



**Nota Informativa N ° 3 – CONSUMO DE TABACO: Equidad y determinantes sociales**

**Red de Trabajo sobre Condiciones Priorizadas de Salud Pública – COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD- OMS –**

<hr/>	
<b>1</b>	
<b>1- INTRODUCCION</b>	<b>3</b>
<hr/>	
<b>2</b>	
<b>2- INEQUIDADES EN EL CONSUMO DE TABACO</b>	<b>5</b>
2.1. Inequidades por ingresos	5
2.2. Inequidades por sexo y edad	5
2.3. Inequidades por etnia	6
2.4. Inequidades por otros factores	7
2.5. Inequidades en los resultados de salud	7
<hr/>	
<b>3</b>	
<b>3- DETERMINANTES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO</b>	<b>8</b>
3.1 Determinantes estructurales: contexto socioeconómico y posición	8
3.2 Determinantes intermediarios: diferencial de exposición y vulnerabilidad	9
3.2.1 Iniciación al consumo de tabaco durante la adolescencia	9
3.2.2. Cesación o consolidación del consumo de tabaco durante la adultez	11
<hr/>	
<b>4</b>	
<b>4- PUNTOS DE ACCESO PARA EL CONTROL DEL TABACO.</b>	<b>12</b>
4.1 Convenio Marco de Control del Tabaco de la OMS. (CMCT-OMS)	12
4.2 El CMCT-OMS en los países: Situación en Argentina.	14
<hr/>	
<b>5</b>	
<b>5- INTERVENCIONES, PUNTOS DE ACCESO E IMPLICANCIAS BAJO UNA PERSPECTIVA DE DETERMINANTES SOCIALES</b>	<b>17</b>
<hr/>	
<b>6</b>	
<b>6- CONCLUSIONES</b>	<b>19</b>
<hr/>	
<b>7</b>	
<b>7- BIBLIOGRAFIA</b>	<b>20</b>
<hr/>	
<b>8</b>	
<b>8- ANEXOS</b>	<b>21</b>

## 1- INTRODUCCION

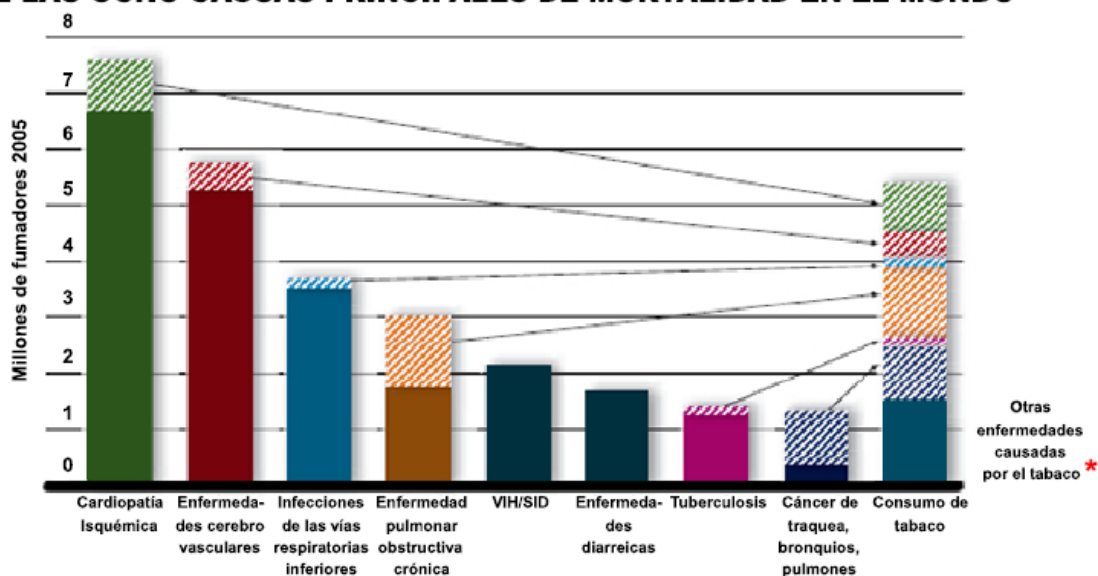
El consumo de tabaco es la principal causa aislada de mortalidad y enfermedad crónica en el mundo. Es responsable de más de 5 millones de muertes anuales a nivel mundial<sup>i</sup> y de costos sanitarios y ambientales que exceden las recaudaciones fiscales por impuestos al tabaco. Es además un problema de salud pública, ya que afecta desde diferentes vías el estado de bienestar de las personas, y su mitigación se relaciona con políticas de orden público.

El tabaquismo es sostenido por una vasta red de intereses comerciales y financieros, y la globalización ha contribuido en gran parte a su distribución. Las consecuencias de su uso no son sólo sanitarias, sino económicas, sociales y ambientales. A tal problemática la OMS ha diseñado una respuesta organizada: El Convenio Marco de Control del Tabaco<sup>ii</sup>, CMCT OMS según sus siglas, un instrumento jurídico internacional, un conjunto de medidas que impactan en la sociedad y los individuos, adoptado por unanimidad en la 53<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la OMS, en mayo de 2003, y que requiere acciones intersectoriales.

El tabaco es un problema priorizado de salud pública, ya que cumple con varios de los siguientes criterios:

- 1- Contribuye a una importante carga de enfermedad, ya que está implicado en 6 de las ocho causas principales de muerte. (Fig. 1)
- 2- Muestra grandes disparidades al interior de las poblaciones y desproporcionalmente afecta a determinados grupos: hombres, grupos socio-económicos bajos y jóvenes de países desarrollados y no desarrollados son los más expuestos. Existe además un gradiente social en el consumo de tabaco y en la exposición al denominado “humo ajeno” (second hand, en inglés) de los fumadores pasivos.
- 3- Es una epidemia que se ha distribuido a lo largo del mundo, a la par del desarrollo económico, comenzando en los países industrializados para dirigirse indefectiblemente hacia el este de Europa, Latinoamérica, Asia y norte de África.

**EL CONSUMO DE TABACO ES UN FACTOR DE RIESGO EN SEIS DE LAS OCHO CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD EN EL MUNDO**



**Fig. 1 "Consumo de tabaco: factor de riesgo de las principales causas de muerte en el mundo". Fuente: OPS. Informe sobre control del Tabaco en Argentina 2011.**

Aunque existen importantes logros en la reducción del consumo y cesación de tabaco, poco se ha difundido la importancia de desagregar las intervenciones en el gradiente social e identificar los grupos más vulnerables a fin de impactar en toda la población. En el anexo 1 se muestra una revisión sistemática que señala las brechas existentes en el entendimiento de las diferentes intervenciones de control de tabaco a lo largo de la escala social. /Anexo 1.

