

# Políticas de control del tabaco y su impacto en los fumadores de Uruguay.

Avance de investigación

Grupo de trabajo N° 19 Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población.

Dr. Marcelo Boado Martínez<sup>1</sup>  
Lic. Diego Rodríguez Sendoya<sup>2</sup>.

## Resumen

El presente presenta el marco teórico del proyecto ITC para Uruguay, cuyo objetivo es medir el impacto psicosocial y de comportamiento de las principales políticas nacionales contra el tabaquismo y algunos de sus principales resultados. Esta es una investigación longitudinal llevada adelante en Uruguay por el Centro de Investigación de la Epidemia del Tabaquismo (CIET), junto a investigadores de la Universidad de la República, y a investigadores de la Universidad de Waterloo (Canadá).

**Palabras Clave:** Tabaco, políticas sanitarias.

## Relevancia y Antecedentes del Tema

El tabaquismo es un serio problema de salud pública porque es la primera causa de muerte absolutamente evitable del mundo y es factor de riesgo en 6 de las 8 principales causas de muerte del mundo. OMS calcula que 5.4 millones de personas mueren anualmente de enfermedades relacionadas con el tabaco (una muerte cada siete segundos). Estudios internacionales muestran que esta enfermedad afecta más a los pobres. Si continúan las tendencias actuales, para el 2030 dichas muertes llegarían a 8 millones por año y la mayoría de esas muertes ocurrirán en los países en desarrollo.

Uruguay pasó a formar parte del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, el 9 de setiembre de 2004. Desde entonces, ha demostrado liderazgo en Latinoamérica y el mundo, en la implementación de firmes políticas nacionales, que cubren varios aspectos del CMCT. Este tipo de políticas, que intentan cambiar las conductas de los fumadores, permitirán prevenir muchas muertes por enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, y muchas formas de cáncer. En Uruguay estimaciones recientes dieron 4759 muertes por año relacionadas con el tabaquismo, un 14,8% del total de las muertes registradas<sup>3</sup>.

El CMCT propone enfrentar la epidemia global del tabaco por medio de una variedad de medidas tendientes a reducir la oferta y demanda de tabaco. Estas medidas se refieren a: espacios libres de humo de tabaco; envasado y etiquetado de productos del tabaco; publicidad y patrocinio del tabaco; cesación y tratamiento; precios e impuestos; comercio ilícito y ventas a menores de edad.

Las políticas implementadas en Uruguay incluyeron la prohibición total de fumar en espacios públicos cerrados (marzo de 2006), 5 tandas de imágenes en advertencias sanitarias (abril de 2006 a noviembre de 2012), las imágenes de advertencias sanitarias más grandes del mundo a partir del 2009 (ocupan el 80% de ambos lados de las cajillas), la prohibición de publicitar y promover tabaco (abril 2008), varios

---

<sup>1</sup> Profesor e Investigador - Dpto Sociología, Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República, Uruguay  
[mrbsoc2001@yahoo.com.ar](mailto:mrbsoc2001@yahoo.com.ar).

<sup>2</sup> Candidato a Magíster, Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República, Uruguay  
[rodriguezsendoya@gmail.com](mailto:rodriguezsendoya@gmail.com).

<sup>3</sup> Sandoya y Bianco (2011)

aumentos en los precios e impuestos al tabaco, y la primera prohibición en América para diferenciar marcas (de usar distintas variedades de una misma marca de cigarrillos) y de promoción de términos engañosos (Light, mild, etc) (desde febrero de 2010).

Aunque entre 2005 y 2010 Uruguay implementó políticas amplias y firmes de control de tabaco, que lo posicionaron en la vanguardia mundial en el tema, el conocimiento de la magnitud de la epidemia del tabaquismo en el país era limitado. A nivel oficial, ha existido solo información parcial proveniente de estudios sobre Factores de Riesgo (Encuesta STEPS del MSP), de consumos adictivos (Encuesta de la Junta Nacional de Drogas), de la actividad socioeconómica (Encuesta Continua de Hogares (ECH)), y de registros hospitalarios. Sólo ENPTA, relevada por CIET en 2008, y GATTS, relevada por INE en 2009, produjeron estimaciones precisas sobre prevalencia a nivel nacional, urbano, rural, y por sexo, edades y niveles socioeconómicos. En la actualidad, los años que la ECH tiene cobertura nacional también estima prevalencia de tabaquismo. Aplicando una comparabilidad limitada de ECH en 2003, ENPTA en 2008, GATTS en 2009, y ECH en 2011, puede apreciarse una clara tendencia decreciente del tabaquismo del 31 al 23% para la población de ambos sexos de 15 años y más<sup>4</sup>.

La doble pregunta que surge es: ¿cómo lo hace Uruguay y por qué tiene estos resultados? Para poder responder si esto es leve o rápido, para saber la secuencia de impactos y poder responder a estas y otras interrogantes encadenadas, es necesario desarrollar otra clase de mediciones, como las que utiliza el ITCPES.

### **ITCPES (Proyecto de Evaluación Internacional de Políticas de Control del Tabaco)**

El Proyecto Internacional de Evaluación de Políticas para el Control del Tabaco (ITCPES: International Tobacco Control Policy Evaluation Survey) es una encuesta longitudinal, diseñada para evaluar a nivel nacional e internacional, las políticas de control del tabaco inspiradas por el CMCT que aplican los países. El proyecto se inició en 2002, y en la actualidad participan en él 22 países: Canadá, USA, UK, Australia, Irlanda, Tailandia, Malasia, Corea del Sur, Uruguay, México, China, Nueva Zelanda, Francia, Alemania, Holanda, Bangladesh, Brasil, India, Mauricio, Bhutan, Kenya, y Zambia.

El objetivo general de este proyecto es medir el impacto psicosocial y comportamental de las principales políticas nacionales de control del tabaco inspiradas en el CMCT, en una cohorte a fumadores adultos (mayores de 18 años) y de ambos sexos.

