



# Nota de política: Impacto de las medidas relacionadas con los precios y la regulación no relacionada con los precios en el consumo de tabaco<sup>1</sup>

CEDLAS-UNLP

Versión final

Noviembre 2022

---

<sup>1</sup> Esta Nota de Política se elaboró en el marco de un Convenio entre el Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS), perteneciente al Instituto de Investigaciones Económicas de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y la Universidad de Illinois en Chicago (UIC). UIC es socio de la Iniciativa Bloomberg para reducir el consumo de tabaco. Se agradece a Germán Rodríguez Iglesias, Carlos Manuel Guerrero López y Jeffrey Drope por sus útiles comentarios a versiones previas de la nota. Las opiniones expresadas en este documento no pueden atribuirse, ni representan, a las opiniones de la UIC, el Instituto de Investigación y Políticas en Salud, Bloomberg Philanthropies, CEDLAS o la UNLP.



## Mensajes claves

**Los impuestos al tabaco son la política de control más costo-efectiva para reducir su consumo.**

Si bien también las regulaciones que no operan a través de los precios son muy eficaces, los aumentos de impuestos reducen más el consumo de tabaco y tienen costos administrativos relativamente bajos. En América Latina, aumentos de impuestos que eleven el precio de los cigarrillos en un 20% reduce la prevalencia del consumo de tabaco en cerca de 5%, mientras que las prohibiciones de publicidad lo hacen en cerca de un 4%. A su vez, éstas últimas cuestan entre 6 y 18 veces más que aumentar los impuestos.

**La implementación simultánea de aumentos de impuestos y regulaciones que no operan a través de los precios puede reducir significativamente el tabaquismo.** Existe evidencia inequívoca de que ambos tipos de medidas tienen un efecto de señalización y desalientan el consumo de tabaco, lo que promueve una población más sana y productiva.

**El aumento de los impuestos al tabaco en Argentina puede aumentar efectivamente los ingresos y reducir los costos de salud.** Aumentar la tasa ad valorem del impuesto interno al tabaco del 70% al 75% aumentaría la recaudación del impuesto en aproximadamente un 10% (es decir, un aumento equivalente al 0.05% del PIB). Este incremento está contemplado dentro de la ley tributaria interna y sólo depende de la aprobación del Ministerio de Economía.



## Contexto

Los costos económicos del consumo de tabaco son sustanciales e incluyen costos significativos de atención de la salud, así como la pérdida de capital humano que resulta de la morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaco. El consumo de tabaco causa más de 8 millones de muertes cada año y le cuesta a la economía mundial al menos US\$1,4 billones cada año (OMS, 2021). Más de 7 millones de esas muertes son causadas por el consumo directo de tabaco, mientras que alrededor de 1,2 millones son el resultado de la exposición de los no fumadores al humo de segunda mano (OMS, 2019).

Para reducir estos costos, los gobiernos de todo el mundo han implementado una amplia gama de medidas de control del tabaco. Por un lado, los gobiernos han adoptado regulaciones que afectan los precios del tabaco y desalientan el consumo de tabaco (es decir, medidas relacionadas con los precios). Una amplia evidencia mundial muestra que los aumentos de impuestos que aumentan efectivamente los precios de venta del tabaco los hacen menos accesibles (OMS, 2021) y generan grandes reducciones tanto en la prevalencia del tabaquismo como en la mortalidad prematura (Ferrante et al., 2007). Por otro lado, los gobiernos han adoptado medidas que desalientan el consumo de tabaco por mecanismos distintos al precio (es decir, medidas no relacionadas con los precios). Dentro de éstas se encuentran, por ejemplo, la legislación sobre la promoción de espacios libres de humo, las campañas en los medios de comunicación, las prohibiciones de publicidad, las advertencias sanitarias y las políticas de tratamiento para dejar de fumar, entre muchas otras. Dichas medidas se encuentran incorporadas en el marco MPOWER (por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). MPOWER es un paquete de políticas destinado a ayudar en la implementación a nivel nacional de intervenciones efectivas para reducir la demanda de tabaco. Los seis componentes de MPOWER son: monitorear el uso de tabaco y las políticas de prevención; proteger a las personas del humo del tabaco; ofrecer ayuda para dejar de fumar; advertir sobre los peligros del tabaco; hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y aumentar los impuestos sobre el tabaco. La OMS indica que, a partir de 2020, el 69% de la población mundial (5.300 millones de personas) se encuentra cubierta por al menos un componente MPOWER, el triple de la cantidad de países con al menos una medida MPOWER en 2007 (OMS, 2021).

El marco MPOWER es consistente con el primer tratado internacional de salud pública del mundo bajo los auspicios de la OMS, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). El CMCT se desarrolló en respuesta a la globalización de la epidemia del tabaquismo y se abrió a la firma del 16 al 22 de junio de 2003 en Ginebra, así como también posteriormente en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, del 30 de junio de 2003 al 29 de junio de 2004. Argentina firmó el acuerdo el 25 de septiembre de 2003, pero es uno de los pocos países que aún no lo ha ratificado. En cualquier caso, Argentina, como cualquier otro país, aún puede adherirse al tratado incluso pese a no poder ratificarlo como podría haberlo hecho antes de cerrar la firma.



En los últimos años Argentina ha introducido diferentes tipos de políticas de control del tabaco. A pesar de la evidencia de que los aumentos de impuestos al tabaco son altamente efectivos, Argentina ha mostrado avances y retrocesos en la implementación de medidas de control del tabaco. Esta nota de política proporciona una breve revisión de la evidencia científica relevante (es decir, revisada por pares en revistas científicas acreditadas) para condensar el estado del arte sobre los efectos de las medidas relacionadas y no relacionadas con el precio del tabaco sobre el consumo y los resultados de salud, incluyendo al mismo tiempo evidencia reciente de Argentina.

## **Efectos de las medidas relacionadas a los precios sobre el consumo de tabaco**

Las políticas públicas pueden influir en los precios minoristas del tabaco a través de múltiples canales, como el establecimiento de impuestos al tabaco, la regulación de los precios y la limitación del marketing relacionado con los precios. Por ejemplo, los precios mínimos se pueden utilizar con fines de salud pública para evitar las ventas a bajo costo de las empresas existentes y que nuevas empresas ingresen al mercado con ofertas de precios más bajos (IARC, 2011). Los impuestos al tabaco más altos que efectivamente aumentan los precios de venta del tabaco los hacen menos accesibles (OMS, 2021) y pueden generar grandes reducciones en la prevalencia del tabaquismo y la mortalidad prematura (Ferrante et al., 2007).

