

# **EFFECTOS DE LA LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO EN LA POBREZA, Y EL GASTO DE LOS HOGARES MEXICANOS, 2008 Y 2014.**

*Alejandro Tlacaélel Ramírez De León<sup>1</sup>*

*Juan Fernando Aquino Gallegos<sup>2</sup>*

## **RESUMEN**

En México la pobreza es un problema histórico y multidimensional, uno de los muchos factores que propician la pobreza es el consumo (y regulación) de drogas como el tabaco; un bien adictivo que no tiene valor nutricional, pero que puede ser, relativamente, fácilmente controlado a través de la regulación Estatal. Al menos en el periodo de 2002 a 2011 la prevalencia del consumo de tabaco ha permanecido más o menos constante. A partir de que en 2009 entrara en vigor la Ley General para el Control del Tabaco; que entre otras estrategias, incluye un impuesto al tabaco que provocó una ligera disminución del consumo de tabaco. Aunque no es posible calificar de exitosa la aplicación de la ley, la disminución del consumo fue heterogénea en los distintos deciles de ingreso, así como en el porcentaje de gasto de los hogares que continuaron con su consumo. El análisis de dichos resultados, indican que es posible aumentar los beneficios en cuanto a combate a la pobreza, que resultan de una política de drogas, como lo es la regulación del tabaco.

**PALABRAS CLAVE:** Pobreza, Tabaco, Política de drogas.

---

<sup>1</sup> Lic. En Economía. Estudiante de Maestría en Economía Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. tlacaelelmx@gmail.com

<sup>2</sup> Lic. En Economía. Enlace de programación de plataforma web. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. jfernandoaquinog@gmail.com

## **INTRODUCCIÓN**

En México la pobreza es un problema histórico y multidimensional, uno de los muchos factores que propician la pobreza es el consumo (y regulación) de drogas como el tabaco; un bien adictivo que no tiene valor nutricional, pero que puede ser, relativamente, fácilmente controlado a través de la regulación Estatal.

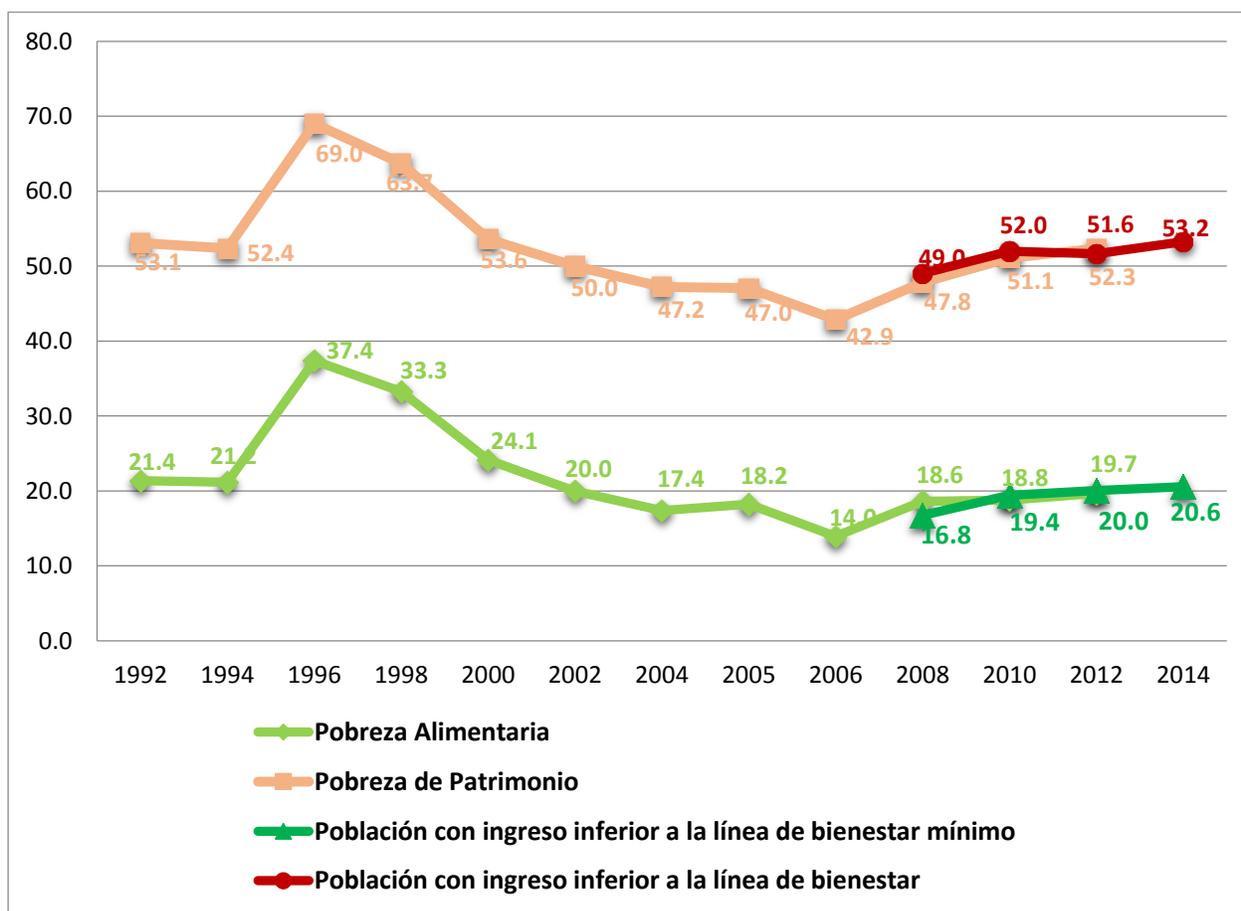
A continuación se revisará el avance histórico de la pobreza, las consecuencias y evolución del consumo de tabaco, la nueva legislación para el control del tabaco y su relación con tratados internacionales. Posteriormente se analizan los resultados de la nueva legislación en los diferentes deciles de ingreso de los hogares en los que habita por lo menos un fumador.

