas y resulta crucial que, al decidir las políticas nacionales de control de tabaco, se establezca una línea de trabajo dirigida a la población más joven.

A comienzos de la década de 2000, Uruguay presentaba una alta prevalencia de consumo de tabaco, tanto en adultos (32.3%)⁶ como en adolescentes (30.2%).⁷ En aquella época, las instituciones gubernamentales, la Academia y las organizaciones de la sociedad civil trabajaron en forma coordinada para que se lograra la ratificación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT-OMS) y luego continuaron impulsando su implementación. Es así que Uruguay ratificó el CMCT-OMS⁸ en septiembre de 2004 y, en marzo de 2005, se creó el Programa Nacional para el Control de Tabaco como punto focal de esta política a nivel nacional, en el ámbito del Ministerio de Salud Pública.

A partir de entonces se implementó, en forma casi simultánea, un paquete integral de medidas cuyo eje central fue la norma de ambientes libres de humo de tabaco. Éste incluyó, además, aumento de precios a través del aumento de los impuestos al tabaco; prohibición de los términos engañosos; advertencias sanitarias con imágenes en 80% de ambas caras principales en el empaquetado; obligación de una presentación única por marca, que eliminó las variantes dentro de una misma marca; prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, y obligatoriedad de brindar tratamiento de la dependencia al tabaco, en el sistema de salud tanto público como privado.

Este conjunto de medidas ha tenido un impacto sobre la prevalencia de consumo en adolescentes. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar la evolución de la prevalencia del consumo de tabaco y la susceptibilidad de convertirse en fumador en población adolescente, comparando los resultados de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS por sus siglas en inglés), en sus ediciones 2007 y 2014.

Material y métodos

La encuesta GYTS (CDC-OMS) integra el Sistema Mundial de Vigilancia de Tabaco (GTSS) y permite monitorear de manera sistemática las diferentes formas de consumo de tabaco en los jóvenes, a través de la aplicación de un cuestionario estandarizado autoadministrado en forma anónima. Al ser éste un estudio de vigilancia y no de investigación científica, se informó a los participantes sobre los objetivos y procedimientos de esta

encuesta, y se consideró que existía un consentimiento tácito, ya que el llenado de la encuesta era voluntario. No obstante, se solicitó y se obtuvo la autorización de las autoridades nacionales de enseñanza para su aplicación.

Para esta encuesta se consideró "fumador actual de cigarrillos" a quien ha fumado al menos un cigarrillo manufacturado en el mes anterior a la encuesta. El objetivo de la investigación es obtener información sistemática en estudiantes, para guiar la implementación y evaluación de programas de prevención y control de tabaco.

La población objetivo está constituida por estudiantes de enseñanza secundaria pertenecientes a centros educativos de enseñanza media, tanto públicos como privados, correspondientes a los cursos de 2º y 3º de ciclo básico, y 1º de bachillerato diversificado (equivalentes a alumnos de 13 a 15 años). El estudio se realizó en poblaciones de 5 000 habitantes o más.

El cuestionario incluye los siguientes temas: uso de tabaco (para fumar y sin humo), cesación, exposición al humo de tabaco ajeno, exposición a campañas antitabaco, exposición a publicidad y promociones de la industria tabacalera, disponibilidad y accesibilidad a los productos de tabaco, y conocimientos y actitudes relacionados con el consumo de tabaco.

En Uruguay, esta encuesta fue realizada en 2007⁹ y 2014,¹⁰ y en ambos casos es representativa de la población nacional. Ambas ediciones corresponden a la misma encuesta, con igual cuestionario, diseño muestral y población objetivo.

Resultados

La prevalencia de consumo de cigarrillos a 30 días (fumador actual) en población de 13 a 15 años era de 20.2% en 2007. En 2014 se situó en 8.2% y resultó similar en ambos sexos, a expensas de un mayor descenso en la población femenina (figura 1).

La susceptibilidad de convertirse en un fumador, es decir, el porcentaje de adolescentes que nunca fumaron pero que son susceptibles de iniciar el consumo de tabaco en el próximo año, se redujo en forma significativa de 25.8% en 2007 a 16.6% en 2014 (figura 2).

