

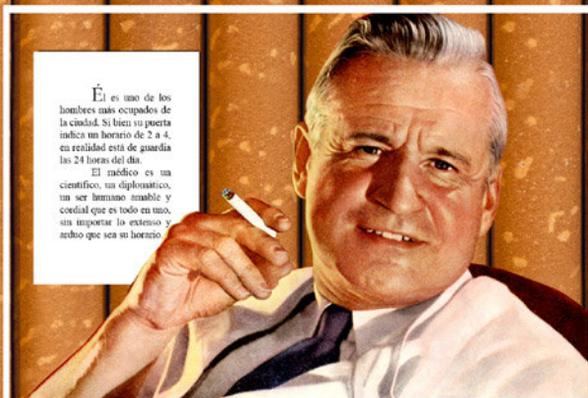
LA HISTORIA DE LA PUBLICIDAD DE TABACO DESDE LA SALUD PUBLICA

DE RECOMENDAR EL CIGARRILLO A LA NECESIDAD DE REGULARLA



Doctor Jonatan Konfino

TESIS DOCTORAL



Según una encuesta reciente de Nationwide:

MAS DOCTORES FUMAN
QUE CUALQUIER OTRO CIGARRILLO



LA HISTORIA DE LA PUBLICIDAD DE TABACO DESDE LA SALUD PUBLICA

DE RECOMENDAR EL CIGARRILLO A LA
NECESIDAD DE REGULARLA

Konfino, Jonatan

La historia de la publicidad de tabaco desde la salud pública : de recomendar el cigarrillo a la necesidad de regularla / Jonatan Konfino. - 1a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-3679-60-5

1. Tabaco . 2. Salud Pública. 3. Tesis Doctorales. I. Título.
CDD 362.10422



Universidad Nacional Arturo Jauretche

Rector: **Lic. Ernesto Fernando Villanueva**

Directora del Instituto de Ciencias de la Salud: Directora: Lic. Teresa Poccioni

Coordinación editorial: Gabriela Ruiz

Diseño interior y de tapa: Editorial UNAJ

Imagen de tapa: De la colección de la Universidad de Stanford (<https://tobacco.stanford.edu/>)

1ª edición, Septiembre de 2021

© 2021, UNAJ

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4275-6100

editorial@unaj.edu.ar

www.unaj.edu.ar

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Universidad Nacional Arturo Jauretche

**LA HISTORIA DE LA PUBLICIDAD DE
TABACO DESDE LA SALUD PUBLICA**

**DE RECOMENDAR EL CIGARRILLO A LA
NECESIDAD DE REGULARLA**

Doctor
Jonatan Konfino

TESIS DOCTORAL

El contenido de esta obra corresponde a la tesis titulada:
**“Impacto sanitario de la prohibición total de publicidades
de productos elaborados con tabaco”**

Director de tesis: Raúl Mejía
Consejero de estudios: Andrés Pichon-Riviere
Año de presentación: 2021
Facultad de Medicina - UBA

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
PRÓLOGO	11
RESUMEN	13
ABSTRACT	15
ANTECEDENTES DEL TEMA EN ESTUDIO	17
La epidemia de tabaco: situación mundial	17
La epidemia de tabaco: situación en Argentina	23
La publicidad de los productos elaborados con tabaco	29
La regulación de la publicidad de tabaco en el mundo	47
La regulación de la publicidad en Argentina: Ley Nacional de Control del Tabaco N° 26.687	57
OBJETIVOS	61
Objetivo general	61
Objetivos específicos	61
METODOLOGÍA	63
El Cardiovascular Disease Policy Model	63
El Cardiovascular Disease Policy Model versión Argentina	66
Efectividad de la prohibición completa de la publicidad de tabaco	72
Intervención modelada	73
Análisis de sensibilidad	76

RESULTADOS.....	77
Resultados de la calibración.....	77
Resultados de la intervención.....	79
Análisis de sensibilidad.....	86
DISCUSIÓN.....	89
CONCLUSIONES.....	97
Fuentes de financiamiento.....	98
Agradecimientos.....	98
Conflictos de interés.....	98
ANEXO I. Proyecto de Ley de Modificación de la Ley 26.687 de Control de Tabaco (Expte. 399/18).....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

AGRADECIMIENTOS

A mi padres, Hebe y Gustavo, por el ejemplo y hacer posible el anhelo de mis abuelos inmigrantes que Florencio Sánchez consagro en “Mi hijo el doctor”

A mis hermanos, Demian y Brenda, por nuestra entrañable fraternidad

A mi compañera Adriana por el amor

A mis hijas Paloma y Violeta por ser el viento que todo empuja

A mis compañeros por enseñarme a ponerle el cuerpo a las ideas

A mi mentor Raúl Mejía por mostrarme el camino

A los trabajadores de salud

A la comunidad, eje de nuestras acciones

A nuestro país por la gratuidad universitaria y haberme permitido ser la primera generación de universitarios en mi familia

PRÓLOGO

La presente tesis doctoral intenta ser un aporte más hacia la consolidación del derecho a la salud en nuestro país. Aborda un tema como es la epidemia del tabaco de enorme impacto sobre la salud de la población, pero afortunadamente con una serie de estrategias de probada efectividad que contribuirían a evitarla o al menos disminuir su daño. Este trabajo de investigación pretende ser una contribución a que los tomadores de decisión formulen políticas públicas, en este caso de salud, basándose en la mejor evidencia científica disponible. Es la continuación de un camino que se inició allá por el 2007 en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires cuando hacia el final de mi residencia en medicina interna comenzó mi interés por el tabaquismo a través de la oferta de clínicas intensivas de cesación tabáquica. Continué luego con mi interés en las políticas públicas y en lo particular de qué manera se podía abordar esta epidemia desde un lugar más global, por fuera del consultorio, multiplicando por miles el impacto de sus aciertos. Camino que me llevó a ser Magister en Efectividad Clínica en 2012 con una tesis que también abordó esta problemática, coordinar el Programa Nacional de Control de Tabaco en 2013 y poder así pensar e implementar desde el nivel Nacional estrategias que reduzcan el impacto del consumo y la exposición al tabaco, por ejemplo a través de la selección de advertencias sanitarias para los productos elaborados con tabaco, la capacitación de los equipos de salud, el fortalecimiento de la línea 0800 para dejar de fumar, y la fiscalización de la Ley Nacional de Control de Tabaco No 26.687, entre otras. En esta etapa, la presente tesis intenta seguir acercando la academia a las necesidades cotidianas de la población, no solo a través de diagnósticos precisos sino también aportando propuestas de solución.

RESUMEN

Introducción: el tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo. En nuestro país provoca cerca de 45.000 muertes anuales (aprox. el 13% del total de las muertes anuales), en su mayoría por Enfermedades No Transmisibles (ENT). Si bien el consumo viene descendiendo de manera constante desde 1999 en el contexto de avances en materia regulatoria a nivel municipal, provincial y nacional como ha sido la Ley Nacional de Control de Tabaco N° 26.687, continúa siendo uno de los más altos en la región.

Objetivo: estimar el impacto sanitario de la prohibición total de publicidades de productos elaborados con tabaco en términos de eventos cardiovasculares evitados en la población de mayores de 35 años.

Métodos: se utilizó el *Cardiovascular Disease Policy Model* (CVDPM, por sus siglas en inglés) que es un modelo de simulación utilizado para representar y proyectar la mortalidad y morbilidad por eventos cardiovasculares (ECV) en la población de 35 o más años. La población es estratificada según edad, sexo, y otros 6 factores de riesgo: presión arterial sistólica, consumo de tabaco, colesterol HDL, colesterol LDL, índice de masa corporal, y diabetes mellitus. Constituye un modelo demográfico-epidemiológico, que representa a la población entre 35 y 95 años de edad, y utiliza un modelo de regresión logística basado en la ecuación de Framingham para estimar la incidencia anual de enfermedad cardiovascular. De acuerdo a la revisión de la literatura se asumió que implementar una prohibición completa de publicidad de productos de tabaco conduciría a una reducción en el consumo de tabaco del 9%.

Resultados: la prohibición completa de publicidad podría evitar, en un periodo de 10 años, 15.164 muertes, de las cuales 2610 corresponderían a

enfermedad coronaria y 747 a accidentes cerebrovasculares (ACV). Estas reducciones significarían una disminución anual de 0,46% del total de muertes, 0,60% de las muertes por enfermedad coronaria y de 0,33% en las muertes por ACV. Además en ese mismo lapso evitaría 6630 infartos agudos de miocardio y 2851 ACVs (reducciones del 1,35% y 0,40% respectivamente).

Conclusión: Esperamos que estos hallazgos puedan contribuir a fortalecer las políticas sanitarias de control del tabaco en Argentina a partir de los notables beneficios de prohibir integralmente la publicidad de productos de tabaco y en consonancia con las recomendaciones mundiales actuales.

Palabras claves: tabaquismo, enfermedad cardiovascular, publicidad, modelo de simulación, Argentina.

ABSTRACT

Health impact of the total ban on advertising of tobacco products

Introduction: tobacco is the leading cause of preventable death in the world. In our country, tobacco causes about 45,000 annual deaths (approximately 13% of total annual deaths), mostly due to Non-communicable Diseases (NCDs). Although tobacco consumption has been declining steadily since 1999 in the context of advances in regulatory matters at the municipal, provincial and national levels, such as the National Tobacco Control Law No. 26,687, it remains one of the highest in the region.

Objective: to estimate the health impact of the total ban on advertising of tobacco products in terms of avoided cardiovascular events in the population over 35 years of age.

Methods: The Cardiovascular Disease Policy Model (CVDPM) was used, which is a Markov simulation model used to represent and project mortality and morbidity due to cardiovascular disease (CVD) in the population aged 35 or over. The population is stratified according to age, sex, and other 6 risk factors: systolic blood pressure, tobacco use, HDL cholesterol, LDL cholesterol, body mass index, and diabetes mellitus. It constitutes a demographic-epidemiological model, which represents the population between 35 and 95 years of age and uses a logistic regression model based on the Framingham equation to estimate the annual incidence of cardiovascular disease. According to the literature review, it was assumed that implementing a complete ban on advertising of tobacco products would lead to a 9% reduction in tobacco consumption.

Results: the complete ban on advertising could prevent 15,164 deaths over a period of 10 years, of which 2610 would correspond to coronary heart disease and

747 to stroke. These reductions would mean an annual decrease of 0.46% of total deaths, 0.60% of deaths from coronary heart disease and 0.33% in deaths from stroke. In addition, during the same period it would avoid 6630 acute myocardial infarctions and 2851 strokes (reductions of 1.35% and 0.40% respectively).

Conclusion: We hope that these findings might contribute to strengthening sanitary tobacco control policies in Argentina based on the remarkable benefits of banning the advertising of tobacco products in full and in line with current global recommendations.

Key words: smoking, cardiovascular disease, advertising, simulation models, Argentina

ANTECEDENTES DEL TEMA EN ESTUDIO

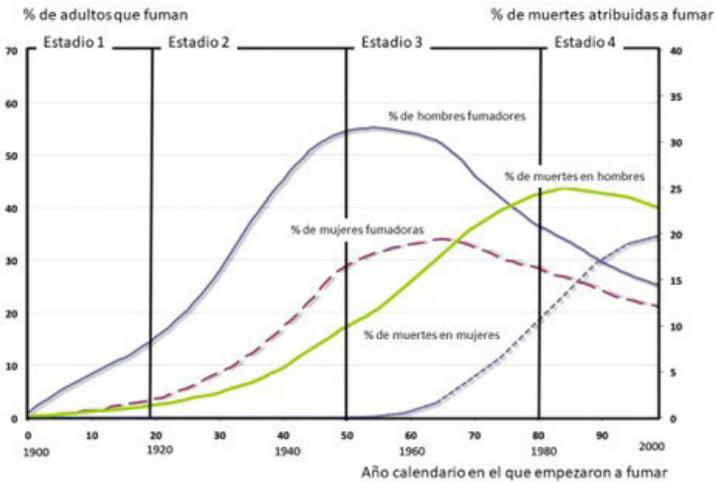
LA EPIDEMIA DE TABACO: SITUACIÓN MUNDIAL

El tabaco (planta perteneciente a al género *Nicotiana*) era considerado sagrado por los pueblos originarios de América. Podía ser utilizado de diversas formas y para distintos fines: había quienes lo inhalaban, masticaban, fumaban o aspiraban, se preparaban infusiones y soluciones que se administraban como enemas. A partir de la llegada de los españoles a América, el consumo del tabaco comenzó a utilizarse para satisfacer placeres personales, llegó a Europa en el siglo XVI y se popularizó su uso entre los siglos XVII y XVIII para curar enfermedades tales como catarro, dolor de muelas, reumatismo y envenenamiento de la sangre.(1) El aumento de la demanda por los consumidores europeos convirtió al cultivo y procesamiento de tabaco en una actividad muy lucrativa por lo que la corona española promovió el cultivo de tabaco y luego el procesamiento en toda la región de Centroamérica y el Caribe.(2)

Sin embargo recién en 1886 se populariza el consumo de tabaco a partir del descubrimiento de la máquina para hacer cigarrillos por parte de James Bonsack en Virginia, Estados Unidos.(3) Una de las razones que podría explicar la popularización del cigarrillo en la sociedad se basa en el poder adictivo de la nicotina(4) y además a un proceso de naturalización del consumo al que ha contribuido el uso de estrategias de publicidad y promoción diseminadas por los medios masivos de comunicación.(5)

Se ha propuesto un modelo desde la epidemiología del riesgo para explicar la evolución de la epidemia del tabaquismo en el mundo en el cual los países atraviesan cuatro etapas que ha sido propuesto por López y col.(Figura 1)(6) Sugiere la existencia de una transición socioeconómica de la epidemia: en las etapas iniciales el tabaco se disemina entre los grupos de hombres y a su vez de mayores ingresos, posiblemente por construcciones relacionadas con el género en la sociedad y por estar más abiertos a la innovación; durante las etapas intermedias se difunde al resto de la población, para al final reducirse entre los grupos socioeconómicos altos como consecuencia de un mayor grado de conocimiento de la consecuencias negativas de su consumo y mayor conciencia de la salud. Aunque este modelo no necesariamente aplica a todos los países, es importante visualizar la perspectiva que explica como la epidemia del tabaquismo a nivel global comenzó en Estados Unidos, Canadá y Europa para luego ir trasladándose a América Latina, África y Asia.(7, 8)

Figura 1. Modelo de la evolución de la epidemia de tabaco propuesto para países desarrollados



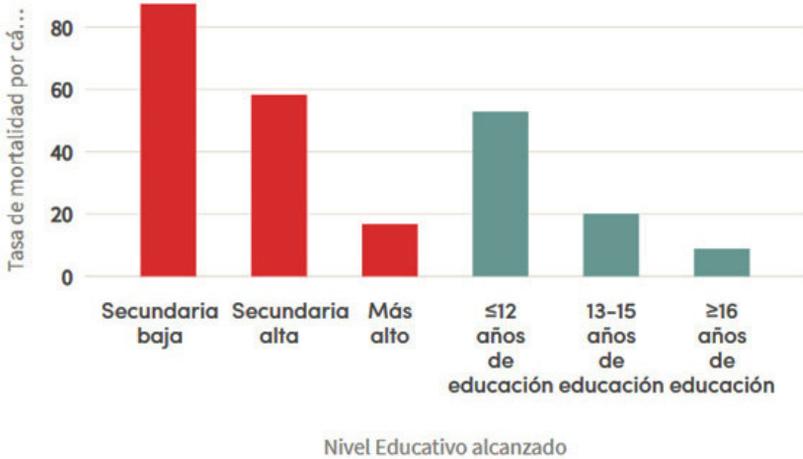
Fuente: Elaboración propia a partir de Michael Thun et al. *Tob Control* 2012;21:96-101

La globalización de la epidemia de tabaquismo obedece a una interacción mixta y compleja de factores, con efectos transfronterizos que incluyen la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa.(9) Otros factores como el carácter transnacional y monopolístico de la industria del tabaco (IT),(9) sus nuevas estrategias de mercadotecnia mundial dirigidas a captar el mercado adolescente, (10) el *cabildeo* que realiza la IT entre los grupos de influencia como decisores y medios de comunicación(11) han contribuido en el incremento exponencial del consumo de tabaco a nivel global.

Hoy en día el tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Cada año, se producen cerca de 8 millones de muertes debidas al tabaco (7 millones por consumo y 1,2 millones por exposición al humo de tabaco ajeno) (ver figura 2).(12) Alrededor del 80% de los 1.100 millones de fumadores en todo el mundo viven en países de bajos y medianos ingresos, donde la carga de enfermedades y muertes relacionadas con el tabaco es más pesada. El consumo de tabaco contribuye a la pobreza al desviar el gasto de los hogares de las necesidades básicas, como alimentos y vivienda, hacia el tabaco.(13)

En general, los países con un índice de desarrollo humano (IDH) muy alto han visto una disminución en la prevalencia del tabaquismo al menos desde la década de 1960, seguida de una disminución en las tasas de mortalidad relacionadas con el tabaquismo desde las décadas de 1980 a 1990, siendo que se relaciona la mortalidad por tabaco con el nivel educativo observándose disparidades en las tasas de mortalidad (figura 2).(14)

Figura 2. Disparidades en las muertes por tabaco: mortalidad por cáncer de pulmón en Estados Unidos según nivel educativo

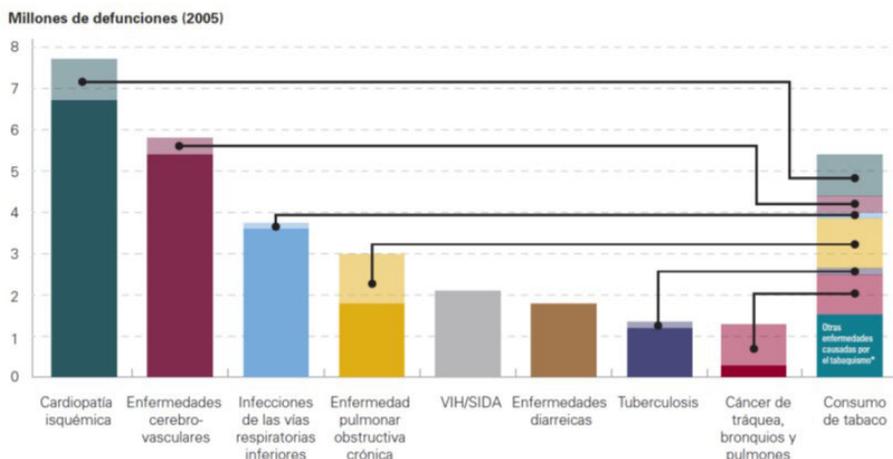


Índice de mortalidad por cáncer de pulmón entre hombres por nivel de educación alcanzado, en Polonia (2011) y en los EE. UU. (2010)

Fuente: *The Tobacco Atlas*. Disponible en <https://tobaccoatlas.org/topic/deaths/>

Además, es un factor de riesgo común para las cuatro principales enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes. A nivel mundial, estas enfermedades son responsables de 70% (39,5 millones) del total de muertes anuales, de las cuales 38% ocurren prematuramente, es decir, entre los 30 y los 70 años de edad (Figura 3).(15)

Figura 3. El consumo de tabaco y las principales causas de muerte en el mundo en 2005

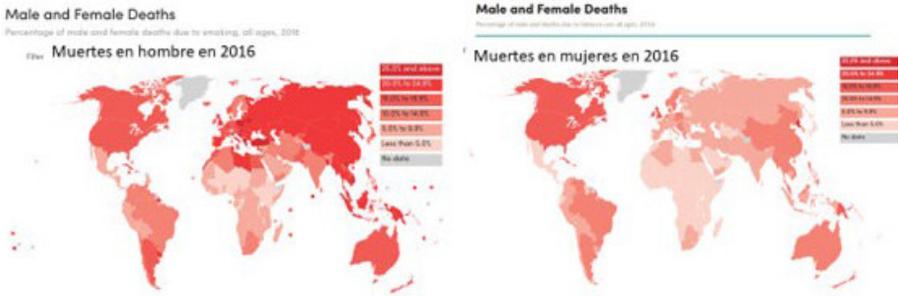


Nota: Las áreas sombreadas indican la proporción de las defunciones relacionadas con el tabaquismo, coloreadas de acuerdo con la columna correspondiente a la causa de mortalidad.* Cáncer bucal, bucofaringeo, esofágico, de estómago, de hígado y otros tipos de cáncer, así como enfermedades cardiovasculares diferentes de la cardiopatía isquémica y de las enfermedades cerebrovasculares.

Fuente: Informe Regional sobre la situación de Control de Tabaco en las Américas 2018, Organización Panamericana de la Salud

En términos globales las prevalencias de consumo de tabaco se redujo un 25% en hombres y en un 42% en mujeres,(16) aunque aún más de 800 millones de hombres y 200 millones de mujeres son fumadores (17) y se proyectan 400 millones de muertes 2010-2050.(18) El mayor número de muertes ocurren en Asia (3,1 millones en hombres y 1 millón en mujeres), seguido por Europa (1,3 millones en hombres y 0,5 millones en mujeres), América (0,5 millones en hombres y 0,4 millones en mujeres) y luego África (0,2 millones en hombres y 0,1 millones en mujeres) (Figura 4).(14)

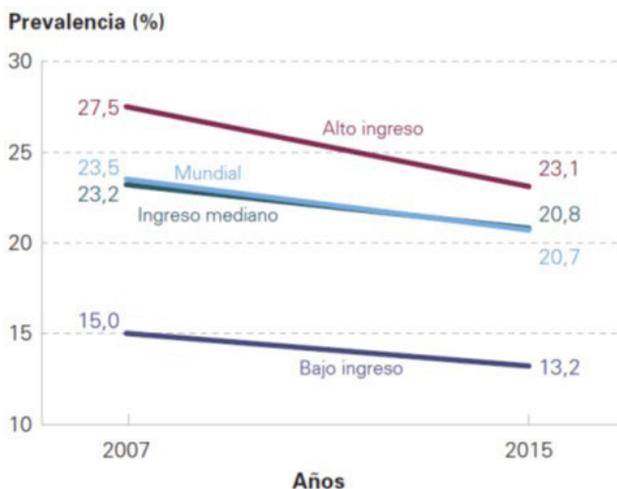
Figura 4. Porcentaje de muertes relacionadas con el tabaco en el mundo por sexo en 2016



Fuente: *The Tobacco Atlas*. Disponible en <https://tobaccoatlas.org/topic/deaths/>

Sin embargo, la mayoría de los países responsables de la reducción de esta prevalencia a nivel mundial son países de ingreso alto, donde 85% de la población se encuentra protegida por medidas de control del tabaco. En contraste, en los países de ingresos bajos solo un tercio de la población está protegida por estas medidas de control, lo que puede explicar que la reducción más modesta en la prevalencia de consumo se haya dado en estos países (Figura 5).⁽¹⁹⁾ Una revisión sistemática que incluyó 13.583 artículos, de los cuales meta-analizó 93, ratificó la asociación entre la prevalencia de consumo de tabaco y el nivel de ingreso: la prevalencia media de tabaquismo fue del 17,8% (rango 3-70%); los ingresos más bajos se asociaron estadísticamente con una mayor prevalencia de tabaquismo (odds ratio [OR]: 1,45; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,35-1,56), asociación que también fue estadísticamente significativa en el análisis de subgrupos por regiones de la OMS para las Américas (OR: 1,54; IC del 95%: 1,42-1,68), Sudeste asiático (OR: 1,53; IC del 95%: 1,10-2,00), Europa (OR: 1,45; IC del 95%: 1,29-1,63) y Pacífico occidental (OR: 1,32; IC del 95%: 1,02-1,72); en países con baja mortalidad (OR: 1,48; IC 95%: 1,37-1,60) y para ambos sexos. La prevalencia fue más alta en los niveles de ingresos más bajos en comparación con el medio (OR: 1,69; IC 95%: 1,49-1,92).⁽²⁰⁾ De esta manera se observa como aún persisten las inequidades sanitarias en materia de control de tabaco siendo los más pobres quienes más consumen y enferman.⁽²⁰⁾

Figura 5. Prevalencia mundial del consumo actual de tabaco fumado en adultos según el nivel de ingreso del país, 2007-2015



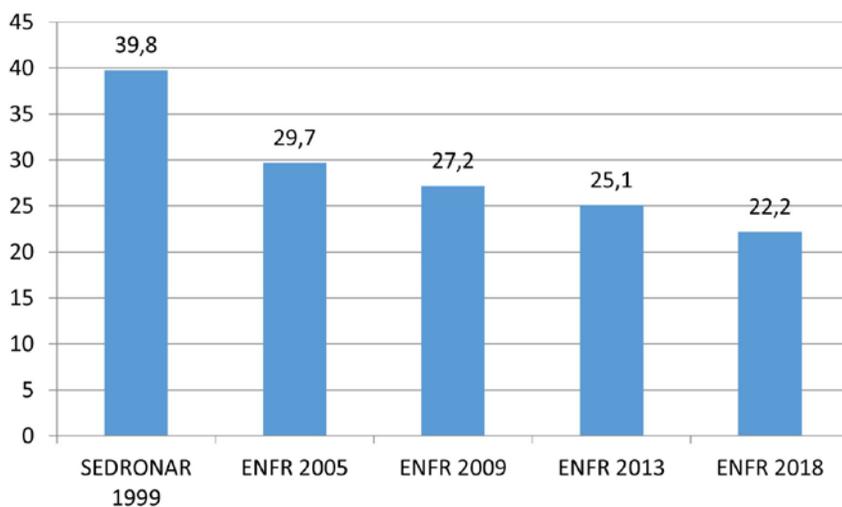
Fuente: Informe Regional sobre la situación de Control de Tabaco en las Américas 2018, Organización Panamericana de la Salud

LA EPIDEMIA DE TABACO: SITUACIÓN EN ARGENTINA

Argentina es uno de los más importantes productores de tabaco, y ocupa el 15° lugar en número de fumadores en el mundo, presentando una de las prevalencias más elevadas de la región luego de Chile.(21) En nuestro país el tabaco provoca cerca de 45.000 muertes anuales (aprox. el 13% del total de las muertes anuales), en su mayoría por Enfermedades No Transmisibles (ENT) como cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.(22) En nuestro país el tabaquismo explica la pérdida de 824.804 años de vida ajustados a discapacidad, y los costos de salud directos asociados al tabaco se estiman en US\$ 3787 millones(23) (superan a lo recaudado por impuestos a los productos del tabaco que solo alcanza a cubrir el 53,3% del total) lo que representaba el 9,6% de la inversión total en salud en 2015.(24)

Encuestas poblacionales muestran que la prevalencia de consumo de tabaco está en descenso desde el año 1999 y que han dejado de fumar en los últimos 15 años aproximadamente 1 millón de personas.(25) Datos recientemente publicados de la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) señalan que la prevalencia de consumo de tabaco continúa con su tendencia descendente desde 2005, evidenciándose un 25% de reducción desde entonces. Asimismo, disminuyó significativamente respecto de la 3ra edición de la ENFR de 2013 alcanzando al 22,2% de la población (Figura 6).(26)

Figura 6. Prevalencia de tabaquismo en mayores de 18 años



Fuente: elaboracion propia a partir de datos publicados en las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR)

Según la 4ta ENFR al analizar por jurisdicciones, Corrientes (14,9%), Misiones (15,8%), Chaco (15,4%) Santiago del Estero (16,6%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (17,5%) tuvieron una menor prevalencia que el promedio nacional.