El control del tabaco es central para cualquier estrategia de mitigación de inequidades sanitarias ya que el fumar explica aproximadamente la mitad de la diferencia de la expectativa de vida de los grupos menos favorecidos respecto a los más favorecidos. La mortalidad relacionada con el tabaco es dos o tres veces mayor en grupos desfavorecidos que en los más aventajados. <sup>iii</sup>

En la Argentina, el consumo de tabaco provoca la muerte de 40 mil personas al año (más de 100 por día) y de 6 mil fumadores pasivos. De estos fallecimientos, el 25% se produce a edades tempranas. A esta realidad se suma la gran carga de discapacidad que genera el tabaquismo, lo que lleva a muchos enfermos a padecer una mala calidad de vida por años. Así, el consumo de tabaco ocasiona un enorme costo no sólo en vidas humanas, sino también en atención médica, ya que implica el 15% del gasto que se produce en salud (Ministerio de Salud de la Nación).

La siguiente nota ha sido estructurada a fin de indagar los principales determinantes sociales relacionados con el consumo de tabaco.

## **2- INEQUIDADES EN EL CONSUMO DE TABACO**

### **2.1. Inequidades por ingresos**

A nivel mundial, la mayor prevalencia de consumo de tabaco se asocia a niveles socio-económicos bajos, según sean considerados por ingresos de hogar, individuales, nivel ocupacional o educativo. Esto trae como consecuencia que en los hogares más carenciados la carga de enfermedad relacionada al tabaco sea mayor. Recientemente se ha evidenciado la relación existente entre tabaco y pobreza<sup>iv</sup>: este fenómeno se explica como el “Modelo de los Cuatro Estadios”. Primero el tabaquismo se disemina rápido en las clases altas, que son las que están más abiertas a la innovación. Después se difunde al resto de la población (en un segundo y un tercer estadio). Luego las clases altas dejan de fumar porque toman contacto con la cultura del cuidado de la salud y porque reciben información del daño que produce la nicotina. Así es como, en un cuarto y último estadio, el tabaquismo disminuye en las clases altas y se sedimenta y consolida en las bajas. Los investigadores demuestran que el tabaquismo amplía la brecha entre ricos y pobres.

Por otro lado la identificación del patrón preciso de la inequidad en el uso del tabaco entre los diferentes grupos de ingresos dentro de un país es importante, ya que éste tiene consecuencias para el diseño de las intervenciones efectivas.

### **2.2. Inequidades por sexo y edad**

La relación entre el consumo de tabaco y la pobreza o, más en general, el nivel socioeconómico se ve agravado por factores como el sexo y la edad. La prevalencia de consumo de tabaco es marcadamente superior en hombres que en mujeres. Cuando las poblaciones son agrupadas por niveles de ingresos, las diferencias de género son aún mayores. La Fig. 2 señala esas diferencias.

<b>Current cigarette smoking</b>		<b>Adults (15 years and older)</b>		<b>Adolescents (aged 13–15 years)</b>	
<b>WHO Region</b>	<b>Males</b>	<b>Females</b>	<b>Boys</b>	<b>Girls</b>	
Africa	14.93	1.50	13.5	5.2	
Americas	29.70	18.65	13.5	15.0	
Eastern Mediterranean	28.21	2.05	7.3	2.0	
Europe	46.09	24.62	21.0	17.4	
South-East Asia	35.07	2.22	9.5	2.0	
Western Pacific	56.08	4.95	18.5	8.4	
<b>Current tobacco use</b>		<b>Adults (15 years and older)</b>		<b>Adolescents (aged 13–15 years)</b>	
<b>Income group</b>	<b>Males</b>	<b>Females</b>	<b>Boys</b>	<b>Girls</b>	
High	33.3	21.4	–	–	
Upper middle	44.4	18.3	–	–	
Lower middle	51.7	4.6	–	–	
Low	30.1	4.0	–	–	

**Fig. 2 "Prevalencia del consumo de tabaco (cigarrillos) en % por sexo, edad, regiones de la OMS y grupos de ingresos de países" Fuente: *reporte de la OMS de la epidemia global del Tabaco, Estadísticas de población de las Naciones Unidas, la Encuesta Nacional de Tabaquismo en jóvenes y Estadísticas Sanitarias Mundiales.***

En nuestro país, la 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo<sup>v</sup> en Argentina, puso en evidencia una disminución de la prevalencia de tabaquismo, registrándose un 30,1% en 2009, en relación al 33,4 % en el año 2005. Esta disminución se observó en todas las provincias. Respecto al sexo, la prevalencia fue mayor en los hombres. En cuanto a la edad, se registró la mayor prevalencia en el rango etario de 25- 34 años.

A nivel nacional, no se reveló diferencias en la prevalencia de tabaquismo de acuerdo a los grupos de ingreso, situación distinta al año 2005 (1º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo), donde era más elevada a mayores ingresos. Tampoco se observó asociación entre tabaquismo y educación a dicho nivel.

### **2.3. Inequidades por etnia**

La etnicidad complica aún más las inequidades acumulativas. El principal inconveniente es la falta de desagregación de esta variable en los datos relevados. Por ejemplo, en Nueva Zelanda una encuesta reveló un gradiente negativo de consumo de tabaco de las mujeres maoríes frente a las mujeres europeas.

#### **2.4. Inequidades por otros factores**

Fumar, como trayectoria individual, está relacionado con la acumulación de desventajas sociales a través del curso de la vida<sup>vi</sup>. Los grupos más vulnerables son madres solas, desempleados, inmigrantes, personas que sufren exclusión social, enfermos mentales, y personas de grupos minoritarios, todos ellos generalmente pertenecen a niveles socioeconómicos bajos. Un estudio demostró cuatro factores que contribuyen al consumo de tabaco en mujeres: desventaja en la infancia, desventajas en la educación, maternidad temprana y privación económica. De las mujeres que experimentaban los cuatro factores, el 63% de ellas eran fumadoras corrientes, frente al 18% de consumo en aquellas que no habían experimentado alguno de esos factores<sup>vii</sup>.

