

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Maestría en Salud Pública**

**Determinantes Sociales en el Consumo de Tabaco en la  
Población Ecuatoriana, según la Encuesta de Condiciones de  
Vida, ECV, 2006: Importancia en la construcción de una política  
pública para su control**

**María Victoria Cisneros Campaña**

**Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de  
Maestría en Salud Pública**

**Quito, junio de 2011**

**Universidad San Francisco de Quito  
Maestría en Salud Pública**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**Determinantes Sociales en el Consumo de Tabaco en la  
Población Ecuatoriana, según la Encuesta de Condiciones de  
Vida, ECV, 2006: Importancia en la construcción de una política  
pública para su control**

**María Victoria Cisneros Campaña**

**Benjamín Puertas, MD, MPH. ....  
Director de Tesis**

**Hugo Noboa, MD., MPH. ....  
Miembro del Comité de Tesis**

**Juan Ponce, Ph. D. ....  
Miembro del Comité de Tesis**

**Benjamín Puertas, MD., MPH. ....  
Director de la Maestría en Salud Pública**

**Gonzalo Mantilla, MD. MSc. ....  
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud**

**Victor Viteri Breedy, Ph. D. ....  
Decano del Colegio de Posgrados**

**Quito, junio de 2011**

**© Derechos de autor  
María Victoria Cisneros Campaña  
2011**

## **Dedicatoria**

*A mi familia, Carlos, Victoria, María José, Juan Carlos, Sebastián y Juan Carlos...*

## **Agradecimiento**

*A todos los profesores de la USFQ por sus enseñanzas durante la Maestría de Salud Pública y en especial a Benjamín Puertas por su incondicional apoyo durante los estudios y su asesoramiento en esta investigación.*

*A mi familia, por enseñarme el verdadero sentido de la humildad y la sencillez. Gracias a mis padres, por su confianza, sabiduría y su amor incondicional. Gracias a mis hermanos, por su apoyo, su alegría y por ser los confidentes y compañeros. A mi sobrino, Sebastián, por ser la alegría y contagiarnos con sus sonrisas.*

*A mis amigos, por su paciencia y apoyo en esta etapa de mi vida y en especial a Ale, porque entre risas y tertulias la maestría se hizo más agradable...*

## Resumen / Abstract

*Introducción:* El consumo de tabaco ocupa el cuarto lugar dentro de los factores de riesgo de enfermedades más comunes, es la segunda causa de muerte y provoca una de cada 10 defunciones de adultos a nivel mundial. A pesar de que el consumo de tabaco conlleva riesgos adversos en la salud de los individuos, se sigue manteniendo esta práctica como parte de los hábitos cotidianos dentro de las sociedades. Por ello, la importancia de este estudio que nos permitirá establecer cuáles son sus causas sociales en nuestro entorno y de esta manera comprender el por qué persiste este hábito en la sociedad ecuatoriana.

*Objetivos:* Establecer si existía asociación entre los determinantes sociales y el consumo o no de tabaco en la población ecuatoriana en el año 2006, analizar el grado de asociación entre los determinantes y proponer políticas públicas enfocadas al grupo de mayor incidencia y prevalencia para apoyar al control del consumo de tabaco en la población ecuatoriana.

*Metodología:* Se analizó el consumo diario y el número de cigarrillos consumidos a través de un estudio econométrico aplicando los modelos probit y de mínimos cuadrados ordinarios con la base de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.

*Resultados y Discusión:* La aplicación de los modelos probit y de regresión cuantílica demostraron que la probabilidad de fumar fue para los mestizos *del 19% menor* en relación a blancos y otros, al igual que los indígenas (*74% menor*) y las personas de quintil socioeconómico bajo tuvieron una probabilidad menor de fumar (*15%*); mientras que por cada año de escolaridad la probabilidad será mayor de fumar diariamente (*0.03%*). Estos resultados coinciden con el análisis del consumo de tabaco según la cantidad de cigarrillos fumados al día.

*Conclusiones:* El fumador promedio ecuatoriano pertenece al género masculino, reside en el área urbana, su inicio al hábito de consumo es a temprana edad, mientras que el ecuatoriano con mayor nivel de escolaridad y el no pobre tendrán una probabilidad mayor de consumir el tabaco; en definitiva, el consumo de tabaco en el Ecuador se ve sujeto al poder adquisitivo de cada individuo que le permite el acceso al consumo.

*Recomendaciones:* Es necesario la aprobación de una Ley Orgánica Integral para el Control del Tabaco que contemple medidas: para la regulación de la manufactura, venta y distribución, política de precios, regulación de la publicidad y promoción y regulación de espacios sin humo y en materia tributaria una política de impuestos; además enfatizar la investigación sobre la problemática social y económica del consumo de tabaco desde la promoción de la salud, como respuesta emergente a largo plazo para fomentar estilos de vida saludables dentro de la población ecuatoriana.

*Introduction:* The tobacco consumption ranks fourth among the factors of risk of common diseases, it is the second leading cause of death and causes one of every 10 adult deaths worldwide. Although tobacco consumption leads to adverse health factors of individuals, this practice is still maintained as part of the daily habits within societies. Therefore, the importance of this study that will allow us to establish the social causes in our environment and thus understand why the habit persists into Ecuadorian society.

*Objectives:* To establish the association between the social determinants and the consumption or not of tobacco in the Ecuadorian population during 2006, to analyze the degree of association between the determinants and to propose public policies focused to the group of highest incidence and prevalence, to support the control of tobacco consumption in the Ecuadorian population.

*Methodology:* The daily consumption and the number of cigarettes consumed were analyzed through an econometric study applying Probit models and a Ordinary Least Square (OLS) with the data base of the Survey of Conditions of Life, 2006.

*Results and Discussion:* The application of Probit models and Ordinary Least Square demonstrated that the probability of smoking of the mestizos was for 19% lower relative to other ethnic self-identifications: caucasians and others, as well as indigenous (74% less) and poor people had a lower probability of smoking (15%), whereas the more schooling years accomplished the probability of smoking daily was higher (0.03%). These results are consistent with the analysis of tobacco consumption according to the amount of cigarettes smoked daily.

*Conclusions:* The average Ecuadorian smoker is a male, resides in the urban area, their cigarette consumption habit began at an early age. The mestizo is less likely to smoke, whereas an Ecuadorian with a higher level of schooling and non poor will have a greater probability to consume tobacco; resuming, tobacco consumption in Ecuador is a subject of the purchasing power of each individual allowing the access to the consumption.

*Recommendations:* It is necessary to approve a Comprehensive Tobacco Control Law with actions for the following examples: the regulation of the manufacture, sale and distribution, fiscal policy, regulation of publicity and promotion; regulation of smoke-free areas; in addition to emphasize the research on the social and economic problematic of the tobacco consumption from, as a emerging long term response to promote healthy lifestyles within the Ecuadorian population.

