

Control del tabaco en Uruguay: evidencia, costos sanitarios y oportunidades de política • —

Zuleika Ferre, Manuel Flores , Mariana Gerstenblüth, Constanza Garín, Luca Pruzzo y Guillermo Paraje.

• —

DICIEMBRE 2025

Financiamiento: El Departamento de Economía ha sido financiado por la Universidad Adolfo Ibáñez (UAI) y por Bloomberg Philanthropies (www.bloomberg.org) para realizar investigaciones económicas sobre el tabaco en Uruguay. UAI es socio de la Iniciativa Bloomberg para Reducir el Consumo de Tabaco.

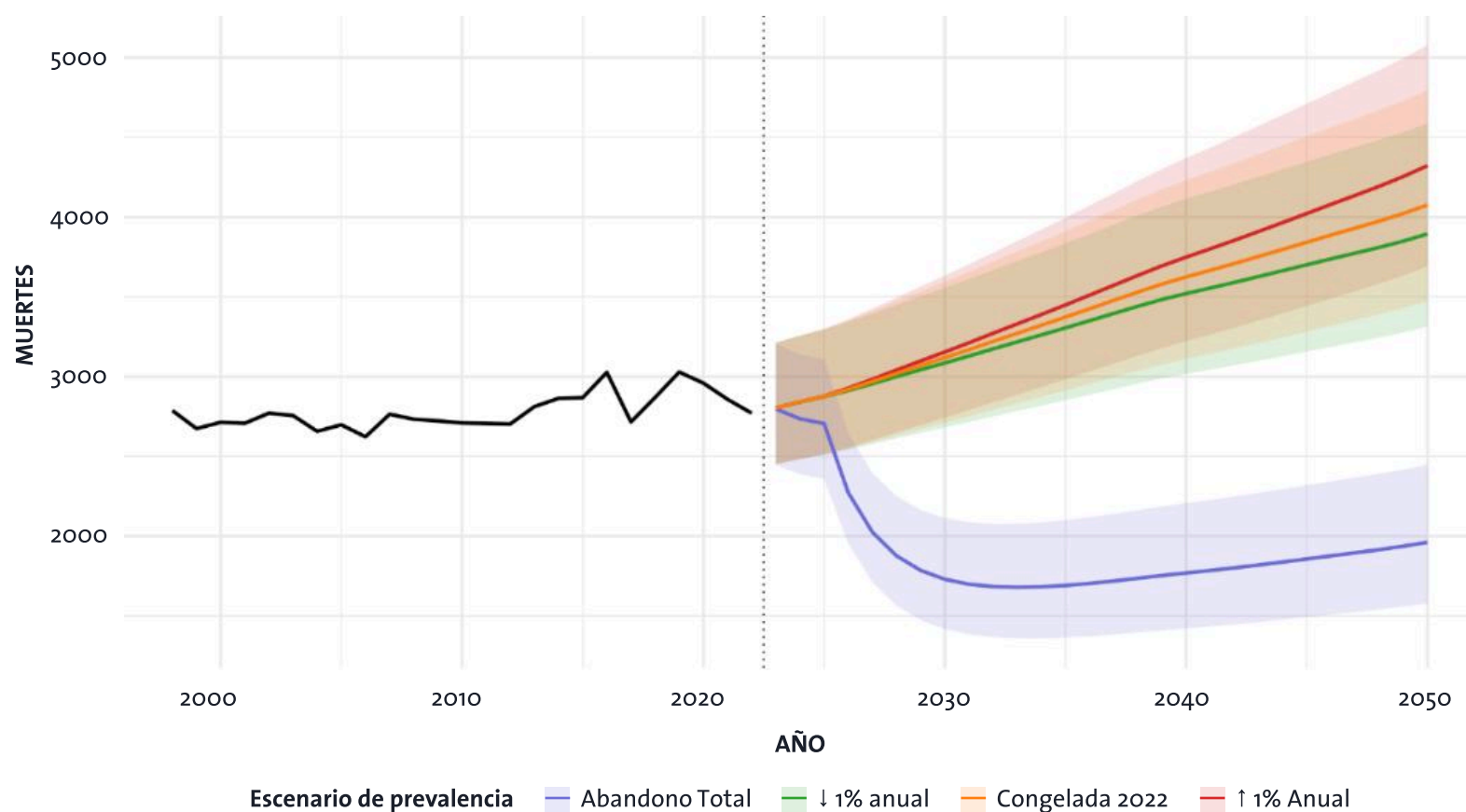
Los puntos de vista expresados en este documento no se pueden atribuir ni representan los puntos de vista de UAI o de Bloomberg Philanthropies. Los patrocinadores, así como los comentaristas, no tuvieron ningún papel en el análisis e interpretación de los resultados.