Se concluye con algunas conclusiones encaminadas a la relación que guarda el consumo del tabaco con la pobreza, una breve revisión crítica de la legislación del tabaco, y consideraciones para el avance de la presente investigación.

### **Pobreza en México**

La pobreza en México es un problema histórico, que se relaciona estrechamente a la situación de la región latinoamericana, que es según la ONU la región más desigual del mundo. En 2006 terminó un periodo de leve disminución de la pobreza iniciado en 1996, así, en los últimos 8 años la pobreza ha aumentado en todas sus dimensiones, podemos observar que los actuales niveles de pobreza son casi iguales a los de hace décadas. Es decir, las distintas políticas y programas encaminados a la reducción de la pobreza aplicados durante los últimos 20 años, no han servido más que para mantener los niveles de pobreza, es por esto que se vuelve necesario buscar nuevas estrategias de combate a la pobreza.

### Evolución de la pobreza en materia de ingresos, 1992-2014



Fuente: CONEVAL.

Actualmente 55.3 millones de mexicanos se encuentra en condiciones de pobreza, el 53.2% de la población mexicana total percibe ingresos inferiores a la línea de bienestar, y los menores de 18 años representa el 53.9% de la población en situación de pobreza.

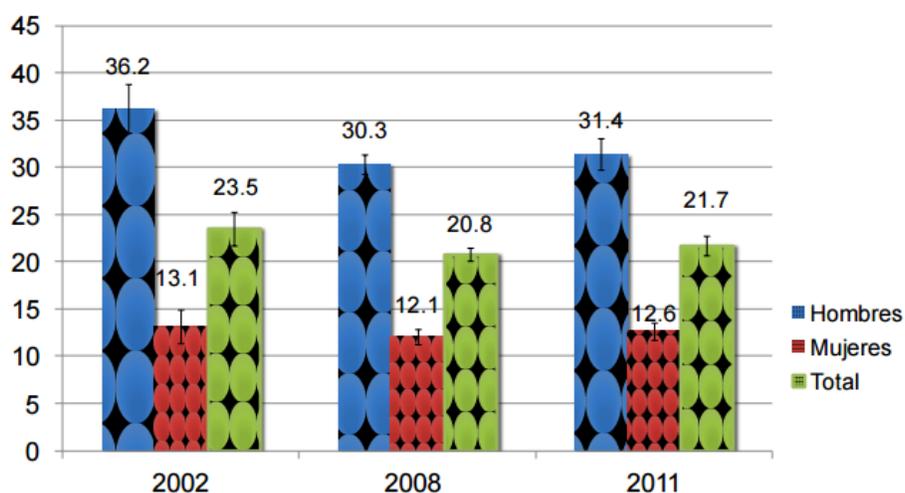
### Consecuencias y situación del consumo de tabaco

El consumo de tabaco, además de no aportar valor nutrimental, tiende a generar altos niveles de adicción, por su particular contenido de nicotina (alcaloide); así como provocar cerca de una tercera parte de los diferentes tipos de cáncer existentes por su contenido de alquitranes (CDC, 2008). Según la Organización Mundial de la Salud (2013) el tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible.