Desde su inicio este proyecto apunta a evaluar el impacto de las políticas de control de tabaco en las siguientes dimensiones:

- Etiquetas de advertencias sanitarias y descriptores de las cajillas
- Precios e impuestos a los productos del tabaco
- Publicidad y promoción del tabaco
- Legislación de ambientes libres de humo de tabaco
- Educación y apoyo a la cesación

La figura 1 describe el modelo conceptual del proceso por el cual las políticas del control del tabaco tienen impacto en los individuos. Si bien las políticas de salud pueden afectar una amplia gama de aspectos sicosociales y comportamentales, se puede establecer una secuencia temporal de impactos en los comportamientos de los sujetos. Por eso la observación no puede restringirse a un modelo de análisis transversal, o mismo a una secuencia de análisis transversales, sino que debe recurrirse a un modelo de tipo longitudinal que recoja información sobre los mismos sujetos para mostrar los cambios de comportamiento y los efectos secuenciales de las políticas, que pueden variar en intensidad y alcance. Con este fundamento Fong, Hammond, Thompson y Driezen (2004), proponen un modelo temporal que distingue entre variables proximales o inmediatas, distales o mediatas, comportamientos “objetivo” de las políticas, impactos económicos y sanitarios, y variables moderadoras.

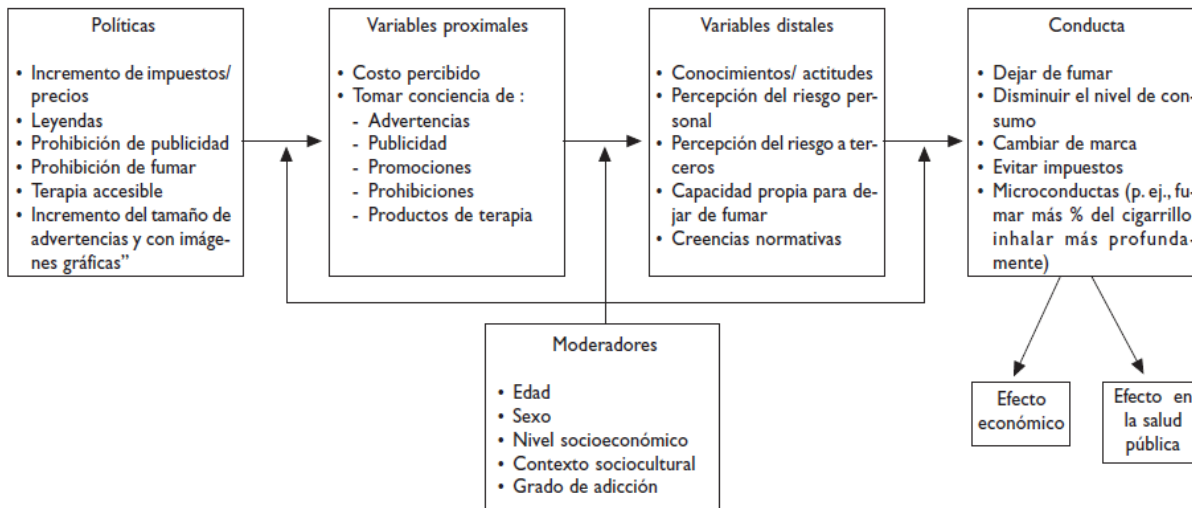
<sup>4</sup> Boado y Bianco (2010a, 2010b)

Los autores llaman variables de impacto inmediato de las políticas (“proximales”) a las variables que miden: la percepción de las advertencias y las imágenes, la ubicación de los mismos, la percepción de los precios, la inquietud al fumar, la inquietud por fumar en lugar prohibido, abandono de lugares prohibidos, las molestias que otros le ocasionan por fumar, el tener que dejar de fumar antes de lo deseado.

Las creencias, actitudes percepciones de riesgo y de sanciones, normalizaciones, etc, son buenas predictoras del comportamiento del fumador, y del abandono del cigarro, pero son variables que están alejadas del primer impacto de la política, por eso las llaman variables distales. Con ellas se sostienen las principales teorías sicosociales del comportamiento sanitario<sup>5</sup>.

Las variables moderadoras son el sexo, la edad, la dependencia nicotínica, los años de fumador, el status o clase socioeconómica, el entorno social y familiar, el ambiente de trabajo, etc, y todas aquellas que puedan llegar a interactuar con relevancia.

Los autores sostienen que el efecto de las políticas es siempre indirecto sobre las conductas. Por ello las variables distales y los comportamientos “objetivo” de las políticas, sólo son afectados a través de las variables proximales<sup>6</sup>.



**FIGURA I. MARCO CONCEPTUAL PARA EL PROYECTO INTERNACIONAL DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PARA EL CONTROL DEL TABACO**

Fuente: Fong, Hammond, Thompson & Driezen (2004).

Entonces, las políticas de control de la epidemia del tabaquismo se focalizan en generar un impacto en la predisposición y conducta de los individuos frente al tabaquismo. Por lo que para el diseño de las mismas es relevante la predicción de la conducta humana antes de que ésta se lleve a cabo. Este tipo de mediciones de impactos se basa en aquellas teorías que consideran que la conducta humana se puede predecir atendiendo a factores psicológicos y sociales<sup>7</sup>. Aunque el objetivo de las políticas es generar un impacto en la salud de las personas, aquí se intenta llegar a estos a través de una lógica causal,

<sup>5</sup>“Theory of planned behavior (Ajzen)”, “Social cognitive theory”(Bandura); “Health belief model”(Becker); y “Protection motivation theory”(Rogers).

<sup>6</sup> “Our conceptual model is a general framework for thinking about policies and their effects on a broad array of important psychosocial and behavioural variables, and we understand that there will be important distinctions across different policies in not only whether those policies are effective, but also how they achieve their effects. We are explicitly testing those commonalities and differences among policies in this regard”.(Fong et al op cit).

<sup>7</sup> En los factores psicológicos, podemos diferenciar entre características afectivas (ej. estados de ánimo y emociones) y cognitivas (ej. creencias y expectativas). Y en los factores sociales (ej. redes y normas sociales), que actuarán facilitando o inhibiendo la manifestación de una conducta dada.