La evidencia mundial muestra que los aumentos de los impuestos reducen el consumo de tabaco. Impuestos más altos inducen precios más altos que desalientan el consumo de tabaco a través de dos mecanismos: i) al afectar la decisión de fumar o no, llevando a los usuarios actuales a dejar de fumar y disuadiendo la iniciación (es decir, la participación en el tabaquismo); y ii) al afectar la decisión sobre el número de cigarrillos consumidos (es decir, la intensidad del tabaquismo). Mayores impuestos que efectivamente aumentan los precios minoristas de los productos de tabaco los hacen menos accesibles, dado que comprar la misma cantidad de estos productos requiere una mayor proporción de un ingreso individual determinado. Dado que el consumo de tabaco es inelástico respecto del precio (es decir, la disminución del consumo es proporcionalmente menor que el aumento del precio), mayores impuestos también aumentan los ingresos fiscales.

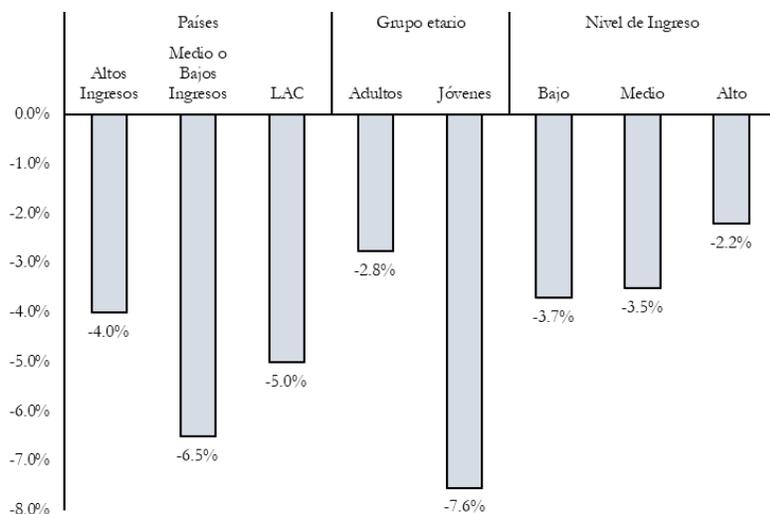
La demanda de productos de tabaco en los países de ingresos bajos y medianos (LMIC, por sus siglas en inglés) es al menos tan sensible, y, a menudo, más sensible al precio que en los países de ingresos altos (HIC, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, Selvaraj et al. (2015) indican que las cifras de LMIC muestran una reducción en el consumo de tabaco que oscila entre el 5% y el 10% por cada 10% de aumento en el precio. NCI-WHO (2016) indica que la mayoría de las estimaciones respaldan reducciones entre el 2% y el 8%. Al revisar 32 estudios para países latinoamericanos, entre los que se incluye a Argentina, Guindon et al. (2015) muestran que un aumento del 10% en los precios de los cigarrillos reduciría el consumo en un 5%. Sin embargo, algunos estudios apoyan reducciones más altas. Paraje et al. (2020) encuentran una reducción del 8% para El Salvador; Chavez (2016) una



reducción del 9% para Ecuador; y Gonzalez-Rozada y Ramos-Carbajales (2016) una reducción del 7% para Perú. Chaloupka et al. (2012), basado en más de 100 estudios, señala que la mayoría de los estudios de países de ingresos altos indican una disminución del 4% en el consumo de tabaco por cada 10% de aumento en el precio (**Figura 1**). Levy et al. (2018) sugieren que un 2% de la disminución se atribuye a la reducción de la prevalencia y otro 2% a la reducción de la cantidad de cigarrillos consumidos.

Los grupos de ingresos más bajos suelen ser más sensibles a los precios que los grupos de ingresos más altos (Farrelly et al., 2001; Colman y Remler, 2008; NCI y OMS, 2016; Verguet et al., 2020). Por ejemplo, Colman y Remler (2008) encontraron que por cada 10% de aumento en el precio, el consumo de tabaco disminuye en un 3.7%, 3.5% y 2.2% entre los grupos de ingresos bajos, medios y altos, respectivamente. Además, también los jóvenes suelen ser más sensibles que los adultos mayores a los cambios en los precios de los productos de tabaco (Kostova et al., 2011; Nikaj y Chaloupka, 2014; Kostova et al., 2014; Verguet et al., 2020). Basados en una revisión sistemática de más de 80 estudios publicados, Wilson et al. (2012) encontraron que la disminución en la prevalencia del tabaquismo puede alcanzar hasta un 14% por cada 10% de aumento en el precio entre los jóvenes. Entre los adultos mayores, la disminución puede llegar hasta el 4.5%. El mayor efecto para los jóvenes es consistente con la evidencia previa de que los jóvenes son más sensibles a los precios debido a los niveles más bajos de ingresos disponibles (Joseph y Chaloupka, 2013). Bafunno et al. (2020) revisaron 21 artículos, publicados entre 2014 y 2019, de Argentina, Suiza, Europa, Reino Unido, EE. UU., Nueva Zelanda y Australia y confirmaron que aumentar los impuestos al tabaco está significativamente relacionado con una reducción del tabaquismo entre los adultos jóvenes y mayores y entre aquellos con niveles educativos más bajos.

**Figura 1. Cambios porcentuales en el consumo de tabaco por cada 10% de aumento en el precio. Respuesta heterogénea por niveles ingresos y por grupos de edad.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de Chaloupka et al. (2012); Guindon et al. (2015); Colman y Remler (2008); y Wilson et al. (2012).



## **Efectos de las medidas no relacionadas a los precios sobre el consumo de tabaco**

Las medidas de control del tabaco que no operan a través de los precios incluyen la promoción de leyes de aire libre de humo (por ejemplo, la prohibición de fumar en lugares públicos); educar a la gente sobre los peligros de fumar a través de campañas en los medios de comunicación o mediante advertencias sanitarias, el empaquetado sencillo o plano; las prohibiciones de publicidad (por ejemplo, prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco); y las políticas de tratamiento para dejar de fumar, entre muchas otras (Wilson et al, 2012; Levy et al., 2018). Las revisiones sistemáticas de la literatura indican que estas pueden ser herramientas muy útiles para desalentar el consumo de tabaco.