## Tabla de contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Políticas Públicas y Promoción de la Salud: su razón de ser y sus implicaciones en la sociedad.....	3
2.1.1. Políticas públicas y su importancia.....	3
2.1.2. Promoción de la Salud: Conferencias de Ottawa, Adelaide, Sundsvall y Bangkok.....	5
2.2. Determinantes sociales de la salud.....	11
2.2.1. Determinantes sociales y su posible asociación con el consumo de tabaco.	14
2.3. Políticas públicas para el control del tabaco.....	20
2.3.1. Políticas antitabáquicas a nivel mundial: Convenio Marco y experiencias de países de Europa.....	25
2.3.2. Políticas antitabáquicas en América.....	32
2.3.3. Ecuador: Marco Legal para el control del consumo de tabaco.....	33
III. JUSTIFICACIÓN.....	39
3.1. Consumo de tabaco como problema.....	39
3.1.1. Consecuencias del consumo de tabaco.....	39
3.1.2. Los factores del consumo de tabaco.....	45
IV. HIPÓTESIS.....	47
V. OBJETIVOS.....	48
5.1. Objetivo general.....	48
5.2. Objetivos específicos.....	48
VI. ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR DEL MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE LA POLÍTICA ECONÓMICA.....	49
6.1. Introducción: Aproximación al Estudio Estimación del consumo anual de cigarrillos en Ecuador.....	49
6.2. Análisis de los resultados del Estudio Estimación del consumo anual de cigarrillos en Ecuador.....	50
VII. METODOLOGÍA.....	56
7.1. Evidencia Empírica: Algunas aproximaciones metodológicas de estudios relacionados al consumo de tabaco y los determinantes sociales..	56
7.2. Método Cuantitativo: Estudio Econométrico.....	57
7.2.1. Modelo Probit y Modelo de Mínimos Cuadrados Ordinarios.....	59
7.2.1.1. Variables de los Modelos Econométricos:.....	59
7.2.1.2. Modelo 1: Probit.....	61
7.2.1.3. Modelo 2: Mínimos Cuadrados Ordinarios.....	61
VIII. RESULTADOS.....	63
8.1. Descripción de los Resultados.....	63
8.2. Asociación de los determinantes sociales y el consumo de tabaco.....	68

8.3. Asociación de los determinantes sociales y número de tabacos consumidos.....	71
IX. DISCUSIÓN.....	75
9.1. La asociación de los determinantes sociales con el consumo de tabaco en la población ecuatoriana .....	75
9.2. Importancia de la construcción de política pública para el control del consumo de tabaco.....	78
X. CONCLUSIONES .....	81
XI. RECOMENDACIONES.....	83
XII. REFERENCIAS.....	84
XIII. GLOSARIO .....	90
XIV. ANEXOS .....	91

## LISTA DE FIGURAS

### Índice de Gráficos

Gráfico 1: IMPUESTOS GENERADOS POR LA PRODUCCIÓN Y VENTA DE CIGARRILLO, ECUADOR 2010.....	9
Gráfico 2: INFLUENCIAS POR NIVELES DE FACTORES DE DAHLGREEN Y WHITEHEAD .....	13
Gráfico 3: IMÁGENES DE CAJETILLAS QUE ILUSTRAN LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE TABACO.....	24
Gráfico 4: CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA SEGÚN SEXO Y EDAD .....	50
Gráfico 5: PROMEDIO DE CONSUMO DE CIGARRILLOS POR DÍA SEGUN SEXO EDAD.....	51
Gráfico 6: AUTOPERCEPCIÓN COMO FUMADOR .....	52
Gráfico 7: AUTOPERCEPCIÓN COMO FUMADOR SEGÚN SEXO Y EDAD .....	52
Gráfico 8: GASTO PROMEDIO MENSUAL EN LA COMPRA DE CIGARRILLOS	53
Gráfico 9: FORMA DE COMPRA DE CIGARRILLOS.....	53
Gráfico 10: HÁBITO DE CONSUMO A UN PRECIO MAYOR.....	54
Gráfico 11: HÁBITO DE CONSUMO A UN PRECIO MAYOR SEGÚN SEXO.....	54
Gráfico 12: CONSUMO DE TABACO AL DIA SEGÚN EL SEXO .....	63
Gráfico 13: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN LA AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA .....	65
Gráfico 14: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN ESTADO CIVIL.....	66
Gráfico 15: FUMADORES DIARIOS SEGÚN ÁREA.....	67
Gráfico 16: FUMADORES DIARIOS SEGÚN REGIÓN.....	67

### Índice de Tablas

Tabla 1: RESUMEN DE ACCIONES QUE PROPONE EL CONVENIO MARCO (mayo 2003).....	27
Tabla 2: LINEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABACO, 2008 - 2011 .....	36
Tabla 3: ENFERMEDADES DEL FUMADOR Y ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL HUMO DE SEGUNDA MANO.....	41
Tabla 4: UNIVERSO DE ESTUDIO ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR SEGÚN NIVEL, SEXO Y EDAD .....	49
Tabla 5: CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA SEGÚN NIVEL, SEXO Y EDAD.....	50
Tabla 6: MODELO PROBIT: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO Y SUS VARIABLES .....	60
Tabla 7: MODELO REGRESIÓN CUANTÍLICA: NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DÍA Y SUS VARIABLES.....	60
Tabla 8: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN EL GRUPO ETARIO .....	64
Tabla 9: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD	64
Tabla 10: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN NIVEL DE INGRESOS .....	66
Tabla 11: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN CONDICIÓN LABORAL..	68
Tabla 12: ASOCIACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES CON EL CONSUMO DE TABACO - MODELO PROBIT.....	70
Tabla 13: DISTRIBUCIÓN DE TABACOS CONSUMIDOS AL DÍA.....	72
Tabla 14: MINIMOS CUADRADOS ORDINARIOS POR TABACOS CONSUMIDOS AL DÍA.....	74

## I. INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales y económicos - género, edad, etnia, nivel de educación, zona geográfica, nivel de ingresos entre otros – están presentes en la construcción de las relaciones sociales y por ende condicionan las actitudes y comportamientos de los seres humanos en su diario vivir.

Son varios los hábitos de los individuos, entre ellos por necesidades físicas y/o biológicas; pero además, existen otros hábitos en la sociedad – culturalmente aceptados – que son perjudiciales para la salud de las personas; y sin embargo, persisten y causan problemas, no solo al individuo y su círculo más cercano – familia – sino también a la comunidad y por ende son temas de salud pública que deben controlarse. Entre los hábitos no saludables que persisten en nuestro entorno, está el consumo de tabaco. Al no ser saludables, nos referimos que hacen daño al individuo física y socialmente; y es un problema que ha persistido desde años en la historia de la humanidad, Ramírez MR y, Andrade D, en su estudio (2005) indicaron que el “consumo de sustancias psicoactivas se expandió considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX, configurando un verdadero fenómeno de masa y un grave problema para la salud pública”.

El entender el por qué del consumo de estas sustancias, ha llevado a estudios con una perspectiva socio cultural a determinar que son las influencias ambientales los factores preponderantes en estos hábitos (Ramírez MR, Andrade D, 2005) y que el grupo en mayor riesgo son los adolescentes; es así como “los estudios epidemiológicos sobre el estudio de alcohol y tabaco entre los jóvenes del mundo muestran que al pasar de la infancia a la adolescencia se inician en su uso”. Y los datos muestran en Estados Unidos por ejemplo que “cerca de tres millones de niños y adolescentes fuman tabaco”, (Ramírez MR, Andrade D, 2005). En el Ecuador, “la prevalencia va del 32% en estudiantes menores de 15 años al 72% en estudiantes de 19 años y más edad” (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP, 2008, p.44).

Si bien el consumo de tabaco conlleva factores adversos en la salud de los individuos, se sigue manteniendo esta práctica como parte de la cotidianidad de las sociedades. El tabaco ocupa el cuarto lugar dentro de los factores de

riesgo de enfermedades más comunes, es la segunda causa de muerte, provoca una de cada 10 defunciones de adultos a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2009) y es la segunda causa de discapacidades (Organización Mundial de la Salud, 2008)

En definitiva, conocemos el gran riesgo que trae el tabaco pero lo necesario es establecer cuáles son sus causas sociales en nuestro entorno y de esta manera comprender el porqué persiste en la cotidianidad de la sociedad ecuatoriana. Esto a su vez, nos permitirá encontrar respuestas inmediatas para establecer claras políticas que contrarresten el aumento de esta práctica no saludable en el país.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Políticas Públicas y Promoción de la Salud: su razón de ser y sus implicaciones en la sociedad

#### 2.1.1. Políticas públicas y su importancia

*La política pública responde a un curso de acción de la gestión pública que institucionaliza la intervención pública sobre un problema social identificado como prioritario y que convierte esa acción en Política de Estado. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2010, p. 12).*

Son varias las definiciones que diferentes autores han dado sobre las políticas públicas, sin embargo, para nuestro caso de estudio y considerando la visión amplia que comprende, tomaremos el concepto que explica la importancia de las políticas públicas entendida como “un conjunto de decisiones y estrategias adoptadas por una autoridad legítima. En tal sentido una política pública es una directriz general que refleja la prioridad o voluntad política del gobierno para modificar una situación determinada” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2010, p. 11). Si bien se comprende a la política pública como una decisión del gobierno frente a un problema, hay que ver que además la política pública es un proceso que requiere de un diseño y planificación, “con objetivos, cursos de acción, y estrategias establecidos, que demandan una variedad de recursos y requieren la interacción entre actores políticos y sociales” (Secretaría Nacional de Planificación Nacional de Planificación y Desarrollo, 2010, p. 11).