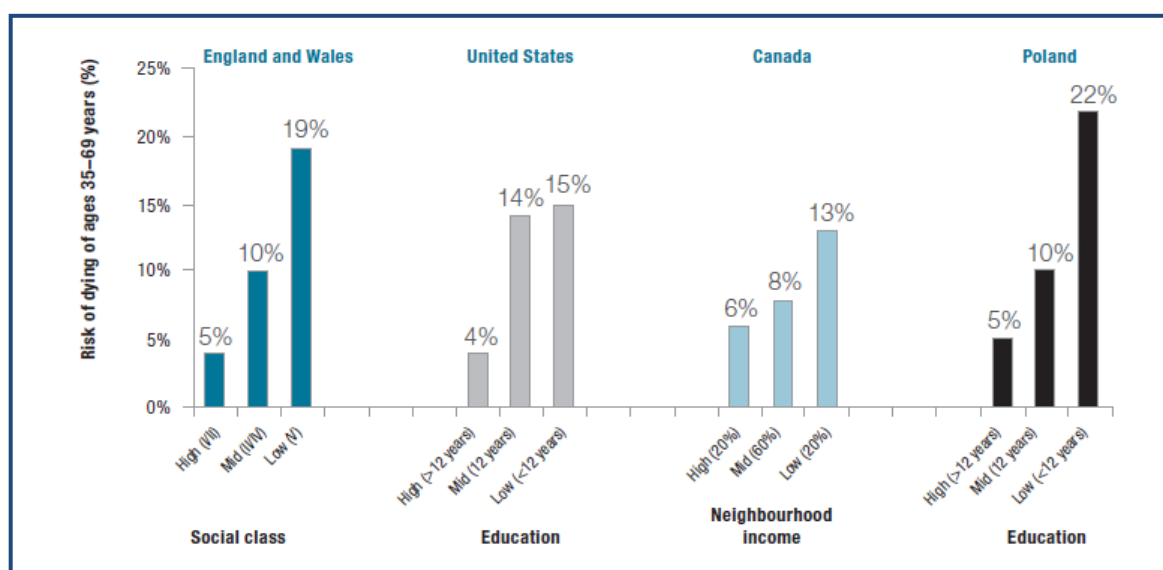
El gradiente socioeconómico en el consumo de tabaco se manifiesta en la prevalencia, tasas de abandono, y exposición al tabaco ajeno. Por ejemplo, las tasas de abandono del consumo de tabaco siguen una fuerte pendiente socio-económica a favor de las clases aventajadas y son mucho más bajas en los países en desarrollo. La exposición al humo de tabaco ajeno, responde también a un gradiente social: los niños de familias carenciadas se encuentran más expuestos al tabaco ajeno que los niños de hogares solventes. Dado que la mayoría de los fumadores hoy se encuentran en los países en desarrollo, la exposición al humo de tabaco ajeno se ha convertido en un riesgo potencial.

Finalmente la distribución del consumo de tabaco mundial durante los últimos 40 años ha cambiado drásticamente: disminución de la prevalencia de fumar cigarrillos en el mundo desarrollado, e incremento de la misma en los países en desarrollo. Como se explicó anteriormente, en Argentina se ha producido una disminución del consumo de tabaco en los últimos 5 años. A continuación se presentan las consecuencias en la salud debidas a la distribución desigual en el consumo del tabaco.

#### **2.5. Inequidades en los resultados de salud**

El fumar cigarrillos y productos derivados del tabaco es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo. El tabaco está asociado a un exceso de mortalidad debido a su estrecha relación con enfermedades fatales: el 90% de los cánceres de pulmón y el 45% de la enfermedad coronaria de adultos mayores se deben a su uso. La carga de enfermedad global debida al tabaco como factor de riesgo, representó un 2,6% en 1990 y se calcula un 10% para el 2015<sup>viii</sup>. El fumar está directamente implicado en una enfermedad asociado a la pobreza: la tuberculosis.

El consumo de tabaco es una causa poderosa de disparidades en enfermedades. Como el tabaquismo en sí mismo, las muertes por uso de tabaco siguen un gradiente socioeconómico. La figura siguiente (Fig.3), muestra los resultados de un estudio en Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Polonia, basado en clase social, educación e ingresos por comunidad, que halló que el riesgo de muerte por fumar es significativamente superior en clases bajas que en las más aventajadas.



**Fig.3. “Relación entre riesgo de muerte por fumar y clase social, educación e ingresos”. Fuente: *Equidad, determinantes sociales y Programas de Salud Pública. OMS, 2010.***

### 3- DETERMINANTES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO

#### 3.1 Determinantes estructurales: contexto socioeconómico y posición

El consumo de tabaco no se transmite por vectores animales, por agua contaminada, o flugge. El consumo de tabaco es un problema de salud pública, ya que ha sido intencionalmente integrado en la estructura social y el medio ambiente de la mayoría de las sociedades por parte de una industria que se beneficia del comercio continuo de sus productos. Una vasta red de empresas multinacionales, nacionales, y subnacionales e intereses comerciales subyacen en la producción y distribución de los productos del tabaco, lo que contribuye a los beneficios de empleo, y a la balanza de pagos nacional. El ingreso neto combinado de las tres mayores multinacionales del tabaco supera el producto bruto interno de los países más ricos (U\$S100 billones anuales). La globalización ha contribuido en la promoción de la epidemia de tabaquismo en los países en



desarrollo: acuerdos de comercio internacional que dan prioridad a los derechos corporativos sobre el derecho a la salud, y la eliminación de barreras a la importación del tabaco y a la publicidad<sup>ix,x</sup>. La globalización también ha acelerado la epidemia de tabaquismo a través de su impacto asimétrico sobre la situación económica, tanto en el nivel nacional e individual. Esto es, la redistribución de los recursos y el capital facilitado por la globalización no se produjeron de manera equitativa, dando lugar a la ampliación de diferencias socioeconómicas, diferencias entre países y a su interior. Por la estrecha relación entre el consumo de tabaco y las desventajas, la globalización conduce a mayores desigualdades, al promover las condiciones sociales que refuerzan el consumo de tabaco, particularmente en el sector informal. El otro factor importante en la configuración del contexto socioeconómico del consumo de tabaco es la gobernabilidad. En última instancia, el destino de la epidemia de tabaquismo será decidido por política como se refleja en el compromiso de los gobiernos y en la eficacia en la aplicación de estrategias de control del tabaco, a costa de los ingresos previamente descriptos derivados de la producción, la fabricación y el comercio de productos de tabaco.

### **3.2 Determinantes intermediarios: diferencial de exposición y vulnerabilidad**

Existen dos estadios de la vida en los cuales las inequidades en la vulnerabilidad y la exposición a los efectos nocivos del tabaco son mayores: adolescencia, etapa donde se instala el consumo y adicción; y en los adultos jóvenes, cuando se intenta o no abandonarlo. En estas dos etapas las intervenciones son claves ya que las vulnerabilidades como las sociales, psicológicas y de salud física junto a exposiciones diferenciales debida a entorno social inmediato, familiar, publicidad dirigida, facilidad de acceso al tabaco, disponibilidad de servicios de cesación tabáquica; inclinan la balanza hacia la continuidad o no del consumo.

#### **3.2.1 Iniciación al consumo de tabaco durante la adolescencia**

3.2.1.1 Diferencial de vulnerabilidad la adolescencia es una etapa vulnerable (existencia de mayores riesgos) para iniciar al consumo. Los factores que más afectan esta vulnerabilidad son los antecedentes familiares, el nivel socioeconómico y educativo, y la asociación se hace más fuerte a medida que disminuyen los dos últimos. Otros factores son:

1. Capacidad para resistir la presión. La capacidad para resistir la presión y la publicidad del tabaco está relacionado con de la competencia social y confianza en sí mismo, habilidades menos comunes entre los jóvenes desfavorecidos.