Con respecto a las leyes libres de humo, Wilson et al. (2012) encontraron pruebas sólidas y positivas al cuantificar su impacto, ya que su eficacia depende de la exhaustividad de la legislación, el nivel de aplicación, el apoyo público y el grado vigente de legislación anterior. Las prohibiciones que cubren los lugares de trabajo, los restaurantes y los bares están asociadas con una reducción relativa a corto plazo en la prevalencia del tabaquismo del 10% (Levy et al., 2018). Estas medidas hacen que los jóvenes y los adultos jóvenes tengan menos probabilidades de comenzar a fumar debido a varios factores, que incluyen una menor visibilidad de las personas que fuman, menos oportunidades de fumar solos o con otras personas y una menor aceptación social del tabaquismo. Por lo tanto, las prohibiciones de fumar también tienen el potencial de influir en las normas sociales y pueden aumentar la adopción de reglas voluntarias libres de humo en los hogares. Esto puede proteger aún más a los no fumadores, especialmente a los más vulnerables que están expuestos al humo de segunda mano en el hogar, como los niños. Cornelsen et al. (2014), en una revisión de alrededor de 40 estudios de Estados Unidos, Alemania, Irlanda, Noruega, Australia, Canadá, Sudáfrica, Argentina y México, no encontraron cambios sustanciales en el empleo o en las ventas absolutas en el sector de bares y restaurantes relacionados con la prohibición de fumar en los mismos. Sin embargo, los autores indican que las prohibiciones posiblemente podrían causar cambios en las preferencias de los consumidores hacia diferentes establecimientos dependiendo de las políticas de los lugares con respecto a la posibilidad de fumar.

Muchos estudios (por ejemplo, Wilson et al., 2012; Di Franza et al., 2006) demuestran el papel central del marketing del tabaco (es decir, de la publicidad, la promoción y el patrocinio) en la iniciación del tabaquismo. La publicidad aumenta las imágenes positivas del tabaco, distorsiona la utilidad del consumo de tabaco, aumenta la curiosidad sobre éste e influye en las creencias normativas y las percepciones de la prevalencia del consumo de tabaco, todo lo cual induce a la futura experimentación con el tabaquismo. Por lo tanto, las prohibiciones integrales son la única forma eficaz de eliminar la exposición a este marketing. La evidencia sugiere que prohibir la publicidad y el patrocinio de productos de tabaco está asociado con una reducción relativa a corto plazo en la prevalencia del tabaquismo del 4% (Levy et al., 2018).



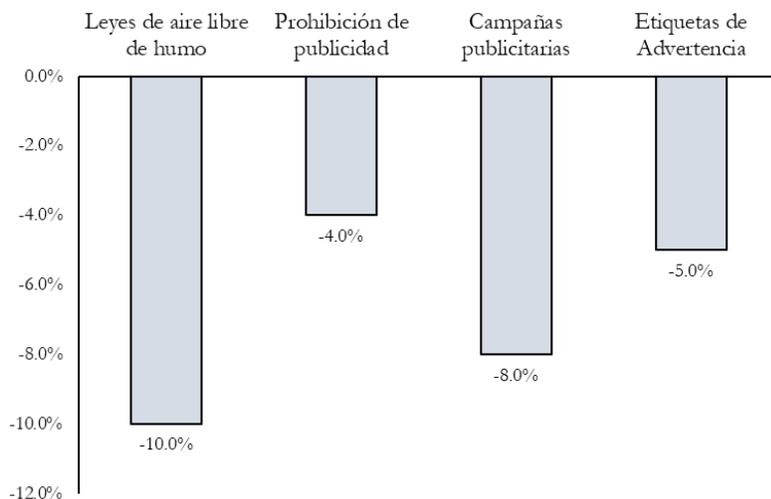
Los efectos positivos también se pueden atribuir a la educación de las personas sobre los peligros del tabaquismo a través de campañas en los medios de comunicación (Wilson et al., 2012). La asociación entre una alta exposición a las campañas contra el tabaquismo en los medios de comunicación y un mayor conocimiento de los daños relacionados con el humo es evidente, siempre que estas campañas se mantengan en el tiempo (Bafunno et al., 2020). Estas medidas están asociadas con una reducción relativa a corto plazo en la prevalencia del tabaquismo del 8% (Levy et al., 2018). Sin embargo, el impacto de las campañas en los medios masivos puede diferir debido a divergencias en el contenido, el tono y el alcance. Aunque no está claro qué tipos de mensajes funcionan mejor, la investigación conductual ha sugerido que es más probable que las audiencias adultas respondan a las representaciones gráficas de las consecuencias del tabaquismo para la salud. También es más probable que las audiencias jóvenes respondan a los mensajes sobre el engaño y la manipulación de la industria tabacalera. Por el contrario, se ha demostrado que los mensajes que se centran en fumar como una opción para adultos, comúnmente utilizados en campañas patrocinadas por la industria tabacalera, son ineficaces o incluso aumentan el consumo de tabaco entre los jóvenes (Wilson et al., 2012).

Educar a las personas sobre los peligros del tabaquismo a través de etiquetas de advertencia sanitaria en los paquetes de cigarrillos es otra medida eficaz contra el consumo de tabaco. Varias revisiones de estudios encuentran que las etiquetas de advertencia gráficas en los paquetes se asociaron con reducciones en la prevalencia del tabaquismo en adultos (Levy et al., 2018). Reemplazar las advertencias de texto pequeñas con advertencias gráficas grandes (al menos el 50% del paquete) contribuye a una reducción relativa del 5% (10%) a corto (largo) plazo en la prevalencia del tabaquismo a través de una mayor tasa de cesación y reducción de la iniciación. El empaquetado sencillo, es decir, la eliminación de todas las marcas y promociones de los productos de tabaco, puede mejorar aún más la eficacia de las advertencias sanitarias. Bonfrer et al. (2020) muestran que la legislación de empaquetado genérico implementada en Australia redujo las ventas de cigarrillos en alrededor de un 7.5%. Para los países de América Latina, Alcaraz et al. (2020b) indican que las advertencias sanitarias gráficas que cubren del 50% al 80% de los paquetes de cigarrillos reducen la prevalencia en un 6% a largo plazo. Alcaraz et al. (2020b) también predicen que el empaquetado sencillo, sumado a las advertencias sanitarias gráficas en más del 80% de los paquetes, duplicaría la reducción de la prevalencia antes mencionada. La

**Figura 2** resume el impacto diferencial de las medidas no relacionadas con los precios en la prevalencia del tabaquismo.