Se pueden determinar tres aspectos importantes de las políticas públicas que Zapata las define en su artículo:

- “El reconocimiento de que una política pública implica una decisión,
- Tienen una intencionalidad expresada en resolver una problemática, aprovechar una potencialidad o atender a ciertos intereses,
- Reconoce el carácter público de la decisión: atender un problema de interés público, pasar por un debate público y emplear recursos públicos” (Zapata, O., n.d., p. 2).

Es decir, la política pública es una decisión para resolver un problema y es de carácter público; además, las políticas públicas cumplen un ciclo: origen, formulación, implementación, evaluación y reformulación (Zapata, O., n.d., p. 3). Justamente la importancia de las políticas públicas radica en su carácter de

resolver los problemas de la sociedad a través de decisiones políticas formuladas de tal manera que involucran procesos y estrategias con el objetivo de mejorar las condiciones de los individuos y por ende de las sociedades.

Hay que considerar que el implementar una política pública tendrá sus dificultades, porque siempre existirán intereses de por medio que podrán contraponerse, primero hay que determinar la definición del problema y este deberá ser consensuado por la población afectada también y no solo depender de la percepción de los responsables políticos. Además, de la ideología política de los gobiernos de turno que se verán inmersos en las propuestas de políticas (Villalbí, J., López, V., 2001, p.5).

Villalbí acierta en indicar la relevancia de la definición del problema y dice “La definición del problema es importante para fijar la agenda política. Hay muchos problemas sociales que no son abordados políticamente, pues se consideran inevitables, dependientes de las personas y no de los poderes públicos, o tan controvertidos que los líderes políticos prefieren rehuirlos.” (Villalbí, J., López, V., 2001, p. 5). Justamente por este juego de intereses,

“La adopción de una política reguladora orientada a la defensa de un bien común como la salud pública puede afectar a los intereses de algunos grupos; éstos se movilizan para defenderlos combatiendo la aprobación de la regulación, debilitándola o creando las condiciones para que no se aplique realmente en caso de que llegue a ser aprobada.” (Villalbí, J., López, V., 2001, p. 6)

Y esto se verá reflejado en el caso de la industria tabaquera que colocará trabas para la implementación de políticas de control del consumo de tabaco y no solo en nuestro país, sino a nivel mundial. Villalbí explica el caso Español que no ha podido implementar políticas de control de tabaco a causa de: “la actividad de la industria tabaquera y la debilidad del movimiento de prevención” (Villalbí, J., López, V., 2001, p. 5) y explica como la industria tabaquera

“...ha desarrollado un esfuerzo organizado ante políticos y medios de comunicación para definir el tabaco como un asunto personal e individual y las actividades de regulación como una cruzada moral contra los fumadores a la que éstos se oponen. Esto contrasta con la realidad de que la población (incluso la mayoría de los fumadores) acepta y desea la regulación, y que la mayoría de los fumadores desean dejar de fumar pero no pueden vencer su adicción.” (Villalbí, J., López, V., 2001, p. 5).

Pero además de los intereses particulares, y de los intereses de la industria tabaquera en especial, para nuestro caso de estudio, las políticas públicas se verán afectadas, positiva o negativamente, por la ideología política del gobierno de turno. Para el caso de la salud, mucho dependerá de la visión que el gobierno tenga de ésta y si considera fundamental el apoyo a este sector o no; para algunos podrá ser la salud un elemento individual de preocupación de cada uno de los ciudadanos, para otros la salud es un derecho y por ende el Estado deberá velar y ser responsable de lograr el bienestar de todos; varios serán los argumentos, sin embargo, “los argumentos ideológicos que intervienen en las discusiones sobre las políticas de salud contraponen el deber de intervenir del gobierno a favor de la salud con el derecho de los individuos a decidir sus propias opciones.” (Villalbí, J., López, V., 2001, p. 6).

### **2.1.2. Promoción de la Salud: Conferencias de Ottawa, Adelaide, Sundsvall y Bangkok**

Con la Declaración de Alma Ata<sup>1</sup> en la década de los setenta se reafirma a la salud como un concepto multidimensional que anula la relación intrínseca de salud como ausencia de enfermedad, porque nos habla de salud como el bienestar físico, mental y social del individuo. En la Carta de Ottawa se reafirma este concepto y se da otra visión a la Salud Pública.

La Primera Conferencia sobre la Promoción de la Salud, se realizó en Ottawa en noviembre de 1986, en la cual se emitió la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, en respuesta a una gran demanda de una nueva concepción de la salud pública y parte justamente de los progresos alcanzados por la Declaración de Alma Ata y el documento “*Los objetivos de la Salud para*

---

<sup>1</sup> Declaración de Alma Ata se dio en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en septiembre de 1978 en la cual se reconoció el concepto de Atención Primaria de Salud como una estrategia para Alcanzar la Salud para todos para el 2000. Además, en la Declaración de Alma Ata se reiteró que la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (Organización Mundial de la Salud, 1978)

*todos*” de la Organización Mundial de la Salud, OMS. (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.1)

A partir de esta carta, la Promoción de la Salud consistirá en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.1). Además, se entenderá a la salud no como un objetivo sino como “la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.1), la salud no será comprendida desde la enfermedad, sino como bienestar del individuo por lo que la promoción de la salud ya no será exclusivamente del sector sanitario.

El concepto de promoción de la salud se basa en la equidad de la misma y su accionar “se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial” (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.1). Un concepto ambicioso pero justo para todos aquellos que no tienen de los medios suficientes – económicos, acceso al sistema, etc. -. Pero además, compromete a un trabajo coordinado de todos los sectores: gobiernos, sectores sanitarios, económicos, organizaciones benéficas, gobiernos locales, industrias y medios de comunicación, además de todos los individuos (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.2).

La Carta de Ottawa, cuenta con 5 directrices claves para el fortalecimiento de la promoción de la salud: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.1). Justamente la elaboración de una política pública sana, deberá combinar enfoques diversos pero que sean complementarios y en la Carta de Ottawa se enfatiza algunos como es “la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos” (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.2). Dicha política pública se enmarcará dentro de la equidad y la justicia social con el objetivo de “asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio” (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.2).

La Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Políticas Públicas para la Salud, se realizó en abril de 1988 en Adelaide, Australia, en la cual se establecieron recomendaciones de estrategias para la acción de las políticas públicas. Partiendo de que el objetivo de dichas políticas será siempre “crear un entorno propicio para permitir a las personas llevar una vida sana” (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.2). Al considerarse a la salud como el bienestar de los individuos, también la Conferencia de Adelaide consideró la multisectorialidad que afecta al tema de la salud y señala que las políticas públicas que se tomen desde diferentes sectores deberán considerar las consecuencias de sus decisiones sobre la salud (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.2). También enfatiza que los gobiernos deberán invertir en las políticas públicas de salud y en la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida de los individuos y se basa en el principio de la justicia social al indicar que deberán proporcionarse los medios necesarios para que todos puedan tener acceso y llevar una vida saludable (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.3).