Discusión

La implementación, en 2005, de un plan integral de medidas de control de tabaco basado en las recomendaciones del CMCT-OMS ha tenido un impacto importante en la prevalencia del consumo de tabaco, en la población adolescente. El control del consumo en este grupo etario —ya sea que abandonen el consumo o que no comiencen a fumar— es fundamental para el control de la epidemia de tabaquismo.

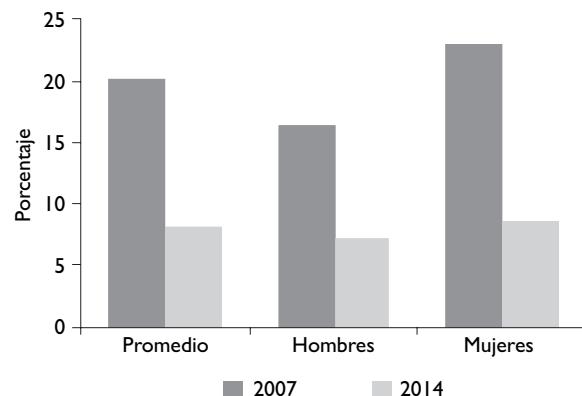


FIGURA 1. FUMADORES ACTUALES. MONTEVIDEO, URUGUAY, ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JÓVENES (GYTS), 2007 Y 2014

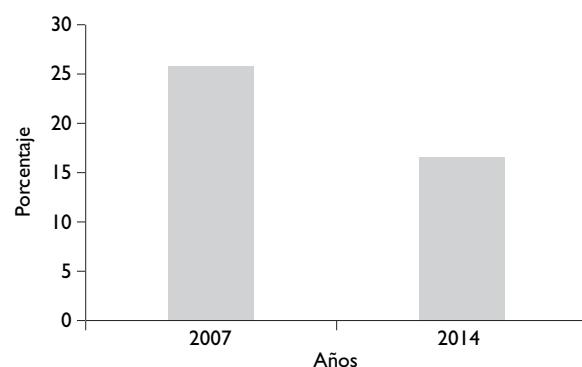


FIGURA 2. SUSCEPTIBILIDAD DE CONVERTIRSE EN FUMADOR. MONTEVIDEO, URUGUAY, ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN JÓVENES, 2007 Y 2014

Como ya se expresó, la encuesta nacional realizada en 2003 por la Junta Nacional de Drogas de Uruguay a población escolarizada de 13 a 17 años mostró una prevalencia de 30.2%. Esta encuesta se realiza cada dos años y ha mostrado un descenso sostenido en cada edición. En diciembre de 2014, la prevalencia en este grupo había caído a 9.2%.¹¹

Por otra parte, Abascal y colaboradores¹² muestran que la prevalencia a 30 días de consumo de tabaco en estudiantes de 13, 15 y 17 años disminuyó un estimado de 8.0% anual durante el periodo 2003-2009.

En 2007 se realizó la primera encuesta GYTS a nivel nacional en Uruguay, la cual mostró una prevalencia de

20.2% (16.4% en hombres y 22.9% en mujeres). Estos datos situaban a Uruguay entre los siete países con mayor consumo en la población adolescente en la región de las Américas, muy por encima de la media, que se situaba en 11.9%.¹³ Asimismo, había una brecha importante en el consumo por sexo: contrariamente a lo que sucede en muchos países en desarrollo, en Uruguay predominaba el consumo en el sexo femenino.

La segunda encuesta GYTS en 2014 mostró una prevalencia de 8.2% (7.2% en hombres y 8.7% en mujeres). Esta reducción en el consumo ha sido mayor en la población femenina. Como consecuencia, en estos últimos datos no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos. Esta tendencia se había observado ya en 2009 en la encuesta de adultos (GATS),⁴ que mostró el mayor descenso en la población femenina de 15 a 24 años, lo que confirmaba el impacto de las medidas en la población más joven y en el sexo femenino. Los resultados de la encuesta GYTS son consistentes con los datos proporcionados por las encuestas de la Junta Nacional de Drogas y evidencian un descenso "sustancial y sin precedentes".¹²

Otro elemento que hay que considerar es el referido a la susceptibilidad o posibilidad de inicio del consumo de tabaco. En 2007, 25.8% de los adolescentes nunca fumadores consideraban la posibilidad de iniciar el consumo en los 12 meses siguientes. Este porcentaje cayó a 16.6% en 2014.