**Figura 2. Impacto diferencial de las medidas no relacionadas con el precio en la prevalencia del tabaquismo. En términos del porcentaje de reducción en la prevalencia del tabaquismo.**



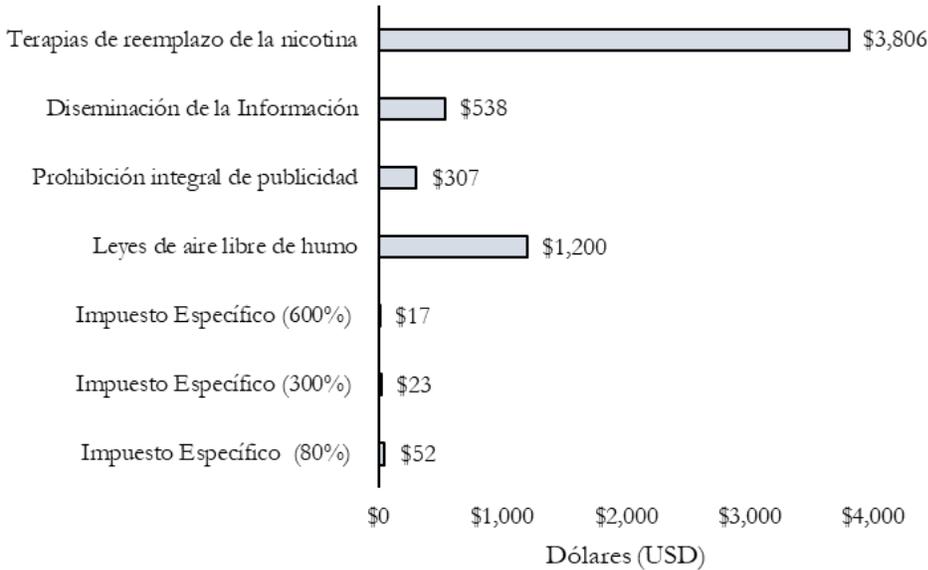
Fuente: Elaboración propia a partir de Levy et al. (2018).

### Costo-efectividad de las medidas relacionadas y no relacionadas con los precios en los productos del tabaco

El aumento de los impuestos al tabaco es la regulación más costo-efectiva para lograr reducciones en el consumo de tabaco. NCI-WHO (2016) indica que los costos de impuestos al tabaco más altos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) evitados son los más bajos entre todo el menú de políticas de control del tabaco. Esto es cierto para todos los países, agrupándolos tanto por nivel de ingresos como por región geográfica. Ranson et al. (2002) indican que el costo de aumentar los impuestos al tabaco oscila entre US\$3 y US\$70 por AVAD evitado en los LMIC, mientras que el costo de un paquete de intervenciones no relacionadas con el precio oscila entre US\$36 y US\$710 por AVAD evitado. La misma conclusión es reforzada por Chisholm et al. (2006), quienes argumentan que para América Latina el costo promedio de impuestos más altos -por AVAD evitado- está entre US\$17 y US\$52 (**Error! Reference source not found.**). El costo de las medidas no relacionadas con el precio está en el rango de US\$307 (por ejemplo, la prohibición total de anuncios publicitarios) y US\$3.806 (por ejemplo, la terapia de reemplazo de nicotina). Como se indicó anteriormente, para los países de América Latina la reducción del consumo total es del 5% por cada 10% de aumento de los precios (Guindon et al., 2015). Además, la mitad de esta reducción está asociada a una caída de la prevalencia (Levy et al., 2018). Por lo tanto, aumentar los impuestos al tabaco para que los precios aumenten en un 20% reduce la prevalencia del tabaco en aproximadamente un 5%, mientras que las prohibiciones de marketing la reducen en aproximadamente un 4%. Sin embargo, prohibir el marketing cuesta entre 6 y 18 veces más que aumentar los impuestos. Adicionalmente, las reducciones en el consumo y la prevalencia debido a las prohibiciones de marketing solo se pueden obtener una vez, mientras que los aumentos de impuestos al tabaco se pueden implementar en varias ocasiones.



**Figura 3. Costo-efectividad de las intervenciones para reducir la carga del consumo de tabaco. Costo medio por AVAD evitado. América Latina. Dólares internacionales (PPA).**



Fuente: Elaboración propia a partir de Chisholm et al. (2006).

### Evidencia de Argentina

En Argentina, el consumo de tabaco causa el 14% del total de muertes en el país y más de 225 mil casos de enfermedades pulmonares, cáncer y cardiopatías cada año. En total, hay alrededor de 45 mil muertes por año atribuibles al tabaquismo. Además, el 7.6% del gasto público anual en salud se destina a la atención médica de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (IECS, 2021). Para poner este costo en contexto, Argentina asigna aproximadamente el 8% del presupuesto nacional al gasto en salud (es decir, 615 mil millones de pesos en 2021).

En los últimos años el gobierno ha implementado diferentes políticas de control del tabaco. En junio de 2011 se sancionó la Ley Nacional 26.687 para el control del tabaco. La ley exige la inclusión de advertencias sanitarias e imágenes sobre las consecuencias nocivas del consumo de tabaco. Centros de salud, universidades, edificios gubernamentales, restaurantes, bares, pubs y el transporte público fueron declarados espacios 100 % libres de humo. A pesar de esta ley, el 21.8% de los trabajadores todavía están expuestos al humo de tabaco de segunda mano y el 21.5% de las personas estuvieron expuestas al humo en bares y restaurantes, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2018. En su artículo 5 la ley prohíbe la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos elaborados con tabaco, directa o indirectamente, a través de cualquier medio de difusión o



comunicación.<sup>2</sup> Este es un paquete de políticas basado en los estándares internacionales contenidos en el CMCT de la OMS.<sup>3</sup> A pesar de que el CMCT de la OMS incluye los impuestos al tabaco como una intervención clave para el control del tabaco, la ley nacional solo implementó medidas no relacionadas con el precio de los productos de tabaco. En mayo de 2016 la tasa ad valorem del impuesto específico al tabaco (es decir, el impuesto interno) se incrementó del 60% al 75%.<sup>4</sup> Como consecuencia, la participación del impuesto especial sobre el precio minorista pasó del 63% en abril de 2016 al 76% en mayo de 2016.<sup>5</sup>

Desde 2011, el consumo de tabaco en Argentina (es decir, las ventas totales de cigarrillos) ha disminuido. Para poner esto en contexto, entre 2007.q1 y 2011.q3 el consumo promedio trimestral fue de 530 millones de paquetes. Este cayó a 510 millones entre 2011.q4 y 2016.q1, lo que indica una reducción promedio en el consumo de tabaco del 3.8%. Durante 2016.q2 y 2018.q3 el consumo promedio fue de 445 millones, lo que representa una reducción promedio de 12.7% (

---

<sup>2</sup> Desde mediados de la década de 2000 muchos países de América Latina han adoptado este tipo de regulaciones. Como destacan Barrenechea et al. (2019), en 2006 Uruguay se convirtió en el primer país de la región en adoptar ambientes libres de humo como política nacional. Pronto lo siguieron otros seis países: Colombia y Panamá en 2008, Perú en 2010, Brasil y Venezuela en 2011 y Costa Rica en 2012.