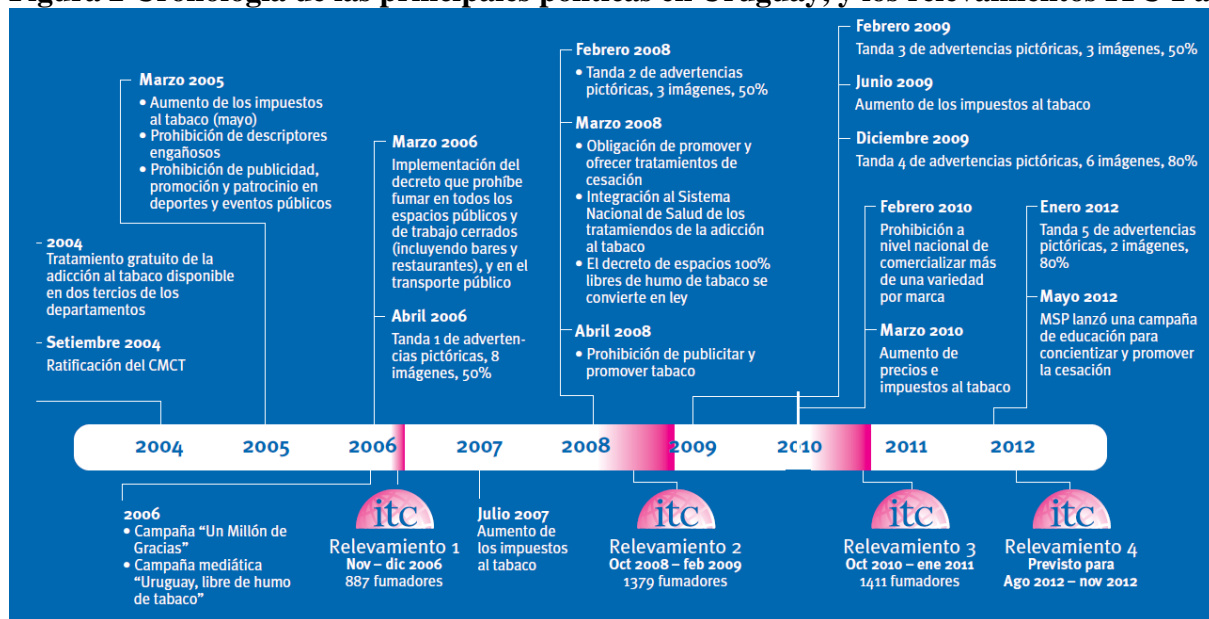
generando cambios en variables más inmediatas. En aquellas más relacionadas con la política en sí, como ser: las etiquetas de advertencia en las cajillas de cigarrillos, las advertencias sanitarias en los puntos de venta, que generan una mayor visibilidad de los riesgos para la salud. Esto a su vez aumenta la probabilidad de generar un impacto en variables más distantes de la política como ser: creencias, actitudes, percibir los riesgos, percibir la gravedad; para luego lograr comportamientos más discretos tales como que los fumadores estén más dudosos de mantener su hábito o incluso renunciar al mismo. Este modelo de cadena causal de efectos solo se puede ver reflejado y evaluado a través de un estudio longitudinal y no transversal. Por tal motivo este estudio presenta un diseño metodológico de panel, lo cual favorece las evaluaciones de impacto debido a que se sigue a los mismos individuos a lo largo del tiempo.

## Diseño y metodología.

Es clara la temporalidad en la secuencia que articula el modelo de cambio del comportamiento, pero también es necesaria una dimensión histórica. En el protocolo usual el objetivo es medir la situación antes de la política, y luego, los efectos a partir de la secuencia de medidas de la política. Esto es claro porque si bien no es un experimento controlado, es notorio que el fin mismo es la eficacia de las diferentes ‘dosis’ de política que un país aplica, y posteriormente la comparación verosímil entre todos los países que integran el estudio.

En nuestro caso lamentablemente el estudio comenzó en 2006, cuando ya una serie de firmes medidas habían comenzado a ser aplicadas, por lo que no hay una línea basal.

**Figura 2 Cronología de las principales políticas en Uruguay, y los relevamientos ITC 1 a 3.**



La cronología explicita la dimensión macro del estudio, donde se concatenan las fechas de los relevamientos de ITC (2006, 2008 y 2010) con los principales hechos y medidas de política para el control del tabaco. Aquí se advierten la ratificación del CMCT, la secuencia de aumentos de los impuestos a los cigarrillos y al tabaco de armar, la prohibición de las sponsorización de eventos públicos deportivos o artísticos, la prohibición de fumar en espacios cerrados de cualquier tipo, la legislación regulatoria general, la obligatoriedad de los tratamientos de cesación en de sistema de salud, la prohibición de la propaganda, salvo en el punto de venta; las campañas de educativas sobre los daños del tabaco. Y en secuencia con todo, las tandas de las advertencias sanitarias en los paquetes de

cigarrillos, que como ya se expresó son el aspecto clave de las políticas. Así, el trabajo expondrá en las secciones siguientes un conjunto de resultados que ilustran en este marco histórico, las tendencias de algunas variables que componen el modelo teórico.

El estudio de los resultados de las políticas es un estudio de longitudinal, o “de cohorte”, de fumadores adultos (mayores de 18 años) de ambos sexos, y urbanos, que realizó 3 relevamientos cada dos años: 1 (2006), 2 (2008) y 3 (2010). Hay 2 agregados de muestreo: la ciudad de Montevideo, que está presente en la muestra en los tres relevamientos desde 2006; y cuatro ciudades del interior de Uruguay (Salto, Maldonado, Durazno y Rivera), que se incorporaron al estudio a partir del relevamiento 2, en 2008, y que representan una diversidad económica, social y cultural relevante para el país. Para Montevideo el tamaño muestral es 1000 casos, mientras que todas para las ciudades del interior el tamaño muestral es 402 casos (distribuidos proporcionalmente según el tamaño de cada una)<sup>8</sup>.