Este importante descenso en el consumo coincide con el periodo en el que se aplicó un paquete integral de medidas de control de tabaco en Uruguay. Dado que el consumo de tabaco es un fenómeno multicausal, la respuesta desde las políticas públicas comprende un conjunto de medidas en diversas áreas, tal como lo establece el CMCT-OMS.¹⁴ Estas medidas han llevado a una desnormalización de la conducta de fumar y han desestimulado el inicio del consumo.

La aplicación simultánea de un conjunto de medidas actúa en forma sinérgica, de modo que una serie de intervenciones múltiples es capaz de producir mayores reducciones en la prevalencia del consumo de tabaco que cada una de las medidas en forma aislada.^{2,15,16} En el caso analizado es difícil establecer el peso cuantitativo de cada una de las medidas por separado. Sin embargo, hay autores que consideran que la medida aislada más eficaz para disminuir la prevalencia y desestimular el inicio en los jóvenes es el aumento de precios. Un aumento de 10% en el precio del tabaco disminuye entre 4 y 8% la prevalencia de consumo, según se trate de un país de ingresos altos o medios y bajos.^{2,17}

La prohibición amplia de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, otra medida de gran impacto en los jóvenes, puede reducir el consumo

en alrededor de 7%, independientemente de otras intervenciones.² Estudios que compararon países que tenían prohibiciones amplias de publicidad, con respecto a aquéllos con prohibiciones parciales, mostraron mayor descenso del consumo en los primeros.¹⁷

En Canadá, Australia y Brasil, estudios realizados sobre las advertencias sanitarias que ocupan al menos 50% de la superficie de la cajilla y contienen información específica y de fuerte impacto mostraron que de 28 a 35% de los fumadores realizaron un intento de abandono o reducción del consumo, y que esta medida previno el inicio en los jóvenes.^{2,17} En Uruguay, 44.6% de los fumadores pensaron en dejar de fumar debido a la advertencia sanitaria en las cajillas de cigarrillos.⁴ Varias rondas de advertencias sanitarias en las cajillas de cigarrillos incluyeron imágenes y textos dirigidos específicamente a la población joven en Uruguay.

Es necesario consignar que en febrero de 2009 entró en vigencia en Uruguay la norma que estableció una única presentación por marca, es decir, la prohibición del uso de variantes dentro de una misma marca. Cuando se prohibieron los términos engañosos como *light*, *ultralight* y otros, la industria tabacalera los sustituyó por el nombre de los colores, que permanecían incambiados en el paquete (*blue*, *gold*, *silver*). De esta manera, las variantes de marca mantenían el código de colores ya establecido y conocido por los fumadores. Sin embargo, aun si se implementara el empaquetado genérico, de manera que las variantes persistieran a través de los nombres de los colores, números u otros elementos, se mantendría la posibilidad de engaño. La "presentación única por marca" tiene por objeto evitar este tipo de engaño que se produce a través de la existencia de variantes promocionadas como "más saludables", lo cual altera la percepción de riesgo.

En un estudio realizado en Australia después del empaquetado genérico se expresa que la "percepción de diferente nocividad podría estar mantenida por la persistencia del nombre de las variantes".¹⁸ Los resultados en el cambio de la susceptibilidad encontrados en la encuesta GYTS 2014 podrían estar relacionados con una corrección en la percepción de riesgo. Harris y colaboradores,¹⁹ al analizar el impacto de las distintas medidas de control de tabaco sobre la decisión de dejar de fumar en las embarazadas, expresan que "hay razones para creer que la presentación única fue en sí misma una medida de gran importancia". De igual modo, esta medida podría haber tenido también un impacto en la disminución de la prevalencia en la población joven, ya que su entrada en vigencia se produjo en el periodo comprendido entre ambas encuestas GYTS en Uruguay.

Otro elemento a destacar consiste en que desde el año 2005 a la fecha se ha mantenido el mismo equipo

técnico al frente del Programa Nacional de Control de Tabaco, así como los representantes de otras instituciones del Estado, la Academia y la sociedad civil, trabajando en forma coordinada.