Se resaltó además el valor de la salud para las sociedades y se indicó que “las políticas públicas favorables a la salud de corto plazo generarán beneficios económicos a largo plazo, según muestran estudios de casos presentados en esta Conferencia”. (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.3). Por lo cual, es importante un trabajo mancomunado entre las políticas económicas, sociales y de salud.

Otro elemento que se rescató es la brecha en salud marcada por la pobreza de las poblaciones, dichas inequidades sociales son ejes transversales a la hora de establecer una salud para todos, de esta manera es fundamental “una política que mejore el acceso a los bienes y servicios que favorecen la salud y cree entornos propicios. (...) El acceso igualitario a servicios de salud, en particular a la atención de salud comunitaria, es un aspecto vital de la equidad en la salud” (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.3). Además, se enfatizó en la necesidad de que las políticas públicas de salud tendrán efectos positivos si hay el compromiso de los gobiernos nacionales, regionales y locales y que tengan como objetivo principal la promoción de la salud. Sin embargo, es indispensable el apoyo de la comunidad para el fomento de las políticas públicas y además, contar con una socialización de las políticas que permitan

estar informados y apropiados de las problemáticas y políticas entorno a la salud de sus comunidades. (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.3).

La Conferencia de Adelaide estableció cuatro ámbitos de acción: apoyo a la salud de las mujeres, alimentación y nutrición, tabaco y alcohol y creación de entornos propicios. Por el tema que nos interesa, nos centraremos en el ámbito tres: *tabaco y alcohol*, y señala:

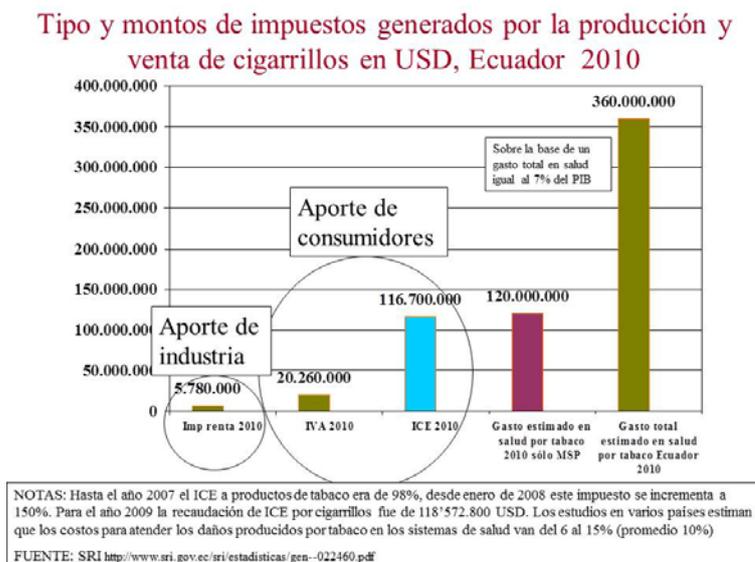
“El uso de tabaco y el abuso del alcohol son dos de los principales riesgos para la salud que merecen acción inmediata por medio del desarrollo de políticas públicas favorables a la salud. No solo el consumo directo de tabaco es nocivo para la salud del fumador, sino que las consecuencias que tiene para la salud el tabaquismo pasivo, especialmente para los lactantes, se han reconocido ahora más claramente que en el pasado.” (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.5)

De esta manera, la II Conferencia de Promoción de la Salud reconoce los riesgos del consumo de tabaco y alcohol, y además pone a consideración de todos la problemática de la producción y comercialización de los mismos al indicar que

“La producción y comercialización del tabaco y el alcohol son actividades sumamente lucrativas – especialmente para los gobiernos por conducto de las recaudaciones de impuestos. Los gobiernos a menudo consideran que las consecuencias económicas de reducir la producción y el consumo de tabaco y alcohol al modificar la política sería un precio demasiado alto para pagar por las mejoras en salud que se obtendrían””. (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.5)

Sin embargo, si analizamos el caso ecuatoriano en tabaco no es lucrativo, la industria tabacalera paga 5 millones por concepto de impuesto a la renta, y se recauda 135 millones por impuestos de IVA e ICE a los productos del tabaco que a su vez son cancelados por los consumidores; y se estima que el gasto en el país por atención a enfermedad causadas por el tabaco es de 360 millones, como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 1: IMPUESTOS GENERADOS POR LA PRODUCCIÓN Y VENTA DE CIGARRILLO, ECUADOR 2010



Este debate, se mantiene hasta la actualidad cuando se juegan intereses particulares y de grupo para la toma de decisiones por parte de los gobiernos. Siempre existirá la presión de las industrias que amparados en el libre mercado y la globalización lucharán para que sus intereses no se vean afectados por políticas, que a pesar de que buscan el bienestar de los individuos van en contra de sus economías.

Sin embargo, la Declaración de Adelaide

“exhorta a todos los gobiernos a considerar el precio que ellos están pagando en potencial humano perdido al encubrir las pérdida de vidas y las enfermedades derivadas del hábito del cigarrillo y el abuso del alcohol. Los gobiernos deben comprometerse con el desarrollo de políticas públicas favorables a la salud al establecer metas nacionales para reducir significativamente el cultivo de tabaco y la producción, comercialización y el consumo de alcohol en el año 2000” (Organización Mundial de la Salud, 1988, p.5).

La Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Ambientes Favorables a la Salud, se realizó en junio de 1991 en Sundsvall, Suecia, bajo el concepto de ambiente favorables comprendido como

“los aspectos físicos y sociales de nuestro entorno. Abarca en donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, y el lugar en donde trabajan y se divierten. Abarca también el marco que determina el acceso a los recursos para vivir y las oportunidades para actuar. Así pues, la acción para crear medios favorables tiene numerosas dimensiones: físicas, sociales, espirituales, económicas y políticas”. (Organización Mundial de la Salud, 1991, p.5)

La Conferencia de Sundsvall destacó cuatro aspectos: dimensión social, dimensión política, dimensión económica y las habilidades y conocimientos de

las mujeres. Bajo la dimensión social, se explica la construcción social de la realidad, la modificación de las tradiciones y como éstas pueden afectar a la salud, por ejemplo, se van estructurando nuevos hábitos como el sedentarismo, el consumo de tabaco, entre otros. La dimensión política comprende a los gobiernos y sus garantías para una participación democrática en la adopción de decisiones. La dimensión económica, deberá preocuparse de la distribución de los recursos para el logro de una salud para todos y un desarrollo sostenible. Y por el último, una dimensión de género en la cual se reconocerá las habilidades y conocimientos de las mujeres en todos los sectores.

La Conferencia de Sundsvall estableció como estrategias “dar poder a la población y favorecer la participación comunitaria son factores indispensables en un enfoque democrático de protección de la salud y constituyen la fuerza impulsora de la autonomía y desarrollo” (Organización Mundial de la Salud, 1991, p.5). Dichas estrategias serán fundamentales a la hora de establecer políticas públicas en salud, y por ello, es necesario el énfasis en la participación comunitaria que permitirá el realce a la política planteada.

En agosto del 2005, se realizó la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Bangkok, Tailandia, en la cual se analizaron los factores determinantes de la salud en el contexto de un mundo globalizado. Ahora son otros factores que influyen en la salud de los individuos, es decir, los contextos sociales, económicos y demográficos han cambiado y nos vemos frente a mayores desigualdades económicas entre países, nuevas formas de consumo, de comunicación y de urbanización, además de cambios ambientales que afectan al ecosistema (Organización Mundial de la Salud, 2005, p.2). El objetivo. La Carta de Bangkok enfatizó en la necesidad de un “enfoque normativo integrado por parte del gobierno y las organizaciones internacionales, así como el compromiso de trabajar con la sociedad civil y el sector privado en todos los ámbitos” (Organización Mundial de la Salud, 2005, p.2) y estableció cuatro compromisos indispensables para alcanzar la promoción de la salud: “1. un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial , 2. una responsabilidad esencial de todo el gobierno 3. un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil , 4. un requisito de las buenas prácticas empresariales” (Organización Mundial de la Salud, 2005, p.2).