<sup>3</sup> Como se menciona en el Contexto, Argentina firmó el acuerdo el 25 de septiembre de 2003 pero es uno de los pocos países que aún no lo ha ratificado. En cualquier caso, Argentina, como cualquier otro país, aún puede adherirse al tratado incluso pese a no poder ratificarlo como podría haberlo hecho antes de cerrar la firma.

<sup>4</sup> En diciembre de 2017 una reforma adicional fijó una tasa del 70 por ciento para el impuesto especial y estableció un impuesto mínimo de 28 pesos por paquete de 20 unidades. Dado que esta reforma no está completamente implementada debido a la interferencia judicial de las pequeñas empresas tabacaleras, no la consideramos en este estudio.

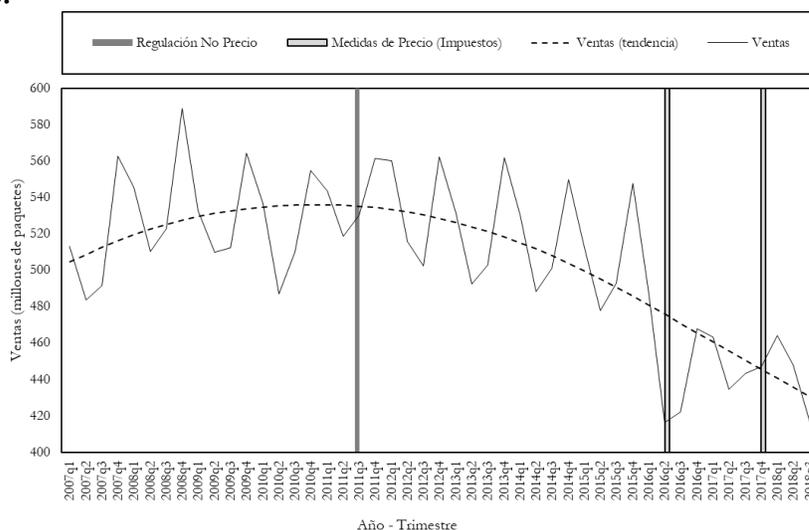
<sup>5</sup> La guía de mejores prácticas de la OMS recomienda que los impuestos totales sobre los productos de tabaco sean al menos el 75 por ciento del precio minorista (OMS, 2015). Los impuestos totales incluyen impuestos especiales, IVA (o impuestos sobre las ventas), derechos de importación (cuando corresponda) y otros impuestos indirectos (cuando corresponda). Sin embargo, como afirma la OMS (2021), es preferible centrarse en los impuestos específicos, ya que son el componente que más influye en el precio relativo del tabaco. El manual técnico de la OMS (2010) sobre la administración de impuestos al tabaco recomendó que los impuestos específicos representen al menos un 70 por ciento de los impuestos en el precio minorista de los productos de tabaco. Véanse también las directrices para la implementación del artículo 6 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.



**Figura 4).** Considerando la población mayor de 15 años, el consumo promedio trimestral fue de 17.4 paquetes por persona entre 2007.q1 y 2011.q3, y de 16.3 paquetes por persona entre 2011.q4 y 2016.q1. Durante 2016.q2 y 2018.q3 el consumo promedio fue de 13.5 paquetes por persona.



**Figura 4. Consumo de Tabaco en Argentina. Ventas totales de cigarrillos. Evolución 2007-2018.**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Agricultura de Argentina. Nota: la tendencia de ventas se calcula aplicando el filtro de Hodrick-Prescott.

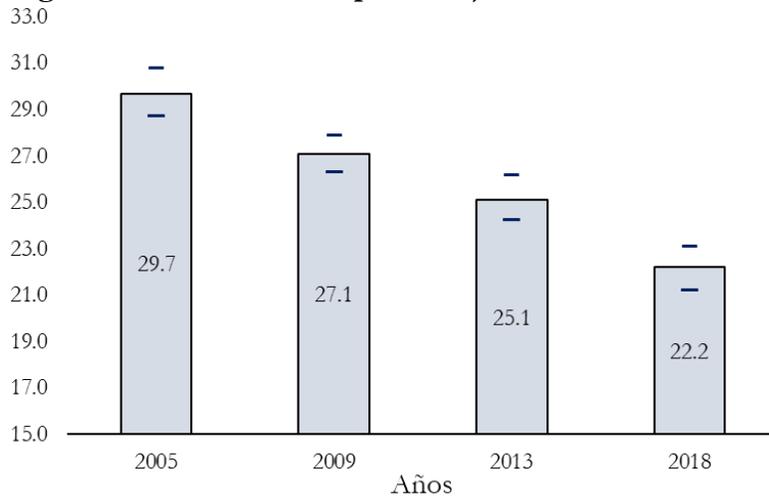
La prevalencia del tabaquismo disminuyó mientras el gobierno implementaba políticas de control del tabaco más restrictivas. Según la última ENFR, en 2018 la prevalencia de consumo de cigarrillos en la población adulta (18 años y más) fue de 22.2%, 7.5 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia registrada en 2005 por la misma encuesta (



**Figura 5).** Al considerar las características individuales, la prevalencia en 2018 fue del 26.1% para los hombres y del 18.6% para las mujeres. En 2009 esas cifras fueron 32.4% y 22.4%, respectivamente. La prevalencia más baja se observó en los dos extremos de edad. Por ejemplo, los menores de 25 años presentaron una prevalencia de 20.5% en 2018, mientras que en 2009 fue de 28.8%. En cuanto a los niveles educativos, los individuos que no habían concluido el nivel educativo secundario tenían una prevalencia mayor (26.1%) que aquellos que habían concluido el nivel educativo secundario o superior (20.1%).



**Figura 5. Prevalencia del consumo de cigarrillos en la población adulta (18 años y más). Argentina, 2005-2018. Por porcentaje.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2005, 2009, 2013 y 2018.