Del proceso de control de tabaco en Uruguay podrían surgir elementos para la planificación de políticas de salud pública y la definición de programas de control de tabaco y otros planes dirigidos a modificar estilos de vida hacia hábitos más saludables. La implementación de un programa sostenido de control de tabaco podría tener efectos similares en otros países de ingresos bajos y medios, lo cual tendría un impacto significativo en la carga de enfermedades relacionadas con el tabaco¹² y, por lo tanto, en la carga de enfermedades no transmisibles.

El Informe del Cirujano General de Estados Unidos sobre los jóvenes, de 1994, concluye que si los jóvenes se mantuvieran libres de tabaco hasta la edad de 18 años, la mayoría de ellos no comenzaría nunca a fumar.⁵

Dado que la curva de descenso de la prevalencia tiene una pendiente pronunciada y mantenida, tanto en las encuestas GYTS como en las realizadas por la Junta Nacional de Drogas, y dado que actualmente estamos en 8% de prevalencia, podríamos pensar que, en un futuro cercano, en Uruguay existiera la primera generación de jóvenes para la cual fumar sea excepcional.

Conclusiones

La sinergia obtenida a partir de la implementación de un paquete integral de medidas contenidas en el CMCT-OMS, así como la permanencia en funciones de un equipo técnico capacitado en esta área, es una estrategia eficaz para alcanzar los objetivos de reducción del consumo de tabaco.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Políticas públicas para la salud pública. En: Informe sobre la salud del mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008:66-80. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf
- World Health Organization.WHO Report on the Global Tobacco Epidemia.The MPOWER Package. Geneva:WHO, 2011.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, División Epidemiológica. Indicadores básicos de Salud. Uruguay: Ministerio de Salud Pública, 2013. Disponible en: http://www.insp.gob.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/OPS%20INDICADORES%202013.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Centers of Diseases Control and Prevention. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística. Global Adults Tobacco Survey (GATS) - Uruguay. Uruguay: 2009.
- US Department of Health and Human Services. Public Health Services. Preventing tobacco use among youth and young adults.A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
- Secretaría Nacional de Drogas. 3^a Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas. Montevideo, Uruguay: Junta Nacional de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas, PNUD, 2001. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/3ra_encuesta_prevencion_drogas_2001_rev6.pdf
- Secretaría Nacional de Drogas. Drogas. Consumo en Estudiantes de la Enseñanza Media. Montevideo, Uruguay: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas – CIDAD/OEA/SIDUC, Junta Nacional de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas, JND/SND, 2004. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/ens_media_2003-2004.pdf
- Parlamento del Uruguay. Ley 17793. Aprobación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Montevideo: Parlamento del Uruguay, 2004. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosleyes/leyes/ley/17793>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global Youth Tobacco Survey (GYTS).Atlanta, GA: CDC, 2007.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global Youth Tobacco Survey (GYTS).Atlanta, GA: CDC, 2014.
- Junta Nacional de Drogas. 6^a Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Montevideo, Uruguay: Junta Nacional de Drogas, Secretaría Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2014.
- Abascal W, Esteves E, Goja B, González-Mora F, Lorenzo A, Sica A, et al. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. Lancet 2012;380(9853):1575-1582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60826-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60826-5)
- Organización Panamericana de la Salud. Jóvenes y Tabaco en las Américas. Resultados de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2000-2010. Washington, DC: OPS, 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Geneva, Switzerland:WHO, 2003. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc.es.pdf>
- Tynan M, Pechacek T, McKenna M, Ashley D, Deyton L, Briss P, Popovic T. CDC grand rounds: current opportunities in Tobacco Control. MMWR 2010;59(16):487-492. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5916.pdf>
- Laugesen M, Swinburn B. New Zealand's tobacco control programme 1985-1998. Tob Control 2000;9:155-162. <https://doi.org/10.1136/tc.9.2.155>
- Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de Tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación Científica N° 577. The International Bank for Reconstruction and Development.Washington DC:The World Bank, 1999.
- Wakefield M, Coomber K, Zacher M, Durkin S, Brennan E, Scollon M. Australian adult smoker's responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey.Tob Control 2015; 24: ii17-ii25. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-052050>
- Harris J, Balsa A, Triunfo P. Tobacco control campaign in Uruguay: Impact on Smoking Cessation during Pregnancy. NBER Working Papers Series 2014. Working Paper 19878. National Bureau of Economic Research. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w19878>