Como todo estudio longitudinal, sufre desgaste de participación (25-30%), por ello el cuerpo técnico de ITC cuida especialmente los pesos muestrales, y para cubrir los casos perdidos aplica muestras aleatorias estratificadas de reemplazo. En ese sentido los estimados que se usan en el trabajo están sopesados por tiempo de permanencia en muestra<sup>9</sup>.

El cuestionario tiene preguntas sobre:

- Consumo diario de tabaco. Marcas y tipo de empaquetado. Historia personal del fumador, frecuencia de su consumo, comportamiento actual, dependencia de nicotina, e intentos de abandono del tabaco.
- Conocimientos y creencias básicas sobre fumar. Conocimientos sobre los efectos en la salud de fumar y creencias relevantes sobre fumar y abandonar, riesgos percibidos y gravedad percibida de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.
- Preguntas relativas a las políticas de control de tabaco. Conciencia, impacto y creencias respecto de cada uno de los temas de las políticas de reducción del tabaco del CMCT (mensajes de advertencias, impuestos/precios, publicidad/ promoción, políticas de ambientes libres de humo, descriptores light/suave); percepción del nivel de acatamiento de las normas.
- Otros importantes predictores sicosociales de la conducta de fumar y variables distales (creencias sobre normas, autoeficacia, intenciones de dejar, comportamiento planeado).
- Otras variables individuales relevantes para la conducta de fumar (depresión, estrés, dolencias)
- Indicadores socio demográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación, ingresos, educación)

## **Algunos resultados en la experiencia uruguaya**

### **Breves características de los fumadores del estudio**

En promedio, entre las 3 ondas, el 54% del panel son mujeres y el 46% son hombres en Montevideo; la tendencia es la opuesta en las 4 ciudades del interior. La gran mayoría de los fumadores es fumador diario, pero esta tendencia decreció en el tiempo. En 2006 en Montevideo el 95% era fumador diario y 5% semanal u ocasional; en 2008 se situó en 83% diario y 8% semanal, sumando 9% de abandonos; y en 2010 cayó a 79% diario y 9% semanal, alcanzando 13% los abandonos. Entre 2006 y 2010 pasaron del 66% al 75% los fumadores que preferían cigarrillos industriales, mientras que pasaron del 21 al

<sup>8</sup> Aunque se puede advertir el perfil urbano del estudio, recuérdese que el 95% de la población es urbana en Uruguay, y que según ENPTA 2008 (Boado y Bianco 2010<sup>a</sup>; opcit) la prevalencia de tabaquismo es decreciente en función del tamaño de los centros urbanos. A lo cual, si se advierte que la probabilidad de éxito de un panel es función de una pérdida de casos inferior al 30%, por onda de relevamiento, es claro que la chance de medir los impactos es la sola función de poder hallar a los participantes del estudio. Con esto queda claro el objetivo no es la mera prevalencia, sino los efectos de la política allí donde más debe llegar.

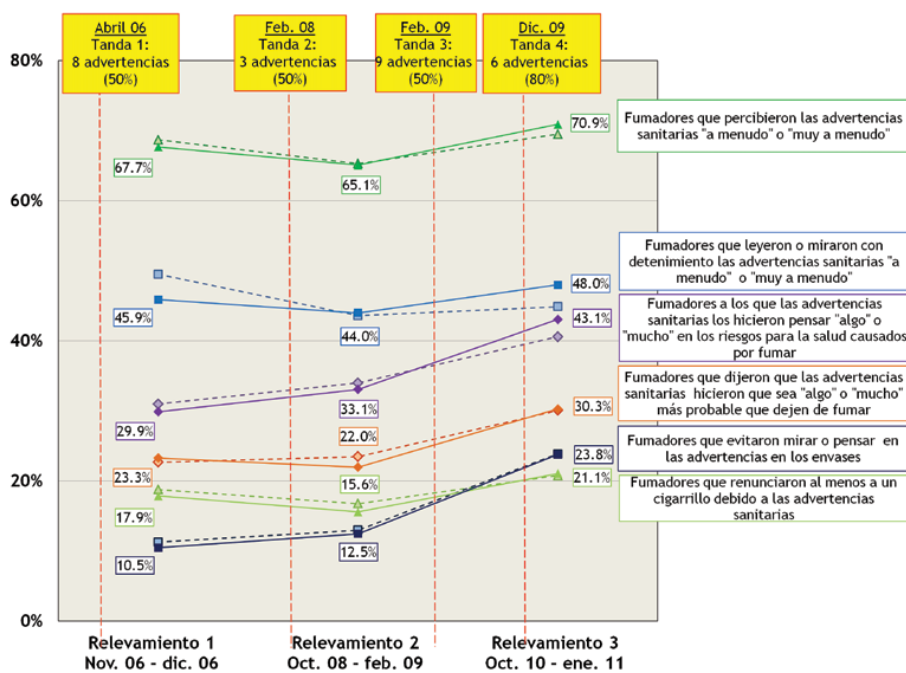
<sup>9</sup> Ver en bibliografía Thompson et al (2004) y ProyectoITC2012 (2012).

15% los que fumaban tabaco de armar y cigarrillos, y también se redujeron del 13 al 8% los que sólo preferían tabaco de armar. En este período, que coincide con el inicio de las medidas de control del tabaco, Uruguay creció a más del 8% promedio anual. Por lo cual los éxitos de la política ante la expansión de los ingresos reales de las personas debieron acompañarse con una creciente presión fiscal sobre el producto<sup>10</sup>.

### El influjo de las advertencias sanitarias.

ITC entiende que las advertencias sanitarias en la propia cajilla de cigarrillos, ocasionan las primeras reacciones a la política. Este aspecto es crucial, y lo pregunta de manera directa (ud vió, leyó, pensó, dejó de fumar, etc) sobre la base de respuestas graduadas. Uruguay ha liderado la implementación de imágenes de advertencia a través de varias tandas de advertencias, que fueron incrementando el tamaño y la intensidad gráfica, aquí sólo consideraremos las mediciones entre 2006 y 2010. Las tendencias de las respuestas de los fumadores destacan la efectividad de las mismas.