Por lo expuesto, es importante determinar una política pública dentro del marco conceptual de la promoción de la salud, que abarcará aspectos multidisciplinarios y una verdadera participación ciudadana que legitimará la razón de ser de la política pública y su viabilidad en la puesta en marcha. Una política pública desde la promoción de la salud - para nuestro caso de estudio - no solo que ayudará al control del tabaco, sino que además, incentivará estilos de vida saludables que beneficiará a la población en general, es decir a fumadores y no fumadores.

## 2.2. Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define a los determinantes sociales de la salud como:

“los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud” (OMS, 2008).

La OMS, creó en marzo de 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, una red mundial conformada por instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil con el objetivo de brindar el apoyo para afrontar las causas sociales por la falta de salud y las inequidades sanitarias que podrían ser evitables (Organización Panamericana de la Salud, n.d, p. 1). Raúl More en su documento *Economía política de los determinantes sociales de la salud* indica el mensaje central del Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de 2008, y dice “las tremendas desigualdades existentes en la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir prematuramente (...) no son naturales sino socialmente generadas, por lo que podrían y debieran evitarse” (More, R., 2009, p. 10). En definitiva, las desigualdades en salud son “el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” (Citado en More, R., 2009, p. 10, del Informe final de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud).

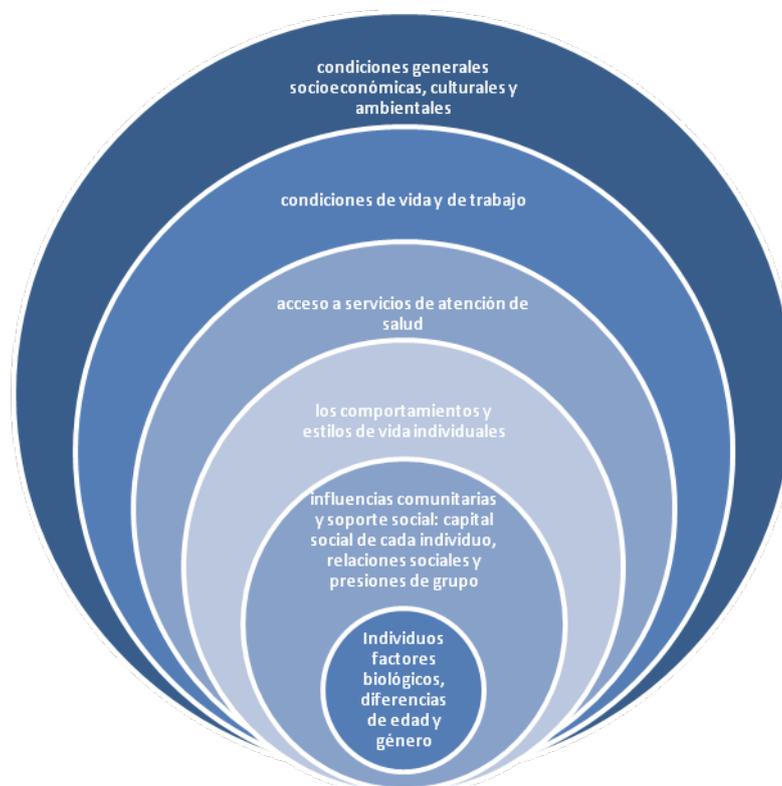
De esta manera, el contexto político, social y económico será determinante en la salud de las poblaciones y es por ello que More indica que los determinantes sociales de la salud son “la expresión combinada de la estructura de poder existente y la resultante de las políticas públicas – sean éstas económicas, sociales o medioambientales – que, más allá de sus intenciones, terminan por reforzar o modificar tal distribución de poder en una sociedad concreta y en un momento dado” (More, R., 2009, p. 10). La salud debe considerarse como decisiva en la condición de una sociedad, si esta carece de salud sus habitantes muy poco se podrá indicar de las buenas condiciones sociales, y es por ello que el desarrollo social de una población debe reflejarse en la buena calidad de salud de sus habitantes (More, R., 2009, p. 10). El informe de los Determinantes Sociales de la Salud, hace un llamado a corregir dichas desigualdades sanitarias en los países, que es una cuestión de justicia social, reflejada en el concepto de equidad de la calidad de vida de los individuos.

El círculo vicioso de la mala salud con la pobreza debe ser corregido, no se puede continuar que los estratos más pobres carezcan de salud y esta misma carencia ratifica su condición de pobreza. Es por ello que, el Informe final de la CDSS plantea tres recomendaciones: mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y de manera más operativa recomienda la medición de la magnitud del problema el cual debe ser analizado, y evaluar los efectos de las intervenciones (More, R., 2009, p. 10).

Como en el documento de More indica, es necesario revisar los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales afectan a la salud (More, R., 2009, p. 11) y analizar las relaciones entre los diferentes determinantes de la salud. Uno de los principales modelos es el de *Influencias por niveles de factores* de Dahlgreen y Whitehead (More, R., 2009, p. 57) que considera a los individuos como el centro con sus factores biológicos y sus diferencias propias de edad y género las cuales obviamente influenciarán en sus condiciones de salud. En un segundo nivel están los comportamientos y estilos de vida individuales, en tercer nivel son las influencias comunitarias y soporte social, aquí se describe al capital social de cada individuo y dichas relaciones sociales y las presiones de grupo influenciarán en los comportamientos individuales. Un siguiente nivel el acceso a servicios de atención de salud, en un quinto nivel están las condiciones de vida y de trabajo y en último nivel las condiciones

generales socioeconómicas, culturales y ambientales, que serán las que afectan a todas de igual manera.

**Gráfico 2: INFLUENCIAS POR NIVELES DE FACTORES DE DAHLGREEN Y WHITEHEAD**



Fuente: More, R., (2009) Economía política de los determinantes sociales de la salud. Marco general y bases conceptuales para su aplicación preliminar a la realidad del Perú  
Elaborado por: MVCisneros

Existe otro modelo el de J. Frenk (More, R., 2009, p. 59) el cual trata de ordenar los niveles de determinación y habla de: determinantes básicos, determinantes estructurales y determinantes próximos. Dicha jerarquización de los determinantes permite una clasificación desde lo sistémico, pasando por lo socioestructural e institucional / hogar para llegar al individuo y su nivel de salud. Los determinantes básicos para Frenk es la población con una *determinada constitución genética*, organizados socialmente para transformar el ambiente. Los determinantes estructurales es el nivel de riqueza, estratificación social, estructura ocupacional y los mecanismos de redistribución; y los determinantes próximos son las condiciones de trabajo, condiciones de vida, estilos de vida y los sistemas de salud.

Si bien son varios los modelos, todos parten del individuo como el centro con sus condiciones propias de salud pero que a su vez estas se verán

determinadas por las condiciones sociales y económicas de su entorno. Es así que si bien muchos dirán que el consumo de tabaco es un comportamiento individual este se ve dentro de un contexto social y que este mismo contexto influenciará en el control del mismo. Y es de esta manera que More señala “las personas más pobres y vulnerables se ven más afectadas por los estilos de vida, tales como el tabaco y una mala dieta alimenticia, pero también enfrentan mayores barreras financieras para lograr un mejor y más saludable estilo de vida” (More, R., 2009, p. 58).