Un estudio de Nutt (et. al.) (2007), para el Reino Unido, encontró que el consumo prolongado del tabaco es más dañino para la salud del usuario, que el consumo prolongado de otras drogas como LSD, MDMA (Éxtasis), y Cannabis; y general más daños a la salud pública que la Cocaína, Alcohol, MDMA (Éxtasis), y Cannabis. Las investigaciones que cuestionan los niveles de adicción, y daño a la salud pública que genera el consumo prolongado de tabaco, han sido mayoritaria o parcialmente patrocinados por empresas tabacaleras, como es el caso del estudio realizado por Hanan Frenek, y Reuven Dar (2000) de la Universidad de Tel Aviv.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2011) en México para 2011 la prevalencia de consumo activo de tabaco era de 21.7% (17.3 millones de mexicanos), de los que 31.4% eran hombres y 12.6% mujeres. La prevalencia nacional ha cambiado poco desde 2002, cuando era de 23.5%, sin embargo ocurrió un cambio estadísticamente significativo en su composición por género, pues la de hombres disminuyó en 4.8%.

**Prevalencia de consumo activo de tabaco en el último año según sexo. Población de 12 a 65 años.**

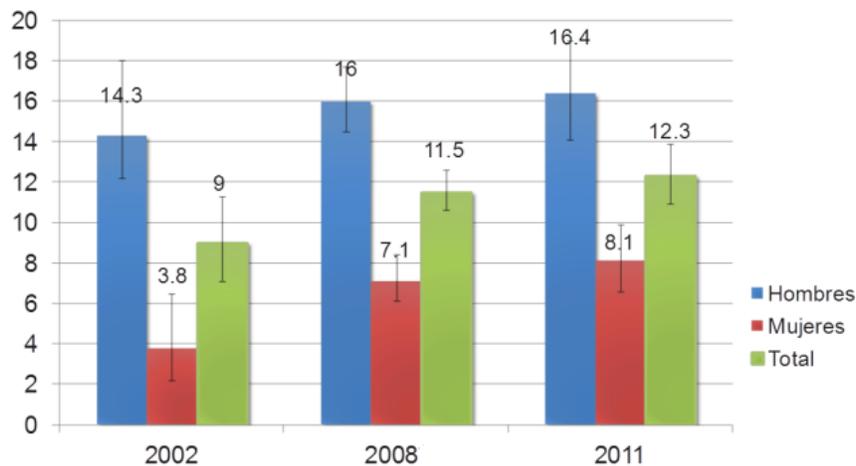


Fuente: ENA 2011.

Según la misma encuesta, lo hombres se inician en el consumo de tabaco a los 20.4 años de edad, y consumen en promedio el equivalente a 6.5 cigarrillos diarios; mientras que las mujeres inician a la edad de 21.7 años y consumen el equivalente a 5.6 cigarrillos diarios. Datos que se han mantenido más o menos constantes entre 2002 y 2011.

Un problema grave, que muestra la incapacidad del gobierno para la regulación del tabaco, es que prevalencia de consumo activo de tabaco entre los menores de edad va en aumento. En la población de 12 a 65 la prevalencia de consumo ha tenido, aunque poco significativas, disminuciones. Sin embargo, esto no ocurre entre la población específica de menores de edad, donde la tendencia es a la alza, lo que sin duda plantea un problema mayor de consumo de tabaco en las siguientes generaciones.

**Prevalencia del consumo activo de tabaco en el último año, población de 12 a 17 años.**



Fuente: ENA 2011.

En México las estimaciones de mortalidad prematura relacionadas al tabaco son de entre 25 y 60 mil muertes anuales. Mientras que el gasto en atención médica asociada al tabaquismo es

de 75,200 millones de pesos anuales. El mercado nacional de tabaco es controlado en un 95% por el duopolio Philip Morris, y British American Tobacco Mexico.