**Gráfico 1. Impacto de las advertencias sanitarias en las percepciones y comportamientos de los fumadores en el último mes, por relevamiento.**



Las advertencias sanitarias en las cajas de cigarrillos de las tandas 1 y 2 fueron simbólicas y menos efectivas para captar la atención de los fumadores, y hacerlos pensar en los riesgos para la salud por fumar y en la posibilidad de dejar. En la tanda 2 las advertencias ocupaban el 50% de ambos lados de la caja. Pero las advertencias de las tandas 3 y 4 fueron más grandes, ocuparon el 80% de cada lado, más directas y menos simbólicas, con imágenes explícitas del daño. Como resultado de este cambio, puede verse que aunque la visibilidad siempre fue alta (68-70%), y la lectura mediana y estable (44-48%), las

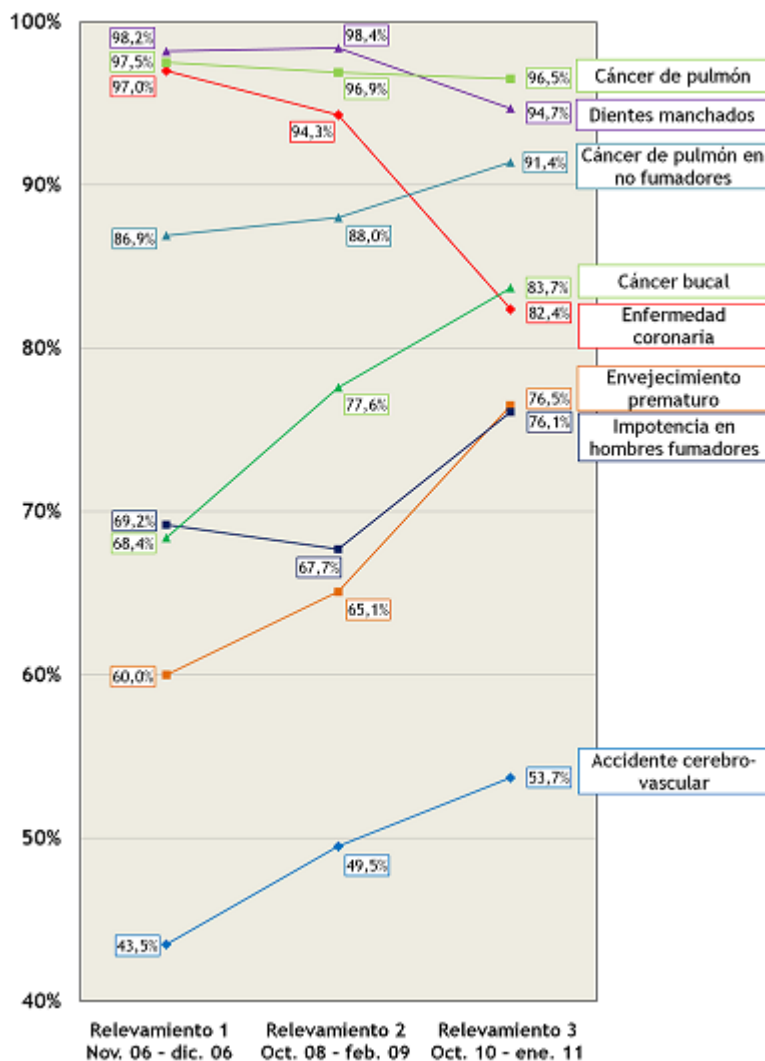
<sup>10</sup> La situación es compleja porque el tabaco aún no ha salido de la canasta básica de bienes, con la cual se mide la inflación. Por ende está limitada la presión fiscal recomendable por su efecto inflacionario. Aún no se ha modificado esta situación. Es un déficit.

otras variables, en secuencia, reflejan el impacto en la propensión a pensar en los daños, la chance de abandonar, la propensión a no querer mirar y la chance de frenarse de fumar.

Los estudios que destacan las diferencias de énfasis en los diseños de las advertencias, comparando períodos de medidas de políticas y tipos de advertencias, entre países (<sup>11</sup>), señalan un comienzo tenue de las advertencias en Uruguay, y luego su pasaje a mensajes más directos y sensibles.

Eso explica el debilitamiento de la tendencia inicial y buena de 2006 hacia 2008, y su recuperación hacia 2010, como vamos a ver en estos y otros indicadores seleccionados.

**Gráfico 2. Porcentaje de fumadores que creen que fumar causa las siguientes condiciones o resultados en la salud, por relevamiento.**



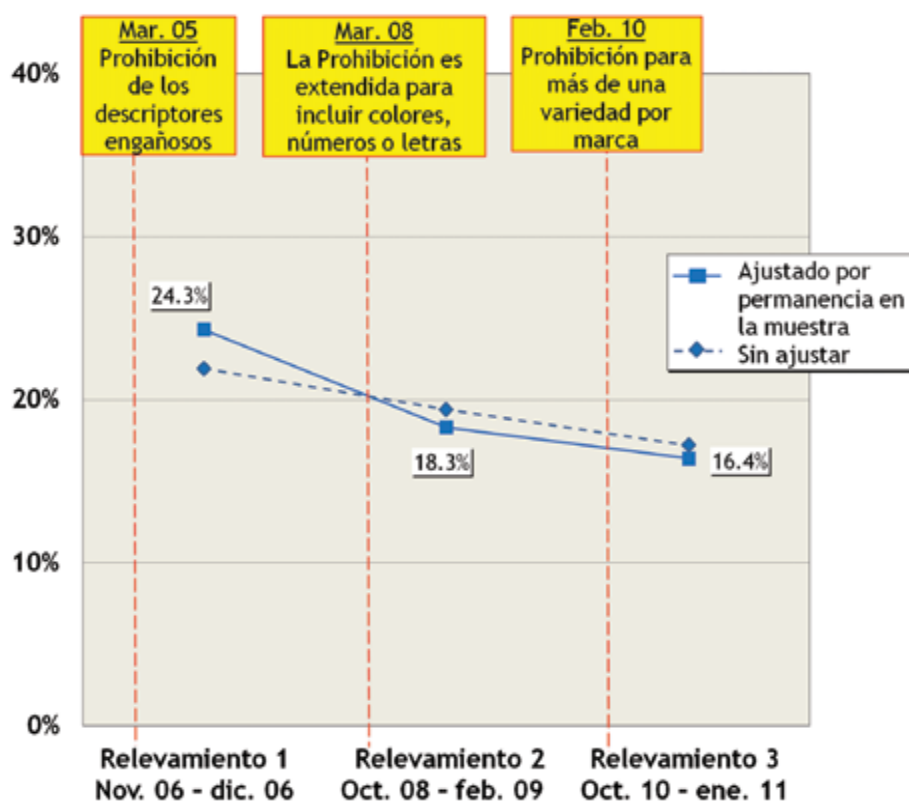
Pero como señala el esquema teórico de ITC el efecto de las políticas pasada la primera percepción va más allá. La evolución de las advertencias desde las tandas 3 y 4, han jugado un papel importante también en las creencias de los fumadores sobre los riesgos que tiene fumar para la salud. El gráfico 2 señala que de manera creciente los entrevistados incorporaron ideas sobre las enfermedades. Sin embargo, sigue siendo necesario informar mejor sobre los efectos de fumar respecto de enfermedades