2. Conocimiento adecuado de los daños del tabaco. Los jóvenes desventajados pueden tener insuficiente conocimiento y conciencia de los efectos adversos del consumo de tabaco.
3. El escepticismo acerca de la prevención del tabaquismo. Las personas de grupos socioeconómicos más bajos, en particular los adolescentes, son menos receptivos a la educación para la salud y pueden subestimar los riesgos de fumar.
4. La prevalencia de los problemas sociales. Tensiones psicosociales en la vida de los adolescentes menos favorecidos, incluyendo problemas con sus familias y la escolarización, aumentan el riesgo de fumar.
5. El rendimiento escolar. Bajo rendimiento escolar y ausencia escolar se relacionan con aumento de susceptibilidad a fumar, mientras que buena formación académica confiere resiliencia.

3.2.1.2 Diferencial de Exposición: las vulnerabilidades antes mencionadas son agravadas por la exposición diferencial de los adolescentes y jóvenes desfavorecidos a las presiones de su entorno físico y social que fomentan la continuidad del consumo y disuaden sobre su abandono. Estos incluyen:

- Preponderancia del modelo de consumo adulto: Los jóvenes desfavorecidos tienen más probabilidades de tener padres que fuman y que tienen una mayor actitud permisiva con el tabaco. Los países que han llevado a cabo la Encuesta Mundial de Tabaco en la Juventud, el tabaquismo de los padres es uno de los factores más frecuentemente identificado para el consumo de tabaco por los jóvenes.
- La prevalencia del tabaquismo entre pares. Los estudios indican que el tabaquismo por sus compañeros es un fuerte predictor del tabaquismo en los adolescentes, y se está influenciada por el tabaquismo familiar.
- La disponibilidad de los productos del tabaco. En barrios más pobres, a menudo hay más puntos de ventas de tabaco. En varios países en desarrollo, las ventas de cigarrillos sueltos hacen al tabaco más accesible (situación de varias provincias argentinas). Incluso en los países en los que rige la prohibición de la venta de tabaco a

menores de edad, los esfuerzos inconsistentes en su aplicación hacen que el tabaco sea accesibles a los jóvenes.

### **3.2.2. Cesación o consolidación del consumo de tabaco durante la adultez**

3.2.2.1. Diferencias de Exposición: otra diferencia clave entre los grupos más y menos aventajados reside en la continuidad o no del hábito de fumar durante la adultez. La evidencia indica que menores niveles de educación se traducen en fracasos a la hora de abandonar el consumo y aumentar su adicción. También se sabe que la cesación tabáquica sigue los mismos patrones que la iniciación: la gente inicia y deja su consumo en grupos sociales. Por tanto así como el dejar de fumar puede tener un efecto domino, la continuidad en el consumo de los grupos que no tiene contacto con los primeros en abandonar el mismo, están sometidos a un alto riesgo. Algunos de los factores que explican la consolidación del hábito de fumar durante la adultez incluyen:

1. Altos Niveles de adicción a la nicotina.
2. Baja auto-eficacia y percepción de barreras para abandonar el consumo.
3. Altos niveles de estrés: aquellos que soportan mayores problemas y necesidades físicas y emocionales diarias, son más vulnerables a mecanismos de autocomplacencia, placer y reducción del estrés mediante el fumar.
4. Co-ocurrencia de problemas de salud y otros problemas.
5. Condiciones de trabajo: los trabajos de riesgo y peligrosos, así como los monótonos o los de baja complacencia generan mayor adicción al cigarrillo, en un intento de suprimir el aburrimiento, mantener el estado de alerta e incrementar los lazos de amistad con los compañeros.

3.2.2.2. Diferencial de exposición: los adultos, tal como los adolescentes están más expuestos a factores que refuerzan la continuidad del consumo, en lugar de su abandono:

1. Normas sociales permisivas: en esto ocupan un lugar importante los ambientes laborales, institucionales, educativos, culturales, etc.

2. Ausencia de apoyo e instrumentos para abandonar el consumo, particularmente las redes sociales en la familia, el trabajo y los amigos cuando se desea dejar de fumar.
3. Publicidad y disponibilidad de cigarrillos.
4. Barreras contra servicios accesibles de abandono del tabaco, las terapias de sustitución con nicotina resultan costosas en algunos países, y otros servicios como líneas telefónicas o consultorio de cesación tabáquica son raros o no existen.

#### **4- PUNTOS DE ACCESO PARA EL CONTROL DEL TABACO.**

##### **4.1 Convenio Marco de Control del Tabaco de la OMS. (CMCT-OMS)**

El Convenio Marco de Control del Tabaco de la OMS (CMCT-OMS) <sup>iii</sup> aprobado en el año 2003 por la Asamblea Mundial de la Salud, y contando con 160 países partes, ha sido la respuesta institucional, estructurada y con herramientas que la comunidad internacional tiene para dar batalla al control del tabaco en el mundo. Consiste en una serie de medidas de control del tabaco que abarcan tanto las intervenciones estructurales y de servicios en cada nivel de las principales acciones priorizadas de salud pública, como así también un instrumento jurídico de cooperación internacional. Por otra parte, el CMCT-OMS intenta la reparación de los desequilibrios de poder entre los gobiernos y las entidades que se benefician del consumo de tabaco, principalmente en el mundo desarrollado, así como frenar la epidemia de tabaquismo y la mortalidad prematura debida al consumo de tabaco (Fig. 4)