Los comportamientos individuales, son reflejos de los determinantes sociales, es por ello que es necesario revisar a niveles más estructurales como lo que ofrece la sociedad a sus habitantes, es decir, si tenemos industrias que lucran a través de dichos comportamientos como el consumo de tabaco, entonces hay que controlar el mercado de estos productos que se han demostrado con estudios que causan daños irreparables a la salud de las poblaciones. Entonces cabe la pregunta de ¿Qué sucede con las regulaciones?. En el informe final del CDSS del 2008, se indica como estrategia<sup>2</sup> la reglamentación de bienes y servicios que causan daños a la salud y se menciona entre otros al tabaco. (Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 4).

### **2.2.1. Determinantes sociales y su posible asociación con el consumo de tabaco.**

La Coalición Nacional contra el Tabaco y le *Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté* (BAPN) se reunieron el 2 de junio de 2010 en Bruselas para discutir el problema del tabaquismo y la exclusión social (Coalición Nacional contra el Tabaco & le *Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté* - BAPN. 2010), en dicho evento participó con su ponencia Charafeddine Rana, y trató la problemática de la desigualdad respecto al tabaco - *Inégaux face au tabac ?* - ; parte de la premisa de que para muchos el consumo de tabaco es un comportamiento individual y al ser una opción individual entonces “*si los individuos desean*

---

<sup>2</sup> En el Informe Final del CDSS del 2008, en el principio de acción: *Promover la redistribución equitativa de los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local*, contiene la línea de acción estratégica: *Responsabilidad del mercado* y en ella una de las medidas fundamentales es “Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos). (More, R., 2009, p. 14).

*evitar los daños del tabaco, ellos no deben fumar*”.<sup>3</sup> (Charafeddine R. ,2010)  
Sin embargo, esta postura nos llevaría a pensar que la persistencia de estos hábitos no saludables serían como actos imprudentes de cada uno de los individuos que fuman y más no como una consecuencia de las condiciones sociales y de la adicción. Sin embargo, Charafeddine en su ponencia señala que

*“Los investigadores argumentan con mayor frecuencia que bajo la perspectiva de culpabilizar a la víctima, no resulta útil ya que no permite responder la pregunta de por qué los menos favorecidos desde el punto de vista socio-económico se sienten más atraídos a este comportamiento perjudicial para la salud, limitando el acceso a la información sobre la naturaleza de las condiciones sociales e individuales que motivan este comportamiento”*<sup>4</sup>  
(Charafeddine R. ,2010)

Por lo que para Charafeddine para entender mejor el problema es importante revisar las desigualdades en el tabaquismo en todo el ciclo de vida con el objetivo de mostrar el por qué *“los menos favorecidos desde el punto de vista socio-económico parecen más propensos a fumar, menos inclinados a dejar de fumar y cuando fuman, por lo general sufren más de los perjuicios del tabaco”*<sup>5</sup> (Charafeddine R. ,2010). En el estudio *National Income, Inequality and Global Patterns of Cigarette, Social Forces*, del año 2007, también se explica que la desigualdad económica de los países de bajos ingresos limita el acceso de varios sectores al consumo de tabaco<sup>6</sup>.

En el artículo de Carles Ariza i Cardenal y Manel Nebot i Adell sobre *Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en Escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida* indica la importancia de conocer los factores que predisponen a la iniciación del consumo de tabaco en los adolescentes, para justamente establecer estrategias que permitan la prevención y control de

---

<sup>3</sup> ( Donc si les individus veulent éviter les méfaits du tabac, ils ne doivent pas fumer) Traducido por el autor.

<sup>4</sup> (les chercheurs argumentent de plus en plus que cette approche de blâmer la victime n’est pas utile vu qu’elle ne nous permet pas de répondre à la question de savoir pourquoi les moins avatagés du point de vue socio-économique sont plus attirés par ce comportement de santé néfaste et ça ne nous donne pas d’informations sur la nature des conditions sociales et individuelles qui maintiennent ce comportement) Traducido por el autor.

<sup>5</sup> (les moins avatagés du point de vue socio-économique semblent plus enclins à fumer, moins enclins à arrêter de fumer et quand ils fument, généralement ils subissent plus les méfaits du tabac).

<sup>6</sup> “In low-income nations, economic inequality limits the income of large parts of the population and the affordability of cigarettes. Even with rising average income, most citizens will remain unable to afford cigarettes, and smoking will not rise as much as it does under conditions of equality.” (Pampel, F., 2007,p. 448).

éste, sobre todo por el problema de que cada vez es más temprano la edad de inicio del consumo de tabaco (Ariza, C. & Nebot, M., 2002, p.228). En el Ecuador, el inicio del consumo de tabaco es a los 12.9 años según la Tercera Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media en el Ecuador en el 2008; sin embargo la tendencia es a seguir disminuyendo si analizamos los datos de las encuestas del 2005 y 1998 que arrojan datos de 13.1 y 14.4 años, respectivamente. (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP, 2008, p. 43). Sin embargo, el dato que se utiliza frecuentemente para la edad de inicio del consumo de tabaco en la población de 13 a 15 años es de 11,7 años en el año 2007, según la Encuesta mundial adolescentes escolarizados, realizadas en el 2001 por CONSEP / OPS/OMS – CDC y en el 2007 MSP-OPS/OMS - CDC.

Si bien la edad en la cual inicia el consumo de tabaco puede ser determinante, otro elemento a considerar en relación a la edad es el incremento o consolidación del hábito de fumar en relación al aumento de edad (Ariza, C. & Nebot, M., 2002, p. 228) y señalan que “algunos adolescentes que comienzan a fumar lo dejan antes de establecerse la adicción, en otros la precocidad del inicio del tabaquismo está relacionada con un consumo más alto de cigarrillos, lo que favorece la instauración de la adicción a la nicotina en la adolescencia” (Ariza, C. & Nebot, M., 2002, p. 228).

La explicación está marcada por la adolescencia como una etapa para formar y consolidar su propia personalidad, en donde se desarrollan cambios físicos y sociales, y de esta manera, los adolescentes se enfrentan a cambios en los estilos de vida y en sus comportamientos. Y justamente en el inicio del hábito del tabaco en los adolescentes intervienen algunos determinantes como son: factores microsociales (*Pérez, A. & Herrero I., 2002, p.1*), es decir, el entorno en el cual se desarrolla el adolescente y específicamente se habla de la presencia del tabaquismo tanto en padres como amigos por ejemplo (Ariza, C. & Nebot, M., 2002, p. 228) macrosociales como son las influencias sociales, publicidad y acceso al tabaco por ejemplo, y actitudes individuales hacia los hábitos, (Ariza, C. & Nebot, M., 2002, p. 228) (*Pérez, A. & Herrero I., 2002, p.1*).

En un estudio realizado en Colombia sobre el *Consumo de cigarrillo en adolescentes y su relación con presión de pares y medios de comunicación, en un colegio mixto religioso, de la localidad de Usaquén, Bogotá, 2005*, se concluyó que el consumo de tabaco estaba asociado a mayor edad entre sus compañeros, grado de escolaridad, la publicidad y la relación de los amigos y familiares que también consumen tabaco. (Pérez, A., Orduz, A., Páez, L., Palacio, A., Rozo, G., Ibáñez, M., 2006)

Otro estudio ejemplifica la influencia de la publicidad en los adolescentes y su impacto, en este estudio *Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study*, en el cual se hace un estudio a una muestra de adolescentes y se destaca la asociación existente entre el consumo de tabaco en las películas y probar el tabaco, lo cual “apoya la hipótesis de que fumar en las películas tiene un papel en la iniciación de la conducta de fumar en los adolescentes” (Sargent, J.D., Beach, M.L., Dalton, M.A., Mott, L.A., Tickle, J.J., Ahrens, M.B., Heatherton, T.F., 2001, p. 42).