### **Convenio Marco para el Control del Tabaco y Ley General para el Control del Tabaco**

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) promovido por la OMS es un tratado mundial jurídicamente vinculante, ratificado por México el 21 de mayo de 2003 (en 2011 había sido ratificado por 173 partes, que incluyen el 87% de la población mundial, siendo así uno de los tratados con más adhesiones en la historia de la ONU). El CMCT contempla un plan de acción denominado MPOWER: (M) Monitorear y vigilar el consumo de tabaco y políticas prevención, (P) Proteger a la población de la exposición al humo del tabaco, (O) Ofrecer ayuda para dejar de consumir tabaco, (E) Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, (R) Aumentar los impuestos al tabaco.

Derivado del CMCT, México implementó la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2008, y que entró en vigor el 8 de diciembre de 2009. Entre otras medidas, ésta ley contempla un impuesto específico al tabaco de 0.8, 1.2, 1.6, y 2 pesos por cajetilla de 20 cigarrillos aplicables en los años 2010, 2011, 2012, y 2013. El problema de éste tipo de impuesto específico, es que pierden efectividad conforme aumenta la inflación; por lo que para mantener los efectos impositivos, es necesario un impuesto ad valorem.

### **Consecuencias en la pobreza de la regulación del tabaco**

A partir de estudios como el realizado por Beyer, Lovelace y Yurekli sabemos que el tabaquismo no es sólo un grave problema de salud pública, sino que también está estrechamente relacionado con la vulnerabilidad social y económica. Las familias pobres son más vulnerables frente a la enfermedad y muerte prematura asociada al consumo de tabaco,

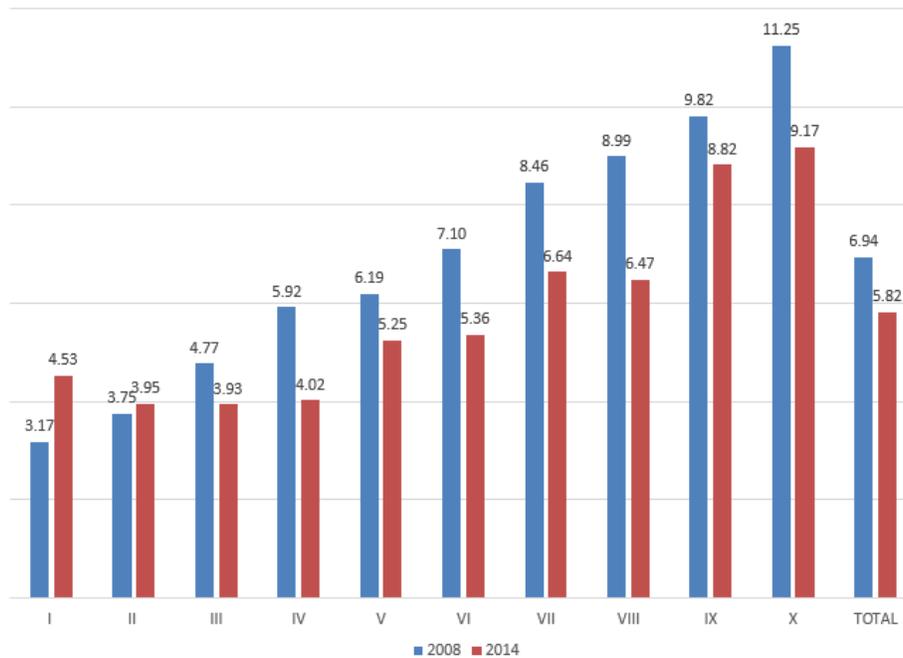
además de que ante un ingreso familiar reducido, es posible que el tabaquismo desvíe el gasto que se podría realizar en alimentos, vivienda y/o educación.

Por ello, para realizar éste primer acercamiento de las consecuencias de la LGCT en los hogares de más bajos recursos, comparamos los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en sus ediciones de 2008 (un año antes de la aplicación de la LGCT), y de 2014, que es su edición más reciente, y por lo tanto, la más lejana disponible a partir de la aplicación de la ley.

En 2008 el 6.94% de los hogares a nivel nacional era habitados por al menos un fumador, y para 2014 ese porcentaje pasó a ser de 5.88. Es decir, en 5 años de aplicación de la ley se redujo en 1.06% la cantidad de hogares con al menos un fumador, aunque parece una cantidad pequeña, si tomamos en cuenta que la LGCT no ha sido rigurosamente aplicada (por ejemplo, aún es común encontrar venta de cigarrillos sueltos a pesar que el Artículo 16 de la ley lo prohíbe); podemos esperar que la aplicación rigurosa de la ley permitirá disminuir aún más el porcentaje de hogares con al menos un fumador.