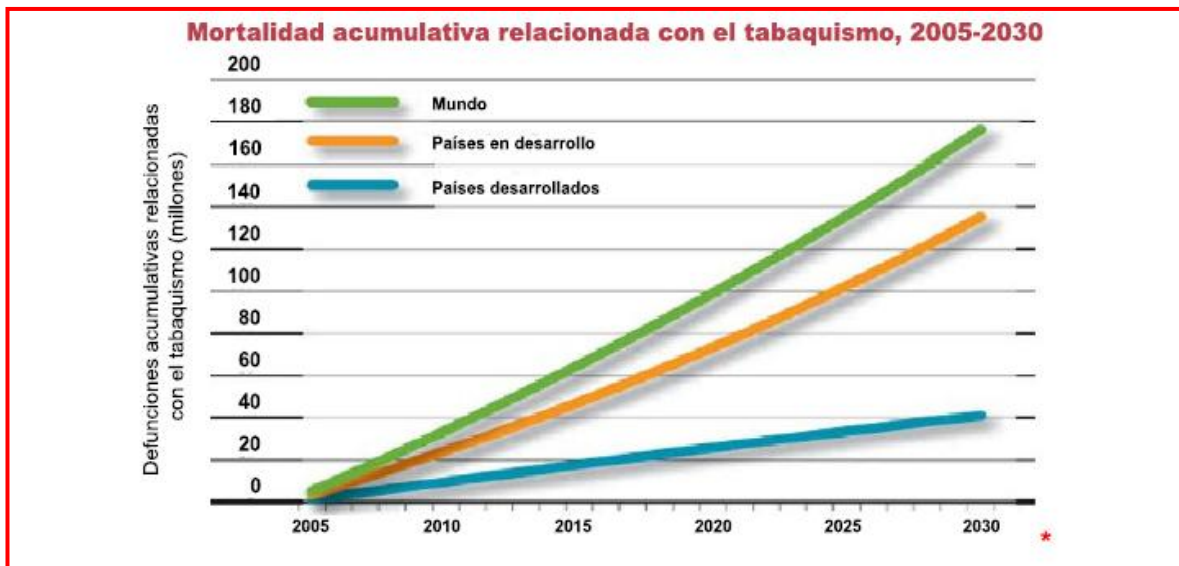


Fig. 4 " Mortalidad por tabaquismo" Fuente: OPS. Informe sobre control del Tabaco en Argentina 2011.

Dentro de la perspectiva de Determinantes Sociales de la Salud, el convenio puede ser considerado como un nivelador de fuerzas que empujan a los países hacia una sociedad más equitativa, adoptando y aplicando una mezcla de intervenciones intersectoriales de control del consumo de tabaco. Éstas incluyen la reducción de la disponibilidad de tabaco (oferta), la disminución de su accesibilidad (demanda) incluida la aceptabilidad de los productos del tabaco, a saber:

- Medidas dirigidas a la oferta de tabaco (art.15 al 17 del CMCT):
  - Eliminación del comercio ilícito de productos del tabaco
  - Eliminación de la venta a menores y por menores, incluida la venta al menudeo (cigarrillos sueltos)
  - Eliminación y sustitución de los cultivos de tabaco por alternativas económicamente viables (aspecto este que mayores controversias genera en los países no adherentes)
- Medidas dirigidas a reducir la demanda de tabaco (art. 6 al 14):
  - Medidas relacionadas con los precios e impuestos a los productos del tabaco

- Medidas no relacionadas con los precios: Protección contra la exposición al humo del tabaco, reglamentación del contenido de los productos del tabaco, reglamentación de la divulgación de información sobre los productos del tabaco, empaquetado y etiquetado de los productos, educación y sensibilización del público; publicidad y patrocinio del tabaco y reducción de la demanda relacionadas a la dependencia y abandono del tabaco.

#### **4.2 El CMCT-OMS en los países: Situación en Argentina.**

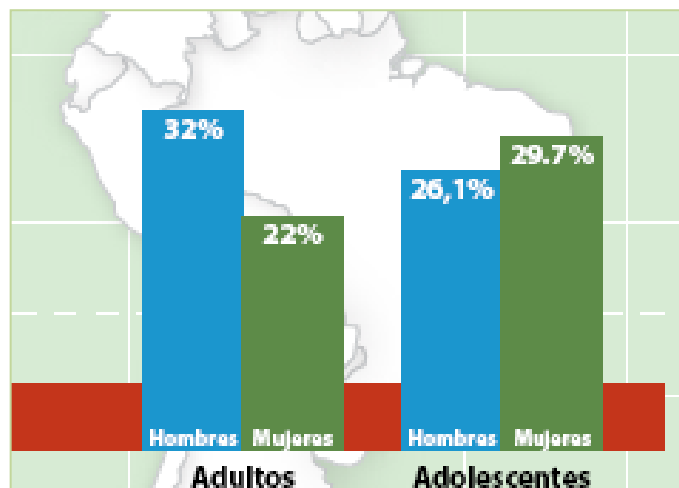
Hasta el año 2010, 168 países han ratificado el CMCT OMS, cubriendo a más del 85% de la población. Argentina firmó el CMCT OMS en el año 2003, pero no lo ha ratificado. Junto a países como Cuba, Estados Unidos, El Salvador, República Dominicana, que no han ratificado su adhesión mientras que Brasil, Uruguay, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela sí lo han hecho. El significado de ratificar el CMCT OMS se traduce en múltiples beneficios, algunos financieros por parte de los organismos multilaterales de salud, pero principalmente en la adopción de una política de estado y de la región toda de lucha contra la principal amenaza al flagelo: la producción y distribución de los productos del tabaco y sus consecuencias económicas y sociales. En Argentina uno de los principales obstáculos para lograr la ratificación del CMCT ha sido la falacia según la cual el tratado afectaría la producción de tabaco y por tanto las fuentes de empleo y las economías regionales. Que Argentina haya solo firmado el CMCT OMS significa que se esforzará en buscar de buena fe la voluntad política necesaria para ratificarlo y no socavar en los objetivos propuestos en él.

La Argentina ha aprobado por ley 26.687/2011 (Ley Nacional de Control del Tabaco) intervenciones en control del tabaco. El siguiente gráfico muestra la prevalencia al año 2011 de consumo de tabaco. (Fig.5)

Entre los aspectos más importantes de esta legislación se destacan la disposición de ambientes laborales y de uso público libres de humo, sin excepciones; la prohibición de que las tabacaleras realicen publicidad, promoción y patrocinio con sus productos; la obligatoriedad de incluir advertencias sanitarias con imágenes en los paquetes de cigarrillos, y la prohibición de utilizar términos engañosos como "suave" o "bajo en nicotina", que generan la falsa idea de que existen cigarrillos más seguros para la salud.

Asimismo, la ley dispone la divulgación de la línea telefónica gratuita del Ministerio de Salud de la Nación (0800-222-1002) en los atados de cigarrillos, para ayudar a los fumadores a dejar esta

adicción; la prohibición de la venta de cigarrillos sueltos y a través de máquinas expendedoras; y la venta a menores de edad, entre otros puntos



**Fig. 5 “Prevalencia actual del consumo de Tabaco”. Fuente: OPS. Informe sobre control del Tabaco en Argentina 2011.**

En el **Anexo 2** se ilustran los progresos en Argentina en relación al articulado del CMCT OMS.

El incremento de los precios e impuestos sobre el tabaco constituye la medida aislada más efectiva en el control del tabaco. Respecto a este ítem (art.6), en Argentina el precio de la marca más vendida es de PPP <sup>1</sup> \$ 2,29 y los impuestos comprenden el 76% del precio final (recomendado 75%). Sin embargo el éxito de este esquema tarifario se ve empañando porque el precio de un paquete de cigarrillos en Argentina es el más económico de toda la Región (PPP \$3,29).