El consumo fue mayor en varones (26,1%) que en mujeres (18,6%) y analizando por edad, la menor prevalencia se observó en los dos extremos etarios (menores de 25 años y 65 años y más). De acuerdo al nivel educativo, se evidenció que aquellos con nivel primario completo/secundario incompleto tuvieron mayor prevalencia (26,1%) que aquellos con primario incompleto (19,3%) y aquellos con secundario completo y más (20,1%). En relación al tipo de cobertura de salud, hubo mayor prevalencia en aquellas personas que manifestaron tener cobertura sólo pública (29,1%) con una diferencia significativa respecto de las personas con obra social o prepaga (18,8%). Respecto del nivel de ingresos, la población del 1er quintil (24,7%) registró una prevalencia significativamente más alta respecto de la población del 5to quintil (20,3%).(27)

El 10,3% de los fumadores actuales manifestó que actualmente fuma cigarrillos armados, y el 97,2% cigarrillos manufacturados en paquetes; el 2,8% declaró consumir exclusivamente cigarrillos armados y el 89,7% exclusivamente cigarrillos en paquete. La prevalencia de consumo de las personas que consumen de los dos tipos de cigarrillos, fue del 7,5% entre los fumadores actuales de cigarrillos.(27)

Analizando la exposición al humo de tabaco ajeno, el 25% de la población refirió haber estado expuesto en los últimos 30 días al humo de tabaco ajeno en el hogar y un 21,8% en el trabajo; evidenciándose reducciones estadísticamente significativas en relación a la tercera ENFR (27,6% y 25,0%, respectivamente).(26) La exposición al humo de tabaco en bares/restaurantes fue del 21,5%. Si bien no se evidenciaron diferencias según sexo, en la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar si se evidenció un gradiente decreciente respecto de la edad: los más jóvenes estuvieron más frecuentemente expuestos (34,7%), mientras que el grupo de 65 años y más evidencio la menor exposición en el hogar (18,6%).(26) Además, fue mayor la exposición en los dos niveles educativos más bajos, entre aquellos con cobertura de salud pública exclusiva, y se registró una mayor exposición en el hogar en los quintiles de menores ingresos, con una diferencia de más 10 puntos porcentuales entre el 1er y el 5to quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora (31,2% vs 20,3%).(26)

En cuanto a la exposición al humo de tabaco ajeno en el trabajo fue mayor entre varones (28,2%) que entre mujeres (14,4%) y entre quienes tienen cobertura de salud pública exclusiva (25,5%) respecto a los que tienen obra social o prepaga (20,1%).(26) En cambio, fue menor el porcentaje de exposición en el rango etario 65 años y más, respecto de todos los otros grupos de edad; y no se evidenciaron diferencias significativas en el resto de los indicadores socio-demográficos.(26)

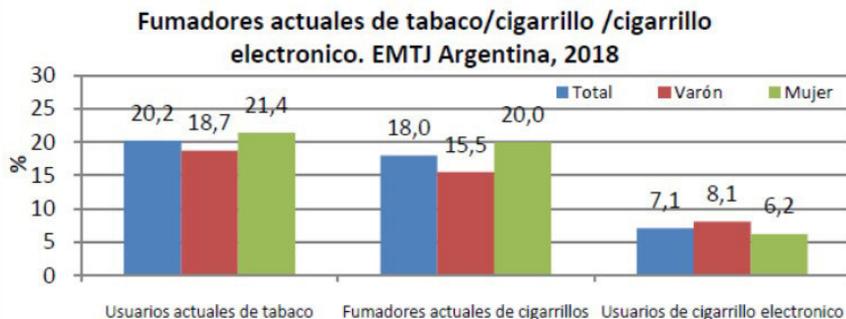
Analizando bares y restaurantes, la exposición al humo de tabaco ajeno fue mayor en los más jóvenes (37,2%). A diferencia de lo ocurrido en la exposición en el hogar según nivel educativo, se evidenció un menor porcentaje de exposición en bares y restaurantes en aquellos individuos con primario incompleto.(26)

Analizando por tipo de cobertura, se evidenció un mayor porcentaje de exposición al humo de tabaco entre aquellos con cobertura sólo pública (25,9%). También se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en la exposición en bares y restaurantes entre el primer y último quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora (24,6% vs 19,3%, 1er y 5to quintil respectivamente).(26)

Es importante destacar que se han observado gradientes sociales en relación al tabaco en Argentina: personas con menores ingresos tuvieron más chance de ser fumadores y de estar expuestos al humo de tabaco ajeno(28), mientras que aquellos con mayores ingresos tuvieron mayor chance de dejar de fumar. (29) La detección de gradientes sociales también se observó con otros factores de riesgo(30, 31), siendo mayor la carga de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles mayor en personas con menores ingresos especialmente en áreas urbanas.(32)

Analizando la prevalencia en jóvenes en la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes se observó que 20,2 % de los jóvenes, 18,7% de los varones y 21,4% de las mujeres consumen actualmente algún producto de tabaco; el 19,5 % de los jóvenes, 17,6 % de los varones y 21,1 % de las mujeres fuman actualmente tabaco; el 18,0 % de los jóvenes, 15,5 % de los varones y 20,0 % de las mujeres fuman actualmente cigarrillos; y el 1,5 % de los jóvenes, 2,3 % de los varones y 0,8 % de las mujeres consumen actualmente algún tipo de tabaco sin humo (Figura 7).(33)

Figura 7. Prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes (13 a 15 años) 2018



Fuente: Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2018: Resumen Ejecutivo. Secretaria de Gobierno en Salud, 2018

En relación a la exposición al humo de tabaco ajeno el 35,3 % de los estudiantes estuvieron expuestos al humo de tabaco ajeno en su hogar y el 43,7 % de los estudiantes estuvieron expuestos al humo de tabaco ajeno dentro de espacios públicos cerrados.(33)

Estos datos confirman que la prevalencia y la exposición al humo de tabaco continúan disminuyendo también entre los jóvenes desde 2007.(21) Sin embargo, es necesario analizar con estos datos los gradientes sociales que se observaron en ediciones anteriores de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes que evidenciaron que los estudiantes de escuelas con ayuda alimentaria tenían más probabilidad de fumar mientras que aquellos estudiantes de escuelas ubicadas en radios censales con mayor pobreza tenían más probabilidad de estar expuestos al humo de tabaco ajeno.(34)

Datos recientes de la 4ta ENFR indican que el 43,2% de la población que fue a comercios donde se venden cigarrillos, refirió haber visto alguna publicidad de cigarrillos en los comercios donde se venden cigarrillos, durante los últimos

30 días. El indicador resultó mayor que el promedio nacional en La Rioja (56,8%), San Juan (50,2%), Neuquén (49,5%) y Provincia de Buenos Aires (47,8%); y fue menor en Santa Fe (28,3%), Santa Cruz (28,9%), La Pampa (29,7%), Misiones (31,8%), CABA (36,2%) y Chaco (36,6%). También se observó que la exposición a la publicidad fue más del doble en jóvenes de 18 a 25 respecto de los mayores de 65 años (54,8% vs 25,5% respectivamente). Las personas con cobertura de salud pública exclusiva y del quintil más bajo de ingresos reportaron mayor exposición a publicidad en el punto de venta respecto de las personas con obra social o prepaga y del quintil de ingresos más alto, respectivamente.(27)

En cuanto a la percepción de las advertencias sanitarias, el 76,7% de la población que vio paquetes de cigarrillos, afirmó haber visto alguna frase o imagen impresa sobre el riesgo de fumar, durante los últimos 30 días. Este porcentaje fue mayor entre los adultos jóvenes (hasta 34 años), descendiendo significativamente entre rangos a partir de los 35 años. Las personas con nivel educativo hasta primario incompleto percibieron con menor frecuencia estos mensajes (65,7%) con relación a aquellas de los otros dos segmentos.(27, 34)

Al indagar sobre el impacto de las advertencias sanitarias entre los fumadores actuales de cigarrillos, se observó que al 43,1% de este segmento las frases o imágenes que vienen en los paquetes de cigarrillos lo hicieron pensar en dejar de fumar. Respecto de la 3ra ENFR el indicador disminuyó un 21%. En cuanto al análisis de este indicador según variables sociodemográficas, los adultos de 18 a 24 años reportaron menor incentivo de las advertencias para dejar de fumar que las personas de entre 35 a 64 años. En los niveles educativos más bajos, y en los dos primeros quintiles respecto del último, se observó mayor incentivo de las advertencias para pensar en dejar de fumar.(27)

Respecto de los indicadores de otro tipo de publicidad de cigarrillos, se observó que el 2,2% de la población total declaró haber recibido en los últimos 30 días publicidad o material de promoción de cigarrillos por correo electrónico. Resultó 3,4% al analizar este mismo indicador entre los fumadores actuales de cigarrillos. Asimismo, la suscripción a alguna página web relacionada con una marca de cigarrillos en los últimos 30 días resultó del 0,9% en la población total, mientras que entre fumadores actuales de cigarrillos la misma fue del 1,9%.(27)

Por su parte 7 de cada 10 adolescentes que visitaron puntos de venta de tabaco recordaban haber visto publicidad de cigarrillos en los 30 días previos a la encuesta.(21) Otro estudio relevó acciones publicitarias y promocionales de la industria tabacalera detectó que, a pesar de las restricciones a la publicidad, las tabacaleras llevan adelante agresivas campañas de comunicación que en numerosas ocasiones violan las leyes y apuntan principalmente a los jóvenes. (35) También se ha evidenciado una alta exposición a publicidad de productos de tabaco en medios no tradicionales. Los adolescentes también estuvieron expuestos a publicidad de productos de tabaco en páginas web,(36, 37) videojuegos,(38) y en las películas de cine (39, 40).

LA PUBLICIDAD DE LOS PRODUCTOS ELABORADOS CON TABACO

Cada año, las compañías tabacaleras pierden millones de clientes ya sea porque éstos dejan de fumar o porque mueren a causa del consumo de tabaco. Para contrarrestar esto, han implementado estrategias de marketing atractivas y agresivas destinadas a que los niños y jóvenes se conviertan en nuevos fumadores(41), aumentando la publicidad en los canales exceptuados de las prohibiciones como por ejemplo los puntos de venta de productos de tabaco (kioscos entre otros).(42, 43) Si bien la industria tabacalera argumenta la necesidad de publicitar sus productos para ganar más mercado de sus marcas en detrimento de otras marcas competidoras, se ha observado que es una estrategia para que la población asocie el fumar con valores de sofisticación, éxito y placer.(44) Por lo cual las estrategias de publicidad, promoción y patrocinio buscan:(45)

- Reclutar nuevos fumadores para reemplazar a aquellos que dejan de fumar o mueren
- Aumentar o mantener el consumo de los fumadores actuales
- Disminuir la voluntad de los fumadores actuales a dejar de fumar
- Incentivar a ex - fumadores a que retomen el consumo

Hay evidencia científica que las prohibiciones amplias de la publicidad, promoción y patrocinio reducen significativamente el consumo de cigarrillos con reducciones que oscilan entre el 6,3% y el 23,5%.(46, 47) Es por ello que la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco se encuentra dentro de las 6 medidas recomendadas en el mundo para desalentar el consumo de tabaco.(41)

La publicidad es un instrumento esencial de consumo simbólico que se apoya en la reproducción de pautas socioculturales a través de la representación de estereotipos; es una vía de difusión de ideas y una técnica de persuasión orientada a dar a conocer la existencia de productos y servicios, procurando suscitar su consumo.(48) O sea, no se ancla únicamente en la función de instruir acerca de la presencia de determinados productos en el circuito de intercambios económicos, sino que por sobre esa finalidad se erige la función esencial de pretender influir en los destinatarios -potenciales consumidores- para que se conviertan en consumidores reales.(48)

Debido a que se desconocían los efectos del tabaco sobre la salud, en la primera mitad del siglo XX las actividades de promoción del consumo de cigarrillos no encontraron resistencia en la sociedad. Como ejemplo, durante las dos guerras mundiales se proveyó de cigarrillos en forma gratuita a los soldados para ayudarlos a controlar el hambre, la ansiedad y la depresión que les generaba estar en el frente de batalla generándose así en gran número de adictos a la nicotina que luego se reinsertaron en la sociedad y contribuyeron a la incorporación del tabaco como un elemento normal de la vida diaria. Posteriormente la publicidad dirigida a los varones se ocupó de relacionar al cigarrillo con los valores masculinos predominantes como el placer por la aventura, la independencia, y el heroísmo mientras que la publicidad dirigida a las mujeres (desde la década del 60) asociaba el cigarrillo como un símbolo más del creciente movimiento de liberación de la mujer.(2)

El género es un determinante importante de las inequidades en salud en tres dominios interrelacionados: la intersección del género y otros determinantes

sociales de la salud; el impacto del género en los comportamientos de salud (protectores o riesgosos); y la naturaleza de género de las respuestas del sistema de salud.(49) Los tres dominios tienen relevancia para el control del tabaco:

- la exposición al tabaco se distribuye de manera desigual en diferentes sectores de la sociedad, y el género interactúa con la clase social, la ocupación, la edad, el origen étnico indígena, la ubicación geográfica, para reproducir y reforzar los niveles de riesgo;
- la exposición al tabaco está relacionada con las nociones de masculinidad y las nociones cambiantes de feminidad;
- las respuestas del sistema de salud (acceso a la atención; calidad de la atención recibida; género de los cuidadores) están influenciadas por el género.(49)

En muchas sociedades, el consumo de tabaco está fuertemente ligado a las construcciones de género, y puede cambiar a medida que las normas y las nociones de género cambian con el tiempo. Estas normas sociales de género han sido manipuladas y aprovechadas por la industria tabacalera durante muchas décadas, y se han utilizado con éxito para posicionar el tabaco como asociado con nociones positivas de masculinidad, así como ideas de independencia de las normas restrictivas de género y opciones para el control de peso entre las mujeres y las niñas.

Resulta necesario profundizar el análisis de las tácticas de la industria tabacalera para atraer mujeres al tabaquismo siendo que fue y es una estrategia explícita de la industria para incrementar su mercado.(50) Las primeras publicidades datan de 1919 de la Compañía Lorillard para promover las marcas *Murad* y *Helman* con imágenes que mostraban mujeres desafiantes o emancipadas y en 1926, *Chesterfield* se sumó con su campaña “Blow Some My Way” dirigida a mujeres logrando un aumento del 40% en las ventas durante dos años.(51) La asociación del tabaquismo en las mujeres con la moda y la delgadez comenzaron en 1927: *Marlboro* estrenó su campaña “Mild as May” (Suave

como mayo) en la revista de moda *Le Bon Ton*, y en 1928 *Lucky Strike* lanzó una campaña para lograr que las mujeres fumen cigarrillos en lugar de consumir dulces (“Reach for a Lucky instead of a sweet”).(51) Luego nuevamente a finales de los años sesenta y principios de los setenta se produjo un mayor desarrollo de las marcas femeninas: Philip Morris lanzó *Virginia Slims* con la mayor campaña de marketing de la empresa con su campana “you have come a long way Baby” (has recorrido un largo camino, bebé) asociando el tabaquismo con valores de glamour, delgadez e independencia.(51)

Un estudio que analizó los documentos internos de la industria tabacalera con el objetivo de identificar las necesidades psicosociales de diferentes grupos de mujeres y como las campañas publicitarias de cigarrillos para marcas que fuman las mujeres apuntaban explícitamente a posicionar los cigarrillos como capaces de satisfacer estas necesidades: a medida que las necesidades de las mujeres cambian con la edad y con el tiempo, se desarrollaron anuncios para reflejar las necesidades encontradas en las diferentes etapas de la vida de las mujeres.(52) Las marcas de cigarrillos para mujeres más jóvenes enfatizaron la sororidad, la autoconfianza, la libertad y la independencia mientras que las marcas de cigarrillos para mujeres mayores abordaron las necesidades de placer, relajación, aceptación social y escapar del estrés diario.(52)

Los medios de comunicación juegan un papel clave en la construcción del sentido común, las opiniones y las actitudes relacionadas con el tabaco dentro de las comunidades.(53) Los cigarrillos son uno de los productos más comercializados el mundo: a modo de ejemplo en Estados Unidos entre 1940 y 2005 la industria tabacalera invirtió alrededor de US\$ 250.000 millones en publicidad y promoción de cigarrillos, siendo solo en 2005 un promedio de US\$ 37 millones por día.(53) Actualmente, la mayor parte del presupuesto de marketing de la industria del cigarrillo se asigna a actividades promocionales, especialmente mediante descuentos de precios, que representan el 75% del total de gastos de comercialización: actualmente menos del 1% del presupuesto en publicidad se utiliza para publicidad en medios impresos tradicionales.(53) Hay evidencia que la publicidad del tabaco ha estado dominada por tres temas: proporcionar satisfacción (gusto, frescura, suavidad), aliviar las ansiedades sobre los peligros de fumar, y crear asociacio-

nes entre fumar y resultados deseables (independencia social, éxito, atracción sexual, delgadez).(53) La publicidad del tabaco a su vez se ha segmentado e intentado dirigirse estratégicamente de manera específica a distintos grupos de población: incluidos hombres, mujeres, jóvenes y adultos jóvenes, poblaciones raciales y étnicas específicas, grupos religiosos, la clase trabajadora y las poblaciones LBGT.(53) La evidencia científica de múltiples tipos de estudios, realizados por investigadores de diferentes disciplinas, y utilizando datos de muchos países demuestra una relación causal entre la publicidad y promoción del tabaco y el aumento del consumo de tabaco.(53) También hay evidencia que muestra que las campañas mediáticas diseñadas para desalentar el consumo de tabaco pueden cambiar las actitudes de los jóvenes sobre el consumo de tabaco, frenar el inicio del hábito de fumar y alentar el abandono de adultos. (53)

Una comprensión completa e integral del papel de las comunicaciones masivas del control del tabaco y la promoción del tabaco requiere un enfoque multinivel: **a nivel individual**, uno debe analizar cómo los factores a nivel individual, como el conocimiento, las creencias y las actitudes, influyen y son influenciados por los mensajes de los medios relacionados con el tabaco y los canales en los que se producen los mensajes; **a nivel organizativo**, la atención debe centrarse en:

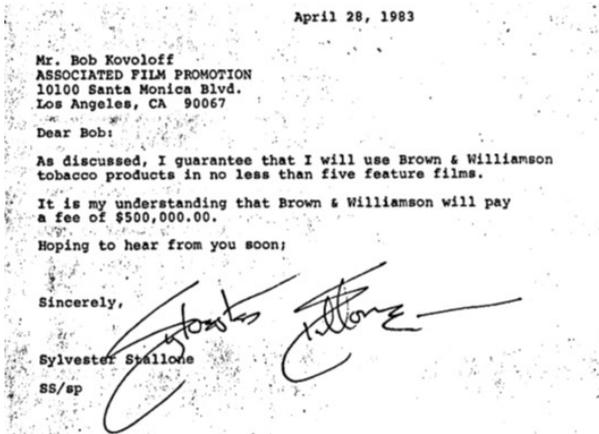
- cómo la estructura de las organizaciones de medios de comunicación y las prácticas de los profesionales de los medios conducen a la producción de mensajes de los medios en forma de publicidad, noticias y entretenimiento
- cómo los lobistas de la industria tabacalera como quienes abogan por reducir el consumo influyen en los medios de noticias y entretenimiento
- el papel de la regulación y las políticas públicas para influir en las comunicaciones del tabaco.