<sup>11</sup> Ver Hammond Fong et al (2007), y Thrasher, Villalobos et al (2010); Proyecto ITC2012 (opcit).

coronarias, accidentes cerebrovasculares y envejecimiento prematuro, que todavía no tienen plenamente asumidos, y que representan más desafíos para su implementación gráfica.

El envasado y etiquetado plano de productos de tabaco es requerido por CMCT como componente esencial para una estrategia nacional que reduzca el consumo de tabaco, e impida que la industria tabacalera promueva sus productos como menos dañinos. En este punto lo central es ver cómo las advertencias ayudan a desenmascarar la estrategia de la publicidad engañosa, que sugiere que cigarrillos light, o mild, o suaves, son menos dañinos<sup>12</sup>. La importancia está en la resistencia al cambio de ciertas creencias, que están sustentadas la creencia en un daño menor de productos falsamente benignos. Se advierte aquí una tendencia decreciente, aunque no muy pronunciada, a mantener la creencia del nivel de daño reducido de la marca de interés.

**Gráfico 3. Porcentaje de fumadores que al elegir su marca pensaron que era menos dañina, por relevamiento.**



### Espacios libre de humo

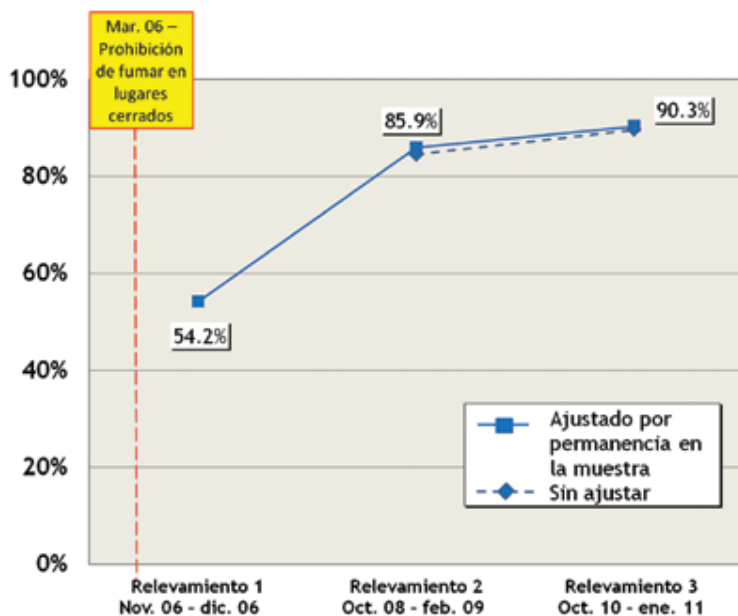
Desde la implementación de la legislación en 2006 en Uruguay, continúa creciendo el apoyo de los fumadores a políticas integrales de espacios libres de humo de tabaco. En el tercer relevamiento (2010) más del 90% de los fumadores estuvieron “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” con que tanto

<sup>12</sup> Las reglas vigentes en Uruguay para envasar y etiquetar productos de tabaco son de las más firmes en el mundo después de Australia. Por ende no es en vano que el juicio iniciado por Phillip Morris International (PMI) contra el gobierno de Uruguay es un intento de debilitar los esfuerzos que Uruguay ha hecho para proteger a sus ciudadanos de los efectos nocivos del uso de tabaco.