El artículo 8 del CMCT OMS establece que los Estados parte protejan a todas las personas de ambientes libres de humo, ya que los mismos desestiman el inicio entre los jóvenes, evitan al exposición al humo de tabaco ajeno entre los no fumadores, entre otros. En Argentina la legislación de ambientes libre de humo de tabaco alcanza a centros sanitarios, centros docentes, universidades, centros gubernamentales, bares, restaurantes, cines, transportes público, superando a más de 20 provincias, entre la que se cuenta Mendoza, con legislación en este sentido. El Ministerio de Salud de Mendoza, a través de su Programa de Control del Tabaco, certifica por un año establecimientos privados y estatales. Los municipios de Argentina también mediante el Programa Municipio Saludable, son certificados libres de humo. El procedimiento

<sup>1</sup> PPP. Dólares internacionales PPP: paridad del poder adquisitivo al tipo de cambio del dólar internacional.

implica entre otras medidas, la sanción de una ordenanza. Esta medida encuentra sus principales inconvenientes a la hora de controlar el cumplimiento de la ausencia de humo de tabaco.

El siguiente cuadro muestra el avance de la Legislación a lo largo de los años en nuestro país y la población beneficiada.

Año de sanción	Provincia	Cobertura	Población parcialmente cubierta	Población 100% cubierta
2005	Santa Fe	100%		3.264.095
	San Juan	100%		705.378
	Río Negro *	Áreas para fumadores sin separación	633.374	
	Chaco *	Permite locales para fumadores	1.053.466	8%
2006	Córdoba	100%		3.368.609
	Tucumán	100%		1.493.488
	CABA *	Permite sectores para fumar	3.050.728	
2007	Santa Cruz *	Permite locales para fumadores	272.524	
	Mendoza	100%		1.747.801
	Catamarca *	Permite sectores para fumar	396.303	
2008	Neuquén	100%		556.528
	Entre Ríos	100%		1.268.979
2009	Santiago del Estero	100% (excepto casinos)		856.739
	Buenos Aires *	Permite sectores para fumar	15.185.336	
2010	La Pampa *	Permite sectores para fumar	316.940	
	San Luis	100%		431.588
	Salta*	Permite sectores para fumar	1.215.207	
	La Rioja	100%		331.847
	CABA (texto reformado)	100%		2.891.082
			22.123.878 (55% de la población total)	14.025.0522 (35% de la población total)

\* Provincias con restricciones parciales (permiten sector para fumadores según metraje del establecimiento)

Fig. 6 Provincias con Legislación “Ambientes libres de humo” Fuente: *Ministerio de Salud de la Nación.*



## 5- INTERVENCIONES, PUNTOS DE ACCESO E IMPLICANCIAS BAJO UNA PERSPECTIVA DE DETERMINANTES SOCIALES

Las cuatro intervenciones que cuentan con evidencia de costo-efectividad<sup>2</sup> en la lucha contra el consumo de tabaco son: impuestos sobre el tabaco, ambientes libres de humo de tabaco, franjas y advertencias publicitarias en los paquetes de cigarrillos y difusión de información relacionada.

Una revisión sistemática destaca que las intervenciones más favorables a los grupos carenciados en materia de tabaquismo son restricción de consumo de tabaco en las escuelas y sus alrededores, restricción en la venta minorista de cigarrillos y aumento del precio final. <sup>xi</sup>

Desde nuestra perspectiva, pueden identificarse las siguientes intervenciones y sus puntos de acceso:

### *5.1. Puntos de acceso dirigidos al contexto socioeconómico y los productos del tabaco.*

#### 5.1.1 Reducción de la disponibilidad de tabaco:

5.1.1.1. Precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco (art.6 del CMCT OMS)

5.1.1.2 Eliminación del comercio ilícito de los productos del tabaco (art. 15 del CMCT OMS)

5.1.1.3 Prohibición de la venta a menores (art. 6 del CMCT OMS)

*5.2. Puntos de acceso dirigido a incrementar la aceptabilidad de las medidas de control de tabaco como una práctica de bienestar general, que incluya al control del tabaco como estándar de desarrollo humano, por encima de los intereses comerciales.*

*5.3 Reforzar la accesibilidad a las medidas de control de tabaco: por ejemplo canalizar los ingresos debidos a los impuestos al tabaco hacia los programas de control es una estrategia para facilitar el acceso de los más desfavorecidos a medidas paliativas y preventivas.*

*5.4 Intervenciones estructurales dirigidas al diferencial de exposición, entre varias se destacan:*

---

<sup>2</sup> Las intervenciones fueron definidas como costo-efectiva si los costos por AVAC (años de vida ajustados por calidad) eran menores que tres veces el PBI/cápita; y muy costo-efectivas si no superaban el PBI/cápita de los países considerados. World Health Report (2002), sobre 14 subregiones del mundo. BMJ 2003, 327.

5.4.1 Punto de acceso: Aumentar la existencia de ambientes controlados de humo de tabaco.

5.4.2 Punto de acceso: Prohibición de la publicidad del tabaco, su promoción y esponsorización (art.13), Empaquetado y nominado de los productos del tabaco (art.11), Promoción de modelos libres de tabaco (líderes de opinión, deportistas, músicos, etc.).

*5.5 Intervenciones estructurales dirigidas al diferencial de vulnerabilidad. Entre varias se destacan:*

5.5.1 Punto de acceso: Incrementar la disponibilidad de información fiable.

5.5.2. Punto de acceso: Reducir la aceptabilidad de la población general al consumo de tabaco, introducir las medidas de control del tabaco en el desarrollo humano y las iniciativas de empoderamiento de la ciudadanía.

*5.6 Intervenciones dirigidas al diferencial de resultados en salud y sus consecuencias. En este punto la medida más eficaz es la disposición de servicios de cesación de tabaco para los usuarios de los distintos componentes del gradiente social.* En este apartado destaca la estrategia MPOWER de la OMS: un conjunto de acciones de alto impacto en la mortalidad debida al consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco ajeno, además de ser un punto de entrada para la implementación total del CMCT OMS. Sus siglas hacen referencia a: M (MONITOR) monitorear el consumo de tabaco, P (PROTECT) proteger a la población del humo de tabaco ajeno, O (OFFER) ofrecer servicios para abandono del tabaco, W (WARN) advertir de los peligros del tabaco, E (ENFORCE) hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, y R (RAISE) incrementar los impuestos.

*5.7 Implicancias.*

Una consecuencia directa de las intervenciones y puntos de acceso es la inexorable necesidad de establecer un monitoreo de la situación del tabaco en las regiones y en nuestro particular, de las inequidades relacionadas con su consumo. Esto requiere la construcción de indicadores que relacionen la distribución del consumo y la cesación tabáquica a lo largo de todo el gradiente social. Otra estrategia lo constituyen las Encuestas de tabaquismo. En Argentina se está implementando entre el INDEC y el Ministerio de Salud por primera vez (2012), la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Esto permitirá conocer si las políticas implementadas y las

programadas tienen asiento en la realidad. Tanto indicadores como encuestas requieren financiación adicional, disponibilidad de datos y sostenibilidad a largo plazo.