Durante las últimas dos décadas, Uruguay ha sido reconocido internacionalmente por la solidez de sus políticas de control del tabaco y por la reducción sostenida de la prevalencia de consumo. Sin embargo, esa trayectoria virtuosa muestra signos claros de estancamiento. La prevalencia de consumo entre adultos se mantiene prácticamente inalterada desde 2018, el descenso histórico en los hombres convive con un aumento sostenido en las cohortes femeninas más jóvenes, y el cáncer de pulmón continúa siendo la principal causa de muerte por cáncer en el país (Gerstenblüth y Triunfo, 2024). En este contexto, comprender la dinámica de la epidemia tabáquica y sus implicancias económicas resulta imprescindible para orientar la política pública de los próximos años.

Ferre, Flores y Gerstenblüth (2025) muestra la evolución del tabaquismo y proyecta su impacto futuro utilizando un modelo por cohortes. Los resultados confirman que la epidemia tabáquica uruguaya es más tardía en las mujeres: las generaciones nacidas después de 1950 presentan un riesgo creciente de consumo, lo que anticipa que la mortalidad femenina atribuible al tabaco continuará en ascenso durante las próximas décadas. En un ejercicio de simulación con un escenario donde la prevalencia permanece congelada en niveles actuales, las muertes atribuibles al tabaco aumentarían desde las aproximadamente 2.800 anuales actuales hasta más de 4.000 hacia 2050. En contraste, incluso reducciones modestas en la prevalencia —del orden del 1% anual— generarían un impacto acumulado notable, evitando más de 2.200 muertes en el período. El mensaje es inequívoco: la inacción no mantiene el problema constante, sino que lo amplifica, y pequeñas reducciones sostenidas producen efectos sanitarios significativos en el largo plazo.

Figura 1: Proyección de la mortalidad total por cánceres atribuibles al tabaco bajo distintos escenarios de prevalencia (2023-2050).



Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, Ferre, Flores y Gerstenblüth (2025b) cuantifica los costos directos en salud de los cánceres atribuibles al tabaco mediante una metodología de microcosteo, que estima el gasto a partir de la suma de los costos de los procedimientos médicos, hospitalizaciones y tratamientos específicos. Se calcula que Uruguay registra alrededor de 2.300 casos nuevos de cáncer anuales atribuibles al tabaquismo y que el costo médico directo asociado asciende a aproximadamente a 1.623 millones de pesos uruguayos corrientes por año —unos 38 millones de dólares—. El costo promedio por paciente ronda los 17.000 dólares, cifra consistente con estimaciones internacionales de países de ingreso alto. Estimaciones anteriores mostraron que los costos médicos directos atribuibles al consumo de tabaco en Uruguay alcanzan aproximadamente 1,5% del PIB, superando ampliamente la recaudación fiscal por impuestos al tabaco, que ronda el 0,3% del PIB. Este estudio muestra que los cánceres atribuibles al tabaquismo representan cerca de 0,05% del PIB, lo que equivale a aproximadamente una sexta parte de la recaudación fiscal anual por tabaco. Por otra parte, casi la mitad del gasto se explica por el cáncer de pulmón, dada su altísima incidencia y elevada fracción atribuible al tabaco, lo que subraya la necesidad de reforzar políticas de prevención y de diagnóstico temprano.