Finalmente, **a nivel poblacional**, es importante tener en cuenta el entorno más amplio que está formado por la interacción de la industria tabacalera, los medios de comunicación, los investigadores, quienes hacen abogacía y los encargados de formular políticas sobre el control del tabaco.(53)

La industria tabacalera también ha utilizado las películas cinematográficas como agentes de promoción de sus productos. Se estima que las imágenes de cigarrillos en las películas, especialmente de los personajes principales fumando, llevan a que 390.000 adolescentes comiencen a fumar cada año.(54) Prestigiosos actores han recibido importantes honorarios por promocionar productos del tabaco en sus películas: a modo de ejemplo Sylvester Stallone en 1983 firmó un contrato por USD 500.000 para que el personaje que él representaba apareciera fumando productos de *Brown and Williamson* en 5 películas de cine (Figuras 8 y 9).(55)

Las propagandas de la industria tabacalera en el cine que incluyeron el respaldo de Hollywood aparecieron entre 1927 y 1951, con una gran actividad en 1931-2 y 1937-8 para *Lucky Strike* de American Tobacco Company, y a fines de la década de 1940 para *Chesterfield* de Liggett & Myers.(55) Los contratos de patrocinio y la comunicación entre American Tobacco y estrellas de cine y estudios revelan explícitamente el valor de promoción cruzada de las campañas: American Tobacco pagó a estrellas de cine que respaldaron cigarrillos *Lucky Strike* por US\$ 218.750 en 1937-8 (equivalente a US\$ 3,2 millones en 2008) por sus testimonios.(55) Los avales de Hollywood en la publicidad de cigarrillos permitieron a los estudios cinematográficos publicitarse en todo el país con el respaldo de los presupuestos publicitarios multimillonarios de la industria tabacalera generándose una relación sinérgica entre las industrias tabacaleras y cinematográficas de Estados Unidos cuyos recursos eran asociar las películas “clásicas” con fumar y las glamorosas imágenes publicitarias con cigarrillos, perpetuando así la tolerancia pública del tabaquismo en pantalla y normalizando el consumo.(55)

Figura 8. Carta del actor Sylvester Stallone a una tabacalera garantizando fumar en la película sus productos a cambio de US\$ 500.000



Fuente: TruthTobaccoIndustryDocuments
<https://www.industrydocuments.ucsf.edu/tobacco/>

Figura 9. Ejemplos de publicidad de cigarrillos con actores de cine



Fuente: TruthTobacco Industry Documents
<https://www.industrydocuments.ucsf.edu/tobacco/>

Figura 11. Imagen de la actriz Aida Luz promocionando cigarrillos



Fuente: Mejia, Raul et al. “Movies promote tobacco use amongst adolescents: The need for policies to prevent this phenomenon.” Revista de la Asociación Médica Argentina vol. 131,1 (2018): 24-31

Esta relación sinérgica entre el cine y el tabaco data de 1930 cuando ya la industria tabacalera sostenía que “el cine es mejor que cualquier comercial de TV o revista porque la audiencia desconoce por completo la participación de un sponsor”.(58) Asimismo en misma línea fue reconocido por Hamish Maxwell, Director de Philip Morris en 1983: “Fumar se está posicionando como fuera de moda, así como no saludable. Debemos utilizar todos los medios creativos a nuestra disposición para revertir esta tendencia destructiva. Me siento alentado por el creciente número de ocasiones cuando voy al cine y veo un paquete de

cigarrillos en las manos de la protagonista. Esto está en marcado contraste con la situación hace unos años cuando los cigarrillos rara vez se presentaron en el cine. Tenemos que seguir aprovechando las nuevas oportunidades para poner cigarrillos en el cine y en las manos de los fumadores”(59)

Las presentaciones de tabaco en películas comerciales son motivo de grave preocupación para la salud pública porque la exposición acumulativa a estas imágenes hace que un gran número de adolescentes comience a fumar: se calcula que el 52% del inicio del tabaquismo en adolescentes se atribuye a esta exposición.(60) Un estudio evaluó que si bien el hábito de fumar entre los adultos estadounidenses se redujo a la mitad entre 1950 y 2002, fumar en las pantallas de cine de los Estados Unidos alcanzó niveles históricos en 2002: entre 1999 y 2003, evidenció que se mostraba tabaco en el 80% de las mismas. (60) Además, el contenido de tabaco en las películas de cine producidas fuera de Estados Unidos también fue alto: en el 71% de las películas producidas en Alemania, en el 94% de las de Islandia, en el 89% de las producidas en México y Argentina, en el 85% de las italianas, en el 82% de las de Polonia, en el 65% de las del Reino Unido, en el 62% de las producidas en los EEUU y 58% de las películas holandesas entre 2004 y 2009.(61)

En Argentina en las películas más vistas se pueden ver en promedio 200 segundos de tabaco por película si esta fue producida en Argentina y 124 segundos si la película fue producida en los Estados Unidos. Además en las películas Argentinas fue más frecuente la aparición de marcas y la cantidad de escenas en las que aparece el tabaco.(39) Un estudio longitudinal evidenció que la mayor exposición al tabaquismo en las películas se asoció significativamente con mayores probabilidades de volverse susceptible (OR primer vs tercer tercil 1,77, IC 95% 1,30-2,41), de intentar fumar (OR primer vs tercer tercil 1,54, 1,14-2,08), y marginalmente asociado con tabaquismo actual (OR primer vs tercer tercil 1,54, 0,99-2,40).(62)

También se ha evidenciado exposición a publicidad de tabaco en los videojuegos en un estudio que evaluó adolescentes en la Argentina: esa exposición

se asoció significativamente a una mayor probabilidad de fumar en mujeres adolescentes (OR 1,78; 95% IC 1,02 - 3,09) pero no en varones (OR 0,98; 95% IC 0,64 a 1,51).(38)

Internet es otro sitio donde la publicidad de productos de tabaco está presente. Un estudio dirigido a estudiantes de medicina informó que el 19,35% de los encuestados (321/1659) accedió a un sitio web patrocinado por el tabaco al menos una vez en su vida y casi todos (93,8%, 301/321) accedieron a estos sitios solo cuando era necesario para participar en una promoción; la mayoría de las personas que iniciaron sesión para promociones informaron que ingresaron una vez al mes o menos (58,9%, 189/321), mientras que el 25.5% (82/321) informaron que accedieron a los sitios de Internet de la industria tabacalera una vez por semana o más.(36)

Las cápsulas de sabor en los filtros de cigarrillos son una innovación de diseño de producto que permite a los consumidores aplastar una cápsula llena de líquido que aromatiza el humo del cigarrillo (e incluyen un efecto refrescante y anestésico que facilita la inhalación del humo del cigarrillo, promueve la percepción errónea del daño y aumenta el atractivo de fumar para los jóvenes).(63) Argentina es uno de los países de América Latina en donde mayor participación en el mercado tienen los cigarrillos con capsulas de sabor lo que obliga también a considerar esta modalidad como forma de publicidad siendo que puede aumentar la percepción de beneficios para su marca preferida en comparación con otras marcas, como la suavidad y el menor daño como ha sucedido en México.(64)

La exhibición de productos de tabaco en puntos de venta es en sí misma una forma de publicidad y promoción: es un medio clave para promover productos de tabaco y el consumo de éstos, inclusive mediante la incitación a comprar productos de tabaco, creando la impresión de que el consumo de tabaco es socialmente aceptable, y haciendo más difícil que los consumidores de tabaco abandonen el hábito (Figura 12).(65) Por lo tanto se recomienda que también debería estar prohibida.(66)

Figura 12. Exhibición de producto de tabaco en Buenos Aires, 2019



Fuente: FIC Argentina, 2019

La industria tabacalera invierte US\$ 9,1 billones en publicidad en Estados Unidos de los cuales el 96% (US\$ 8,7 billones) los destina a puntos de venta con el objetivo de tener carteles de publicidad en los puntos de venta, entregar cupones y descuentos que buscan abaratar el acceso al producto, dinero a los propietarios del punto de venta para que sus productos estén a la vista del cliente y venta de paquetes promocionales, entre otros.(65) Esta estrategia resulta particularmente efectiva porque interpela al cliente en el momento exacto de su compra, buscando principalmente atraer a jóvenes, determinar sus compras y aumentar sus probabilidades de que se vuelvan fumadores en el futuro.(65)

Un estudio realizado en Buenos Aires analizó la publicidad en puntos de venta de tabaco y cumplimiento de las nuevas restricciones de publicidad de tabaco. Encuestó a un total de 137 kioscos: la mayoría (79,7%) tenían publicidades en el interior de los kioscos, sólo el 35,2% de las tiendas tenían carteles claramente visibles de 'prohibida la venta de cigarrillos a menores' y el 93,9% de los kioscos refirió haber negado la venta de cigarrillos individuales. Ninguno de los kioscos tenía publicidades en el exterior del kiosco, aunque el 52,3% tenía anuncios interiores que eran claramente visibles desde el exterior.(67) Hay evidencia que estas estrategias buscan atraer niños y adolescentes en el consumo(65) y son un patrón de la industria tabacalera que se replica distintos lugares de América Latina.(68) Un estudio realizado en 6 ciudades del país reveló que el 86% de los kioscos exhibían los paquetes de cigarrillos, que eran visibles desde el exterior del comercio y que constituye una estrategia vigente para publicitar eludiendo la normativa vigente.(69)

El empaquetado también es un elemento importante de la publicidad y la promoción. Los paquetes de tabaco o rasgos distintivos de productos de tabaco se utilizan de diversas maneras para atraer a los consumidores, promover productos y cultivar y promover una identidad de marca, por ejemplo recurriendo a logotipos, colores, tipos de letras, imágenes, formas y materiales adjuntados a paquetes o a cigarrillos u otros productos de tabaco sueltos, o insertados en el interior de los paquetes. El empaquetado y el diseño de los productos son elementos importantes de la publicidad y la promoción. Las directrices del CMCT señalan que Las Partes deberían considerar la posibilidad de adoptar requisitos para envasados sencillos (del inglés *plain packaging*) con el fin de eliminar los efectos de la publicidad o la promoción en los envases (Figura 13). (66) El empaquetado, los cigarrillos sueltos y otros productos de tabaco sueltos no deberían llevar publicidad ni promoción, ni siquiera rasgos de diseño que den atractivo a los productos.

Figura 13. Ejemplo de empaquetado neutro



Fuente: Informe Regional sobre la situación de Control de Tabaco en las Américas 2018, Organización Panamericana de la Salud

En 2012, Australia se convirtió en el primer país en implementar leyes que requieren el empaquetado neutro de productos de tabaco. Desde entonces, Francia, Irlanda y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte han aprobado leyes y otros países han iniciado procesos legislativos.(70) Hay evidencia que esta estrategia en Australia ha logrado aumentar las llamadas a las líneas telefónicas de cesación tabáquica, (71) han aumentado los intentos para dejar de fumar,(72) y han aumentado la efectividad de las advertencias sanitarias.(73)

En el contexto del Convenio Marco de Control de Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud, y en particular de sus artículos 11 y 13,(74) el establecimiento del empaquetado neutro responde a varias finalidades, entre ellas: 1. reducir el atractivo de los productos de tabaco; 2. suprimir los efectos del empaquetado de los productos de tabaco como una forma de publicidad y promoción de estos productos; 3. prevenir el uso de técnicas de diseño de los paquetes que puedan sugerir que algunos productos son menos nocivos que otros; y 4. aumentar la vistosidad y eficacia de las advertencias sanitarias.(70)

Determinar causalidad entre la exposición a la publicidad de los productos de tabaco y el consumo es un desafío para la salud pública y la investigación en las ciencias sociales por la complejidad dada por las múltiples vías de influencia y receptores de la publicidad.(53) Los desafíos se relacionan entre otros elementos con:

- Los efectos de la publicidad pueden afectar comportamientos individuales en el corto plazo como también en el mediano y largo plazo alterando normas y valores sociales
- La influencia de la publicidad se da en el nivel micro afectando conocimientos y comportamientos de las personas “de a pie” como también a un nivel más macro influyendo en decisores políticos
- Los efectos de la publicidad pueden ser acumulativos o no en base a la frecuencia en la repetición de los mensajes
- La publicidad puede influir directamente en comportamientos individuales y ser específica en los mensajes o bien ser más generales
- La dificultad en tener grupos control para analizar la respuesta a la exposición

Sin embargo diversos estudios han intentado demostrar que la exposición a la publicidad, en cualquiera de sus formas, aumenta el consumo de tabaco tanto en adolescentes como en adultos.(75) Una revisión Cochrane de 19 estudios concluyó que la exposición a la publicidad y promoción del tabaco aumenta la posibilidad de que los adolescentes comiencen a fumar.(76) Otros estudios demostraron que, la exposición al marketing aumentó la susceptibilidad y las ganas de probar el cigarrillo en Buenos Aires(77) y que por cada estrategia de marketing de tabaco que los jóvenes reconocen, aumenta el riesgo de empezar a fumar en un 7%.(78) En el caso de los adultos, la visualización de los paquetes en los puntos de venta promueve el impulso de comprar cigarrillos tanto en fumadores como en aquellos que están tratando de dejar de fumar.(79) Además, un tercio de los fumadores declara que ver publicidad en los puntos de venta les hace más difícil dejar de fumar.(80) También se ha observado un menor

número de intentos para dejar de fumar en adultos que refieren haber visto publicidad en los puntos de venta. (81-83) Los individuos que están tratando de dejar de fumar o los que dejaron recientemente evitan algunos negocios donde venden cigarrillos y la publicidad es particularmente prominente.(84)

Esta efectividad de la publicidad de los productos de tabaco es bien conocida y aprovechada por la industria tabacalera en Argentina que estudia los perfiles psicosociales de sus clientes para segmentar sus publicidades y maximizar aún más sus resultados, apelando a íconos y valores nacionales para vender sus productos.(85, 86) Además hay documentos que muestran los vínculos de las tabacaleras con líderes de opinión de los medios de comunicación con el objetivo de normalizar el consumo de tabaco y poner en duda su nocividad.(87)

En América Latina, *Philip Morris International* y *British American Tobacco*, trabajando a través del bufete de abogados Covington & Burling de Washington DC, desarrollaron una red de médicos y científicos muy reconocidos a través de su “Proyecto Latino” para generar argumentos científicos que minimicen el humo de tabaco ajeno como un peligro para la salud, producir estimaciones bajas del riesgo de exposición y presionar contra la propuesta de lugares de trabajo libres de humo y lugares públicos que en la década del 90 amenazaban las ganancias de las tabacaleras por reducir la aceptabilidad social del tabaco y su efecto en reducir el consumo de tabaco en los fumadores.(88) El “Proyecto Latino” lanzado en 1991 tuvo su capítulo Argentino: 4 reconocidos profesionales fueron rentados por la industria tabacalera para organizar simposios dirigidos a otros profesionales y los medios de comunicación, revisar sesgadamente la relación entre la exposición al humo de tabaco ajeno y el riesgo para la salud y llevar adelante prácticas de cabildeo ante el poder ejecutivo para interferir en el desarrollo de una legislación libre de humo.(88) Resulta necesario advertir este tipo de prácticas de la industria tabacalera que continúan vigentes como parte de las estrategias que llevan adelante en todo el mundo para interferir en las políticas públicas que intenten avances contra la epidemia del tabaco.(89)

Un informe reciente de la *Coalición Argentina para el Control del Tabaco* (CaCTA) señala que la industria tabacalera desarrolla acciones de marketing a través de los diversos canales previamente mencionados en forma integrada (*comunicación 360*) combinando el modo de publicidad tradicional con la publicidad interactiva, vía on line, entre otras.(90) De esta forma, las empresas desarrollan una estrategia coordinada entre el punto de venta, el packaging y la exhibición de producto, Internet, la comunicación directa, los eventos y festivales y la publicidad encubierta en ficciones de cine, televisión y plataformas de contenido audiovisual digital (Figura 14).

Figura 14. Estrategia de comunicación 360 de la Industria Tabacalera



Fuente: Documento Informativo CaCTA, septiembre de 2019.

Publicidad en el punto de venta: ha sido demostrado que la exposición a la publicidad de productos de tabaco en los puntos de venta es un factor de peso en la iniciación y en el consumo. Por eso, la industria tabacalera destina un presupuesto alto para desarrollar sus campañas de marketing en estos espacios.

Exhibición de producto: en contextos de creciente restricción a la publicidad y promoción de tabaco, la industria tabacalera utiliza la exhibición de los paquetes de cigarrillos como un elemento publicitario atractivo y una canal más de comunicación con sus clientes. Esta estrategia es muy utilizada por la industria tabacalera en la Argentina. Por ejemplo, una investigación realizada en 2019, evidenció que el 91% de los puntos de venta relevados en Córdoba, La Plata, Mendoza, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Neuquén y Río Grande exhiben paquetes de cigarrillos. En tanto, el 97% de los paquetes exhibidos publicitan cigarrillos saborizados o con capsulas.

Diseño de los paquetes: el paquete de cigarrillos, que suele tener diseños creativos y llamativos, es un elemento prioritario en las campañas de marketing y ocupa un lugar estratégico como soporte principal de la marca.

Diseminación en internet y comunicación directa: ante prohibiciones parciales de publicidad, la industria tabacalera redirecciona sus campañas de marketing a internet (sitios web, redes sociales, acciones de e-mail marketing, entre otras) y a la comunicación directa. Diversos estudios de monitoreo desarrollados en la Argentina demuestran que la industria tabacalera implementa una estrategia integrada entre sitios web de marcas, campañas de e-mail marketing, promociones y experiencias en eventos.

Promoción en eventos y festivales: los festivales de música y eventos en discotecas o espacios con mucha presencia de jóvenes y adolescentes son ámbitos utilizados por las empresas de cigarrillos para exponer a ese público específico a la publicidad de sus productos. En la Argentina se realizaron diversos relevamientos en paradores, boliches y eventos musicales donde se encontraron stands de marcas de cigarrillos. Estos espacios, que suelen estar decorados en línea a la estética de las marcas promocionadas en cada caso, funcionan como puntos de venta y como soportes publicitarios ya que allí se exhiben paquetes de cigarrillos.

Publicidad encubierta en ficciones de cine, televisión y otras plataformas digitales: actores fumando en las películas ha sido históricamente una de las estrategias de publicidad más efectivas que ha utilizado la industria tabacalera. En el pasado, la industria gastó millones de dólares para desarrollar y mantener la representación del consumo de tabaco en las películas. Las empresas tabacaleras han pagado a los productores de cine para que en sus películas aparecieran marcas de tabaco y han financiado campañas publicitarias de lanzamientos de películas. Aunque no aparezca la marca, la sola presencia de actores fumando representa grandes ventajas en un mercado muy concentrado.

LA REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD DE TABACO EN EL MUNDO

El cáncer de pulmón era un diagnóstico poco frecuente en el siglo XIX, representando menos del 1% de todos los cánceres diagnosticados. Sin embargo, el diagnóstico y la muerte por cáncer de pulmón pareció aumentar en las primeras 2 décadas del siglo XX motivando un debate si el aumento era real o que si podría deberse a un mejor mantenimiento de registros, la llegada de más hospitales o el desarrollo de técnicas de diagnóstico como la radiografía de tórax.(91) Sin embargo, en la década de 1920, el aumento de las muertes por cáncer de pulmón se consideró real y comenzaron los esfuerzos para determinar una razón: la contaminación industrial, los productos de pavimento de calles como el asfalto y la exposición a químicos usados en la Primera Guerra Mundial.(92)

Angel Honorio Roffó, médico argentino egresado en 1909 de la Universidad de Buenos Aires (1882–1947) fue uno de los primeros en publicar relatos detallados de experimentos con animales que demuestran la producción de tumores por alquitranes de tabaco.(93) Como director fundador del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer, establecido en 1922 en Buenos Aires, pudo examinar y tratar a una gran población de pacientes con cáncer, de quienes había aprendido a fines de la década de 1920 que

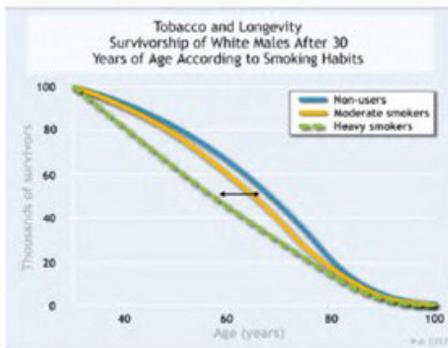
fumar era una causa de muchos tipos de cáncer. Durante la próxima década y hasta principios de la década de 1940, publicó una serie de documentos ambiciosos que fueron pioneros en el campo de la carcinogénesis experimental del tabaco, combinando el razonamiento experimental, clínico y estadístico con un fuerte sentido de que muchos de los cánceres más comunes del mundo podrían prevenirse. Utilizando una serie de métodos experimentales diferentes, Roffo demostró que los cánceres a lo largo de la “ruta de fumar” (labios, lengua, garganta, mejillas, conductos bronquiales, etc.) deben ser causados por la exposición a alquitranes liberados durante el hábito de fumar.(93)

En 1931, al escribir en el *Zeitschrift für Krebsforschung* (publicó gran parte de su trabajo en alemán), señaló que, si bien hubo casos en los que el tabaco era claramente el culpable del inicio de ciertas neoplasias (según observaciones clínicas) pudo documentar la asociación por experimentos con animales.(94) Razonando por analogía la producción de cáncer con alquitrán, argumentó que los carcinógenos en el humo del tabaco deben ser los complejos, alquitranados, hidrocarburos aromáticos policíclicos, en lugar de los componentes inorgánicos (químicamente más simples) o el alcaloide nicotina. Para probar esta hipótesis, Roffo separó el humo del tabaco en tres productos de destilación separados, que frotó en las orejas de tres grupos de 10 conejos cada uno, descubriendo que las fracciones alquitranadas producían cánceres, pero que cuando se aplicaba nicotina sola no se producían cánceres, sin importar cuánto tiempo se esperaba.(94)

Roffo también fue tomado en serio por los científicos empleados por la industria tabacalera estadounidense y era posiblemente la mayor amenaza científica para la industria del tabaco.(93) Un memorándum de 1950 al presidente de la American Tobacco Company (AT) que revisaba la “supuesta relación causal entre el tabaquismo y el carcinoma broncogénico” citaba a Roffo como el principal protagonista de la teoría de que existe una relación causal entre el tabaquismo y el cáncer de las vías respiratorias órganos.(93) La industria tabacalera había estado siguiendo de cerca a Roffo desde su primer trabajo publicado sobre el tabaco a principios de la década de 1930 y en las décadas de 1930 y 1940, muchas personas escribieron a las compañías de tabaco, preguntando si Roffo tenía razón al afirmar que los cigarrillos eran cancerígenos.(93)

En 1938 el biólogo y bioestadístico estadounidense Raymond Pearl publicó el primer artículo en que observaba que el consumo de algunas sustancias con potencia farmacológica y potenciales efectos psicológicos tenían un efecto negativo en la longevidad humana: entre ellos mencionaba el efecto del tabaco al tiempo que observaba también una relación con la cantidad del consumo (figura 15).(95)

**Figura 15. Artículo original de Raymond Pearl (1938)
Tobacco Smoking and Longevity**



Fuente: Elaboración propia en base a la publicación original en Science y del Johns Hopkins Institute for Global Tobacco Control on line learning course

Franz Herman Muller, de Alemania, realizó el primer estudio de casos y controles en 1939 donde analizó 86 casos de cáncer de pulmón y 86 controles parecidos para demostrar que los fumadores tienen muchas más probabilidades de desarrollar cáncer de pulmón que los no fumadores.(96)

Luego de algunos estudios de casos y controles en los años posteriores, en 1950 Sir Richard Doll y Sir Bradford Hill informaron sobre un estudio de casos y controles que habían realizado: compararon 1357 pacientes con cáncer de pulmón de 20 hospitales de Londres con un grupo de pacientes sin cáncer que ingresaron en los mismos hospitales.(97) El estudio mostró que los casos tenían

probabilidades significativamente mayores de haber fumado que los controles y parecía haber una relación dosis-respuesta entre el número de cigarrillos fumados por día y la fuerza de la asociación.

Si bien estos estudios de cohortes no pudieron probar la causalidad, se convertirían en los datos humanos más sólidos hasta esa fecha que sugieren que fumar cigarrillos causa cáncer de pulmón. Luego Doll y Hill comenzaron a seguir a 40,637 médicos británicos: el estudio de cohorte encontró que fumar estaba asociado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y cuanto más, y cuanto más tiempo se fumaba, mayor era el riesgo.(98)

A medida que se acumulaba evidencia de daños, varias organizaciones emitieron declaraciones declarando que fumar cigarrillos era perjudicial (el British Medical Research Council; la Asociación Americana del Corazón; el Consejo Conjunto de Tuberculosis de Gran Bretaña; el Departamento de Salud y Bienestar Nacional de Canadá; las sociedades del cáncer de Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia y los Países Bajos; y la Sociedad Americana del Cáncer).(92) En 1962, el Cirujano General se reunió con representantes de la American Cancer Society, el American College of Chest Physicians, la American Heart Association, la American Medical Association, la US Food and Drug Administration, la National Tuberculosis Association, la Comisión Federal de Comercio, la Oficina de Ciencia y Tecnología y un grupo de la industria del tabaco conocido como el Instituto del Tabaco, Inc convocaron a un comité asesor científico experto para revisar críticamente todos los datos disponibles y producir un informe técnico sobre el tabaquismo y la salud. De la lista final de nombres, el Cirujano General seleccionó 10 expertos. El comité se reuniría regularmente en la Biblioteca Nacional de Medicina en el campus de los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda, Maryland, durante casi 18 meses.(92)

El 11 de enero de 1964, el Dr. Luther L. Terry, Cirujano General del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, publicó el primer informe del Comité Asesor del Cirujano General sobre Tabaquismo y Salud.(99) Sobre la base de más de 7,000 artículos relacionados con fumar y enfermedades ya disponibles en ese momento en la literatura biomédica, el Comité Asesor concluyó que fumar cigarrillos es:

- Una causa de cáncer de pulmón y de laringe en hombres
- Una causa probable de cáncer de pulmón en mujeres
- La causa más importante de bronquitis crónica.

Las conclusiones alcanzadas por este informe son posiblemente las más importantes y de mayor alcance en la historia de la salud pública y son, quizás, el ejemplo clásico de la ciencia que impulsa las políticas públicas al haber dado un impulso extraordinario al movimiento de control del tabaco e hizo que la opinión pública y el comportamiento cambiaran considerablemente, a pesar de que una gran parte de la población no estaba inicialmente predispuesta a aceptar el mensaje.(92)

En los siguientes años el gobierno de Estados Unidos continuó regulando la publicidad de productos de tabaco: en 1965 la Ley Federal de Etiquetado y Publicidad de Cigarrillos requirió por primera vez la obligatoriedad de que se coloque en letra pequeña en uno de los paneles laterales de cada paquete de cigarrillos la advertencia “*Precaución: fumar cigarrillos pueda ser peligroso para su salud*”; luego en 1967 la Comisión Federal de Comercio emitió su primer informe al Congreso recomendando que se cambiara la etiqueta de advertencia a “*Advertencia: fumar cigarrillos es peligroso para la salud y puede causar la muerte por cáncer y otras enfermedades*”; y en 1969, el Congreso aprobó una ley de control de tabaco que prohibía la publicidad de cigarrillos en la televisión y la radio y requería que cada paquete de cigarrillos contenga la etiqueta “*Advertencia: el cirujano general ha determinado que fumar cigarrillos es peligroso para su salud*”.(100)

Posteriormente fue incrementándose la evidencia de las consecuencias nocivas para la salud de la exposición al humo de tabaco ajeno que se cristalizaron en el informe de 1986 del Cirujano General de Estados Unidos acerca de las consecuencias para la salud de la exposición involuntaria al humo de tabaco que concluyó que:(101)

1. El tabaquismo involuntario es una causa de enfermedad, incluyendo el cáncer de pulmón, en no fumadores sanos.

2. Los hijos de padres que fuman (en comparación con los hijos de padres que no fuman) tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones respiratorias, un aumento de los síntomas respiratorios y tasas ligeramente menores de aumento de la función pulmonar a medida que el pulmón madura.
3. La simple separación de fumadores y no fumadores en el mismo espacio aéreo puede reducir, pero no eliminar, la exposición de los no fumadores al humo ambiental del tabaco.