En Argentina el producto de tabaco más consumido son los cigarrillos. La evidencia sobre la eficacia de aumentar los impuestos sobre los cigarrillos es concluyente. Por cada 10% de aumento en los precios de los cigarrillos, el consumo de cigarrillos disminuye entre 3.8 y 4.4% (Rodríguez-Iglesias et al. 2017 y Berlinski y Gonzalez-Rozada 2018).<sup>6</sup> Una reducción en el consumo salvaría vidas y generaría mejoras económicas debido a los menores costos de salud y los mayores ingresos fiscales. Alcaraz et al. (2020a), por ejemplo, sugieren que mayores impuestos, que logren un aumento del 50% en el precio de los cigarrillos, evitarían 27.496 muertes; 43.505 eventos cardíacos; 12.691 nuevos cánceres; y 660.323 años de vida perdidos por muertes prematuras y enfermedades en los próximos 10 años.<sup>7</sup> Aumentar la tasa ad valorem del impuesto interno al tabaco del 70% al 75% aumentaría los precios de los cigarrillos en un 18% y reduciría el consumo en aproximadamente un 12%. Además, la recaudación de impuestos se incrementaría en aproximadamente un 10% (CEDLAS, 2022). El aumento de la tasa ad valorem del impuesto específico al tabaco en 5 puntos porcentuales está contemplado en la legislación tributaria nacional y sólo requiere de la aprobación del Ministerio de Economía para su implementación.

Además, el aumento de los impuestos al tabaco tiene un impacto progresivo entre los grupos vulnerables. Cruces et al. (2020, 2022) muestran que las sensibilidades a los cambios en los precios de los cigarrillos difieren significativamente entre los individuos por nivel de ingresos y grupos de edad. Un aumento del 10% en los precios de los cigarrillos reduciría el consumo en un 8.5% (4.4%) entre

<sup>6</sup> González-Rozada (2006) proporciona hallazgos similares para Argentina; Martínez et al. (2015); González-Rozada (2019); y González-Rozada (2020).

<sup>7</sup> Los años de vida saludable perdidos evitados son aquellos que se habrían perdido debido a la mortalidad prematura o la pérdida de calidad de vida. Véase Alcaraz et al. (2020a).



los fumadores más pobres (más ricos). Además, con la misma suba de precios, los jóvenes de 15 a 25 años reducirían el consumo un 7.7%, mientras que, entre los mayores (65+), la reducción del consumo sería del 4.5%. Estas reducciones diferenciales en el consumo de tabaco tienen implicancias relevantes en términos de la incidencia distributiva de los impuestos al tabaco. A medida que las personas de menores ingresos reducen más su consumo relativo, éstas soportan una carga fiscal relativamente menor. Por lo tanto, a nivel poblacional, aumentar los impuestos especiales al tabaco no es una política regresiva como se cree a menudo. Gonzalez-Rozada y Montamat (2019) examinaron el papel de los precios del tabaco en el inicio y el abandono del hábito de fumar, utilizando datos de la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés), encontrando que es esperable que un aumento del 10% en los precios reales de los cigarrillos retrase el inicio del hábito de fumar casi 2.5 años. Retrasar la iniciación casi con seguridad reduce la iniciación dado que la probabilidad de iniciación disminuye con la edad después de cierto punto. Específicamente, los adolescentes varones tienen el riesgo más alto de adquirir el hábito de fumar alrededor de los 19 años, mientras que para las mujeres el riesgo más alto es alrededor de los 21 años. El peligro de iniciar la adicción aumenta considerablemente alrededor de los 13 años tanto para hombres como para mujeres, siendo que este disminuye después de los 19 años para los hombres y de los 21 para las mujeres. Las mejores prácticas sobre impuestos al tabaco (OMS, 2010) recomiendan asignar nuevos ingresos fiscales para ayudar a los fumadores de bajos ingresos a dejar de fumar. Los países que implementaron este tipo de políticas muestran tasas de abandono cada vez mayores y hacen que la política sea aún más progresiva a nivel poblacional.

Una crítica habitual de los aumentos de impuestos al tabaco son los supuestos efectos perjudiciales sobre el empleo debido a la reducción de las ventas de tabaco. Contrariamente a este argumento, Cruces et al. (2021) muestra que aumentos sustanciales en los impuestos al tabaco pueden incluso aumentar el empleo agregado en el mediano plazo. Los resultados de un modelo de equilibrio general computable para Argentina muestran que un aumento sustancial simulado en los impuestos al tabaco induce un cambio neto igual a cero en el empleo general de la economía. El aumento de los impuestos al tabaco puede desplazar puestos de trabajo de sectores relacionados con el tabaco a otros sectores de la economía, pero el impacto general en el número total de puestos de trabajo es insignificante.

Las medidas no relacionadas con los precios son también muy efectivas en Argentina. Varios estudios revisaron los beneficios de la plena implementación y cumplimiento de la Ley 26.687. Por ejemplo, Konfino et al. (2014) sugirieron que, con la implementación total de esta ley, se podrían evitar 7.500 muertes por enfermedad coronaria, 16.900 infartos de miocardio y 4.300 accidentes cerebrovasculares. Alcaraz et al. (2020b) evalúan el impacto potencial a 10 años de la legislación actual, relacionada con el empaquetado de los cigarrillos y las advertencias, y los efectos esperados de pasar a un nivel más alto de estrategias que implementen el empaquetado sencillo de cigarrillos en los resultados de salud y de costos. Argentina cuenta actualmente con advertencias sanitarias que cubren el 40% de la superficie del envase. Estas políticas de advertencia podrían evitar 11.024 muertes y 44.710 eventos de enfermedades en un período de 10 años. Sin embargo, un estudio reciente estima que, si Argentina



implementase una regulación de empaquetado sencillo y aumentase las advertencias sanitarias al 80% del paquete, todas las cifras anteriores se duplicarían (Alcaraz et al., 2020b).

La actual legislación sobre aire libre de humo produce beneficios sanitarios y económicos y podría evitar un total de 19.261 muertes y 78.112 eventos de enfermedad - eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y cáncer- en un período de 10 años, lo que ahorraría en costos médicos una cifra cercana a más del 10% del presupuesto nacional de salud (Bardach et al., 2017). Las restricciones al marketing del tabaco actualmente vigentes en Argentina podrían evitar un total de 1.378 muertes y 5.589 eventos de enfermedad en un período de 10 años, lo que también generaría ahorros en costos médicos (García Martí et al., 2017).<sup>8</sup>

## **Conclusión e implicancias de política**

El consenso sobre los efectos de las políticas de control del tabaco respalda dos conclusiones principales. En primer lugar, las medidas relacionadas y no relacionadas con los precios son eficaces para reducir el consumo de tabaco. En segundo lugar, el costo de los impuestos al tabaco más altos por años de vida saludable ganados es el más bajo entre toda la gama de políticas de control del tabaco.