La integración de ambos trabajos revela una tensión estructural entre la carga sanitaria del tabaquismo y la capacidad de financiamiento del sistema de salud. En Uruguay, cerca del 75% del gasto en salud es financiado con recursos públicos: a través de Fonasa, que funciona bajo un principio de solidaridad intergeneracional e inter-riesgo; por el Ministerio de Salud Pública y por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que atienden a la población de menores ingresos; y mediante el Fondo Nacional de Recursos, que cubre tratamientos oncológicos de alto costo, cirugías complejas y terapias avanzadas. Esta arquitectura implica que los costos sanitarios del tabaco, que superan ampliamente la recaudación fiscal proveniente de los impuestos específicos (aproximadamente 0,3% del PIB), se trasladan casi íntegramente al financiamiento público. A diferencia de los sistemas de seguros privados con primas ajustadas por riesgo, donde los fumadores asumirían una mayor porción del costo que generan, en el caso uruguayo la estructura solidaria determina que los costos del tabaquismo son absorbidos por toda la sociedad, incluidos quienes no consumen.

A esta presión fiscal se suma el hecho de que Uruguay, pese a su reputación internacional, muestra un estancamiento claro en el cumplimiento de las recomendaciones del paquete MPOWER de la OMS. El país no rota los pictogramas desde 2019, lo que debilita la efectividad de las advertencias sanitarias; los programas de cesación, sin bien disponibles, tienen un alcance limitado; el monitoreo epidemiológico no recoge adecuadamente las nuevas formas de consumo, como cigarrillos electrónicos y productos calentados; y la carga impositiva real sobre el tabaco se ha mantenido prácticamente sin variaciones significativas en los últimos años, quedando por debajo del estándar recomendado de la OMS. Este congelamiento regulatorio debería adecuarse a la evolución epidemiológica: las cohortes emergentes —especialmente mujeres y jóvenes— sostendrán una carga creciente de enfermedad y mortalidad en las próximas décadas.

La evidencia del proyecto muestra que Uruguay enfrenta simultáneamente una epidemia tabáquica que cambia de composición generacional y un sistema de salud solidario que absorbe una carga económica creciente vinculada a enfermedades totalmente prevenibles. En este marco, fortalecer la política de control del tabaco no es solo una prioridad sanitaria: es una necesidad fiscal urgente. Entre las medidas disponibles, el aumento de impuestos —la herramienta más costo-efectiva para reducir el consumo, evitar nuevas enfermedades y muertes— y su ajuste para reflejar los costos sanitarios constituyen pasos centrales para proteger la salud y el financiamiento público. A su vez, reanudar la rotación periódica de pictogramas, ampliar el alcance del programa de cesación a nivel nacional, mejorar la vigilancia epidemiológica, regular adecuadamente los nuevos productos de nicotina son herramientas complementarias indispensables, para evitar que la tendencia ascendente en mortalidad y gasto sanitario se consolide.

El país construyó su liderazgo internacional gracias a decisiones firmes y basadas en evidencia. Hoy, los datos muestran que esa agenda debe reactivarse. Uruguay aún puede evitar la segunda ola de la epidemia tabáquica y reducir sustantivamente los costos que recaen sobre el sistema de salud. La oportunidad es clara: actuar ahora permite salvar vidas, proteger el financiamiento público y reafirmar el lugar de Uruguay como referente regional en la lucha contra el tabaquismo.

Referencias

1. Ferre Z., Flores M. y Gerstenblüth, M. (2025a): Dinámicas de cohorte del tabaquismo y proyección de la mortalidad por cáncer en Uruguay. Documento de Trabajo dECONFCS-UdelaR.
2. Ferre Z., Flores M. y Gerstenblüth, M. (2025b): Costos directos de los cánceres atribuibles al tabaquismo en Uruguay: un enfoque bottom-up. Documento de Trabajo dECON-FCS-UdelaR.
3. Gerstenblüth M, Triunfo P. El control del tabaco en Uruguay: evolución de los últimos 20 años. Rev Med Urug. 2024;40(3).