## 6- CONCLUSIONES

El consumo de tabaco es un indicador de la existencia de inequidades sociales. Existe evidencia que sustenta que el consumo y exposición al humo de tabaco ajeno se distribuye de manera desigual entre el gradiente social y su origen es multisectorial. Bajo la perspectiva de la salud según sus determinantes sociales, el Convenio Marco de Control de Tabaco de la OMS puede considerarse como el primer paso en el proceso de indagación sobre las inequidades en salud relacionadas al consumo de tabaco. Nuestro país tiene una deuda pendiente en este sentido, ya que la pronta ratificación de este Convenio debe ser una prioridad. Así también lo son la sanción de leyes respetuosas del Convenio Marco, la implementación de las medidas definidas como prioritarias en el esquema MPOWER, y la lucha contra la interferencia de la industria tabacalera. Al tanto que se consiguen dar estos pasos, que son los estructurales en la sanación de inequidades, el sector salud tiene varias acciones: elevar la prioridad del control de tabaco en las agendas de gobierno, introducir la perspectiva de equidad en los programas sanitarios, solicitar la adhesión a las medidas más costo-efectivas, que no son sanitarias solamente, tal el caso de los precios a los productos del tabaco y la conformación de equipos de trabajo provenientes de distintas disciplinas y que afectan directamente a este problema de salud pública de las presentes y futuras generaciones.

## 7- BIBLIOGRAFIA

Este informe ha sido elaborado en base al documento “Equidad, determinantes sociales y Programas de Salud Pública. OMS, 2010. Capítulo 10”

La siguiente es bibliografía complementaria.

i OMS. 10 datos sobre la epidemia mundial de tabaco. 2008. Disponible en:

[http://www.who.int/features/factfiles/tobacco\\_epidemic/es](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es).

ii OMS. Convenio Marco para el Control del Tabaco. 2003. Disponible en:

<http://www.who.int/fctc/es/index.html>

iii Jarvis MJ and Wardle J (2006) ‘Social patterning of individual health behaviours: The case of cigarette smoking’ in Marmot M and Wilkinson RG (Eds.) *Social Determinants of Health* (2nd Edition): 224-237.

iv Ciapponi, A. et. Col. 2011. Systematic review of the link between tobacco and poverty. OMS.

v Ministerio de Salud de la Nación. 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2011. Disponible en <http://www.msal.gov.ar>.

vi Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in smoking in the European Union: applying an equity lens to tobacco control policies. *European Network for Smoking Prevention*, 2004.

vii Graham H et al. Pathways of disadvantage and smoking careers: evidence and policy implications. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:7–12.

viii Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):2011–2030.

ix Zeigler DW. International trade agreements challenge tobacco and alcohol control policies. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25(6):567–579.

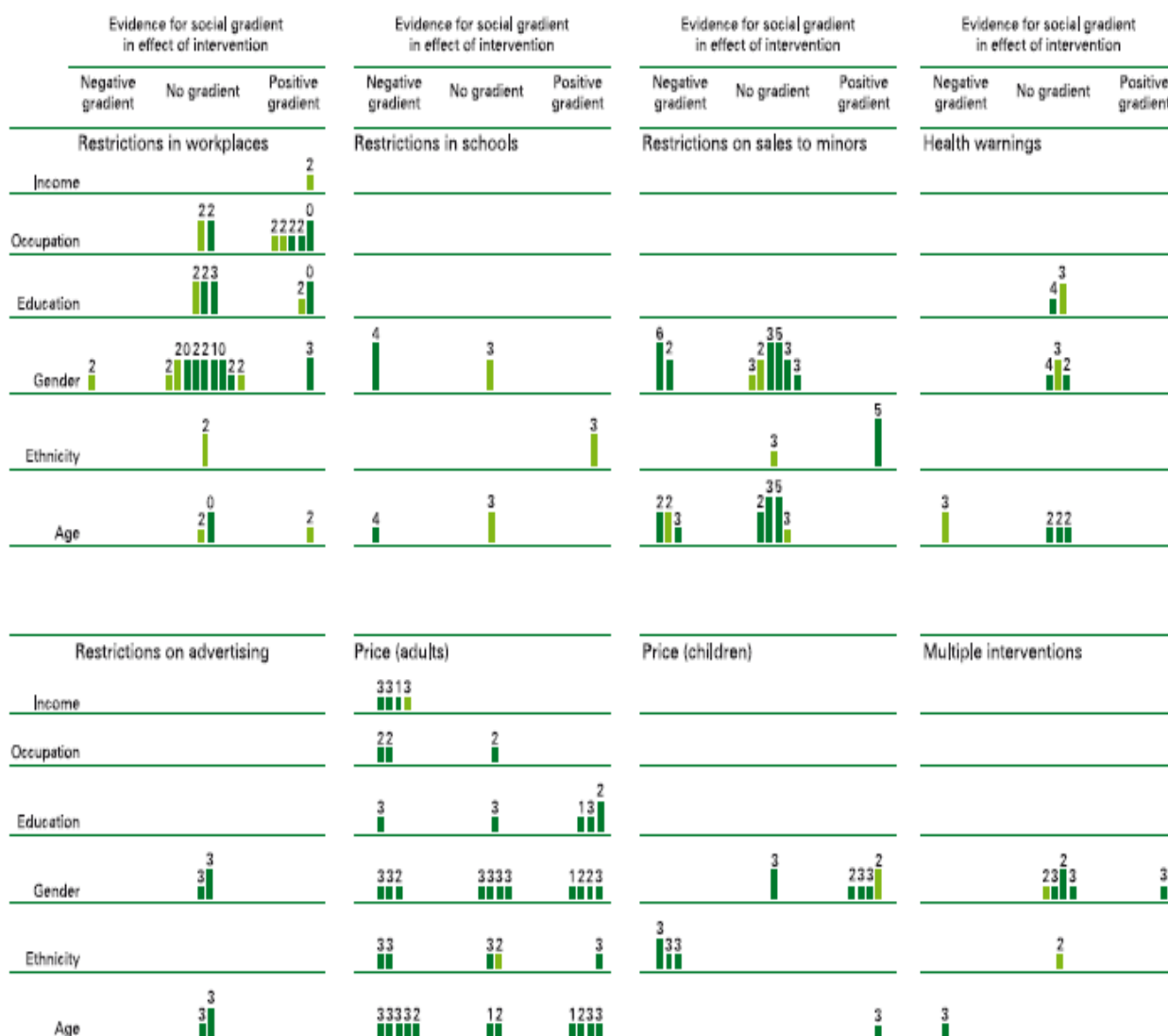
x Labonte R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: the role of the global marketplace (part 2 of 3). *Globalization and Health*, 2007, 3:6  
<http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/6>.

xi Main C et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews. *BMJ o Public Health*, 2008, 8:178.

xii Thomas E et al. 2008. Population tobacco control interventions and their effects on social inequities in smoking: Systematic review: *Tob Cont* 17:230-237.