Del total de hogares con al menos un fumador en 2008 y 2014, el mayor porcentaje se ubicaban en los deciles altos (VIII, IX, y X); en 2008 concentraban el 43.3%, y para 2014 el 42.07%. Mientras que los deciles bajos (I, II, y III) continuaron manteniendo el porcentaje más bajo, sin embargo ese porcentaje aumentó; en 2008 concentraban el 16.84%, y para 2014 el 21.34%. Estos datos parecen indicar que el aumento en los precios del tabaco, a consecuencia de la LGCT, ha provocado que los hogares de más ingresos reduzcan su consumo de tabaco, y los de menos ingresos lo aumenten. Sin embargo, al realizar el análisis para cada decil, podemos observar que esto no es del todo cierto, como se muestra en la siguiente gráfica.

**Porcentaje de hogares, respecto al total, que gastan en tabaco por deciles, 2008 y 2014.**



**Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH.**

De 2008 a 2014 el cambio porcentual de hogares, respecto al total, con al menos un fumador, para cada decil, fue el siguiente:

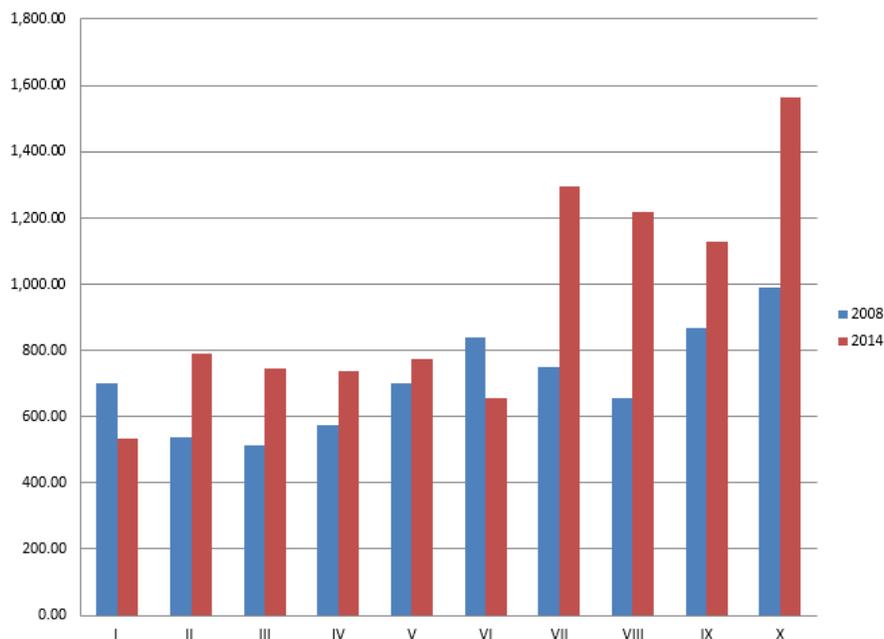
Decil	Cambio porcentual
I	1.36
II	0.20
III	-0.83
IV	-1.90
V	-0.94
VI	-1.73
VII	-1.82
VIII	-2.52
IX	-1.00
X	-2.07

Tanto en la gráfica y cuadro anteriores, podemos observar que los cambios en el porcentaje de hogares con al menos un fumador no son homogéneos entre deciles. Los deciles que presentan una mayor disminución son los VIII, X, y V, mientras que los deciles I y II presentaron aumentos.

Exceptuando los cambios en los deciles I, y II, observamos cambios considerables en todos los demás deciles, podríamos esperar que ese gasto que han dejado de realizar esos hogares en tabaco, se traslade a otros rubros que mejoren sus condiciones generales de vida.

En los hogares en lo que al menos un integrante sigue consumiendo tabaco, al revisar su gasto promedio trimestral, podemos observar que éste aumentó respecto al ingreso total durante el periodo analizado. En 2008 el gasto en tabaco representaba el 0.14% del ingreso total, mientras que para 2014 fue del 0.15%. Aunque éste no ha sido el caso de los deciles I, y VI donde el porcentaje de gasto se ha reducido, para el resto de deciles, la proporción del aumento de gasto en tabaco ha sido variable.