Además, es importante resaltar, el entorno en el cual se desarrollan los adolescentes, es así que la presencia de consumo de tabaco en los hogares será un factor clave a la hora de que el adolescente inicie el consumo de tabaco. Ramiro Amato en una ponencia presentada en el 4to Congreso Argentino de Salud Integral del adolescente en el 2001, expuso que “el crecimiento dentro de una familia fumadora aumenta 4 veces el riesgo de devenir fumador” (Amato, R., 2001, p.1).

Frente a la relación de Género y tabaco, en general, la mortalidad en los hombres está asociada a conductas de riesgo “determinadas en gran parte por los valores tradicionales asociados a la masculinidad” (Artazcoza, L., Moyac, C., Vanaclochad, H., Ponte, P., 2004, p. 56) como son el consumo de tabaco, alcohol, drogas y conductas relacionadas a los accidentes.

En España en 1997, la prevalencia de tabaquismo en hombres era del 50% frente al de las mujeres que era del 29%, esto a su vez variaba según a las clases que correspondían, en las mujeres la prevalencia de este hábito era superior entre las de clases más privilegiadas (Artazcoza, L., Moyac, C., Vanaclochad, H., Ponte, P., 2004, p. 57) mientras que en los hombres sucede lo contrario y son en las clases menos favorecidas la mayor frecuencia de

hombres que consumen tabaco. Sin embargo, en el estudio (Artazcoza, L., Moyac, C., Vanaclochad, H., Ponte, P., 2004, p. 57) se dice que hay una disminución en la prevalencia de consumo de tabaco en los hombres y más bien un aumento en las mujeres (Rainier Stebbins, K., 2001, p.153), Artazcoza et.al., dice “Las mujeres empezaron a incorporar el hábito tabáquico a finales de la década de los sesenta y comienzos de los setenta, y lo hicieron en primer lugar las que tenían estudios universitarios” (Artazcoza, L., Moyac, C., Vanaclochad, H., Ponte, P., 2004, p. 59), algunas de las explicaciones para este comportamiento se basan en la inserción de las mujeres al mercado laboral y se dice que más allá de la edad y clases social de las mujeres, “la prevalencia de tabaquismo es significativamente superior en las mujeres ocupadas. En 1997 fumaban el 39% de las mujeres empleadas y el 41% de las paradas, y sólo lo hacía el 20% de las amas de casa” (Artazcoza, L., Moyac, C., Vanaclochad, H., Ponte, P., 2004, p. 59). Otro reflejo de estos cambios de patrones del consumo de tabaco en mujeres es el aumento de cáncer de pulmón en mujeres de 35 a 44 años, considerada esta patología en el quinto lugar como causa de mortalidad (Artazcoza, L., Moyac, C., Vanaclochad, H., Ponte, P., 2004, p. 65).

El estudio de Doskoch titulado *Many Pregnant Women Use Tobacco in Some Developing*, realiza un análisis sobre el consumo de tabaco en las mujeres y determinó que las mujeres de América Latina tenían los niveles más altos de consumo en relación a otras regiones como África y Asia por ejemplo; sin embargo, las cifras si varían al realizar un análisis por países de América Latina<sup>7</sup> (P. Doskoch, 2008, p.200) y señalan:.

Para analizar la relación del nivel de escolaridad con el consumo de tabaco el trabajo de Rainier Stebbins, K. titulado *Going like Gangbusters: Transnational Tobacco Companies "Making a Killing" in South America*, explica que en América del Sur hay una relación directa entre la prevalencia del tabaco y con el nivel de educación y la clase social (Rainier Stebbins, K., 2001, p.160). Además, hace referencia a un estudio realizado en Perú en el año de 1995, en el cual se determinó que el consumo de tabaco estaba asociado con la

---

<sup>7</sup> „In each of the five Latin American countries, at least a third of women had ever tried a cigarette; three-quarters of women in Argentina and Uruguay, and three fifths of those in Ecuador, had done so. In contrast, no more than one in seven women in African or Asian countries had ever tried one” (P. Doskoch, 2008, p.200)

educación y que ésta a su vez con los ingresos<sup>8</sup>, (Rainier Stebbins, K., 2001, p.158), y presentan las siguientes cifras: Sin embargo, al parecer no en todos los países existe esta relación, es de esta manera que indican que en los países desarrollados, la relación sería inversa y más bien disminuye el consumo de tabaco con el aumento de educación Rainier Stebbins, K., 2001, p.158).

Otro elemento fundamental es el análisis de etnia, por su gran influencia en comportamientos y actitudes de la población frente a temas de salud; sin embargo, en el estudio *Going like Gangbusters: Transnational Tobacco Companies "Making a Killing" in South America* se concluye que el consumo de tabaco en América del Sur parecería que no está relacionado con factores culturales sino más bien con la capacidad de compra (Rainier Stebbins, K., 2001, p.153). Además, se indica que la población indígena es la que menos consume y que puede deberse ya sea a ritos culturales o por ser el grupo que más afectado por la pobreza se encuentra. Dicho estudio, reflejan cifras en las cuales el consumo es menor en Perú y Ecuador frente a países como Uruguay y Argentina que tienen mayores tasas de consumo de tabaco, algunas de las razones que señalan, es porque los países Andinos cuentan con una mayor población indígena (Rainier Stebbins, K., 2001, p.153). Además, por una fuerte relación con la zona urbana, países como Argentina y Chile por ejemplo son mucho más urbanos y su consumo de tabaco será mayor, es de esta manera que la relación entre área geográfica y tabaquismo se verá asociada por una prevalencia mayor entre el consumo de tabaco y los residentes en el área urbana (Rainier Stebbins, K., 2001, p.153, 158). Al analizar el caso ecuatoriano, encontramos que un estudio de 1989, detalla que el ecuatoriano urbano consumía el doble de tabaco que un ecuatoriano rural (Rainier Stebbins, K., 2001, p.153, 158).

---

<sup>8</sup> „The Peru study reported that only 29.3 percent of those with "no school-ing" had ever smoked, compared with 43.9 percent of those with only primary schooling, 56.3 percent of those with secondary schooling, and 80.6 percent of those with university training" (Rainier Stebbins, K., 2001, p.158)

### 2.3. Políticas públicas para el control del tabaco

*“Dicha promoción propone ejecutar intervenciones multidisciplinarias, multiestratégicas y plurisectoriales que no reposan en las formas médica de abordaje de la salud, con apoyo de teorías y modelos originados en las ciencias comportamentales y sociales que en la práctica, pretenden la construcción de alianzas entre sectores y actores en los niveles local, nacional o mundial para enfrentar los problemas y desafíos en salud”.*  
(Cabrera, G. & Candeias, N., 1999, p. 11)

Las estrategias para el control del consumo de tabaco deben planificarse para: los individuos que no fuman y están expuestos involuntariamente al humo de tabaco, para los fumadores promover la abstención del consumo de tabaco, para los niños y adolescentes para que no inicien con el consumo de tabaco, para el personal de salud para que colabore en acciones de prevención y en general para toda la población para que esté informada “sobre el riesgo de fumar, para eliminar incentivos sociales y comportamentales para iniciar o mantener el uso de tabaco” (Cabrera, G. & Candeias, N., 1999, p. 10)

Sin embargo, evidencias de estrategias para el control del tabaco por parte de la OMS indican “que las acciones de educación y promoción de salud para informar a la población sobre los riesgos de fumar no son suficientes para controlar la situación” (Cabrera, G. & Candeias, N., 1999, p. 10). Los mejores resultados se obtienen de acciones de promoción de salud articulando actores, estrategias y sectores y de esta manera fortaleciendo la participación activa de las poblaciones (Cabrera, G. & Candeias, N., 1999, p. 10), y se menciona como ventaja de estas acciones que “a diferencia de otras formas de lucha antitabaco, la movilización comunitaria involucra los más diversos actores y sectores sociales, con lo cual se tiene la opción de contar con el apoyo del conjunto de la población”. (Cabrera, G. & Candeias, N., 1999, p. 3) Dichas estrategias se basan en el principio de que el fumar es un comportamiento voluntario y socialmente aceptado, por lo cual sus estrategias deben de estar enfocadas a las prácticas de los individuos y “a los soportes ambientales que predisponen, facilitan y refuerzan los cambios deseados en los patrones de iniciación y abandono del consumo de tabaco”. (Cabrera, G. & Candeias, N., 1999, p. 3).