Hacia finales de la década del 90 el estudio europeo más grande realizado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), demostró un aumento del 16% en la estimación puntual del riesgo de cáncer de pulmón para los no fumadores, un resultado consistente con estudios anteriores. (102) Sin embargo, un análisis de los documentos secretos de la industria tabacalera permitió entender porque el estudio fue descripto por los diarios de entonces y la industria tabacalera como demostrando que no aumentaba el riesgo: la compañía de tabaco Philip Morris temía que el estudio (y una posible monografía de IARC sobre el humo de segunda mano) conduciría a mayores restricciones en Europa, por lo que encabezaron una estrategia inter industrial de tres puntas para subvertir el trabajo de la IARC:

- La estrategia científica intentó socavar la investigación de IARC y desarrollar una investigación dirigida por la industria para contrarrestar los hallazgos anticipados
- La estrategia de comunicación planeaba dar forma a la opinión mediante la manipulación de los medios y el público
- La estrategia del gobierno buscó evitar mayores restricciones para fumar.(11)

El estudio de IARC costó US\$ 2 millones durante diez años mientras que Philip Morris gastó US\$ 2 millones solo en un año y casi US\$ 4 millones en investigación.(11) Los documentos analizados sugirieron que la industria

del tabaco continuó llevando a cabo una sofisticada campaña contra las conclusiones de que el humo de segunda mano causaba cáncer de pulmón y otras enfermedades, intentando subvertir los procesos científicos normales e interferir en el desarrollo de políticas que generen espacios libres de humo.(11)

Un hito en la regulación de la epidemia mundial de tabaco, que incluyó medidas para reducir la exposición a la publicidad de productos de tabaco fue el Convenio Marco de Control de Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El CMCT es el primer tratado de salud pública auspiciado por la OMS. Es un tratado basado en la mejor evidencia científica disponible y reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. El CMCT represento un cambio de paradigma en el desarrollo de una estrategia de reglamentación para abordar las sustancias adictivas; a diferencia de tratados previos sobre control de drogas, el CMCT establece la importancia de las estrategias de reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro. Se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco y la propagación de la epidemia que se vio facilitada por una diversidad de factores complejos con efectos transfronterizos, incluidas la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa. Otros factores -como la mercadotecnia mundial; la publicidad, promoción y patrocinio transnacionales del tabaco, y el movimiento internacional de contrabando y falsificación de cigarrillos- también han contribuido al incremento explosivo en el consumo de tabaco.(74)

Las disposiciones fundamentales del CMCT por lo que respecta a la reducción de la demanda están contenidas en los Artículos 6-14:(103)

- Protección contra la exposición al humo del tabaco;
- Reglamentación del contenido de los productos de tabaco;
- Reglamentación de la información divulgada por los productos de tabaco;
- Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco;
- Educación, comunicación, formación y sensibilización pública;
- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y

- Medidas de reducción de la demanda concernientes a la dependencia y cese del tabaco.
- Precio y medidas fiscales para reducir la demanda de tabaco, y

Las disposiciones fundamentales del CMCT OMS por lo que respecta a la reducción del suministro están contenidas en los Artículos 15-17:(103)

- Comercio ilícito de productos de tabaco;
- Ventas por menor; y
- Prestación de apoyo para actividades alternativas económicamente viables.

La firma del CMCT estuvo abierta del 16 al 22 de junio de 2003 en Ginebra, y posteriormente, en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, desde el 30 de junio de 2003 hasta el 29 de junio de 2004. El tratado, cuyo plazo para la firma ya ha concluido, cuenta con 168 Signatarios, incluida la Comunidad Europea, lo que lo convierte en el tratado más ampliamente aceptado en la historia de las Naciones Unidas. Los Estados Miembros que han firmado el Convenio se comprometen a esforzarse de buena fe para ratificarlo, aceptarlo o aprobarlo, y adoptan el compromiso político de no socavar los objetivos establecidos en él. Los países que deseen convertirse en Parte, pero que no hubieran firmado el Convenio hasta el 29 de junio de 2004, pueden hacerlo por adhesión, que es un proceso directo equivalente a la ratificación. El Convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005, 90 días después de que 40 Estados se hubieran adherido a él o lo hubieran ratificado, aceptado o aprobado.(74)

El Informe de Avance 2018 sobre la implementación CMCT señala que si bien la mayoría de las Partes han informado de la prohibición completa en sus países de cualquier tipo de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, la publicidad transfronteriza sigue estando menos regulada y es difícil de hacer cumplir. De todas las Partes, el 72% (131) informó tener una prohibición integral de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Sin embargo, las definiciones de las Partes de una prohibición integral de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco varían y no siempre cubren todas las medidas

específicas solicitadas por las pautas para la implementación del Artículo 13. En 2018 las áreas cubiertas más comúnmente en las Partes fueron el patrocinio del tabaco (87%), la colocación de productos (85%) y la representación del tabaco en los medios de entretenimiento (73%). En el período de informe de 2018, la inclusión de diferentes disposiciones se fortaleció en general, pero se observó un progreso notable en la proporción de Partes que incluyeron la representación del tabaco en los medios de entretenimiento en sus prohibiciones integrales. La prohibición de la publicidad transfronteriza, que se origina en un país y se ve en otro, es la segunda medida de duración determinada en virtud del Artículo 13, además de la prohibición general de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Solo un número limitado de Partes ha puesto en marcha medidas para abordar el tema de la publicidad transfronteriza, como sanciones (36%) o cooperación en su eliminación (30%). En conclusión el informe detalló que las restricciones más comunes para TAPS fueron restricciones en radio (61%), televisión (59%) y medios impresos (47%). El área menos restringida fue la publicidad transfronteriza proveniente del país (14%), internet global (18%), el patrocinio del tabaco en eventos y actividades internacionales (33%) y los participantes en el mismo (27%).(104)

Si bien el CMCT inicialmente en el texto original del Convenio no explicitó todas las formas de publicidad en las nuevas tecnologías (por por ej. internet, videojuegos), luego si quedaron detalladas con la publicación de las directrices de aplicación del artículo 13 del CMCT en 2008.(66) De acuerdo a estas Directrices se entiende que la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco aumentan el consumo de éste y que las prohibiciones totales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco disminuyen dicho consumo. Para que una prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco sea eficaz debería ser *integral* y aplicarse a *toda* forma de publicidad, promoción y patrocinio de acuerdo con las definiciones que figuran en el artículo 1 del CMCT, una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco se aplica a *toda* forma de *comunicación, recomendación o acción comercial* y toda forma de *contribución* a cualquier acto, actividad o individuo con *el fin, el efecto o el posible efecto* de promover *directa o indirectamente* un producto de tabaco o el uso de tabaco.

Una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco debería abarcar lo siguiente:

- ✓ toda publicidad y promoción así como el patrocinio sin excepciones;
- ✓ la publicidad, la promoción y el patrocinio directos e indirectos;
- ✓ las acciones que tengan un objetivo promocional o que tengan o puedan tener un efecto promocional;
- ✓ la promoción de los productos de tabaco y el consumo de tabaco;
- ✓ las comunicaciones comerciales y las recomendaciones y acciones comerciales;
- ✓ la contribución de todo tipo a cualquier acto, actividad o individuo;
- ✓ la publicidad y la promoción de nombres de marcas de tabaco y toda promoción empresarial; y
- ✓ los medios de difusión tradicionales (prensa, televisión y radio) y toda plataforma de medios, con inclusión de Internet, teléfonos móviles y otras nuevas tecnologías así como las películas.

Para prevenir el inicio del consumo de tabaco por medio de las películas de cine, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una serie de medidas que sería conveniente fueran implementadas por los gobiernos que quieren proteger a los niños y adolescentes del tabaquismo(105):

1. Exigir de los productores y directores una declaración o certificado de que no han recibido fondos de la Industria tabacalera
2. No mostrar marcas de cigarrillo o tabaco
3. Incluir advertencias sanitarias sobre los efectos perjudiciales del tabaco al inicio y el final de las películas que contengan tabaco
4. No otorgar subsidios estatales para la producción de películas que muestren tabaco
5. Calificar como No aptas para menores a las películas con contenido de tabaco.

LA REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD EN ARGENTINA: LEY NACIONAL DE CONTROL DEL TABACO N° 26.687

La disminución en la prevalencia y exposición al humo de tabaco está relacionada entre otras cosas con los avances en materia legislativa que han generado que muchas jurisdicciones municipales y provinciales desde el año 2005 hayan desarrollado leyes de control de tabaco generando espacios 100% libres de humo.(27) La legislación es una herramienta efectiva que, combinada con otras medidas aplicadas en forma simultánea, permitió modificar conductas con el objetivo de retardar el inicio del consumo de tabaco, ayudar a los fumadores a dejar de fumar y proteger el derecho de los no fumadores a respirar aire libre de humo de tabaco. Durante años, Argentina no contó con una ley nacional de control del tabaco. Asimismo, tampoco se veía reflejado el derecho a la salud en nuestra constitución. Sin embargo, la reforma del año 1994 a la Constitución Nacional hizo que, en su artículo 42 se reconozca en forma explícita la protección del derecho a la salud dando base a la necesidad de implementar una legislación que protegiera la salud de la población en cuanto al daño producido por el tabaquismo. En este sentido, los gobiernos provinciales sancionaron leyes en el ámbito de su competencia que suplieron durante años el déficit de una legislación de control de tabaco nacional.(106) La publicidad y la promoción de los productos de tabaco en el orden nacional estaba regulada a través de la ley 23.344 del año 1986. Esta ley fue la que impulsó la obligatoriedad de colocar en los paquetes de cigarrillos la advertencia fija “El Fumar es perjudicial para la Salud”.(107)

Además, en 2011 se sancionó la Ley Nacional de Control de Tabaco que incluyó la creación de ambientes 100% libres de humo, una amplia restricción a la publicidad, promoción y patrocinio de tabaco y advertencias sanitarias en los productos elaborados con tabaco, entre otras medidas. Si bien Argentina aún no ha ratificado el Convenio Marco de Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), está implementando gran parte de las acciones recomendadas por la OMS en el paquete de acciones *MPOWER*

(Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención; Proteger a las personas del humo de tabaco; Ofrecer ayuda para abandonar el consumo; Warn-advertir- acerca de los peligros del consumo de tabaco; Enforce-hacer cumplir- la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio; Raise-aumentar- los impuestos al tabaco).(41, 103)

Cabe destacar que si bien se ha avanzado en materia legislativa en la Argentina la ratificación del CMCT continúa siendo necesaria. Prueba de la necesidad e importancia es la permanente interferencia de la industria tabacalera local e internacional en su ratificación en el ámbito legislativo.(88, 108) Entre los argumentos que explican porque es necesario su ratificación se destacan:

- Para enfrentar una epidemia global que necesariamente precisa de estrategias de cooperación internacional
- Para garantizar la transparencia de las relaciones entre gobierno e industria tabacalera
- Para buscar soluciones al contrabando de productos de tabaco de manera articulada con otros países
- Para obtener la asistencia necesaria para avanzar en la diversificación/sustitución de cultivos de tabaco, garantizando la salud y la sustentabilidad económica de los pequeños productores tabacaleros y la protección del ambiente
- Para poder consensuar con los países vecinos políticas de restricción de la publicidad, promoción y patrocinio transfronterizos
- Para participar en las decisiones de políticas globales para enfrentar la epidemia del tabaquismo

Para cumplir con los tratados internacionales de derechos humanos que establecen la obligación de garantizar el nivel más alto de salud posible(109)

La ratificación del CMCT resulta necesaria para avanzar en la aplicación efectiva de políticas de control de tabaco respondiendo a la obligación del Estado argentino de tomar medidas eficaces para la protección de los derechos

humanos fundamentales, entre ellos, el derecho a la salud.(103) Los tratados internacionales de derechos humanos establecen la obligación de garantizar el nivel más alto de salud posible y la implementación de medidas efectivas para prevenir el tabaquismo es necesaria para la protección del derecho a la salud. (103, 109) El mismo CMCT en su preámbulo reconoce la articulación entre las políticas de control de tabaco y la protección del derecho a la salud, contenido en tratados incluidos en la Constitución Nacional Argentina como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y la Convención para la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).(109)

La Ley Nacional de Control del Tabaco N° 26.687 prohíbe la publicidad, promoción y patrocinio de los productos elaborados con tabaco en forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación, pero exceptúa el interior de los puntos de venta, las publicaciones comerciales para personas involucradas en el negocio o las comunicaciones directas a mayores de 18 años con consentimiento previo y verificación de la edad.(110) La primera de estas excepciones relacionada con la publicidad en los puntos de venta debe respetar las siguientes características: sólo se puede colocar un cartel (de hasta 30 cm x30 cm, estático, no lumínico y en 2 dimensiones) por cada fabricante, el cual debe tener impreso uno de los mensajes sanitarios vigentes en el 20% inferior de su superficie.(111) Existe evidencia de que la industria tabacalera no respeta estas exigencias en cuanto a ubicación de los carteles, su tamaño y su luminosidad.(69)

A pesar de estas restricciones datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos indican que en Argentina los locales de venta de cigarrillos fueron los lugares donde más se vio la publicidad (41,9%), seguido de la televisión (24,7%), carteles en la calle (20,6%), afiches (18,3%) y diarios/revistas (18%). Ante la consulta sobre eventos deportivos, musicales, de arte o moda asociados a marcas de cigarrillos o em-

presas tabacaleras, el 4,9% de los encuestados había advertido alguno durante el mes previo, fundamentalmente relacionado con el deporte (3,9% frente a 1,2% vinculado con la música, el teatro o el arte). Respecto a la promoción de productos, el 1,2% de la población había recibido muestras gratis, y a un 1,4% le habían entregado cupones con descuentos para comprar cigarrillos.(107, 112) A su vez un estudio indicó que el 54,1% dijo haber visto publicidad de cigarrillos; que los varones y los fumadores actuales tuvieron más chance de percibirla, al igual que aquellos que refirieron estar expuestos al humo de tabaco en bares y restaurantes; además se observó un gradiente en relación a la edad, siendo los jóvenes de 18 a 24 años los más susceptibles de referir exposición.(113)

Estos datos sugieren la necesidad de regular más estrictamente la publicidad para limitar la exposición siendo que además más del 90% de la población apoyaría medidas que endurecieran las restricciones.(114) La provincia de Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur sancionó y reglamentó en diciembre de 2018 la Ley Provincial N 1.203 que además de la regulación de los ambientes libres de humo de tabaco incluyó (por primera vez en nuestro país) la prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio de productos elaborados con tabaco contemplando la prohibición de la exhibición de productos en los puntos de venta.

Teniendo en cuenta la evidencia sobre el impacto negativo de la publicidad de los productos de tabaco en la salud y la necesidad de avanzar en materia de regulación en Argentina, el objetivo del presente trabajo ha sido analizar el impacto sanitario, en términos de incidencia de enfermedad cardiovascular, de prohibir completamente la publicidad de productos elaborados con tabaco en nuestro país.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto sanitario de prohibir completamente la publicidad de productos elaborados con tabaco en Argentina

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar el impacto de la prohibición de la publicidad en la incidencia de muertes totales y por enfermedades cardiovasculares

Analizar el impacto de la prohibición de la publicidad en la incidencia de infartos agudos de miocardio

Analizar el impacto de la prohibición de la publicidad en la incidencia de accidentes cerebrovasculares

METODOLOGÍA

EL CARDIOVASCULAR DISEASE POLICY MODEL

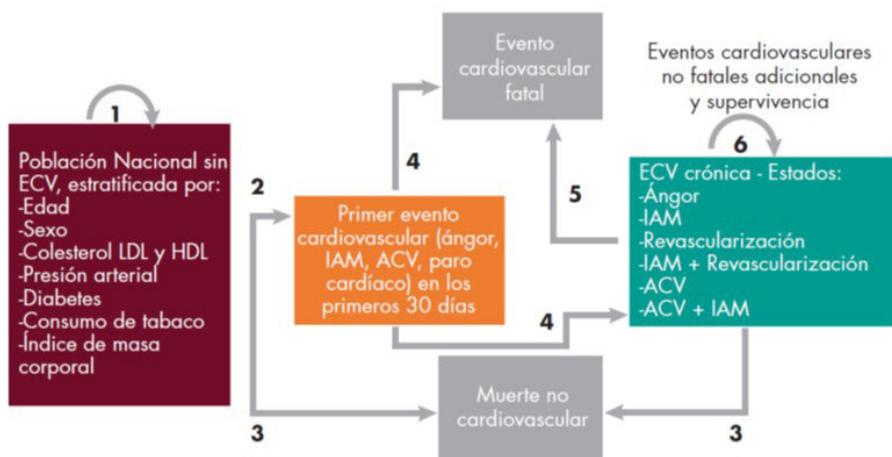
El *Cardiovascular Disease Policy Model* (CVDPM, por sus siglas en inglés) es un modelo de simulación utilizado para representar y proyectar la mortalidad y morbilidad por ECV en la población de 35 o más años. La población es estratificada según edad, sexo, y otros 6 factores de riesgo: presión arterial sistólica (<130 , $130-139$, ≥ 140 mm Hg), consumo de tabaco (fumador activo, no fumador con la exposición al humo de tabaco ajeno, no fumadores sin exposición del medio ambiente), colesterol HDL (<40 , $40-59$, ≥ 60 mg / dL), colesterol LDL (<100 , $100-129$, ≥ 130 mg / dl), índice de masa corporal (<25 , $25-29,9$, ≥ 30 kg/m²), y diabetes mellitus (sí o no). Además, en las personas con enfermedad coronaria se identifica el evento inicial (paro cardíaco, infarto de miocardio o angina de pecho) y sus secuelas durante los siguientes 30 días. Se calculan luego los eventos posteriores al evento inicial, revascularización miocárdica, mortalidad por enfermedad coronaria y por otras causas entre los pacientes con cardiopatía coronaria, estratificada por edad, sexo, y los mencionados factores de riesgo. Cada una de las situaciones clínicas y los eventos tienen un costo anual y un ajuste por calidad de vida. Todas las distribuciones de la población, los niveles de los factores de riesgo, los coeficientes utilizados para estimar las tasas de eventos, las tasas de mortalidad, los costos y los ajustes de calidad de vida pueden ser modificados para las simulaciones.

El CVD Policy Model utiliza un Modelo de Markov, que define diferentes estados (ausencia o presencia de factores de riesgo, y medias poblacionales), incorporando probabilidades de transición entre diferentes estados específicas para diferentes grupos de edad y sexo.(115)El modelo no utiliza observaciones individuales, sino que la población es dividida primero en 2 grandes subgrupos: con y sin enfermedad cardiovascular. Dentro de cada subgrupo, se encuentra a su vez fraccionada en celdas, donde cada celda representa cada combinación de edad, sexo, y factores de riesgo, incorporando información relacionada a la incidencia de eventos cardiovasculares para cada una de las celdas.

El CVD Policy Model cuenta también con un modelo llamado “puente”, que considera a la población que ha sufrido un episodio agudo de enfermedad cardiovascular, ya sea enfermedad coronaria (angina, infarto de miocardio, muerte súbita y accidente cerebrovascular). Luego del episodio agudo, la cohorte se incluye en un modelo de historia de la enfermedad, que toma al inicio a aquellos que han presentado un evento agudo, y luego modela las alternativas de su evolución y tratamiento.

De esta manera, el CVD Policy Model constituye un modelo demográfico- epidemiológico, que representa a la población entre 35 y 95 años de edad, estratificada por sexo, grupo etario y factores de riesgo, requiriendo aproximadamente 5000 celdas para representar a la población. Simula una población dinámica realizando ciclos anuales de simulación con nuevas cohortes de personas de 35 años cada año por el periodo de tiempo que se pretende analizar. Luego utiliza un modelo de regresión logística basado en la ecuación de Framingham para estimar la incidencia anual de enfermedad cardiovascular (Figura 11).Cabe aclarar que si bien el Estudio de Framingham se desarrolló en una población anglosajona, hay evidencia que señala que dicha distribución es universal y puede aplicarse a otras poblaciones.(116)

Figura 16. Estructura del CVD Policy Model*



El CVD Policy Model es un modelo de simulación de transición de estados de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en los adultos. Las transiciones entre diferentes estados son numeradas en el diagrama: Transición 1= personas que permanecen en estado libre de ECV; Transición 2 = ocurrencia de ECV; Transición 3 = muerte no cardiovascular; Transiciones 4 y 5 = supervivencia o letalidad ante un evento cardiovascular; Transición 6 = supervivencia con o sin nuevo episodio cardiovascular en pacientes con ECV crónica. IAM: infarto de miocardio; ACV: accidente cerebro vascular.

Fuente: Applying Modeling to Improve Health and Economic Policy Decisions in the Americas: The Case of Non-Communicable Diseases. PAHO and OECD (2015). Ed. PAHO, Washington, DC

De esta manera cada adulto vivo en un año de simulación determinado debe estar en un estado saludable o enfermo, y su riesgo se calcula distintivamente de acuerdo con su edad, sexo y factores de riesgo. Cada simulación se ejecuta anualmente, con nuevos entrantes de 35 años y aquellos que envejecen hasta 95 años saliendo de cada ciclo. Como tal, los resultados cambian con el tiempo según la dinámica del tamaño de la población, la demografía y la distribución de los factores de riesgo a lo largo del tiempo.(115)

El modelo ha sido ampliamente utilizado en el mundo para predecir la ocurrencia de eventos cardiovasculares y modelar distintas intervenciones.(118-120) En Argentina, ya ha sido utilizado para modelar el impacto de estrategias

poblacionales de reducción del consumo de sal (121, 122), para analizar la enfermedad cardiovascular asociada a los factores de riesgo,(123) el impacto de la ley nacional de control de tabaco y potenciales aumentos en el precio de los cigarrillos(124) y para analizar la costo-efectividad de distintas estrategias poblacionales de utilización de estatinas.(125) Este tipo de análisis ha sido recomendado por la Organización Panamericana de la Salud como una estrategia útil para la toma de decisiones en materia de políticas sanitarias.(126)

Para realizar las estimaciones se actualizó la versión adaptada para la Argentina del CVD Policy Model con la evidencia y los datos epidemiológicos disponibles más recientes.

EL CARDIOVASCULAR DISEASE POLICY MODEL VERSIÓN ARGENTINA

Una versión Argentina del CVD Policy Model había sido desarrollada en 2009,(123, 124) que fue la que se utilizó para las estimaciones previamente mencionadas. Sin embargo desde entonces se dispone de nueva información poblacional y epidemiológica como por ejemplo el Censo Nacional de la Población Argentina en 2010 con proyecciones poblacionales hasta 2100 que permitió calcular las nuevas cohortes de 35 años que ingresan sucesivamente y anualmente al modelo de Markov.(127, 128)La 3ra ENFR de 2013 se utilizó para obtener medias y prevalencias, por grupos de edad y sexo, del índice de masa corporal, consumo de tabaco y diabetes.(129) El Estudio CESCAS I, del Centro de Excelencia de Salud Cardiovascular para América del Sur, permitió obtener medias y prevalencias, por grupos de edad y sexo, de LDL, HDL y de la tensión arterial sistólica.(130, 131) En la tabla 1 se detallan los *inputs* utilizados en relación al consumo de tabaco, exposición al humo de tabaco y medias de consumo, por grupos de edad y sexo.

Tabla 1. Prevalencias y medias de consumo y exposición al humo de tabaco ajeno por grupos de edad y sexo

HOMBRES		Tabaquismo		
		% en cada grupo		
Edad (años)	No fumador	Humo de tabaco ajeno	Fumador	
25-34	50.9	55.5	36.2	
35-44	53.0	36.4	30.6	
45-54	44.0	34.4	31.7	
55-64	38.0	30.2	29.3	
65-74	41.3	27.5	15.4	
75-84	44.3	15.2	8.7	
85-94	58.6	18.8	0.6	
>=95	100.0	0.0	0.0	
MUJERES		Tabaquismo		
		% en cada grupo		
Edad (años)	No fumador	Humo de tabaco ajeno	Fumador	
25-34	59.7	50.1	25.5	
35-44	66.1	30.7	21.9	
45-54	57.6	29.5	25.4	
55-64	56.4	31.0	20.6	
65-74	64.9	22.7	14.9	
75-84	82.6	23.3	4.9	
85-94	82.5	15.7	1.0	
>=95	100.0	4.4	0.0	

Nota: el consumo de tabaco tiene la condición de haber fumado al menos 100 cigarrillos. La exposición al humo de tabaco ajeno es sobre la pregunta BITA13 y aplica a ex fumadores y no fumadores.

HOMBRES	Tabaquismo			Tabaquismo
Edad (años)	% en cada grupo			Media de cigarrillos diarios
	No fumador	Humo de tabaco ajeno	Fumador	Fumador
35-44	0.442	0.303	0.255	16.9
45-54	0.400	0.312	0.288	14.5
55-64	0.390	0.310	0.300	19.1
65-74	0.491	0.326	0.183	14.2
75-84	0.649	0.223	0.128	13.0
85-94	0.751	0.241	0.008	7.6
>=95	1.000	0.000	0.000	.
MUJERES	Tabaquismo			Tabaquismo
Edad (años)	% en cada grupo			Media de cigarrillos diarios
	No fumador	Humo de tabaco ajeno	Fumador	Fumador
35-44	0.557	0.258	0.185	12.4
45-54	0.512	0.262	0.226	14.6
55-64	0.522	0.287	0.191	13.6
65-74	0.633	0.222	0.146	14.6
75-84	0.745	0.211	0.044	11.1
85-94	0.832	0.158	0.010	10.3
>=95	0.958	0.042	0.000	.