El impacto de una nueva intervención depende del entorno de control del tabaco existente y de si se implementan simultáneamente otras políticas (por ejemplo, políticas sobre cómo los ingresos adicionales derivados del aumento de los impuestos al tabaco pueden financiar otras intervenciones de control del tabaco). Muchos estudios han demostrado la eficacia de los programas de control de tabaco de componentes múltiples (Wilson et al., 2012). Los tamaños de los efectos de las políticas de reducción de la demanda indican el potencial de generar reducciones sustanciales en la prevalencia del tabaquismo, siendo estas reducciones de hasta un 60% (Levy et al, 2018). Por lo tanto, una intervención integral de control del tabaco que influya en la conciencia de los peligros del consumo de tabaco; normas sociales y reglas de comportamiento; tratamientos para la adicción al tabaco; y la disponibilidad de productos de tabaco puede reducir significativamente la prevalencia del tabaquismo y modificar el hábito de fumar.

Estas conclusiones deberían llevar a los legisladores a considerar la implementación conjunta de medidas que regulen el consumo de tabaco en espacios libres de humo y lo desalienten a través de medidas relacionadas con el precio. Las estrategias de control del consumo de tabaco deben actuar de

---

<sup>8</sup> Además, Argentina implementó legislaciones subnacionales sobre ambientes libres de humo (por ejemplo, a nivel provincial o municipal). Por eso, algunas provincias tienen políticas libres de humo y otras no. A partir de 2005, las provincias han desarrollado legislación provincial. Cada ley provincial varía y algunas tienen ciertas excepciones que las debilitan. Barrenechea et al. (2019) identifican factores relacionados con cambios de comportamiento en fumadores mayores de 18 años luego de la implementación de políticas provinciales para espacios libres de humo en Argentina, revelando que los residentes de provincias que no cuentan con legislación libre de humo tienen un 40 por ciento menos de probabilidades de considerar dejar de fumar que las personas fumadoras que viven en provincias con tal legislación. En provincias sin espacios libres de humo los hombres mayores de 65 años son aún menos propensos a pensar en dejar de fumar.



manera diferente en diferentes niveles y en grupos objetivo específicos. Por ejemplo, aumentar los impuestos es una medida altamente costo-efectiva y tiene un efecto más pronunciado en las personas más pobres y jóvenes, dada su mayor elasticidad precio de la demanda. Esto también mejora la equidad. Los ingresos del impuesto al tabaco podrían usarse en la concientización y en programas de información y prevención, especialmente dirigidos a niños en edad escolar. Las campañas en los medios masivos deben enfocarse de manera diferente en las audiencias adultas, que tienen más probabilidades de responder a las representaciones gráficas de las consecuencias del tabaquismo para la salud, así como las audiencias jóvenes tienen más probabilidades de responder a los mensajes sobre el engaño y la manipulación de la industria tabacalera. Utilizar toda la batería de políticas disponibles para desincentivar el consumo de tabaco, considerando el costo-efectividad de cada una y su complementariedad, es una estrategia eficaz para reducir el consumo de tabaco y su elevado costo para la salud pública y la economía.

## Referencias

1. Alcaraz A, Pichon-Riviere A, Palacios A, et al. “The health and economic burden of smoking in 12 Latin American countries and the potential effect of increasing tobacco taxes: an economic modelling study”. *The Lancet Glob Health* 2020a; 8: e1282–94.
2. Alcaraz A, Hernández-Vásquez A, Palacios A, et al. Health and Economic Impact of Health Warnings and Plain Tobacco Packaging in Seven Latin American Countries: Results of a Simulation Model. *Nicotine Tob Res.* 2020b;22(11):2032-2040
3. Asaria, P, Chisholm, D, Mathers, C, et al. 2007. “Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use.” *The Lancet*, 370(9604), 2044-2053
4. Bafunno, D., Catino, A., Lamorgese, V., et al. 2020. “Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: A systematic review.” *Journal of Thoracic Disease*, 12(7), 3844-3856. <https://doi.org/10.21037/jtd.2020.02.23>
5. Bardach A, Calderón M, Soto N, et al. Ambientes libres de humo: paquete de evidencia para la implementación de políticas de control del tabaco en Argentina. Documento técnico IECS N° 23. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Junio 2017
6. Barrenechea G., Silva G, Furtado Passos da C, et al. 2019. Cambio de comportamiento en personas fumadoras post implementación de legislación antitabaco en Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 43
7. Berlinski, Julio and Gonzalez-Rozada, Martín. 2018. “Impacto de las Recientes Reformas Impositivas al Tabaco en Argentina.” Instituto Torcuato Di Tella (ITDT).
8. Bonfrer, André, Pradeep K. Chintagunta, John H. Roberts, and David Corkindale, 2020. Assessing the Sales Impact of Plain Packaging Regulation for Cigarettes: Evidence from Australia, *Marketing Science* 39:1, 234-252
9. Centro de Estudios Distributivos Laborales y Sociales (CEDLAS). (2022). “On the analysis of tobacco tax reforms in Argentina”. Unpublished manuscript.