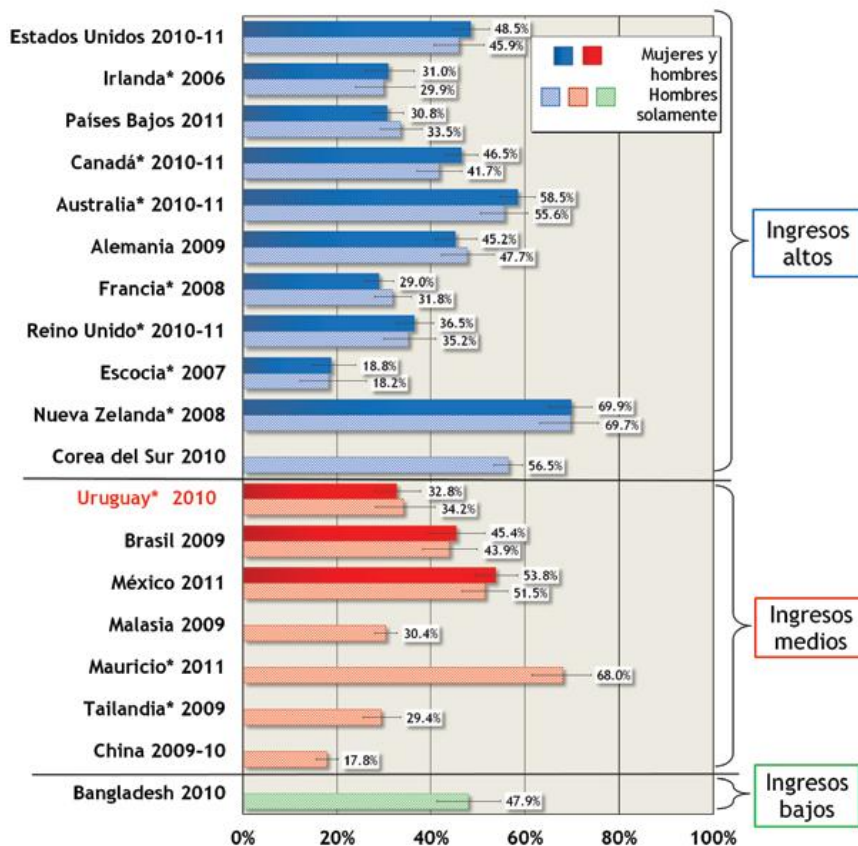


clientes como empleados tienen derecho a respirar aire libre de humo de tabaco en espacios públicos, y lugares de trabajo.

**Gráfico 4. Porcentaje de fumadores que apoya la prohibición de fumar en todas las áreas de los lugares de trabajo, por relevamiento.**



**Gráfico 5. Porcentaje de fumadores que informó que no se permitía fumar “nunca” en sus hogares, por relevamiento.**



\*Países con prohibiciones totales de fumar en bares, restaurantes y lugares de trabajo, en efecto en el momento de la encuesta

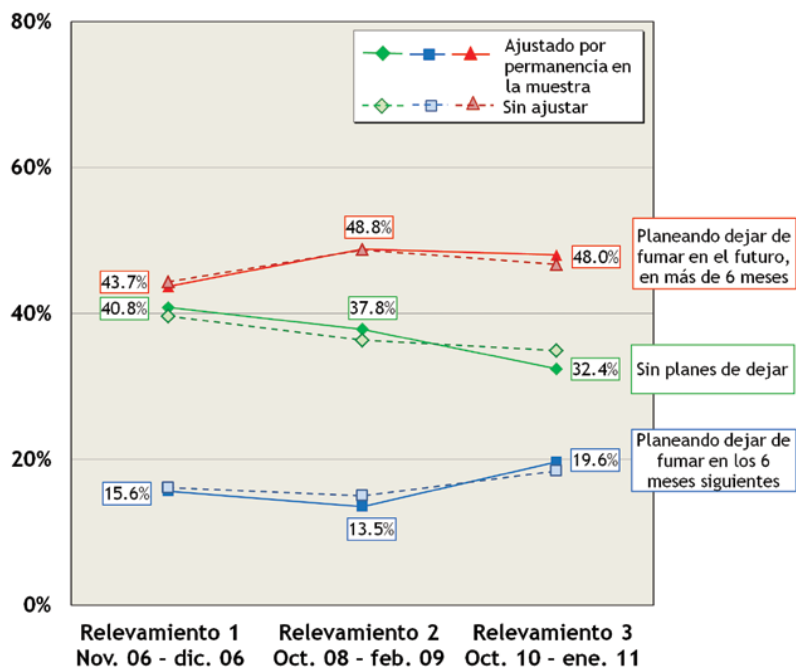
Al igual que en otros países del ITC, el predominio de hogares libres de humo de tabaco (no se puede fumar en ningún momento en su interior) aumentó luego de implementar la legislación de ambientes libres de humo (de 18% en 2006 a 29% en 2010). Este es un aspecto muy importante y positivo porque el ámbito familiar es muy importante para los uruguayos. No obstante, el predominio de hogares libres de humo de tabaco en Uruguay es más bajo que en otros países latinoamericanos de ITC (como México y Brasil) que no tienen leyes integrales vigentes de ambientes libres de humo de tabaco.

Frente al creciente predominio de los ambientes libres de humo en los hogares la percepción de los entrevistados sobre el cumplimiento de la norma en otros ámbitos es dispar. Hay una percepción de elevado cumplimiento de la prohibición de fumar en restaurantes y cafés (menos del 7% de los entrevistados dijeron haber visto gente fumando allí de 2008 a 2010). Pero en los lugares de trabajo otra cosa, casi un cuarto de los entrevistados siguió viendo personas fumando allí. Por ende, si la vigilancia del tabaco, no se integra a la vigilancia de la calidad de lugares de trabajo de manera directa, será muy difícil mejorar allí.

### Comportamiento futuro de los fumadores

Hemos repasado una serie de mediaciones, que anticipan elementos que pueden influir en la propensión al abandono. Como antecedente que puede agregarse a lo visto es que 2/3 de los fumadores han intentado abandonar el cigarrillo y recaen en la adicción. A este fin es que revisamos si los fumadores tienen planes de abandono de cigarrillo. Menos de un cuarto de los fumadores respondió tener planes para dejar en los próximos 6 meses. Naturalmente hay numerosas causas. Y no es una percepción extendida entre los fumadores que la sociedad uruguaya desaprobe el fumar. Así, esta baja negatividad percibida representa un desafío para crear un contexto que apoye la cesación pese a los numerosos intentos.

**Gráfico 6. Porcentaje de fumadores que planean dejar de fumar, por relevamiento.**



## **Discusión final**

Iniciamos el trabajo con una doble pregunta: ¿cómo lo hace Uruguay y por qué tiene estos resultados? Y para poder responder usamos algunas variables del modelo ITCPEs para evaluar políticas sanitarias anti tabaco. Cada grupo de ellas tiene un papel claro, en el modelo e ilustrativo de la secuencia, y a la vez ilustra la evolución de la variable en la sucesión de las dosis de la política de control del tabaco.