Fuente: elaboración propia a partir de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación, 2015

El Estudio de evaluación del ACV –PrEViSTA–permitió contar con información local sobre la incidencia del primer ACV y accidente isquémico transitorio.(132)

Luego de la actualización de los datos demográficos y epidemiológicos el modelo se calibró para reproducir datos actuales sobre morbilidad y mortalidad por eventos cardiovasculares. Con los datos de la población argentina con su correspondiente distribución de factores de riesgo se determinó la tasa de incidencia de eventos cardiovasculares (primer evento en la población sin enfermedad) a partir de los datos epidemiológicos actuales del Framingham Heart Study y Framingham Offspring Cohort(133, 134).Reunimos información local sobre el número de eventos y mortalidad por enfermedad cardiovascular para los años 2010-2015, para utilizarlos como estándares con los que comparar las estimaciones del modelo. Luego, se realizó una simulación de línea de base (es decir, una simulación de los resultados de ECV poblacionales asumiendo que no hubo una intervención determinada). El modelo predijo el número de ECV, no cardiovasculares y muertes totales (por edad y sexo) por año y se comparó con el número de muertes reportadas en las Estadísticas Vitales de Argentina para el año 2010. El número total real de muertes atribuibles a enfermedad coronaria se estimó como un compuesto de ambas muertes definidas de enfermedad coronaria (códigos I20-I25 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a Revisión)(135) en los registros de salud más un porcentaje de muertes mal definidas (denominadas códigos de basura, ya definidos) que podría atribuirse a las muertes por CHD.(136)

Los códigos basura son códigos asignados a las muertes que supuestamente se clasificaron en otras categorías y pertenecen en realidad a las muertes por CHD. El número total de muertes se corrigió después por un factor determinado para países con baja calidad de registro (como Argentina) en la iniciativa Carga Global de Enfermedades.(137)

Luego se utilizó un método similar para comparar las muertes por accidente cerebrovascular predichas e informadas. Lamentablemente, no hay datos

locales sobre el número total absoluto de eventos para: infarto de miocardio (IM), paro o accidente cerebrovascular, por grupo de edad y sexo, en un año determinado. Utilizando estudios locales como el estudio SCAR (Síndromes Coronarios Agudos en Argentina) (138) y el Estudio PrEViSTA ya mencionado, así como las tasas de eventos de EE.UU, pudimos inferir los datos faltantes para calibrar el modelo. Para cada uno de los eventos analizados, los números obtenidos a partir de las estadísticas reales se compararon con las estimaciones del modelo, calculando la relación entre ambos. Estas proporciones se aplicaron posteriormente a las fórmulas modelo, a fin de acercar su predicción a la realidad. Luego, se ejecutó una nueva simulación para verificar si el modelo se ajustaba a las estadísticas reales. Este proceso iterativo se repitió hasta que las predicciones del modelo se ajustaron a las estadísticas vitales de salud reales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

Supuestos de mortalidad: Los datos de mortalidad por causas específicas por año, edad y sexo se obtuvieron del Ministerio de Salud de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Para la versión Argentina del CVD Policy Model se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades y se incluirán los códigos diagnósticos CIE-10 I21, I22 (infarto del miocardio), los códigos CIE-10 I20,-I23 I25 (angina de pecho y otras enfermedades del corazón), y una proporción fija de causas cardiovasculares “mal definidas” que incluyen eventos fatales y no fatales (CIE-10 I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.9 y I70.9). Para accidentes cerebrovasculares se utilizaron los códigos CIE-10 I60 a 69.

Un resumen de las fuentes de datos utilizados para actualizar el CVD Policy Model se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. Datos y fuentes incorporados al CVD Policy Model

Datos	Fuente
Población Argentina (35-95 años, 2010–2050)	Censo 2010(127)
Prevalencia	
Factores de Riesgo (prevalencias y medias)	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 (25) y Estudio CESCAS I (130, 131)
Incidencia	
Infarto agudo de miocardio (IAM)	Registro Multicéntrico SCAR de la Sociedad Argentina de Cardiología(138) y Estudio Argen IAM-ST(139)
Prevalencia de IAM y ACV	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013(25)
Mortalidad	
Enfermedad coronaria	Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación(140)
ACV	Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación(140)
Muerte por enfermedad coronaria a 1 y 28 días	
Mortalidad por enfermedad coronaria	Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación(140)
Mortalidad por ACV	Estudio PREVISTA(132)
ACV muerte a los 28 días	Iquique Stroke Study (PISCIS)(141)

EFFECTIVIDAD DE LA PROHIBICIÓN COMPLETA DE LA PUBLICIDAD DE TABACO

Se relevaron datos sobre la efectividad de la prohibición total de la publicidad en distintas fuentes. En primer lugar, se analizó el Documento Técnico N°24 del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria sobre la efectividad de diferentes políticas de control de tabaco. (142, 143) Dicho trabajo revisó sistemáticamente estudios que evaluaban la efectividad de las políticas de regulación de la publicidad de los productos de tabaco en diferentes países. Datos de 22 países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) reportaban que las prohibiciones parciales tendrían un efecto pequeño o nulo (<1%), mientras que las prohibiciones exhaustivas reducirían el consumo de forma significativa en un 7,4% (144, 145). Otro estudio que analizó los cambios en el consumo en 102 países evidenció una disminución del 9% y del 1% para los países con restricciones completas y parciales, respectivamente (44); mientras que otro análisis en 30 países señaló que las medidas de restricción de publicidad podrían ser más efectivas en países en vías de desarrollo, llegando a reducir el consumo de tabaco en un 23,5%. (146) Una revisión sistemática de 84 estudios concluyó que la evidencia era insuficiente para cuantificar de manera independiente el efecto de la prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco (147) y otra revisión sistemática demostró que la efectividad de las prohibiciones de publicidad de tabaco eran pequeñas o nulas excepto cuando la restricción era completa y su efecto era significativo. (148)

Además se realizó una búsqueda bibliográfica en US National Library of Medicine, National Institutes for Health (www.pubmed.gov) con el objetivo de actualizar la búsqueda e identificar estudios que pudieran haberse publicado desde 2016 hasta el 12 de mayo de 2018. Se utilizaron 2 estrategias de búsqueda:

1. (“tobacco”[MeSH Terms] OR “tobacco”[All Fields] OR “tobacco products”[MeSH Terms] OR (“tobacco”[All Fields] AND “products”[All Fields])) OR “tobacco products”[All Fields]) AND (“advertising as

topic"[MeSH Terms] OR ("advertising"[All Fields] AND "topic"[All Fields]) OR "advertising as topic"[All Fields] OR "advertising"[All Fields]) AND ban[All Fields] AND effectiveness[All Fields]

2. MeSH Terms: advertising as topic; tobacco products; tobacco

A partir de esta estrategia de búsqueda no se identificaron nuevos estudios sobre la efectividad de la prohibición de los productos de tabaco.

INTERVENCIÓN MODELADA

A partir de la evidencia relevada, se observó cierta variabilidad en la estimación del efecto sobre el consumo de tabaco de la prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Se asumió que implementar una prohibición completa de publicidad de productos de tabaco en Argentina conduciría a una reducción en el consumo de tabaco del 9%. Utilizamos esta medida de efecto considerando que es la reportada en el estudio que mayor cantidad de país analizó (102 países), es un valor que se encuentra dentro del rango de las otras publicaciones que analizaron dicho efecto y además está en sintonía con la aproximación metodológica utilizada en otras simulaciones de este tipo realizadas en Argentina.⁽¹⁴²⁾ Si bien es probable que la prohibición completa de la publicidad también contribuya a disminuir la carga de enfermedad por tabaco a través de la disminución de la exposición al humo de tabaco ajeno, no se contempló en la modelación porque no se encontraron estudios que pudieran cuantificar dicho impacto. Se analizó el impacto de la intervención durante en un periodo de en 10 años.

En el CVD Policy Model la reducción en el consumo de tabaco se modela a través de una reducción de la media de los cigarrillos consumidos (por grupos de edad y sexo), en este caso del 9%. Dicha reducción en el consumo de acuerdo

a los betas del Estudio de Framingham incorporados al CVD Policy Model genera un impacto directo en la reducción de muertes cardiovasculares y no cardiovasculares, infartos (nuevos y recurrentes) y ACVs (nuevos y recurrentes). En la tabla 3 se observa la conversión de los betas en riesgos relativos utilizados en el modelo por cada unidad de cigarrillo fumado por día.

Tabla 3. Riesgos relativos del efecto del consumo de cigarrillos sobre la incidencia de enfermedad cardiovascular, ACV y muertes no cardiovasculares

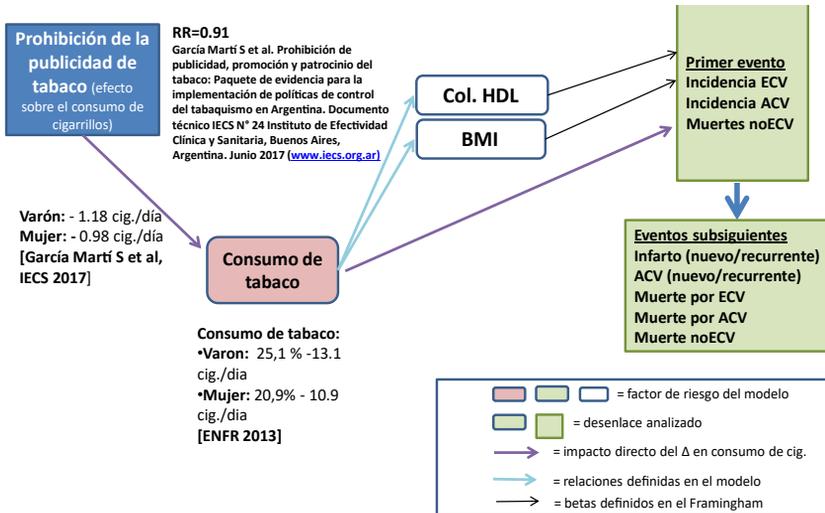
	Incidencia de enfermedad cardiovascular		Incidencia de ACV		Muertes no cardiovasculares	
	Efecto de 1 cigarrillo/día	Efecto de 20 cigarrillo/día	Efecto de 1 cigarrillo/día	Efecto de 20 cigarrillo/día	Efecto de 1 cigarrillo/día	Efecto de 20 cigarrillo/día
HOMBRES						
Edad (años)						
35-44	1.009	1.195	1.023	1.562	1.027	1.699
45-54	1.019	1.456	1.023	1.562	1.027	1.699
55-64	1.018	1.425	1.023	1.562	1.027	1.699
65-74	1.016	1.374	1.023	1.562	1.027	1.699
75-84	1.016	1.38	1.023	1.562	1.027	1.699
85-94	1.019	1.456	1.023	1.562	1.027	1.699
MUJERES						
Edad (años)						
35-44	1.016	1.372	1.023	1.562	1.027	1.699
45-54	1.022	1.547	1.023	1.562	1.027	1.699
55-64	1.03	1.815	1.023	1.562	1.027	1.699
65-74	1.019	1.445	1.023	1.562	1.027	1.699
75-84	1.011	1.239	1.023	1.562	1.027	1.699
85-94	1.019	1.445	1.023	1.562	1.027	1.699

Fuente: Elaboración propia a partir del Estudio de Framingham

En el CVD Policy Model hay betas específicos para cada grupo de edad y sexo de cigarrillos diarios que tienen efecto sobre la incidencia de enfermedad cardiovascular, los ACV y las muertes no cardiovasculares. Los betas para ACV y muertes no cardiovasculares son estimadas directamente del Framingham Heart Study (149) y los betas del consumo de cigarrillos y la exposición al humo de tabaco ajeno para la incidencia de enfermedad cardiovascular son aplicados a la incidencia de infartos agudos de miocardio se estiman en RR 1,7(150) y RR 1,26 (151) respectivamente.

Además, la reducción en el consumo de tabaco genera efectos indirectos en la ocurrencia de estos desenlaces a través del aumento del colesterol HDL (3,9 mg/dL) y del índice de masa corporal (1,09 kg/m² para los varones y 2,04 kg/m² para las mujeres). A su vez esos cambios en el HDL y el IMC se relacionan con la ocurrencia de eventos cardiovasculares y diabetes respectivamente, de acuerdo a los betas establecidos para cada factor de riesgo. En la figura 12 se puede observar una descripción de la estrategia de simulación.

Figura 17. Esquema de la estrategia de simulación



Fuente: Elaboración propia adaptado con permiso de Penko J (UCSF)

ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

Realizamos análisis probabilísticos para evaluar la sensibilidad de nuestros resultados. Se realizaron 1000 simulaciones aleatorias de una distribución normal estándar para calcular el desvío estándar (DS) de cada parámetro variado. El programa de Monte Carlo fue desarrollado en Python y los resultados analizados usando Microsoft Excel 2010.

Además se realizó un análisis de sensibilidad determinístico con dos escenarios alternativos utilizando otras medidas de efecto publicadas para países con altos y bajos ingresos: 7,4%(145) y 23,5%(146) respectivamente.

RESULTADOS

RESULTADOS DE LA CALIBRACIÓN

Se compararon el número total real y simulado de eventos y muertes por infarto de miocardio, muerte súbita o ACV, así como la mortalidad total y no cardiovascular. Las Tablas 4 y 5 presentan las diferencias entre las predicciones del modelo y las estadísticas reales (estimadas como se describió anteriormente). El número total de IM, muerte súbita y ACV se predijo con una precisión superior al 99,8%. En todos los casos, la versión final del modelo predijo el número real de eventos con una precisión superior al 99,5%.

Tabla 4. Comparación de infartos agudos de miocardio (casos y mortalidad) reales (estadísticas vitales 2010) y estimadas por el CVD Policy Model, por grupo de edad y género

		Número total de IAMs			Mortalidad por IAM		
		Estadísticas Vitales(n)	Estimación del CVDPM (n)	Diferencia (%)	Estadísticas Vitales(n)	Estimación del CVDPM (n)	Diferencia (%)
Hombres	35-44	1050	1048	-0,19	41	41	0
	45-54	4559	4563	0,09	186	186	0
	55-64	9154	9166	0,13	642	643	0,16
	65-74	9782	9804	0,22	1260	1263	0,24
	75-84	5049	5059	0,20	1097	1099	0,18
	85-94	1553	1547	-0,39	519	518	-0,19
	Total	31147	31187	0,13	3745	3750	0,13

	35-44	274	274	0	11	11	0
	45-54	904	907	0,33	57	57	0
	55-64	2367	2363	-0,17	232	232	0
Mujeres	65-74	2550	2550	0	376	375	-0,27
	75-84	2551	2562	0,43	532	534	0,38
	85-94	1427	1422	-0,35	401	400	-0,25
	Total	10073	10078	0,05`	1609	1609	0

IAM: infarto agudo de miocardio CVDPM: CardioVascular Disease Policy Model

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Comparación de la mortalidad real (estadísticas vitales 2010-2015) y estimadas por el CVD Policy Model para la población de 35-94 años

	Estadísticas Vitales		Estimación del CVDPM		Diferencia en el número total de eventos (%)
	Número total de muertes (n)	Tasa ajustada por edad** (%)	Número total de muertes (n)	Tasa ajustada por edad** (%)	
2010	281710	1,677	280707	1,671	-0,36
2011	282248	1,629	285714	1,674	1,23
2012	282749	1,598	290913	1,677	2,89
2013	289224	1,600	296312	1,680	2,45
2014	288942	1,566	301576	1,683	4,37
2015	296528	1,573	308893	1,686	4,17

**Tasa de mortalidad ajustada por edad se calculó como: (suma de (tasas crudas*población ajustada por edad para el año 2010)) *100/total de población para el año 2010

Fuente: Elaboración propia

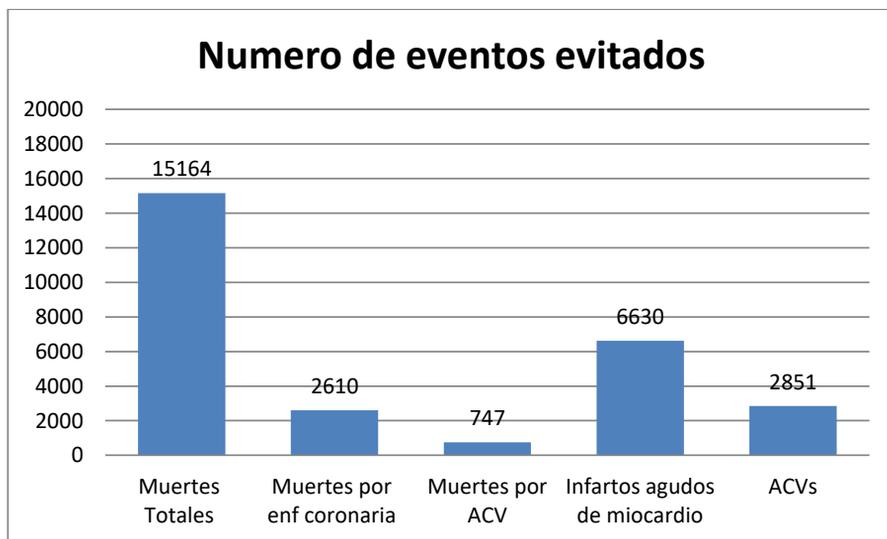
Más detalles acerca del proceso de calibración han sido previamente publicados.(152)

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La prohibición completa de publicidad podría evitar en 10 años 15.164 muertes (IC 95% 13.198-17.256), de las cuales 2610 (IC 95% 1.867-3.338) corresponderían a enfermedad coronaria y 747 (IC 95% 376-1.168) a accidentes cerebrovasculares (ACV) en un periodo de 10 años. Estas reducciones significarían una disminución anual del 0,46% de las muertes totales, 0,60% de las muertes por enfermedad coronaria y de 0,33% en las muertes por ACV.

Además en ese mismo lapso evitaría 6630 infartos agudos de miocardio (IC 95% 4.869-8.492) y 2851 (IC 95% 1.481-4.404) ACV (reducciones del 1,35% y 0,40% respectivamente). (Figura 18)

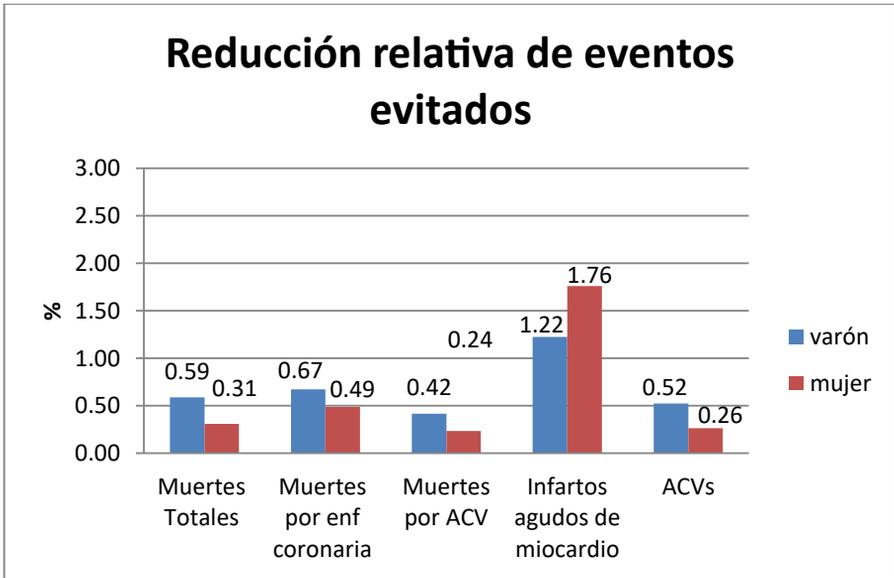
Figura 18. Eventos totales evitados con la prohibición completa de publicidad (en 10 años).



Fuente: Elaboración propia

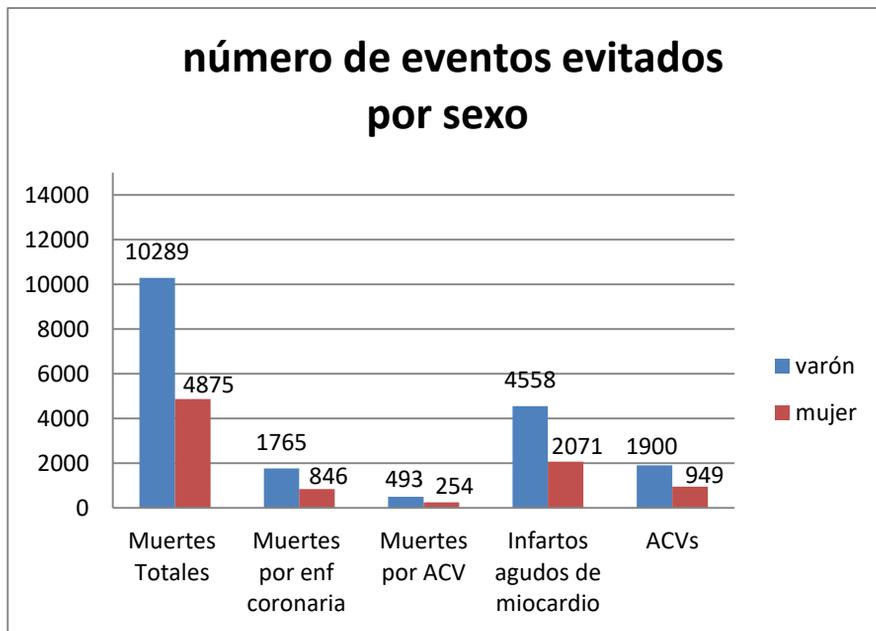
Estas diferencias son aún mayores en varones, quienes serían los más beneficiados, habida cuenta de la mayor incidencia de enfermedad coronaria en dicha población. En varones las muertes totales, por enfermedad coronaria y por ACV representarían una disminución del 0,59% (10.289 IC 95% 8.912-11.696), 0,67% (1765 IC 95% 1.232-2.294) y 0,42% (493 IC 95% 252-766) respectivamente. Mientras que en las mujeres esas reducciones representarían disminuciones del 0,31% (4.875 IC 95% 4.239-5.561), 0,49% (846 IC 95% 629-1.035) y 0,24% (254 IC 95% 124-405) respectivamente (Figuras 19 y 20).

Figura 19. Eventos totales evitados en varones y mujeres con la prohibición completa de publicidad (en 10 años).



Fuente: Elaboración propia

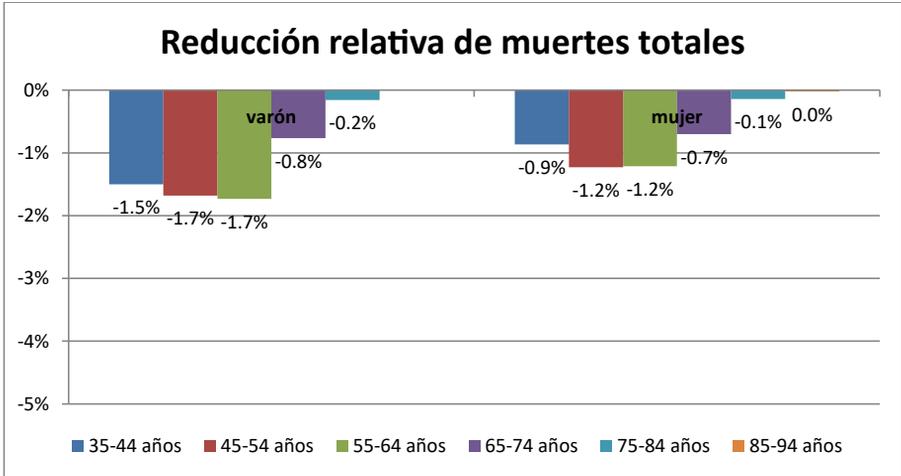
Figura 20. Reducciones relativas en eventos totales evitados en varones y mujeres con la prohibición completa de publicidad (en 10 años).



Fuente: Elaboración propia

Analizando las muertes totales por grupos de edad y sexo se observa en con la prohibición total se producirían en 10 años 1.727.332 (DS 1267) muertes en varones y 1.567.822 (DS 753) muertes en mujeres. Estas reducciones en la mortalidad total son mayores en los grupos de 45 a 64 años evitando el 1,7% en varones y 1,2% en mujeres (Figura 21).