## 8- ANEXOS

### Anexo 1- Evidencias sobre el efecto de las intervenciones de cesación tabáquica a lo largo del gradiente social<sup>xii</sup>



El esquema superior es representativo de una revisión sistemática que analizó el impacto de las intervenciones de control del tabaco a lo largo del gradiente social en el Reino Unido (1). El estudio muestra que aun cuando han existido avances importantes en las intervenciones a favor del control del tabaquismo, persisten vacíos en el entendimiento del impacto de las mismas.

Gráficamente la intensidad, la altura y los números sobre las barras tienen un significado en la metodología de la revisión sistemática. Así cada barra indica un estudio sobre alguna intervención de control del tabaco (estudios primarios) cuyos resultados fueron relevantes a la hora de la búsqueda de evidencia. La intensidad del color indica la robustez o no de los resultados: los estudios en color verde oscuro arrojaron medidas de resultado conductual más duras, mientras que los representados en color verde claro, medidas de resultado intermedio. La altura de las barras está relacionada con la apropiabilidad o no del diseño del estudio. Los estudios representados con barras más altas son aquellos en donde el diseño metodológico era el más fuerte, mientras que los más bajos en altura, los de menor calidad metodológica. Finalmente cada barra (o estudio) está señalado con un número que representa el número de criterios (de un máximo de 6) con los que cumplió ese estudio.

En esta revisión sistemática, por ejemplo, el precio tiene el mayor impacto en el gradiente social de los fumadores, la restricción de fumar en lugares de trabajo aporta los mejores resultados en los ejes de género y nivel educativo, las advertencias sanitarias tiene poco impacto en los diferentes ejes, y la restricción de la venta a menores impacta principalmente en los ejes de género y edad. Nótese como la desagregación de las intervenciones según los determinantes sociales abre el espectro de las mismas y señala la conveniencia de planificar las políticas públicas en materia de control de tabaco, para llegar con efectividad a toda la población.

- 1- Thomas S, Fayter D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, Whitehead M and Worthy G (2008) Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: Systematic review. *Tob Control* 17: 230-237.

**Anexo 2- Resumen de la situación en Argentina respecto a los artículos del CMCT OMS. Fuente: OPS. Informe sobre control del Tabaco en Argentina 2011.**

Situación nacional	Situación regional Distribución de países según progreso en la implementación del CMCT
<b>Artículo 6: Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco</b>	
<b>Criterio:</b> Porcentaje del precio del paquete que corresponde a impuestos	
✓ >75% del precio al por menor de un paquete de 20 cigarrillos corresponde a los impuestos al tabaco	
51-75% del precio al por menor de un paquete de 20 cigarrillos corresponde a los impuestos al tabaco	
26-50% del precio al por menor de un paquete de 20 cigarrillos corresponde a los impuestos al tabaco	
≤ 25% del precio al por menor de un paquete de 20 cigarrillos corresponde a los impuestos al tabaco	
No se notificaron datos	
<b>Artículo 8: Protección contra la exposición al humo de tabaco</b>	
<b>Criterio:</b> Número de tipos de espacios públicos que son totalmente libres de humo de tabaco (o al menos 90% de la población está cubierta por legislación subnacional)	
Todos los lugares públicos y de trabajo cerrados son totalmente libres de humo de tabaco (o al menos 90% de la población está cubierta por legislación subnacional)	
✓ Igual que la categoría anterior pero esta pendiente la reglamentación y/o la implementación	
De seis a siete tipos de lugares públicos y de trabajo cerrados totalmente libres de humo de tabaco	
De tres a cinco tipos de lugares públicos y de trabajo cerrados totalmente libres de humo de tabaco	
Hasta dos tipos de lugares públicos y de trabajo cerrados totalmente libres de humo de tabaco	
No se notificaron datos	
<b>Artículo 11: Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco</b>	
<b>Criterio:</b> Tamaño y contenido de advertencias sanitarias en productos de tabaco	
Advertencia sanitaria grande (que cubre un 50% promedio del frente y dorso del paquete) con todas las características apropiadas <sup>1</sup>	
✓ Igual, pero está pendiente la reglamentación y/o implementación	
Advertencia sanitaria de tamaño medio (con un promedio del frente y dorso entre 30% y 49%) con todas las características o advertencias sanitarias grandes (promedio de 50% frente y dorso) pero falta una o más características apropiadas <sup>1</sup>	
Advertencia sanitaria de tamaño medio (promedio de frente y dorso entre 30% y 49%) pero falta una o más características apropiadas o advertencia sanitaria grande (promedio de al menos 50% de frente y dorso) pero faltan cuatro o más características apropiadas <sup>1</sup>	
Ley aprobada, pero la reglamentación e implementación pendientes. Con la información contenida en la ley no se puede clasificar al país	
Ninguna advertencia sanitaria o advertencia sanitaria pequeña (promedio en el frente y dorso del paquete de menos de 30%)	
No se notificaron datos	
<b>Artículo 13: Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco</b>	
<b>Criterio:</b> Número de prohibiciones según medio de publicidad directa e indirecta <sup>2</sup>	
Prohibición de toda forma de publicidad directa e indirecta <sup>3</sup>	
✓ Igual, pero está pendiente la reglamentación y/o implementación	
Prohibición en televisión, radio, y medios impresos nacionales, así como algunas pero no todas las otras formas de publicidad directa y/o indirecta <sup>3</sup>	
✓ Igual, pero está pendiente la reglamentación y/o implementación	
Solo prohibición en televisión, radio y en medios impresos nacionales	
Ausencia de prohibiciones, o prohibiciones que no cubren televisión, radio y medios impresos nacionales	
No se notificaron datos	
<b>Artículo 14: Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco</b>	
<b>Criterio:</b> Disponibilidad en el país de tratamientos de la dependencia del tabaco y cobertura de gastos	
Hay disponibilidad de línea telefónica de cesación y de servicios de cesación (SC) <sup>3</sup> con terapias de sustitución nicotínica (TSN) con cobertura total de costos	
✓ Hay disponibilidad de TSN y/o de algunos SC <sup>3</sup> , al menos uno de ellos tiene cobertura de costos	
Hay disponibilidad de TSN y/o de algunos SC <sup>3</sup> , pero ninguno de ellos tiene cobertura de costos	
Ninguno	
No se notificaron datos	

Número total de países en la Región de las Américas: 35

Los números en las gráficas indican el número de países en cada categoría. Para información sobre el estado específico de cada país, visite [www.paho.org/tobacco](http://www.paho.org/tobacco)