**Promedio de gasto (pesos) trimestral en tabaco, respecto al total, por deciles, 2008 y 2014.**



**Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH.**

De 2008 a 2014 el cambio porcentual del gasto trimestral de los hogares, respecto al ingreso total, por decil, fue el siguiente:

Decil	Cambio porcentual
I	-0.05
II	0.06
III	0.01
IV	-0.05
V	-0.04
VI	-0.10
VII	0.05
VIII	0.04
IX	0.01
X	0.02

Esto nos indica que, en promedio, los hogares que siguen consumiendo tabaco, aumentaron su gasto para dicho bien en 0.03% en promedio. Mientras que aquellos que continuaron consumiendo tabaco pero redujeron su gasto lo hicieron en un 0.06%.

### **Regulación fiscal del tabaco**

La estrategia más eficaz para regular el consumo de tabaco es la reducción directa de la demanda, lo cual se puede lograr a través de varias estrategias contenidas en el CMCT; como son prohibición de publicidad, prohibir el consumo de tabaco en espacios públicos, señalización en los productos y puntos de venta de tabaco de los daños que causa su consumo a la salud, etc. pero el más eficaz ha sido el impuesto sobre el consumo.

Los efectos de dicho impuesto varían según el nivel medio de ingreso del país en que se aplica, un aumento del 10% tienen a generar una reducción del 4% de la demanda de tabaco en países de altos ingresos, mientras que los países de ingresos medios y bajos, la reducción en la demanda es cercana al 4% y 8% respectivamente (OMS, 2015). Este nivel de sensibilidad de la demanda respecto al precio final, potencia el combate a la pobreza a través de una mayor regulación del tabaco en países con mayor cantidad de pobreza.

Los impuestos indirectos ad valorem son los más efectivos, y ésta efectividad se ve potenciada si el sistema impositivo al tabaco incluye un aumento de al menos 70% del precio final de venta al público, aumento del impuesto superior al de los precios al consumo e ingresos, reducción de oportunidades de evasión de impuestos o fraude fiscal (Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009). Éste sistema impositivo, además de mejorar directamente las condiciones de salud pública, e indirectamente ayudar al combate de la pobreza, generaría una fuente de ingresos fiscales, que podrían ser utilizados para programas de salud y/o combate a la pobreza.

Quienes se oponen al aumento impositivo a los productos del tabaco son principalmente empresarios de esa industria, quienes alegan que una fuerte disminución de sus ventas podría llevarlos a despidos masivos de trabajadores, lo que aumentaría el desempleo y en consecuencia la pobreza. Estos argumentos no son necesariamente ciertos por al menos dos razones.

La primera es que, según el Health Bridge (2001), las ganancias de la industria del tabaco se distribuyen entre los empresarios de la industria, mientras que los trabajadores reciben salarios sumamente bajos. Esto quiere decir que el impuesto lo que provocaría sería un nivel de ganancias menores que sólo redundaría en menor empleo si los empresarios desearan mantener el nivel de ganancias previo al impuesto, para lo que tendrían que reducir los “costos de la plantilla laboral”, lo que reducirían su producción y consecuentemente reducirían aún más sus ganancias.

La segunda razón, explicada a fondo en el estudio del Banco Mundial (1999), es que los despidos a gran escala de obreros no representarían un aumento de la misma proporción en los niveles de pobreza que el que representa el uso de recursos por parte de las familias pobres

para financiar la adicción. Dado que la calificación de los obreros de la industria tabacalera les permitiría entrar a industrias semejantes en un periodo de tiempo relativamente corto.

## **Conclusiones**

La LGCT no ha logrado una disminución significativa del total de consumidores de tabaco, tampoco ha reducido la prevalencia de consumo activo de tabaco entre los menores de edad (sino que al contrario, ha aumentado). Sin embargo, esa mala aplicación de la ley nos permite identificar potencialidades de avance en la reducción del consumo de esa droga, y sus vínculos con la pobreza.

La forma más eficaz para controlar el consumo de tabaco, y con ello las consecuencias que tiene sobre hacia la pobreza, es el impuesto ad valorem, el que debe seguir siendo aplicado, y en medida de lo posible incrementarse. Sin que éste aumento sea lo suficientemente alto como para incentivar la aparición de mercados negros de tabaco, los Estados podrían atacar el problema de la pobreza desde uno más de los muchos flancos que es necesario.