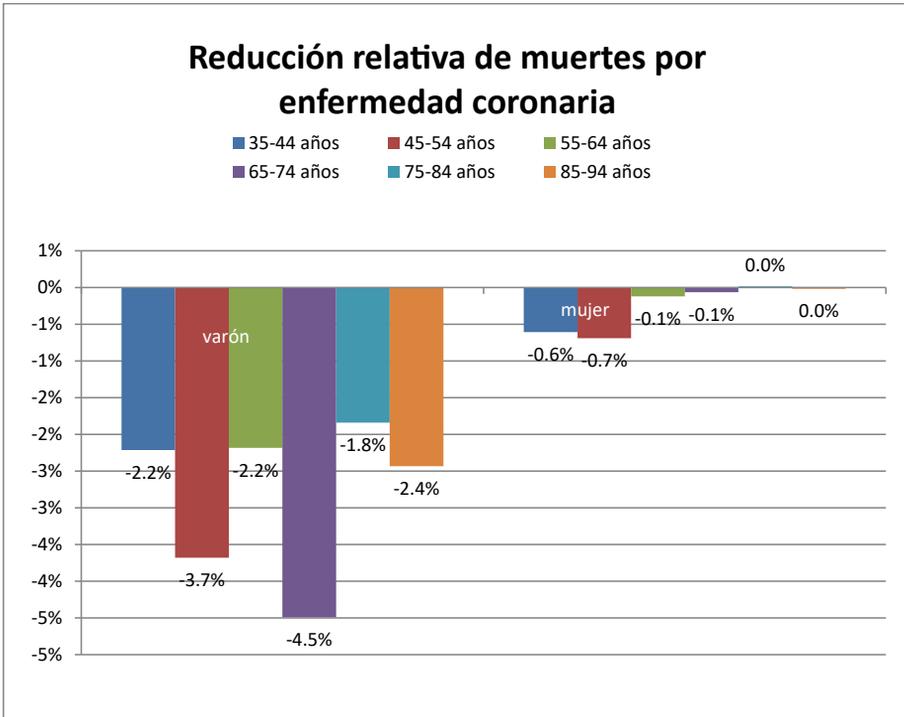
Figura 21. Reducciones relativas en muertes totales, por grupos de edad y sexo (en 10 años).



Fuente: Elaboración propia

Con la implementación de la prohibición total de publicidades de productos de tabaco se producirían en 10 años 250.602 (DS 1462) muertes por enfermedad coronaria en varones y 158.450 (DS 624) en mujeres, evitándose así 1765 muertes por enfermedad coronaria en varones y 831 en mujeres. Además, se observa un gradiente de edad siendo los grupos de edad más jóvenes quienes se benefician más por la reducción de muertes por enfermedad coronaria (figura 22).

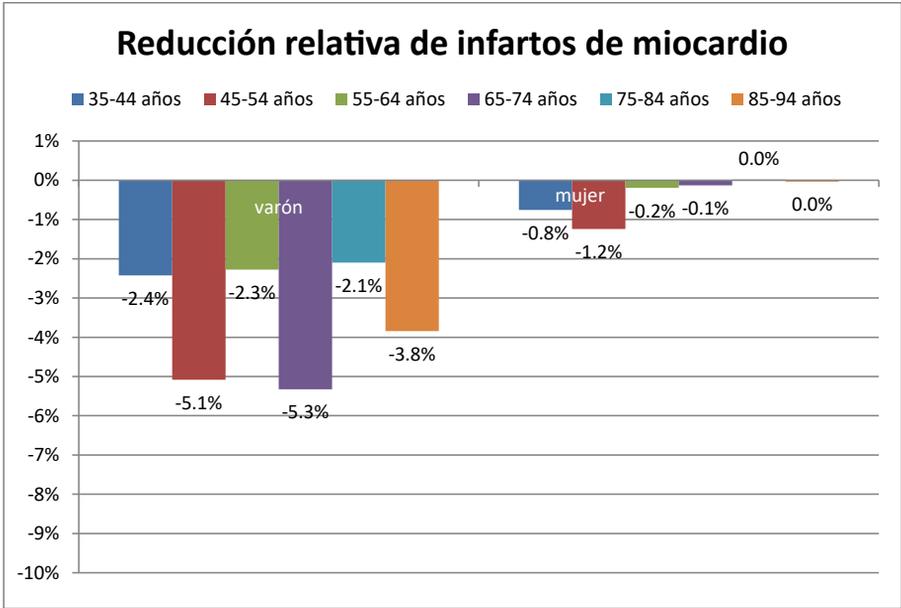
Figura 22. Reducciones relativas en muertes por enfermedad coronaria, por grupos de edad y sexo (en 10 años).



Fuente: Elaboración propia

Observando los eventos evitados, los varones serían quienes mayor reducción de infartos presentan (entre 2,1% y 5,3% según el grupo de edad) en comparación con las mujeres (entre un 0% y 1,2%) (Figura 23).

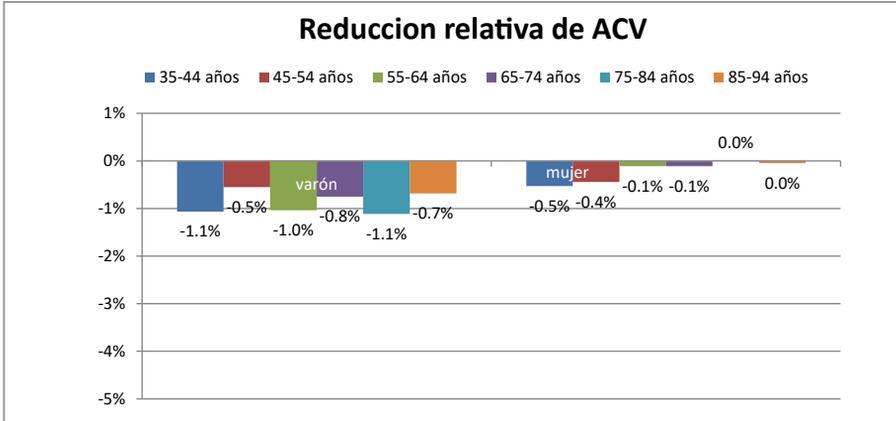
Figura 23. Reducciones relativas en infartos agudos de miocardio, por grupos de edad y sexo (en 10 años).



Fuente: Elaboración propia

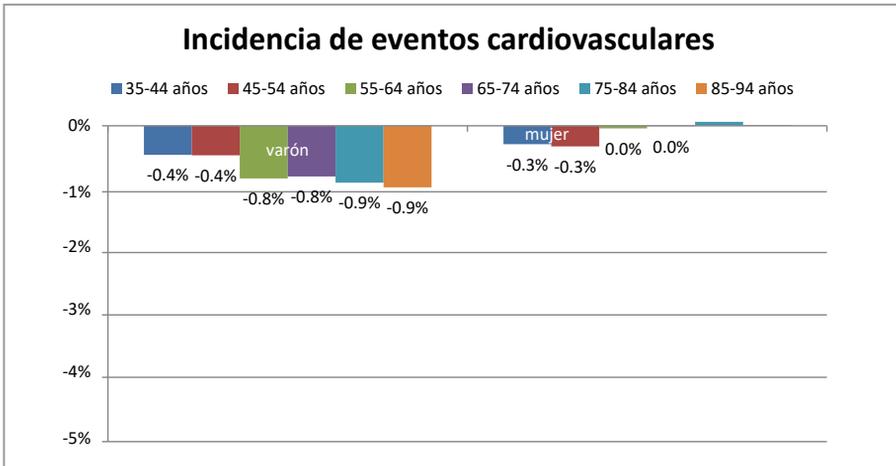
En relación a los ACV si bien las reducciones son menores también son los grupos de edad más jóvenes quienes presentan mayor proporción de eventos evitados. La incidencia de eventos cardiovasculares también se reduce en menos del 1% para todos los grupos de edad, siendo mayor el beneficio en varones mayores de 45 años (Figura 24).

Figura 24. Reducciones relativas en ACVs, por grupos de edad y sexo (en 10 años).



Fuente: Elaboración propia

Figura 25. Reducciones relativas la incidencia de enfermedad cardiovascular, por grupos de edad y sexo (en 10 años).

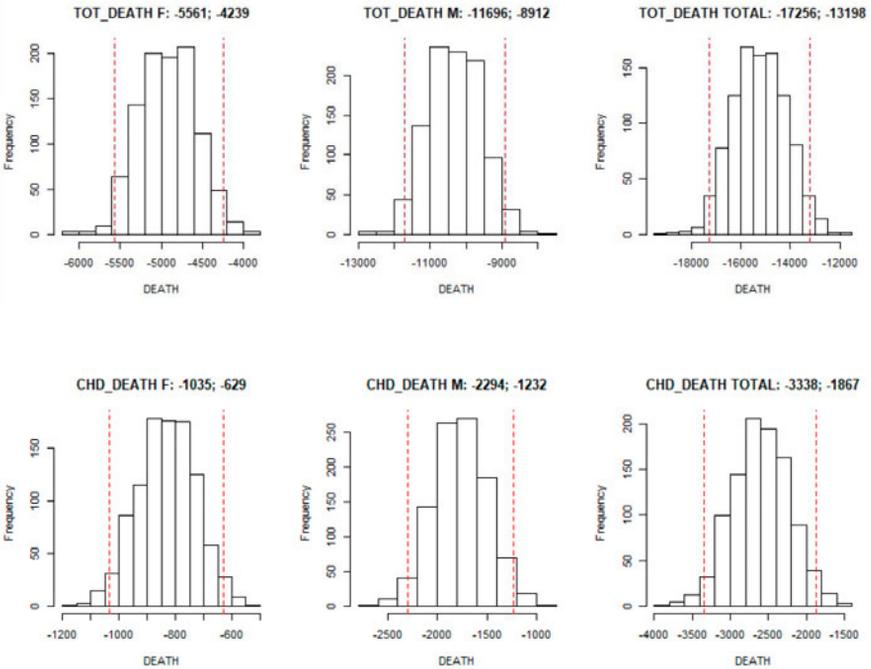


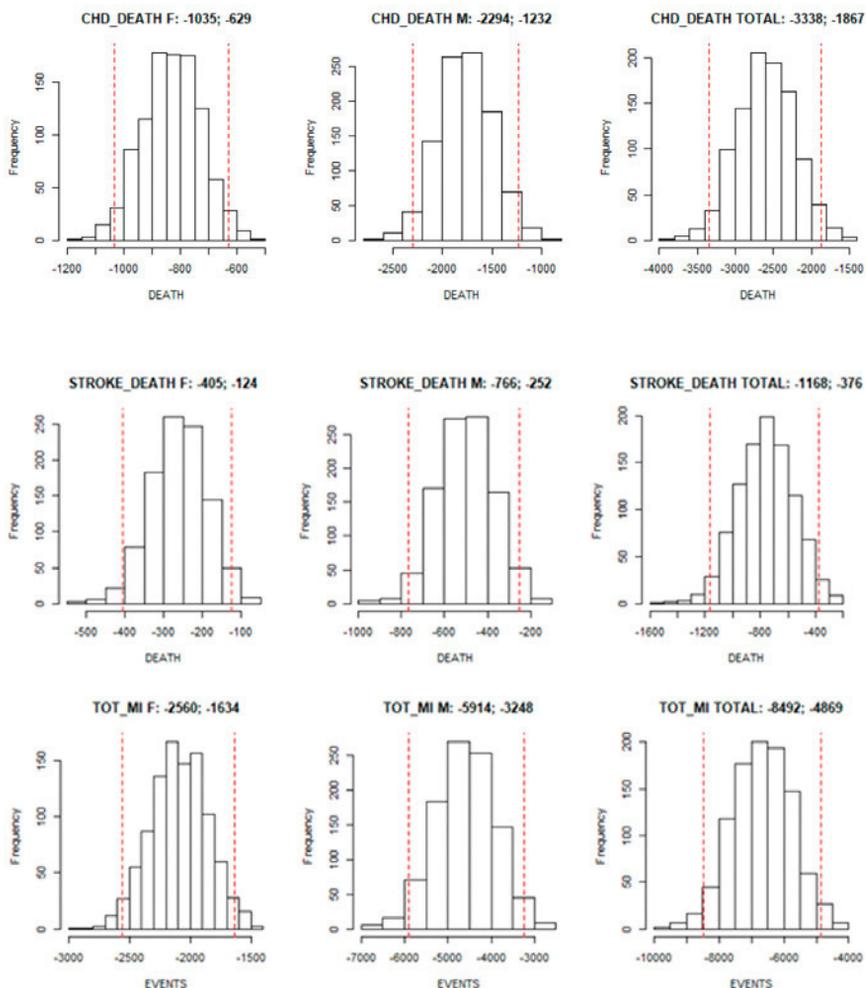
Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

Se realizaron análisis probabilísticos para evaluar la sensibilidad de los resultados y se calcularon intervalos de confianza 95% para los principales indicadores que se reportaron en la sección previa (Figura 26).

Figura 26. Histogramas con frecuencias muertes totales, muertes por enfermedad cardiovascular, muertes por ACV, infartos agudos de miocardio y ACVs, totales y por sexo





TOT_DEATH F: muertes totales en mujeres, TOT_DEATH M: muertes totales en varones, TOT_DEATH TOTAL: muertes totales; CHD_DEATH F: muertes por enfermedad cardiovascular en mujeres, CHD_DEATH M: muertes por enfermedad cardiovascular en varones, CHD_DEATH TOTAL: muertes por enfermedad cardiovascular totales; STROKE_DEATH F: muertes por ACV en mujeres, STROKE_DEATH M: muertes por ACV en varones, STROKE_DEATH TOTAL: muertes por ACV totales; TOT_MI F: infartos agudos de miocardio en mujeres, TOT_MI M: infartos agudos de miocardio en varones, TOT_MI TOTAL: infartos agudos de miocardio en total; TOT_STROKE F: ACVs en mujeres, TOT_STROKE M: ACVs en varones, TOT_STROKE TOTAL: ACVs en total.

Fuente: Elaboración propia

Además se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos con dos escenarios alternativos utilizando otras medidas de efecto publicadas para países con altos y bajos ingresos: 7,4%(145) y 23,5%(146) (Tabla 6).

Tabla 6. Eventos totales evitados con escenarios de mayor y menor efectividad de la intervención propuesta

EVENTOS EVITADOS	Análisis principal (9%)	Escenario de menor efectividad (7,4%)	Escenario de mayor efectividad (23,5%)
Muertes Totales	15164	12496	38804
Muertes por ECV	2610	2150	6712
Muertes por ACV	747	616	1916
IAMs	6630	5461	17038
ACVs	2851	2349	7302

Fuente: Elaboración propia

Se observó que aun en un escenario conservador asumiendo una efectividad del 7,4% en la reducción de la prevalencia de tabaquismo con la prohibición completa de la publicidad se podrían evitar 12.496 muertes, de las cuales 2150 serían por enfermedad cardiovascular y 616 por ACV en 10 años. Además en ese lapso se evitarían 5461 IAMs y 2349 ACVs. Como se observa en la Tabla 6 el beneficio sanitario sería aún mayor si el impacto de la medida fuera el publicado en otros trabajos de países con ingresos altos con reducciones en la prevalencia de tabaquismo del 23,5%

DISCUSION

Avanzar en la lucha contra la epidemia del tabaco a través de la prohibición total de la publicidad de sus productos sería una política efectiva en Argentina, con la potencialidad de evitar un gran número de infartos, ACVs y muertes por enfermedad cardiovascular. Estos hallazgos están en sintonía con otro estudio realizado en el país donde además se informó se podrían evitar un número similar de muertes y eventos cardiovasculares y que el sistema de salud ahorraría dinero, siendo una política costo efectiva.(142)

Aquellos países que han prohibido de manera completa e integral la publicidad de productos elaborados con tabaco han logrado disminuir 7,4% el consumo de cigarrillos y 5,4% el consumo total de tabaco.(44) La publicidad de productos de tabaco busca aumentar la normalización de su consumo y aumentar su aceptabilidad social principalmente entre los jóvenes, por lo que las prohibiciones completas a la publicidad neutralizan los esfuerzos crecientes de las tabacaleras que publicitan sus productos a través de las hendidias legales que quedan en aquellos países con restricciones parciales.(153)

Sin embargo, los contundentes beneficios de esta política sanitaria podrían encontrar una resistencia al momento de su implementación considerando los antecedentes de *lobby* de la industria tabacalera para obstaculizar avances en materia legislativa en Argentina.(108, 154) Apoyarse en la posición favorable de la población Argentina a este tipo de medidas donde más del 90% estaría de acuerdo en prohibir completamente la publicidad de los productos elaborados con tabaco podría ser de utilidad para promover la voluntad política,(114) como ha sido el caso de la política impositiva para aumentar el precio de los productos de tabaco en 2016. (155)

Es necesario reconocer algunas limitaciones metodológicas del estudio. Todos los estudios de modelos matemáticos son tan buenos como la integridad de los supuestos en los que se basa. Si bien utilizamos los mejores datos disponibles para la adaptación y actualización del CVD Policy Model a la realidad Argentina, en algunos casos tuvimos que asumir datos locales o provinciales como representativos del nivel nacional. Algunos de esos datos como por ejemplo las prevalencias de factores de riesgo debieron estimarse a partir los datos de la 3ra Encuesta Nacional de Factores de Riesgo siendo que recién a fin de 2019 se publicó el resumen ejecutivo de la 4ta ENFR y no estaba disponible la base de datos para uso público. Además, los coeficientes utilizados para estimar el riesgo relativo de desarrollar enfermedad cardiovascular para cada posible combinación de factores de riesgo se tomaron del estudio de Framingham, un estudio llevado a cabo en una población principalmente anglosajona en los Estados Unidos.(149) Sin embargo, existe evidencia de que las asociaciones entre los factores de riesgo y los eventos son los mismos en diferentes poblaciones, y que lo que cambia es la tasa de eventos reales.(116, 156) Como se mencionó previamente, el CVD Policy Model supone que las incidencias y la distribución de los factores de riesgo permanecen estables.

Las estimaciones del tamaño del efecto de las intervenciones modeladas asumieron un escenario donde el acatamiento de la legislación de tabaco es alto, tomando en cuenta la categorización de la OMS para Argentina en cuanto al cumplimiento legislativo.(157) Sin embargo, es necesario destacar la necesidad de garantizar el cumplimiento de la legislación para maximizar los beneficios sanitarios de las mismas. En el análisis de sensibilidad uno de los dos escenarios alternativos que modelamos tomando de la literatura evidencia de experiencias con menor impacto de la prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco podría asimilarse a un escenario donde el impacto de la medida sanitaria se vea diluido por una implementación defectuosa.

Como se ha observado, en Argentina si bien ha ido bajando el consumo de tabaco, la morbimortalidad atribuible continúa siendo una de las más elevadas de la región y además hay consumos de nuevos productos de tabaco que, tanto a nivel global como en Argentina, se encuentran creciendo. Si bien Argentina adeuda la ratificación del Convenio Marco de Control de Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), está implementando gran parte de las acciones recomendadas por la OMS en el paquete de acciones *MPOWER*(41) con un impacto positivo en la salud evitando un gran número de eventos cardiovasculares.(124) Los avances en materia legislativa tanto a nivel municipal, como provincial y nacional contribuyeron a disminuir la exposición al humo de tabaco ajeno y al consumo. Además, la Ley Nacional de Control de Tabaco N° 26.687 determinó la obligatoriedad de que los productos de tabaco contengan advertencias sanitarias, que también generaron que muchas personas piensen en dejar de fumar. En 2016 se sancionó el Decreto 626 que aumentó los impuestos internos a los cigarrillos del 60 al 75%, tomando en consideración que las medidas fiscales son las políticas sanitarias más efectivas para reducir el tabaquismo. El aumento de los impuestos internos a los cigarrillos tuvo un efecto positivo sanitario con un incremento de los precios y reducción de las ventas de tabaco,(158) aunque el efecto se fue diluyendo en el tiempo al aplicarse solo a los cigarrillos, con un esquema *ad valorem* que permitió la manipulación de precios y la sustitución por marcas baratas y otros productos como el tabaco para armar. La reforma fiscal sancionada en 2017(Ley 27.430) implementó una alícuota de impuesto interno a los cigarrillos de 70% y un impuesto del 25% en otros productos, con un impuesto mínimo de \$28 actualizable trimestralmente por inflación, según el Índice de Precios al Consumidor (IPC).(159) Sin embargo, según reconoce la Secretaria de Gobierno en Salud a octubre de 2019 dicha reforma fiscal estaba parcialmente implementada por lo que no estaba logrando el objetivo sanitario de reducir la brecha de precios entre cigarrillos caros y baratos, ni estaba cumpliendo el objetivo recaudatorio al haber caído la recaudación.(158) El no pago del impuesto mínimo se debió a que numerosas tabacaleras presentaron medidas cautelares para eludir dicho impuesto, las cuales fueron otorgadas por la justicia.

Un alto porcentaje de la población que fue a comercios donde se venden cigarrillos, vio algún tipo de publicidad de tabaco que se explica porque la Ley Nacional N° 26.687 no establece una prohibición completa de todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio, y el punto de venta está exceptuado. Aunque el decreto reglamentario 602/2013 de la Ley Nacional 26.687 circunscribió la publicidad en el punto de venta en cuanto a tamaño, luminosidad y visibilidad desde el exterior, el cumplimiento es bajo, los mecanismos de control son aún deficitarios y la industria reemplazó la publicidad tradicional por la exhibición de productos. Otro elemento alarmante es el hecho de que más del 2% de la población haya recibido material de promoción de cigarrillos en su correo electrónico, solo en el último mes. Esta estrategia de marketing directo (uno a uno) también permitida en la Ley Nacional, representa un importante vehículo para realizar publicidad engañosa, contrarrestar la información sobre el daño a la salud del tabaco y atraer nuevos consumidores.

Para resolver la problemática de exposición a la publicidad es necesario cerrar los vacíos legales de la Ley 26.687 y sancionar una ley nacional de prohibición completa de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio, incluyendo la exhibición de productos, e incluyendo la prohibición del marketing directo, conforme establecen los estándares internacionales. Es de destacar que algunas provincias ya han avanzado con estándares más protectores que la ley nacional, como ha sido el caso de Tierra del Fuego con la sanción de la Ley Provincial N° 1203/2017 que garantiza la protección total de ambientes 100% libres de humo y la prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco, incluyendo la exhibición de los productos en los puntos de venta.(160)

Sin embargo hoy resulta necesario fortalecer el cumplimiento con las normas vigentes en cuanto a la prohibición amplia de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y además poner en agenda la necesidad de modificar y ampliar las presentes restricciones en línea con las directrices de aplicación del artículo 13 del CMCT siendo que es necesario que la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio sea integral y completa.(66)

Para avanzar en línea con las recomendaciones internacionales y darle integralidad a estrategia es necesario que contemple implementar el empaquetado neutro, impedir la publicidad en videojuegos, internet y cine.(66, 105)

Esperamos que este estudio pueda contribuir a fortalecer los argumentos sanitarios para avanzar en actualizar la normativa a nivel nacional vigente de acuerdo a las recomendaciones internacionales y estándares del CMCT en relación a la regulación de la publicidad (Tabla 7). A modo de ejemplo hay un proyecto de ley en el Senado de la Nación que tramita bajo el expediente N 399/18 que busca modificar la Ley Nacional 26.687 de Control de Tabaco para prohibir completamente la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco incluyendo la exhibición del producto en los puntos de venta que podría ir en esta dirección (ver anexo I).(161) Sea este proyecto u otro, es imperioso que la legislación vigente en materia de regulación de tabaco se adapte a los estándares recomendados que hay sido efectivos en muchas otras sociedades para bajar el consumo de tabaco y la morbimortalidad asociadas.

Tabla 7. Situación normativa a nivel nacional en la Argentina y marco regulatorio recomendado según el Convenio Marco para el Control del Tabaco

	Situación actual	Recomendaciones
Punto de venta	Exceptuado de la ley con restricciones.	Prohibir completamente la publicidad, promoción y patrocinio de publicidad de productos de tabaco en puntos de venta.

Exhibicion de producto	Eximido de la totalidad de las regulaciones, salvo la provincia de Tierra del Fuego que lo ha prohibido expresamente.	Prohibir expresamente la exhibición de producto.
Empaquetado	Eximido de la normativa.	Implementar el empaquetado neutro.
Advertencias Sanitarias	50% de las advertencias sanitarias (con texto y pictograma) en los paquetes que se modifican cada 2 años como máximo.	Aumentar la superficie de las advertencias sanitarias en los paquetes
Internet y comunicacion directa	Exceptuado de la ley, ya que permite la comunicación directa a mayores de 18 años.	Prohibir toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco.
Eventos y festivales	El patrocinio de marcas en todo tipo de eventos se encuentra prohibido.	Prohibir todas las formas de patrocinio, incluyendo las acciones de responsabilidad social corporativa.
Cine, TV, videojuegos y plataformas digitales	Prohibida toda forma de publicidad por cualquier medio que no sea la exceptuada en la normativa.	Implementar efectivamente la regulación a fin de evitar publicidad encubierta de productos de tabaco.