El efecto de las advertencias sanitarias en las cajillas de cigarrillos es notorio. Son visibles en todo momento, pero su efecto a mediano y largo plazo debe acompañarse con una evolución permanente. Así como las marcas de las tabacaleras están permanentemente intentado introducir formas colores o diseños que anclen las decisiones de consumo y de fidelidad al producto, las políticas deben considerar lo contrario al beneplácito. Las primeras imágenes no tuvieron el impacto creciente que mostraron las últimas dos tandas. Es por eso que las mediciones de numerosos aspectos que se presentaron señalaron buen arranque, luego debilitamiento, y luego una recuperación de la iniciativa.

Esto se nota en numerosas variables que expresan comportamientos que por sí no reciben un impacto directo de la política. Las creencias en los efectos de las enfermedades, la recurrencia a los servicios de asistencia (que esta vez no examinamos), los efectos sobre los daños directos, o la benignidad de tipos de cigarrillos, están atados a esta instancia directa que se juega en las cajillas. Y también en la cartelera que rodea al punto de venta.

La población crecientemente apoya la política de ambientes libres, pero no ha de-normalizado el consumo de manera decisiva. El efecto está llegando a los hogares restringiendo el consumo sin control en el interior, y mismo radiándolo de manera definitiva.

Pero aún faltan acciones más decisivas que sostengan el buen acatamiento y el reconocimiento positivo que la política ha despertado. El buen acatamiento en lugares públicos es una buena señal, pero la dificultad de vigilancia en los lugares de trabajo pone en evidencia nuevamente contradicciones. Tolerancias que deberían atarse a decisiones institucionales precisas. La ley de 2008 prohibió fumar en hospitales e institutos de enseñanza. Debe priorizarse una vigilancia similar para las condiciones de trabajo, en especial de instituciones privadas, prohibiendo fumar en todos los perímetros. Y esto puede lograrse de la misma forma que se impide ingresar alcohol a los lugares de trabajo, o de la misma forma que se inspeccionan condiciones de seguridad laboral. Debe entrar el control de los ambientes libres de humo en la cartilla de salud laboral. El humo no es un desliz, como no lo son los gases o cualquier forma de contaminación aérea.

También debe desnormalizarse ciertas prácticas técnicas que incluyen al tabaco como un producto de primera necesidad en la canasta de viene con que se mide la inflación. Si sale de ese puesto puede subir en forma ilimitada impactando sobre el consumo pero sin hacer variar la inflación oficial. Esto es un cambio, otra vez hacia dentro del Estado.

La baja propensión al abandono es un resultado complejo que en este trabajo no se analiza, pero que se ancla en la alta proporción de fracasos. Esto cierra el círculo de la alta chance que el relapso tiene si sólo se recibe comunicaciones y si no se recibe apoyo sanitario. Las políticas no parecen haber tenido toda la coordinación necesaria y por momentos fueron más amables que eficaces. A partir de la reglamentación de la ley y del fin de la propaganda del tabaco, cuando se da efectivización del discurso oficial, los resultados volvieron a recuperarse pero aún hay huecos. Profundizar es posible y la propensión al abandono debe examinarse con método en futuros trabajos como consecuencia de todo el set de resultados previos porque debe recibir señales más claras aún.

## **Bibliografía**

Bianco, E. Boado, Sandoya,E. 2009 “Control del tabaquismo en Uruguay”;en: [http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes34/art\\_21.pdf](http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes34/art_21.pdf)

Boado M. Bianco, E. 2010a “Primera Encuesta Nacional de Tabaquismo - Uruguay 2008” en: [http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes36/art\\_06.pdf](http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes36/art_06.pdf)

Boado M. Bianco, E. 2010b “Tabaquismo y ambientes libres de humo en el Uruguay 2008”; [http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes37/art\\_19.pdf](http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes37/art_19.pdf)

Borland & Cummings (Eds) et al (2008) “Methods for evaluating Tobacco Control”; Vol 12, International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization, Geneva.

Fong, Hammond, Thompson & Driezen (2004) “International Tobacco Control Policy Evaluation Survey (ITC 4- Country Survey). Technical Report wave 1”. University of Waterloo.

Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et.al. (2006) “The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project”. *Tob Control*;15(suppl 3): en:[http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl\\_3/iii3.abstract](http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl_3/iii3.abstract)

Hammond D, Fong GT, Borland R, Cummings KM, McNeil A, Driezen P. (2007) “Text and Graphic Warnings on Cigarette Packages: Findings from the International Tobacco Control Four Country Study”. *Am J Prevent Med*; 32: 202-9.

Panamericain Health Organization. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Uruguay 2009. Uruguay: PAHO/WHO, 2011; en: <http://www.msp.gub.uy/documentos/gats2009.pdf>

Sandoya,E; Bianco E. (2011) “Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay”;en: *Revista Uruguaya de Cardiología*, N3 Vol 26 SUC.

Thompson, Fong, Hammond, Boudreau, Driezen, Hyland, Borland Cummings, Hastings, Siapush, McIntosh & Laux (2006) “Methods of the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey”. *Tobacco Control*, June; 15(Suppl 3) doi: [10.1136/tc.2005.013870](https://doi.org/10.1136/tc.2005.013870)

Thrasher, J; Boado, M; Sebrie, E. (2009) “Smoke-free policies and the social acceptability of smoking in Uruguay and Mexico: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project”. *Nicotine & Tobacco Research*, v. 11 6 , p. 591-599, 2009.

Thrasher, J; Villalobos, V.; Szklo, A.; Fong; G.; Pérez, C.; Sebrie, E.; Sansone, N.; Figueiredo, V.; Boado, M; Arillo-Santillán, E.; Bianco (2010) “Assessing the impact of cigarette package health warning labels that include different styles of pictorial imagery and text: A cross-country comparison of adult smokers in Mexico, Brazil, and Uruguay”. *Salud Publica de Mexico*.

Proyecto ITC2012 (2012)“Informe Nacional ITC Uruguay. Resultados de los levantamientos 1 al 3 de la Encuesta (2006 al 2011)”. Universidad de Waterloo,/ Canada; Centro de Investigacion para la Epidemia del Tabaquismo (CIET Uruguay); Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica/Uruguay.

World Health Organization 2006 “Why is tobacco a public health priority?”. Ginebra, WHO. en:[http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html)