El impuesto al tabaco debe ser ad valorem, y no específico, a fin de evitar que su efecto se reduzca a través de la inflación.

Durante los 5 años de aplicación de la LGCT se ha reducido el número de hogares con al menos un fumador, sin embargo, los hogares donde aún se sigue consumiendo tabaco han aumentado el porcentaje de recursos destinados a su consumo.

La aplicación de la LGCT redujo el número de hogares con al menos un fumador en casi todos los deciles de ingreso, menos en los I y II. Para explicar éste fenómeno será necesario realizar un análisis más minucioso, que incluya, por ejemplo, conocer la localización de dichos hogares

y caracterizar su entorno socioeconómico, a fin de encontrar variables como servicios de salud, o bien tamaño de mercado informal que podría incluir mercados ilegales de tabaco.

La introducción (o endurecimiento) de la regulación del tabaco conforme los lineamientos anteriormente señalados, si bien podrían no eliminará todos los tipos de tabaquismo, es posible que logren bloquear su esparcimiento. Por ejemplo, ante un caso de tabaquismo grave (el de aquellos consumidores que ante incrementos importantes en el precio del tabaco, reducen su gasto en alimentos, vivienda, etc, con tal de mantener su consumo de tabaco) seguirá representando un problema de salud pública en el corto plazo. Sin embargo, los mayores costos asociados al consumo de tabaco reducen la posibilidad de que generaciones futuras padezcan adicciones al tabaco, pues limita el acceso de dichos individuos a la sustancia adictiva.

La regulación de drogas como el tabaco, no es sólo importante en términos de salud pública y de combate a la pobreza. También puede darnos luces respecto a la violencia que desde hace algunos años azota al país y la región latinoamericana. Aunque la relación entre violencia y pobreza no es del todo clara, y en México, por ejemplo, hay periodos donde la pobreza permanece más o menos constante, mientras la violencia se eleva exponencialmente, pero también hay periodos (los últimos tres años al menos) donde la violencia aumenta, y también lo hace la pobreza; existen estudios empíricos que encuentran relación para explicar que la región más desigual del mundo (Latinoamérica) sea también la de mayor criminalidad (ver Buvinic, Morrison y Schifter (1999); Fajnzylber, Lederman y Loaiza, 1998 y UNDOC, 2013).

El hecho de que los menores de 18 años representa el 53.9% de la población en situación de pobreza, y que ese mismo grupo de esas mantenga prevalencias de consumo de tabaco a la

alza, no sólo plantean una situación difícil de pobreza en el largo plazo, sino que se torna más bien insostenible.

## **BIBLIOGRAFÍA**

**Banco Mundial** (1999). Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control.

**Beyer, Lovelace y Yurekli** (2001). Poverty and Tobacco. En Tobacco Control. US National Library of Medicine, National Institute of Health.

**Buvinic, Mayra, Andrew Morrison y Michael Shifter** (1999). La violencia en América Latina y el Caribe: Un marco de referencia para la acción. Banco Interamericano de Desarrollo.

**Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** (2008). Smoking and Tobacco Use—Fact Sheet: Health Effects of Cigarette Smoking. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Department of Health and Human Services. USA.

**Encuesta Nacional de Adicciones** (2011). Tabaco. CONADIC.

**Fajnzylber, Pablo; Daniel Lederman y Norman Loayza** (1998). Determinants of crime rates in Latin America and the world: an empirical assessment. Banco Mundial.

**Hanan, Frenek. Reuven Dar** (2000). A critique of Nicotine Addiction. Kluwer Academic Publishers.

**Health Bridge** (2001). El tabaco y la pobreza. Canadá.

**Nutt, David. King, Leslie. Saulsbury, William. Blakmore, Colin** (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet; 369: 1047-1053.

**Organización Mundial de la Salud (OMS)** (2013). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo.

(2015). Iniciativa Librarse del Tabaco. Fiscalidad.

<http://www.who.int/tobacco/economics/taxation/en/> (consultado en agosto de 2015).

**Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems** (2009). More money for health, and more health for money.

[http://www.who.int/tobacco/economics/en\\_tfi\\_economics\\_final\\_task\\_force\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/economics/en_tfi_economics_final_task_force_report.pdf)

**Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC) (2013).** Global study on homicide. Naciones Unidas.