Fuente: Adaptado del Documento Informativo de la Coalición Argentina de Control de Tabaco (CACTA). Disponible en https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2019/09/Documento_Informativo_PPP.pdf

Sin embargo es importante tener en cuenta que cuando se intenta avanzar en materia regulatoria para proteger el derecho a la salud pueden aparecer reclamos de la industria tabacalera al ver afectados sus derechos comerciales y en definitiva su lucro. Los antecedentes de interferencia de la industria tabacalera en el Congreso Nacional han sido citados previamente pero además hay un caso paradigmático que fue el reclamo que Philip Morris International (PMI) le hizo a Uruguay. En febrero de 2010 tres empresas subsidiarias de PMI demandaron a la República Oriental del Uruguay ante el CIADI (Centro Internacional de Arreglo de Disputas entre Inversionistas) del Banco Mundial porque alegaban que dos medidas de gobierno que había tomado Uruguay (incrementar el tamaño de las advertencias sanitarias de los productos de tabaco hasta alcanzar el 80% de las superficies del mismo y que cada marca de cigarrillos se limite a una sola variante o tipo de marca) interferían en un tratado de libre comercio existente entre Uruguay y Suiza porque atentaban contra el derecho marcario de la tabacalera. En el año 2016 finalmente el Tribunal falló a favor de Uruguay, habiendo intervenido la Organización Mundial de la Salud como *amicus curiae* a favor de Uruguay.(162)

La pandemia de COVID19 declarada por la OMS que estamos actualmente atravesando fortalece la necesidad de profundizar en materia de regulación de productos de tabaco para disminuir su consumo ya que si bien aún la evidencia es incipiente y puede no ser concluyente el consumo de tabaco se asocia con peores desenlaces en las personas que se enferman de COVID19 (164). Los fumadores tendrían más riesgo de enfermarse de COVID19 mientras fuman (165). Un metaanálisis reciente evidenció que los fumadores tenían mayor chance de tener un cuadro de COVID19 severo comparado con no fumadores (Odds Ratio (OR) 2,0 (IC 95% 1,3 – 3,1)) (166). Otro estudio también identificó una asociación estadísticamente significativa entre ser fumador y la admisión a terapia intensiva y mortalidad por COVID19 (167).

CONCLUSIONES

La publicidad de los productos de tabaco es dañina para la salud pública siendo que busca reclutar nuevos fumadores dirigiendo gran parte de sus esfuerzos de marketing hacia niñas, niños y adolescentes para reemplazar a aquellos que dejan de fumar o mueren, aumentar o mantener el consumo de los fumadores actuales, disminuir la voluntad de los fumadores actuales a dejar de fumar e incentivar a ex- fumadores a que retomen el consumo.(45)

Esperamos que estos hallazgos puedan contribuir a fortalecer las políticas sanitarias en general y en el control del tabaco en particular en Argentina a partir de los notables beneficios de prohibir integralmente la publicidad de productos de tabaco y en consonancia con las recomendaciones mundiales actuales. Este tipo de análisis ha sido recomendado por la Organización Panamericana de la Salud como estrategia para la toma de decisiones en materia de políticas sanitarias.(126) Es necesario que los tomadores de decisión en materia de políticas públicas en general y en lo relacionado al control de tabaco en particular lo hagan considerando la mejor evidencia científica disponible en el marco de lo descripto como políticas públicas basadas en la evidencia, que no hacen más que promover la implementación de estrategias que han demostrado ser efectivas para mejorar la salud de la población. (168)

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA “Dr. Abraam Sonis” 2017, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación para la Salud. Además, fue parcialmente apoyado por el Exploratory Research ER- 92795, International Development Research Centre (IDRC).

AGRADECIMIENTOS

A María Victoria Salgado, Pamela Coxson, Joanne Penko y Alicia Fernández por su colaboración durante el proceso de calibración y simulación de la intervención.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno.

ANEXO I. PROYECTO DE LEY DE MODIFICACIÓN DE LA LEY 26.687 DE CONTROL DE TABACO (EXPTE. 399/18)

"2018 – Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

(S-399/18)

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1º.-Modifíquese el Artículo 5º de la Ley 26.687; Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco; el que quedará redactado de la siguiente forma:

Art. 5º - Prohíbese la publicidad, promoción y patrocinio de los productos elaborados con tabaco, en forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación. Queda incluida dentro de la prohibición del presente artículo la exhibición de productos elaborados con tabaco en dispensadores y cualquier otro tipo de estantería que permita su visibilidad dentro de los locales donde se comercialicen dichos productos.

Artículo 2º.-Modifíquese el Artículo 6º de la Ley 26.687, Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco; el que quedara redactado de la siguiente forma:

Art. 6º - Exceptúese de la prohibición establecida en el artículo anterior, a la publicidad que se realice en publicaciones comerciales destinadas exclusivamente a personas o instituciones que se encuentren involucradas en el negocio del cultivo, fabricación, importación, exportación, distribución, depósito y venta de productos elaborados con tabaco.

Artículo 3º.-Modifíquese el Artículo 8º de la Ley 26.687; Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco; el que quedará redactado de la siguiente forma:

Art. 8º.- Prohíbese a los fabricantes y comerciantes de productos elaborados con tabaco, realizar el auspicio y patrocinio en todo tipo de actividad o evento público, y a través de cualquier medio de difusión.

Artículo 4º.- La presente ley entrará en vigencia a los 30 días de su publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 5º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Silvina M. García Larraburu.- Marcelo J. Fuentes.- Julio C. Catalán Magni.- María I. Pilatti Vergara

FUNDAMENTOS

Señora Presidente:

En la Argentina el tabaquismo es una adicción que afecta a casi 9.000.000 de personas y produce más de 44.000 muertes por año. La industria tabacalera, para asegurar la continuidad de su negocio, debe captar nuevas generaciones de consumidores y así reemplazar a quienes dejaron de fumar o murieron a causa del tabaquismo. Los niños, niñas y adolescentes son los principales fumadores de reemplazo que la industria busca atraer a través de costosas campañas de marketing y tácticas que persiguen el objetivo de iniciarlos en el consumo.

Diferentes estudios indican que la mayoría, más del 80%¹, de los fumadores comienza a consumir cigarrillos antes de los 18 años. Al mismo tiempo, se ha demostrado que el marketing de los productos de tabaco incrementa la cantidad de jóvenes que comienzan a fumar; la exposición a la marca y la exhibición de cigarrillos son factores asociados a la iniciación en el consumo de tabaco de niños y adolescentes. La publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco promueven el inicio en la adicción-principalmente en niños-, instan a la compra compulsiva y transmiten la idea de que el consumo de tabaco es algo normal y socialmente aceptable, al mismo tiempo que debilitan las campañas de salud pública desacreditando las advertencias sobre las consecuencias del tabaco para la salud.

En nuestro país, la Ley de control del Tabaco N° 26.687 (2011) y reglamentada por decreto 602 (2013) establece una prohibición amplia de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos elaborados con tabaco, de forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación. Contempla algunas excepciones, como la publicidad o promoción que se realiza en el interior de los puntos de venta (conforme a la reglamentación, que permite solo dos letreros, pequeños por empresa no visibles desde el exterior), en publicaciones propias del sector tabacalero y a través de comunicaciones directas a mayores de dieciocho años, siempre que hayan prestado consentimiento previo y se haya verificado su edad.

El Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud, en su artículo 13, ha reconocido que "una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco"². A su turno, en las directrices para la aplicación del artículo 13 del CMCT podemos encontrar específicamente que "La exhibición de productos de tabaco

¹ WHO Tobacco Free Initiative, 2008

² CMCT <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf?ua=1>

en puntos de venta es en sí misma un forma de publicidad y promoción. La exhibición de productos es un medio clave para promover productos de tabaco y el consumo de estos, inclusive mediante la incitación a comprar productos de tabaco, creando la impresión de que el consumo de tabaco es socialmente aceptable, y haciendo más difícil que los consumidores de tabaco abandonen el hábito"

En este sentido y siguiendo con lo establecido por el CMCT, ha sido demostrado que la legislación que establece la prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco reduce el consumo en toda la población, más allá del nivel de ingreso y del nivel educativo. En cambio las restricciones parciales, como la vigente en nuestro país, carecen de efectividad para la reducción del consumo, dado que la publicidad que se prohíbe por un canal comunicacional se despliega por otro, por lo que no se logra el efecto buscado, que es la reducción del consumo y la protección de la salud pública. De esta forma, a medida que los países de América, incluyendo la Argentina, fueron avanzando parcialmente con normas para proteger a los jóvenes de las estrategias publicitarias tradicionales de la industria tabacalera, las empresas comenzaron a privilegiar los puntos de venta y el marketing no tradicional, como canales comunicacionales alternativos orientados a este público.

De esta manera, el presupuesto que la industria tabacalera invierte en el punto de venta ha crecido sostenidamente, así como también sus estrategias de comunicación con los kiosqueros. Esto demuestra que la industria tabacalera identifica al punto de venta como un espacio central y sumamente efectivo para promover sus productos. En la década del '80, en los Estados Unidos, por ejemplo, el presupuesto de la industria invertido en el punto de venta era del 33%. Este porcentaje se incrementó al 43% en los '90 y para el 2007 llegó al 85% de su presupuesto anual en acciones de marketing. En este sentido, una investigación que evaluó los documentos internos de la industria tabacalera (hoy de acceso público) encontró abundante evidencia de la importancia estratégica que dicha industria otorga al punto de venta para publicitar sus productos y la definición de los kiosqueros como destinatarios claves esta estrategia³. Este cambio de estrategia también se vio evidenciado en nuestro país, estudios demuestran que en los últimos años las acciones de publicidad, promoción y exhibición de productos de tabaco han aumentado exponencialmente en Argentina⁴.

³ http://ficargentina.org/images/stories/Documentos/141209_factsheet_exhibicion_y_ppp.pdf

⁴ Estudio FIC:

http://www.ficargentina.org/images/stories/Documentos/151104_informe_publicidad_tabaco_kioscos_2015.pdf

Asimismo, el punto de venta, es un espacio central y extremadamente eficaz para que los niños consideren a los cigarrillos como productos familiares e inofensivos. Es también por este motivo que la industria tabacalera invierte millones en publicitar y en exhibir sus productos en dichos espacios, junto a dulces y juguetes. Entre las tácticas que despliega la industria en los puntos de venta para seducir a los niños, las niñas y jóvenes se encuentran la ubicación de los cigarrillos cercana a los dulces y productos para niños; displays o exhibidores con iluminación, colores o diseños llamativos; ubicación de los productos de tabaco a la altura de la vista de los niños; promociones, concursos y obsequios; exhibición de cigarrillos con sabores y empaquetado atractivo; ubicación en lugares de alto tránsito como cajas o salidas y utilización de objetos atractivos.

Además, los puntos de venta exponen a todos los compradores, sin importar su edad, a mensajes e imágenes a favor del hábito de fumar. La ubicación de los paquetes en lugares muy visibles garantiza que se destaque la marca y las imágenes asociadas que sirven como recordatorio visual; es por eso que la industria incentiva económicamente a los comerciantes minoristas para asegurar la ubicación preferencial de sus productos en el punto de venta.

Por otro lado, las empresas tabacaleras, amparándose en la excepción legal que permite la comunicación directa con fumadores mayores de edad, han desarrollado acciones de publicidad integrales como invitación a fiestas, stands en boliches y paradores balnearios, presencia de promotoras recopilando datos de fumadores en discotecas, campañas con identidades visuales creadas especialmente dirigidas a jóvenes, entre otras⁵. De esta manera, usan a su favor las excepciones legales y violan el espíritu de las políticas de control de tabaco, cuyo objetivo último es proteger la salud pública, reducir el consumo y prevenir el tabaquismo en jóvenes. Estas estrategias integrales y agresivas de la industria tabacalera, además de perversas, son un modo de debilitar la aplicación efectiva de la ley de control de tabaco y las restricciones contenidas en el reglamento y dejan de manifiesto la necesidad de avanzar con un marco normativo que prohíba toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco, sea directa o indirecta y de la exhibición de productos.

Es necesario destacar que la prohibición completa de publicidad, promoción, patrocinio y exhibición de productos de tabaco no genera pérdidas económicas en los puntos de venta. La evidencia científica⁶

⁵ http://www.ficargentina.org/images/stories/Documentos/160205_factsheet_costa.pdf

⁶ Economic evaluation of the removal of tobacco promotional displays in Ireland. Quinn C1, Lewis S, Edwards R, McNeill A.

ha demostrado que en países donde se avanzó con medidas de ésta características no hubo ningún efecto significativo en el corto plazo (hasta 12 meses después de la aplicación) en las ventas al por menor de productos de tabaco. De esta manera, se ha comprobado que los reclamos que suelen realizar los pequeños comerciantes contra medidas de prohibición total de publicidad de productos de tabaco en los puntos de venta alegando importantes pérdidas de ingresos y los cierres de los locales de venta no se ven confirmados.

Por último, es necesario restringir también las acciones de patrocinio realizadas por las empresas tabacaleras. La ley vigente sólo prohíbe el patrocinio de marca, permitiéndole a la industria la implementación de acciones de responsabilidad social empresaria que, a pesar de parecer políticamente correctas, el verdadero objetivo de estas acciones es impedir que se promulguen leyes eficaces para el control de tabaco, crear aliados para consolidar la influencia en ámbitos de gobierno y mejorar la imagen pública de la industria exhibiendo acciones avaladas por organismos de gobierno⁷. En este contexto, el CMCT, a través de las Directrices del artículo 13, recomienda prohibirlas contribuciones de empresas tabacaleras a cualquier otra entidad para "causas socialmente responsables" porque constituyen una forma de patrocinio y la propaganda de las acciones de responsabilidad social empresaria propias de la industria tabacalera porque son una forma de publicidad y promoción.

Una modificación de la ley nacional como la que aquí se propone, además viene a unificar el estándar de protección frente a la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco con el nivel de restricción en provincias argentinas que ya han avanzado en ese mismo sentido. En nuestro país existen cinco provincias que prohíben la publicidad de tabaco de manera completa: Neuquén, La Pampa, San Luis, Santa Fe y Santa Cruz; estas provincias han garantizado un nivel más alto de protección a la salud frente a las consecuencias generadas por el tabaquismo, dando cumplimiento a los estándares internacionales en la materia y garantizando la satisfacción de obligaciones de derechos humanos ya adquiridas por nuestro país con la ratificación de tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales⁸ y la Convención

⁷ Organización Panamericana de la Salud (2002). La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/rentabilidad.pdf>

⁸ Recomendaciones del Comité DESC al Estado Argentino, 2011, disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6Q5miBEDzFEovLCuW0fp9m5PoYHYLH3qkgu0gxyvzfMwx3FNnTOTMrqX5VDqs;NG8Q3d1cW7ezjSFRkt%zb%2b46Lt0A0eCWNvdcVgy1PxWJ01yt0Nvo8If3GxqM6W>

para la Eliminación de todas Formas de Discriminación contra la Mujer⁹.

En este mismo sentido, la prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco ha sido reconocida por nuestra Corte Suprema¹⁰ como un mecanismo efectivo para la garantía del derecho a la salud, ratificando la facultad de los Gobiernos de restringir el marketing de un producto adictivo y mortal como es el tabaco con el fin de proteger la salud pública.

Sobre la base de esta evidencia, se debe avanzar con la adopción y efectiva implementación de la modificación de los Artículos 5º, 6º y 8º de la Ley 26.687

Por las razones expuestas, solicito a mis pares la aprobación de este proyecto de ley.

Silvina M. García Larraburu.- Marcelo J. Fuentes.- Julio C. Catalán Magni.- María I. Pilatti Vergara

⁹ Recomendaciones del Comité CEDAW al Estado Argentino, 2010, disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCqhkKb7yhsgcdm0xgERNaIXh22nhTUn5LjDjPCou3RLUu%2fsetb1RvXdByoUt9QkRCOBtaRorr6rjvxaqP9Ez7lwgYUMYvfm6twYKxt89XsfEZxlB3r45>

¹⁰ Fallo de la CSJN . Nobleza Piccardo contra Santa Fe: <http://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/documentos/verDocumento.html?idAnalisis=725949&interno=2>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alderete E, Gregorich SE, Monteban M, Kaplan CP, Mejia R, Livaudais-Toman J, et al. Effect of appreciation for Indigenous cultures and exposure to racial insults on alcohol and drug use initiation among multiethnic Argentinean youth. *Preventive medicine*. 2016 Apr;85:60-8. PubMed PMID: 26763165. Pubmed Central PMCID: 5354355.
2. Mejía R. Los medios de comunicacion en la promocion y el control del consumo de tabaco. 2011.
3. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. The Tobacco Industry's Influences on the Use of Tobacco Among Youth Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99238/>.
4. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;362(24):2295-303.
5. Hammond R. Tobacco Advertising & Promotion: The Need for a Coordinated Global Response New Delhi, India2000 [cited 2020 April 10th]. Available from: <https://www.who.int/tobacco/media/ROSS2000X.pdf>.
6. Lopez AD, Mathers CD. Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002-2030. *Annals of tropical medicine and parasitology*. 2006 Jul-Sep;100(5-6):481-99. PubMed PMID: 16899150.
7. World Health Organization. WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2019 Ginebra2019 [cited 2020 April 10th]. Available from: https://www.who.int/tobacco/global_report/en/.
8. Bilano V, Gilmour S, Moffiet T, d'Espaignet ET, Stevens GA, Commar A, et

- al. Global trends and projections for tobacco use, 1990-2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. *Lancet*. 2015 Mar 14;385(9972):966-76. PubMed PMID: 25784347.
9. Lee K, Eckhardt J, Holden C. Tobacco industry globalization and global health governance: towards an interdisciplinary research agenda. *Palgrave Commun*. 2016;2.
 10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco Industry Marketing 2020 [cited 2020 April 10th]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/marketing/index.htm.
 11. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet*. 2000 Apr 8;355(9211):1253-9. PubMed PMID: 10770318.
 12. Organización Mundial de la Salud. Tabaco - Datos y cifras 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
 13. World Health Organization. Tobacco 2020 [cited 2020 April 10th]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
 14. The Tobacco Atlas. Muertes 2020 [cited 2020 April 10th]. Available from: <https://tobaccoatlas.org/topic/deaths/>.
 15. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva 2009.
 16. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA*. 2014;311(2):183-92.
 17. American Cancer Society. The Tobacco Atlas 5th edition. Atlanta 2015.
 18. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*. 2014 Jan 2;370(1):60-8. PubMed PMID: 24382066.
 19. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Region de las Americas 2018. Washington DC 2018.
 20. Casetta B, Videla AJ, Bardach A, Morello P, Soto N, Lee K, et al. Association Between Cigarette Smoking Prevalence and Income Level:

- A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine & tobacco research* : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 2017 Nov 7;19(12):1401-7. PubMed PMID: 27679607.
21. Konfino J, Ferrante D, Goldberg L, Caixeta R, Palipudi KM, Centers for Disease C, et al. Tobacco use among youths--Argentina, 2007 and 2012. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2014 Jul 11;63(27):588-90. PubMed PMID: 25006825.
 22. Alcaraz A, Caporale J, Bardach A, Augustovski F, Pichon-Riviere A. [Burden of disease attributable to tobacco use in Argentina and potential impact of price increases through taxes]. *Rev Panam Salud Publica*. 2016 Oct;40(4):204-12. PubMed PMID: 28001195. Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Argentina y potencial impacto del aumento de precio a traves de impuestos.
 23. Pichon-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu LM, Pinto MT, et al. [Financial impact of smoking on health systems in Latin America: A study of seven countries and extrapolation to the regional level]. *Rev Panam Salud Publica*. 2016 Oct;40(4):213-21. PubMed PMID: 28001196. Impacto economico del tabaquismo en los sistemas de salud de America Latina: un estudio en siete paises y su extrapolacion a nivel regional.
 24. Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Bardach A, Augustovski F, Caporale J, Caccavo Francisco. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Argentina. Documento Técnico IECS N° 7. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina (www.iecs.org.ar), . 2013.
 25. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires2015.
 26. Ministerio de salud de la Nación. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: principales resultados. Buenos Aires2019.
 27. Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo In: Direccion Nacional de Promocion de la Salud y Prevencion de Enfermedades No Transmisibles, editor. Buenos Aires2019.

28. De Maio FG, Konfino J, Ondarsuhu D, Goldberg L, Linetzky B, Ferrante D. Sex-stratified and age-adjusted social gradients in tobacco in Argentina and Uruguay: evidence from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). *Tob Control*. 2015 Nov;24(6):562-7. PubMed PMID: 24985731.
29. Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H, Lantz PM. Socioeconomic patterning in tobacco use in Argentina, 2005. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2011 Oct;13(10):894-902. PubMed PMID: 21622491. Pubmed Central PMCID: 3179667.
30. Linetzky B, De Maio F, Ferrante D, Konfino J, Boissonnet C. Sex-stratified socio-economic gradients in physical inactivity, obesity, and diabetes: evidence of short-term changes in Argentina. *Int J Public Health*. 2013 Apr;58(2):277-84. PubMed PMID: 22615030.
31. Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H. Social patterning of chronic disease risk factors in a Latin American city. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2008 Nov;85(6):923-37. PubMed PMID: 18830819. Pubmed Central PMCID: 2587655.
32. Fleischer NL, Diez Roux AV, Alazraqui M, Spinelli H, De Maio F. Socioeconomic gradients in chronic disease risk factors in middle-income countries: evidence of effect modification by urbanicity in Argentina. *Am J Public Health*. 2011 Feb;101(2):294-301. PubMed PMID: 21164095. Pubmed Central PMCID: 3020206.
33. Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jovenes. Resumen ejecutivo Buenos Aires2018 [cited 2020 April 10]. Available from: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001554cnt-2018_encuesta-mundial-sobre-tabaco-en-jovenes_arg.pdf.
34. Linetzky B, Mejia R, Ferrante D, De Maio FG, Diez Roux AV. Socioeconomic status and tobacco consumption among adolescents: a multilevel analysis of Argentina's Global Youth Tobacco Survey. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on*

- Nicotine and Tobacco. 2012 Sep;14(9):1092-9. PubMed PMID: 22394595. Pubmed Central PMCID: 3529606.
35. Fundación Interamericana del Corazón- Argentina. TABACALERAS EN LA MIRA: LAS ESTRATEGIAS PUBLICITARIAS DE MASSALIN PARTICULARES Y NOBLEZA PICCARDO VIOLAN LA LEGISLACIÓN VIGENTE Buenos Aires2015. Available from: http://www.ficargentina.org/images/stories/Documentos/150522_tabacaleras_en_la_mira_final.pdf
 36. Salgado MV, Mejia R, Kaplan CP, Perez-Stable EJ. Smoking behavior and use of tobacco industry sponsored websites among medical students and young physicians in Argentina. Journal of medical Internet research. 2014 Feb 6;16(2):e35. PubMed PMID: 24509433. Pubmed Central PMCID: 3936273.
 37. Minter D, Mejia R, Salas I, Thrasher J, Perez Stable EJ. Tobacco point-of-sale advertising in downtown Buenos Aires, Argentina and compliance with the new tobacco advertising restrictions. Tobacco Control. 2016;Online First, published on March 30, 2016 as 10.1136/tobaccocontrol-2015-052870.
 38. Perez A, Thrasher J, Cabrera N, Forsyth S, Pena L, Sargent JD, et al. Exposure to tobacco in video games and smoking among gamers in Argentina. Tob Control. 2018 Jul 20. PubMed PMID: 30030410. Pubmed Central PMCID: 6339838.
 39. Barrientos-Gutierrez I, Mejia R, Perez-Hernandez R, Kollath-Cattano C, Pena L, Morello P, et al. Time trends for tobacco and alcohol use in youth-rated films popular in Mexico and Argentina, from 2004-2012. Salud publica de Mexico. 2017 Jan-Feb;59(1):76-83. PubMed PMID: 28423113. Pubmed Central PMCID: 6198145.
 40. Mejia R, Mejia R, Morello P, Perez A, Pena L, Braun SN, et al. Movies promote tobacco use amongst adolescents: The need for policies to prevent this phenomenon. Revista de la Asociacion Medica Argentina. 2018 Mar;131(1):24-31. PubMed PMID: 30294003. Pubmed Central PMCID: 6172004.

41. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package 2008.
42. Lavack AM, Toth G. Tobacco point-of-purchase promotion: examining tobacco industry documents. *Tob Control*. 2006;15(5):377-84.43.
43. Paynter J, Edwards R. The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic review. *Nicotine Tob Res* 2009;11(1):25–35. 2009.
44. Saffer H. Tobacco Cotrol in Developing Countries. In: Jha P, Chaloupka F, editors.: Oxford University Press.; 2000.
45. Tobacco Free Kids. Tobacco advertising, promotion and sponsorship: Evidence 2008. Available from: http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/APS_essential_facts_en.pdf.
46. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption . *Journal of health economics*. 2000;19(6):1117-37.
47. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. . *Journal of Health Econom-ics*. 2008;27(4):930-42.
48. De La Fuente P. La publicidad posmoderna., *El Siglo de Torreón*, editor. Torreón, México: Editora de la Laguna; 2005.
49. World Health Organization. Gender - responsive tobacco control: evidence and options for policies and programmes In: *Framework Convention Tobacco Control (FCTC)*, editor. 2008.
50. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Women and smoking: a report of the Surgeon General. In: *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health*, editors. Washington DC,2001.
51. World Health Organization. Why women and girls use tobacco? 2003 [cited 2020 April 19th]. Available from: https://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_marketing_tobacco_women.pdf.
52. Anderson SJ, Glantz SA, Ling PM. Emotions for sale: cigarette advertising and women’s psychosocial needs. *Tob Control*. 2005 Apr;14(2):127-35. PubMed PMID: 15791023. Pubmed Central PMCID: 1748016.
53. National Cancer Institute. The Role of the Media in Promoting and

- Reducing Tobacco Use. Tobacco Control Monograph No. 19. In: Department of Health and Human Services NIOH, National Cancer Institute,, editor. Bethesda, MD: U.S: NIH Pub. No. 07-6242; 2008.
54. Charlesworth A, Glantz S. Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review. *Pediatrics* 2005;116:1516-28.
 55. Lum K, Polansky J, et al. Signed, sealed and delivered: “big tobacco” in Hollywood, 1927-1951. *Tob Control*. 2008;17:313-23.
 56. Stanford University. Research Into the Impact of Tobacco Advertising 2007 [cited 2020 April 12th]. Available from: http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/images.php?token2=fm_st001.php&token1=fm_img0002.php&theme_file=fm_mt001.php&theme_name=.
 57. Mejia R, Morello P, Pérez A, Peña L, Braun SN, Santillan EA, et al. Movies promote tobacco use amongst adolescents: The need for policies to prevent this phenomenon. . *Revista de la Asociacion Medica Argentina*. 2018;131(1):24-31.
 58. Richards R. We are about to go into production with the motion picture, “Run Sheep Run”, A suspense, thriller, set in Los Angeles. In: No.500201 B, editor. Reynolds R1972. p. 1423-4.
 59. University of California San Francisco. Truth Tobacco Industry Documents 2020 [cited 2020 April 11th]. Available from: <https://www.industrydocuments.ucsf.edu/tobacco/>.
 60. Polansky J, Glantz S. Presentaciones de fumar por primera vez en películas de EE. UU. 1999-2003 2004 [cited 2020 April 11th]. Available from: <https://escholarship.org/uc/item/5hj06178>.
 61. Barrientos-Gutierrez I, Kollath-Cattano C, Mejia R, Arillo-Santillan E, Hanewinkel R, Morgenstern M, et al. Comparison of tobacco and alcohol use in films produced in Europe, Latin America, and the United States. *BMC Public Health*. 2015 Nov 3;15:1096. PubMed PMID: 26526859. Pubmed Central PMCID: 4630971.
 62. Mejia R, Perez A, Pena L, Kollath-Cattano C, Morello P, Braun S, et al. Smoking in Movies and Adolescent Smoking Initiation: A Longitudinal Study among Argentinian Adolescents. *The Journal of pediatrics*. 2017

- Jan;180:222-8. PubMed PMID: 28029343. Pubmed Central PMCID: 5362311.
63. Thrasher JF, Islam F, Barnoya J, Mejia R, Valenzuela MT, Chaloupka FJ. Market share for flavour capsule cigarettes is quickly growing, especially in Latin America. *Tob Control*. 2017 Jul;26(4):468-70. PubMed PMID: 27329114. Pubmed Central PMCID: 5177543.
 64. Abad-Vivero EN, Thrasher JF, Arillo-Santillan E, Perez-Hernandez R, Barrientos-Gutierrez I, Kollath-Cattano C, et al. Recall, appeal and willingness to try cigarettes with flavour capsules: assessing the impact of a tobacco product innovation among early adolescents. *Tob Control*. 2016 Dec;25(e2):e113-e9. PubMed PMID: 27060099. Pubmed Central PMCID: 5055844.
 65. Campaign for Tobacco Free Kids. TOBACCO MARKETING THAT REACHES KIDS: POINT-OF-SALE ADVERTISING AND PROMOTIONS 2020 [cited 2020 April 12th]. Available from: <https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0075.pdf>.
 66. World Health Organization. Directrices para la aplicación del artículo 13 (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Ginebra 2008. Available from: https://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es.pdf.
 67. Minter DJ, Mejia R, Salas I, Thrasher J, Perez-Stable EJ. Tobacco point-of-sale advertising in downtown Buenos Aires, Argentina and compliance with the new tobacco advertising restrictions. *Tob Control*. 2017 Mar;26(2):239-40. PubMed PMID: 27030591. Pubmed Central PMCID: 6112767.
 68. Barnoya J, Mejia R, Szeinman D, Kummerfeldt CE. Tobacco point-of-sale advertising in Guatemala City, Guatemala and Buenos Aires, Argentina. *Tob Control*. 2010 Aug;19(4):338-41. PubMed PMID: 20530136. Pubmed Central PMCID: 2975992.
 69. Fundacion Interamericana del Corazon Argentina. Exhibición de productos en 6 jurisdicciones de Argentina 2018 [cited 2019 March 30]. Available from: https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2017/11/reporte_exhibicion_2017_final.pdf.

70. World Health Organization. Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation 2016 [cited 2020 April 12th]. Available from: <https://www.who.int/tobacco/publications/industry/plain-packaging-tobacco-products/en/>.
71. Young JM, Stacey I, Dobbins TA, Dunlop S, Dessaix AL, Currow DC. Association between tobacco plain packaging and Quitline calls: a population-based, interrupted time-series analysis. *The Medical journal of Australia*. 2014 Jan 20;200(1):29-32. PubMed PMID: 24438415.
72. Durkin S, Brennan E, Coomber K, Zacher M, Scollo M, Wakefield M. Short-term changes in quitting-related cognitions and behaviours after the implementation of plain packaging with larger health warnings: findings from a national cohort study with Australian adult smokers. *Tob Control*. 2015 Apr;24(Suppl 2):ii26-ii32. PubMed PMID: 28407608. Pubmed Central PMCID: 4392190.
73. Wakefield M, Coomber K, Zacher M, Durkin S, Brennan E, Scollo M. Australian adult smokers' responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey. *Tob Control*. 2015 Apr;24(Suppl 2):ii17-ii25. PubMed PMID: 28407606. Pubmed Central PMCID: 4401339.
74. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva2003. Available from: https://www.who.int/fctc/text_download/es/.
75. Henriksen L, Schleicher NC, Feighery EC, Fortmann SP. A Longitudinal Study of Exposure to Retail Cigarette Advertising and Smoking Initiation. *Pediatrics*. 2010;126(2):232-8.
76. Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD000165
77. Braun S, Kollath-Cattano C, Barrientos I, Mejía R, Morello P, Sargent JD, et al. Assessing tobacco marketing receptivity among youth: integrating point of sale marketing, cigarette package branding and branded merchandise. *Tob Control*. 2015;Published Online First October 1, 2015, doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052498.

78. World Health Organization. Smoking and COVID-19 2020 [cited 2020 October 11th]. Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/smoking-and-covid-19>.
79. Zhao Q, Meng M, Kumar R, Wu Y, Huang J, Lian N, et al. The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: A systemic review and meta-analysis. *Journal of medical virology*. 2020 Apr 15. PubMed PMID: 32293753. Pubmed Central PMCID: 7262275.
80. Kozak R, Prost K, Yip L, Williams V, Leis JA, Mubareka S. Severity of coronavirus respiratory tract infections in adults admitted to acute care in Toronto, Ontario. *Journal of clinical virology : the official publication of the Pan American Society for Clinical Virology*. 2020 May;126:104338. PubMed PMID: 32278299. Pubmed Central PMCID: 7142695.
81. Hoek J, Gifford H, PirikahuG, Thomson G, Edwards R. How do tobacco retail displays affect cessation attempts? Findings from a qualitative study. *Tob Control*. 2010;19(4):334-7.
82. Carter OB, Mills BW, Donovan RJ. The effect of retail cigarette pack displays on unplanned purchases: results from immediate postpurchase interviews. . *Tob Control*. 2009;18(3):218-21.
83. Germain D, McCarthy M, Wakefield M. Smoker sensitivity to retail tobacco displays and quitting: a cohort study. *Addiction*. 2009;105(1):159-63.
84. Wakefield M, Germain D, Henriksen L. The effect of retail cigarette displays on impulse purchase. *Addiction*. 2008;103(2):322-8.
85. Braun S, Mejia R, Ling PM, Perez-Stable EJ. Tobacco industry targeting youth in Argentina. *Tob Control*. 2008 Apr;17(2):111-7. PubMed PMID: 18299308. Pubmed Central PMCID: 3673569.
86. Braun S, Mejia RM, Jaganath R. An Argentinean icon as a useful tool to sell BAT's cigarettes. *Tob Control*. 2008 Feb;17(1):70. PubMed PMID: 18218814.
87. Mejia R, Perez-Stable E. Tobacco epidemic in Argentina: The cutting edge of Latin America. *CVD Prevention and Control*. 2006;2:49-55.
88. Barnoya J GS. Tobacco industry success in preventing regulation of secondhand smoke in Latin America: the Latin Project. *Tob Control*. 2002;11:305-14.

89. World Health Organization. Tobacco industry strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization 2000 [cited 2020 April 12th]. Available from: https://www.who.int/tobacco/publications/industry/who_inquiry/en/.
90. Coalicion Argentina para el Control del Tabaco (CaCTA). HACIA UNA PROHIBICIÓN COMPLETA DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DE PRODUCTOS DE TABACO EN ARGENTINA: UNA MEDIDA EFECTIVA PARA LUCHAR CONTRA EL TABAQUISMO 2019 [cited 2019 September 30]. Available from: https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2019/09/Documento_Informativo_PPP.pdf.
91. Adler I. Crecimientos malignos de pulmón y bronquios: un estudio patológico y clínico. Nueva York: Longman Green and Company; 1912.
92. Brawley OW, Glynn TJ, Khuri FR, Wender RC, Seffrin JR. The first surgeon general's report on smoking and health: The 50th anniversary. *CA A Cancer Journal for Clinicians*. 2014;64:5-8.
93. Proctor RN. Angel H Roffo: the forgotten father of experimental tobacco carcinogenesis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006 Jun;84(6):494-6. PubMed PMID: 16799735. Pubmed Central PMCID: 2627373.
94. Roffo AH. Durch Tabak beim Kaninchen entwickeltes Carcinom [Tobaccoinduced cancer in rabbits]. *Zeitschrift für Krebsforschung* 1931;33:321.
95. Pearl R. Tobacco smoking and longevity. *Science*. 1938;87:216-7.
96. Muller FH. Tabakmissbrauch und Lungencarcinom. *Z Krebsforsch*. 1939;49:57-85.
97. Doll R, Hill AB. Tabaquismo y carcinoma de pulmón; informe preliminar. *Br Med J*. 1950;2:739-48.
98. Doll R, Hill AB. La mortalidad de los médicos en relación con sus hábitos de fumar; Un informe preliminar. *Br Med J*. 1954;1:1451-5.
99. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). History of the Surgeon General's Reports on Smoking and Health 2006 [cited 2020 April

- 12th]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/history/index.htm.
100. Centers for Disease Control and Prevention. 2000 Surgeon General's Report Highlights: Warning Labels 2000 [cited 2020 April 19th]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/highlights/labels/index.htm.
 101. Centers for Disease Control and Prevention. Las consecuencias para la salud de la exposición involuntaria al humo de tabaco: un informe del cirujano general. In: Oficina de Tabaquismo y Salud, editor. Atlanta2006.
 102. International Agency for Research on Cancer. Passive smoking and lung cancer in Europe. Lyon1998.
 103. Konfino J. Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del tabaco. 2017. In: Diccionario Enciclopédico de Legislación Sanitaria [Internet]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación,. Available from: <http://www.salud.gob.ar/dels/>.
 104. World Health Organization. 2018 Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Ginebra2019.
 105. World Health Organization. Smoke-free movies: from evidence to action Third edition Geneva2015 [cited 2020 April 11th]. Available from: <https://www.who.int/tobacco/publications/marketing/smoke-free-movies-third-edition/en/>.
 106. Barrenechea GG, Furtado Passos da Silva CM, Carvalho Figueiredo V. Cambio de comportamiento en personas fumadoras posimplementación de legislación antitabaco en Argentina. . Rev Panam Salud Publica. 2019;43(5).
 107. Ministerio de salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2012. Buenos Aires: Minsiterio de Salud de la Nación,; 2013.

108. Mejia R, Schoj V, Barnoya J, Flores M, Perez-Stable E. Tobacco industry strategies to obstruct the FCTC in Argentina. *CVD Prevention and Control* 2008;3(4):173-9.
109. Fundacion Interamericana del Corazon Argentina. ¿Por qué la Argentina debe ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)? 2018 [cited 2020 April 10th]. Available from: <https://www.ficargentina.org/por-que-la-argentina-debe-ratificar-el-convenio-marco-para-el-control-del-tabaco-cmct/>.
110. Boletín Oficial de la República Argentina. Ley 26.687 Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Buenos Aires 2011.
111. Boletín Oficial de la República Argentina. Decreto 602/2013. Buenos Aires 2013.
112. Konfino J, Ondarsuhu D, Goldberg L, Linetzky B, Caixeta R, Ferrante D. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2012: Resultados de la primera implementación en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública* 2013;4(16):6-15.
113. Morello P, Ondarsuhu D, Galante M, O'Donnell V, Konfino J. Exposición a la publicidad del tabaco en los puntos de venta en Argentina. Evidencias de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2013. *Salud publica de Mexico*. 2017; 59 (supl 1):S97-S104.
114. Konfino J, De Maio F, Ondarsuhu D, Goldberg L, Linetzky B, Ferrante D. The sociodemographic patterning of opposition to raising taxes on tobacco and restricting tobacco advertisements in Argentina. *Public health*. 2015 Apr;129(4):364-9. PubMed PMID: 25698497.
115. Weinstein M, Coxson P, Williams L, Pass T, Stason W, L G. Forecasting coronary heart disease incidence, mortality, and cost: the Coronary Heart Disease Policy Model. *Am J Public Health*. 1987;77(11):1417-26.
116. D'Agostino R, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P, CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA*. 2001;286(2):180-7.

117. Moran A, Coxson P, Ferrante D, Konfino J, Mejía R, Fernandez A, et al. The Cardiovascular Disease Policy Model: Using a National Cardiovascular Disease Simulation Model to Project the Impact of National Programs to Lower Dietary Salt. In: PAHO, OECD, editors. *Applying Modeling To Improve Health And Economic Policy Decisions In The Americas* Washington DC,2015.
118. Pletcher MJ, Lazar L, Bibbins-Domingo K, Moran A, Rodondi N, Coxson P, et al. Comparing impact and cost-effectiveness of primary prevention strategies for lipid-lowering. *Ann Intern Med.* 2009 Feb 17;150(4):243-54. PubMed PMID: 19221376.
119. Moran A, Gu D, Zhao D, Coxson P, Wang YC, Chen CS, et al. Future cardiovascular disease in china: markov model and risk factor scenario projections from the coronary heart disease policy model-china. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3(3):243-52.
120. Lazar LD, Pletcher MJ, Coxson PG, Bibbins-Domingo K, Goldman L. Cost-effectiveness of statin therapy for primary prevention in a low cost statin era. *Circulation.* 2011;124:146-53.
121. Konfino J, Mekonnen TA, Coxson PG, Ferrante D, Bibbins-Domingo K. Projected Impact of a Sodium Consumption Reduction Initiative in Argentina: An Analysis from the CVD Policy Model - Argentina. *PLoS one.* 2013;8(9):e73824. PubMed PMID: 24040085. Pubmed Central PMCID: 3767589.
122. Ferrante D, Konfino J, Mejía R, Coxson P, Moran A, Goldman L, et al. Relación de la costo utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Revista Panamericana de Salud pública.* 2012;32(4):274-80.
123. Moran A DV, Ferrante D, Coxson P, Palmas W, Mejía R, Perez-Stable E, Goldman L, . Coronary heart disease and stroke attributable to major risk factors is similar in Argentina and the United States: the Coronary Heart Disease Policy Model. *Int J Cardiol.* 2011;150(3):332-7.
124. Konfino J, Ferrante D, Mejía R, Coxson P, Moran A, Goldman L, et al. Impact on cardiovascular disease events of the implementation of

- Argentina's national tobacco control law. *Tob Control*. 2014 Mar;23(2):e6. PubMed PMID: 23092886. Pubmed Central PMCID: 4026283.
125. Konfino J, Fernandez A, Penko J, Mason A, Martinez E, Coxson P, et al. Comparing strategies for lipid lowering in Argentina: an analysis from the CVD Policy Model - Argentina. *Journal of General Internal Medicine*. 2016;En imprenta.
126. PAHO, OECD. Applying Modeling to Improve Health and Economic Policy Decisions in the Americas: The Case of Noncommunicable Diseases, . Washington, DC2015. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7700/9789275118658_eng.pdf?sequence=5.
127. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos [2016]. Available from: http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135.
128. Michele Gragnolati, Rafael Rofman, Ignacio Apella, Troiano S. Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina: World Bank; 2014.
129. Ministerio de Salud de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Para Enfermedades No Transmisibles. Presentación de los principales resultados. 2013.
130. Rubinstein AL, Irazola VE, Poggio R, Bazzano L, Calandrelli M, Lanás Zanetti FT, et al. Detection and follow-up of cardiovascular disease and risk factors in the Southern Cone of Latin America: the CESCAS I study. *BMJ open*. 2011 Jan 1;1(1):e000126. PubMed Central PMCID: Pmc3191438. Epub 2011/10/25. eng.
131. Rubinstein AL, Irazola VE, Calandrelli M, Elorriaga N, Gutierrez L, Lanás F, et al. Multiple cardiometabolic risk factors in the Southern Cone of Latin America: a population-based study in Argentina, Chile, and Uruguay. *International journal of cardiology*. 2015 Mar 15;183:82-8. PubMed PMID: 25662056. Pubmed Central PMCID: 4382451.

132. Bahit MC, Coppola ML, Riccio PM, Cipriano LE, Roth GA, Lopes RD, et al. First-Ever Stroke and Transient Ischemic Attack Incidence and 30-Day Case-Fatality Rates in a Population-Based Study in Argentina. *Stroke*. 2016 Jun;47(6):1640-2. Epub 2016/05/25. eng.
133. Feinleib M, Kannel WB, Garrison RJ, McNamara PM, Castelli WP. The Framingham Offspring Study. Design and preliminary data. *Prev Med*. 1975 Dec;4(4):518-25. Epub 1975/12/01. eng.
134. Dawber TH. *The Framingham Study: The Epidemiology of Atherosclerotic Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1980.
135. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* [cited 2018]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
136. Naghavi M, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Population Health Metrics*. 2010;8(9).
137. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Chapter 3: The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001. The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, editors. New York: Oxford University Press; 2006.
138. García Aurelio MJ, Cohen Arazi H, Higa C, Gómez Santa María HR, Mauro VM, Fernández H, et al. Infarto agudo de miocardio con supradesnivel persistente del segmento ST: Registro multicéntrico SCAR (Síndromes Coronarios Agudos en Argentina) de la Sociedad Argentina de Cardiología. *Revista argentina de cardiología*. 2014;82:275-84.
139. Gagliardi J, Charask A, Perna E, D'Imperio H, Bono J, Castillo Costa Y, et al. Encuesta Nacional de infarto agudo de miocardio con elevación del ST en la República Argentina (ARGENT-IAM-ST). *Rev Fed Arg Cardiol*. 2016;46(1):15-21.
140. Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. *Estadísticas vitales. Información básica. Argentina - Año 2015*. 2016 Contract No.: 59.

141. Lavados P, Sacks C, Prina L, Escobar A, Tossi C, Araya F, et al. Incidence, 30-day case-fatality rate, and prognosis of stroke in Iquique, Chile: a 2-year community-based prospective study (PISCIS project). *Lancet*. 2005 Jun 25-Jul 1;365(9478):2206-15. PubMed PMID: 15978929.
142. García Martí S, Soto N, Ciapponi A, Palacios A, Rodríguez B, Alcaraz A, et al. Prohibición de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco: Paquete de evidencia para la implementación de políticas de control del tabaquismo en Argentina. Documento técnico IECS N° 24 Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. 2017 Junio 2017 (www.iecs.org.ar).
143. Ciapponi A, García Martí S, Soto N, Schoj V, Rodríguez B, Palacios A, et al. Documento anexo: Metodología de las revisiones sistemáticas de los paquetes de evidencia para la implementación de la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco en Latinoamérica. Documento técnico IECS N° 52: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2017.
144. Laugesen M, Meads C. Tobacco advertising restrictions, price, income and tobacco consumption in OECD countries, 1960-1986. *British journal of addiction*. 1991 Oct;86(10):1343-54. PubMed PMID: 1751850.
145. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of health economics*. 2000 Nov;19(6):1117-37. PubMed PMID: 11186847.
146. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *Journal of health economics*. 2008 Jul;27(4):930-42. PubMed PMID: 18440661.
147. Wilson LM, Avila Tang E, Chander G, Hutton HE, Odelola OA, Elf JL, et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *Journal of environmental and public health*. 2012;2012:961724. PubMed PMID: 22719777. Pubmed Central PMCID: 3376479.
148. Quentin W, Neubauer S, Leidl R, Konig HH. Advertising bans as a means of tobacco control policy: a systematic literature review of time-

- series analyses. *Int J Public Health*. 2007;52(5):295-307. PubMed PMID: 18030945.
149. Framingham Heart Study CD-ROM: Department of Health and Human Services. 2005.
 150. Parish S, Collins R, Peto R, Youngman L, Barton J, Jayne K, et al. Cigarette smoking, tar yields, and non-fatal myocardial infarction: 14,000 cases and 32,000 controls in the United Kingdom. The International Studies of Infarct Survival (ISIS) Collaborators. *BMJ*. 1995 Aug 19;311(7003):471-7. PubMed PMID: 7647641. Pubmed Central PMCID: 2550542.
 151. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ*. 1997 Oct 18;315(7114):973-80. PubMed PMID: 9365294. Pubmed Central PMCID: 2127675.
 152. Salgado MV, Coxson P, Konfino J, Penko J, Irazola V, Gutierrez L, et al. Update of the cardiovascular disease policy model to predict cardiovascular events in Argentina. *Medicina*. 2019;79:448-4.
 153. Campaign for Tobacco Free Kids. Tobacco company marketing to kids. 2017 [cited 2017 november 9th]. Available from: <https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0008.pdf>
 154. Barnoya J, Glantz S. Tobacco industry success in preventing regulation of secondhand smoke in Latin America: the Latin Project. *Tob Control*. 2002;11:305-14.
 155. Ministerio de Salud de la Nación. Analisis de la reforma fiscal de productos elaborados con tabaco en Argentina : avances y desafios de la salud publica 2018 [cited 2019 March 28th]. Available from: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001110cnt-2018-02_informe-impacto-aumento-impuestos-tabaco_preliminar.pdf.
 156. Cortes-Bergoderi M, Thomas RJ, Albuquerque FN, Batsis JA, Burdiat G, Perez-Terzic C, et al. Validity of cardiovascular risk prediction models in Latin America and among Hispanics in the United States of America: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 Aug;32(2):131-9. PubMed PMID: 23099874.

157. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017. Country profile: Argentina Geneva World Health Organization 2017 [cited 2019 Agosto 17]. Available from: https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/arg.pdf?ua=1.
158. Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación. Análisis del impacto del nuevo esquema impositivo para productos de tabaco. Argentina 2019. Informe interno del Programa Nacional de Control de Tabaco 2018. Available from: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001110cnt-2018-02_informe-impacto-aumento-impuestos-tabaco_preliminar.pdf
159. Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación. Análisis de la reforma fiscal de productos de tabaco en la argentina. Avances y desafíos de la salud pública. Argentina 2018. Informe interno del Programa Nacional de Control de Tabaco. 2018.
160. Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación. Tierra del Fuego Reglamento La Ley Provincial de Control de Tabaco 2018 [cited 2019 November 23]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/tierra-del-fuego-reglamento-la-ley-provincial-de-control-de-tabaco-con-asesoria-de-salud>.
161. Honorable Senado de la Nacion. Proyecto de ley. GARCIA LARRABURU Y OTROS: PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA SU SIMILAR 26.687 (ANTITABAQUISMO) SOBRE LA PROHIBICIÓN COMPLETA DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DE PRODUCTOS DE TABACO. 2019 [cited 2019 September 8]. Available from: <https://www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/399.18/S/PL>.
162. Tobacco Free Kids. Philip Morris vs. Uruguay. Conclusiones del Arbitraje del Tribunal Internacional 2016 [cited 2019 October 9th]. Available from: https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press_office/2016/2016_07_13_uruguay_factsheet_es.pdf.
163. World Health Organization. Evidence-informed policy-making 2019 [cited 2019 November 19th]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making>.

Se trata de una obra que analiza cómo la publicidad de los productos de tabaco contribuyó a normalizar el consumo de los cigarrillos y otros productos elaborados con tabaco y a generar una pandemia que explica la principal causa prevenible de muerte en el mundo. Esta tesis doctoral recorre la historia de la publicidad del tabaco desde los actores de Hollywood fumando en las películas, los profesionales de la salud siendo parte de las propagandas, a las nuevas formas de hoy en día a través de internet y videojuegos. Analiza e investiga cuál sería el impacto en términos de salud de evitarla y por qué sería necesario avanzar en su regulación.

En este trabajo Konfino logra un maridaje perfecto entre la divulgación científica y la rigurosidad metodológica para compartir con los lectores la necesidad de continuar fortaleciendo el control de tabaco, seguir garantizando el derecho a la salud y desde lo personal haber podido alcanzar su título de Doctor en Medicina en la Universidad de Buenos Aires.