10. Chaloupka, F. J., Yurekli, A., & Fong, G. T. 2012. “Tobacco taxes as a tobacco control strategy”, *Tobacco control*, 21(2), 172-180.
11. Chávez R. Elasticidad precio de la demanda de cigarrillos y alcohol en Ecuador con datos de hogares. *Rev Panam Salud Publica* 2016;40(4):222–8.
12. Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J. Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev.* 2006;25(6):553-565.
13. Colman, G., & Remler, D. (2008). Vertical Equity Consequences of Very High Cigarette Tax Increases: If the Poor Are the Ones Smoking, How Could Cigarette Tax Increases Be Progressive? *Journal of Policy Analysis and Management*, 27(2), 376-400.
14. Cruces, G., Falcone, G., and Puig, J. 2020. “Tobacco taxes in Argentina: Toward a comprehensive cost-benefit analysis”. Working Papers, CEDLAS, Universidad Nacional de La Plata.
15. Cruces G, Falcone G, Puig J. Differential price responses for tobacco consumption: implications for tax incidence. *Tobacco Control* Published Online First: 11 January 2022. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2021-056846.
16. Cruces G., Cicowiez, M., Falcone, G., and Puig, J. 2021. Incidence of Tobacco Taxation in Argentina: Employment and economywide effects. Research report, CEDLAS.
17. Di Franza, J.R., R. J. Wellman, J. D. Sargent, et al. 2006 “Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality,” *Pediatrics*, vol. 117, no. 6, pp. e1237–e1248, 2006.
18. Farrelly MC, Bray JW, Pechacek T, et al. Response by adults to increases in cigarette prices by sociodemographic characteristics. *South. Econ. J.* 2001;68(1):156–165.
19. Ferrante D, Levy D, Peruga A, et al. The role of public policies in reducing smoking prevalence and deaths: the Argentina Tobacco Policy Simulation Model. *Rev Panam Salud Publica* 2007;21(1):37-49.
20. García Martí S, Soto N, Ciapponi 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. Junio 2017
21. Gonzalez-Rozada M, Montamat G. 2019. “How raising tobacco prices affects the decision to start and quit smoking: evidence from Argentina.” *Int J Environ Res Public Health*. doi: 10.3390/ijerph16193622.
22. Gonzalez-Rozada M, Ramos-Carbajales A. Implications of Increasing Cigarette Taxes in Peru. Dep of Econ Working Papers 2016, Universidad Torcuato Di Tella.
23. Gonzalez-Rozada M. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y estados asociados: Argentina: 1996-2004. Washington, DC: PAHO, 2006.
24. Gonzalez-Rozada M. Impact of a recent tobacco tax reform in Argentina. *Tob control* 2020;29(Suppl 5):s300–s303.
25. Gonzalez-Rozada M. Increasing Cigarette Taxes is Unfair to the Poor? Evidence from Argentina. Dep of Econ Working Papers 2019, Universidad Torcuato Di Tella.
26. Guindon GE, Paraje GR, Chaloupka FJ. 2015. “The impact of prices and taxes on the use of tobacco products in Latin America and the Caribbean,” *Am J Public Health*. Mar;105(3):e9-19. doi: 10.2105/AJPH.2014.302396. Epub 2015 Jan 20. PMID: 25602902; PMCID: PMC4330839.



27. International Agency for Research on Cancer (IARC). 2011. Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 14: Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control.
28. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. ¿Por qué aumentar los impuestos al tabaco en Argentina? Palacios A, Casarini A, Rodríguez Cairoli F, Espinola N., Alcaraz A, Reynales Shigematsu L, Llorete Carreño B, Perelli L, Comolli M, Moreno M, Castro S, Ortiz Y, Augustovski F, Bardach A, Pichon-Riviere A. Mayo 2021, Buenos Aires, Argentina.
29. Joseph, R. A., and Chaloupka, F. J. 2013. “The influence of prices on youth tobacco use in India”. *Nicotine and tobacco research*, 16(Suppl\_1), S24-S29.
30. Konfino, J., Ferrante, D., Mejia, R., et al. 2014, “Impact on cardiovascular disease events of the implementation of Argentina’s national tobacco control law” *Tobacco control*, 23(2), e6. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050599>
31. Kostova D, Tesche J, Perucic AM, et al. Exploring the relationship between cigarette prices and smoking among adults: a cross-country study of low- and middle-income nations. *Nicotine Tob. Res.* 2014;16 Suppl 1:S10-S15.
32. Kostova, D., Ross, H., Blecher, E., & Markowitz, S. Is youth smoking responsive to cigarette prices? Evidence from low- and middle-income countries. *Tob Control* 2011;20(6):419–424.
33. Laxminarayan, R., and Ashford, L. 2008. “Using evidence about ‘best buys’ to advance global health.” Policy Brief: Disease Control Priorities Project.
34. Levy DT, Tam J, Kuo C, Fong GT, Chaloupka F. 2018. “The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard.” *J Public Health Manag Pract.* 2018 Sep/Oct;24(5):448-457.
35. Martinez E, Mejia R, Pérez-Stable EJ. An empirical analysis of cigarette demand in Argentina. *Tob Control* 2015;24(1):89-93.
36. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2014). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US).
37. NCI (Natl. Cancer Inst.),WHO (World Health Organ.). 2016. The economics of tobacco and tobacco control. NCI Tob. Control Monogr. Ser. 21, NCI/WHO, Bethesda, MD/Geneva. [https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21\\_complete.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_complete.pdf)
38. Nikaj S, Chaloupka FJ. The effect of prices on cigarette use among youths in the global youth tobacco survey. *Nicotine Tob. Res.* 2014;16 Suppl 1:S16-S23.
39. Paraje G, Araya D, De Paz A, et al Price and expenditure elasticity of cigarette demand in El Salvador: a household-level analysis and simulation of a tax increase. *Tob Control* 2021;30:422-427.
40. Ranson, K., Prabhat Jha, Chaloupka, F., Son N. 2002. “Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies”, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 4, Issue 3, August 2002, Pages 311–319, <https://doi.org/10.1080/14622200210141000>
41. Rodríguez-Iglesias G, Schoj V, Chaloupka F, Champagne B, and Gonzalez-Rozada M. 2017. “Analysis of cigarette demand in Argentina: the impact of price changes on consumption and government revenues.” *Salud Pública de México*, 59(1), 95-101.



42. Selvaraj S, Srivastava S, Karan A. Price elasticity of tobacco products among economic classes in India, 2011-2012. *BMJ Open*. 2015;5(12):e008180.
43. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. (2016). *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization.
44. Underwood, D., Sun, S. & Welters, R.A.M.H.M. The effectiveness of plain packaging in discouraging tobacco consumption in Australia. *Nat Hum Behav* 4, 1273–1284 (2020).
45. Verguet S, Kearns PKA, Rees VW. Questioning the regressivity of tobacco taxes: a distributional accounting impact model of increased tobacco taxation. *Tob Control* 2021;30:245-257.
46. Wilson, L. M., Avila Tang, E., Chander, G., et al. 2012. “Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review” *Journal of environmental and public health*, 2012, 961724. <https://doi.org/10.1155/2012/961724>
47. World Health Organization. (2010). *Technical manual on tobacco tax administration*. Geneva, World Health Organization, 2010.
48. World Health Organization. (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco*. World Health Organization.
49. World Health Organization. 2017. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*. World Health Organization.
50. World Health Organization. 2019. *Tobacco Fact Sheet*. World Health Organization; 26 July, 2019. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
51. World Health Organization. 2021. *WHO technical manual on tobacco tax policy and administration*. Geneva: World Health Organization; 2021.