Pero además de políticas dirigidas a los consumidores, futuros consumidores – niños y adolescentes - y no consumidores expuestos involuntariamente al humo de tabaco, las acciones también deben responder a la industria tabacalera y el papel que cumple en la problemática de salud pública. Una de

las medidas más fuertes es la regulación del tabaco, por la cual, la industria del tabaco ha luchado constantemente en todas las esferas políticas a nivel mundial y se basa su defensa en los principios de libertad personal y de empresa y de la autonomía individual. (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 270). Villalbí y López en su artículo sobre *La prevención del tabaquismo como problema político* indica como los debates acerca de los espacios sin humo en los Estados Unidos se han construido en torno a dos argumentos, por un lado la evidencia científica y por otro los valores a la libertad de cada individuo y el rol del Estado (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 270). Para el caso ecuatoriano, debemos preguntarnos ¿Cuál es el rol del Estado respecto a la salud?. En la Constitución de la República del Ecuador, en el Art. 3, numeral 1, indica: “Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”. (Asamblea Constituyente, 2008, p.16) Por lo cual, el Estado ecuatoriano debe velar por la salud de los ciudadanos y por ende impulsar políticas públicas que garanticen el control del tabaco en la ciudadanía, sección que será analizada más adelante.

Sin embargo, es necesario mencionar algunas de las acciones que se han venido realizando alrededor del debate de la regulación del tabaco y cómo estas han sido aceptados en los diferentes contextos, y por ello, la necesidad de recalcar que el contexto jurídico en el Ecuador permite una preocupación del Estado por regular el consumo de tabaco.

Regresando a las industrias tabacaleras, han sido muy criticadas por sus tácticas para evadir regulaciones y promocionar su producto al público, entre las que se destacan acciones como: “responsabilidad en el desarrollo de tácticas publicitarias para burlar leyes, su participación en el contrabando, la introducción de aditivos como el amoníaco para hacer más adictiva la nicotina, la invención de los cigarrillos light para tranquilizar falsamente a los fumadores preocupados por su salud, etc.” (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 270). Por lo cual, la industria tabaquera es un actor importante en este problema y las políticas públicas para el control del tabaco deberán considerarlo al momento de establecer estrategias.

Entre las estrategias de acción para el control del tabaco, deben establecerse acciones de prevención en adolescentes ya que éstas tienen un gran impacto a largo plazo, Villalbí indica que en

comunidades donde se han producido de forma sistemática programas de prevención se aprecia una clara disminución en la experimentación de los adolescentes con el tabaco. Aparece un gradiente social de manera muy evidente desde los años ochenta en los varones, y de forma más incipiente en las mujeres. Los exfumadores alcanzan un peso social visible y, además, se producen muchas cesaciones relativamente precoces. (Villalbí, J., 2002, p. 115)

Se han definido las estrategias desde el punto de vista de a qué grupos se va a afectar (consumidores, futuros consumidores, no consumidores e industrias tabaqueras). Pero también se puede partir desde los tipos de respuestas que se pueden dar: el primero puede ser el más pasivo, que implica una falta de preocupación del Estado y se ve traducido en poco presupuesto y algunas medidas de sensibilización a través de información y educación, pero en términos generales, se hablaría de poca preocupación por parte del sector público (Villalbí, J., 2002, p. 119).

Un segundo tipo de respuesta, son estrategias de prevención desde los sectores sanitarios y es una manera de responder que “políticamente no suscita controversias y que se centra en un problema ciertamente importante desde una perspectiva biomédica: suscitar abandonos precoces en los fumadores antes de que los efectos adversos del fumar se manifiesten” (Villalbí, J., 2002, p. 120) ; sin embargo, estas acciones están enfocadas hacia los fumadores para que dejen el hábito a través de terapias farmacológicas por ejemplo, sin embargo, estas acciones no resuelven el problema de fondo y solo son soluciones a corto plazo y de manera individual, para lo cual se necesitarían cada vez mayores recursos para cubrir a los nuevos consumidores.

Como tercera respuesta, se encuentra una más integral y es el “desarrollo de políticas públicas dirigidas a los determinantes del tabaquismo para alcanzar niveles de prevención elevados” (Villalbí, J., 2002, p. 120) que consisten en regulaciones fiscales, de venta de publicidad y promoción, de información al consumidor, espacios sin humo, etc. La manera como éstas se apliquen determinarán el éxito o no de las políticas. A continuación se describen dichas regulaciones:

**a) Regulación de la manufactura, distribución y venta**

Debe existir el conocimiento de los productos que contienen los cigarrillos y que las autoridades competentes estén al tanto de los mismos. Villalbí indica que “se debería buscar un cigarrillo que cubriera la necesidad de nicotina de un fumador adicto minimizando, al mismo tiempo, su exposición al alquitrán y otros componentes nocivos” (Villalbí, J., 2002, p. 120)

Además, es importante el control en la venta de tabacos a menores de edad, existe la prohibición de venta a menores, sin embargo, pocas son las veces que se cumple. Es necesario, el compromiso real de las personas que venden los productos y que cumplan la ley; y por otro lado, de las autoridades competentes para que hagan cumplir la ley. Tal vez, la debilidad de la ley en sí sea un inconveniente para su cumplimiento y debería tener sanciones más fuertes a más de controles rigurosos.

Otro inconveniente es la venta de tabacos alrededor de instituciones educativas que de alguna manera permiten que el producto esté a la mano de los estudiantes. Villalbí indica “Aunque tenga poco impacto preventivo, prohibir la venta de un producto adictivo a los menores de edad legal es una exigencia ética. También lo es controlar la venta de cigarrillos por unidades, que suele hacerse en quioscos del entorno de los centros educativos y que está tipificada como ilegal al carecer éstos de advertencia sanitaria” (Villalbí, J., 2002, p. 125).

**b) Política fiscal y de precios**

La literatura nos indica que una política fiscal para prevenir el consumo de tabaco es clave. Villalbí nos pone como ejemplo el caso del Reino Unido y dice “el impacto fiscal sobre el consumo es más evidente: durante los gobiernos de Thatcher y Major, que incrementaron los impuestos sobre el tabaco pero no adoptaron otras políticas de prevención, se produjo una notable disminución del consumo” (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 267). Se dice que el precio es un determinante sobre todo para los adolescentes (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 268) y por ende es en este grupo en el cual tendrá un mayor impacto las políticas fiscales.

Sin embargo, uno de los problemas de las medidas fiscales es el contrabando, ya que aparecen productos más baratos y este será uno de los argumentos de

la industria tabaquera en contra de las políticas fiscales (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 268). Este argumento, es criticado en la medida que el contrabando dependerá sobre todo de a corrupción y falta de control.

### c) Regulación de la publicidad y la promoción

“El control de la publicidad y la promoción del tabaco es una de las medidas más importantes para la prevención del tabaquismo. La publicidad del tabaco tiene un papel fundamental en el proceso de captación de nuevos fumadores entre los adolescentes”. (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 267)

La industria tabaquera utiliza la publicidad como una herramienta para promocionar el consumo de tabaco y de esta manera sustituir a los fumadores que mueren o que han dejado de fumar. Se dice que las publicidades están enfocadas a los adolescentes, “en los que fomenta la identificación entre el tabaco y el proceso que conduce a ser adulto, con mecanismos que vinculan el fumar con imágenes positivas y el éxito social o sexual” (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 267) .Y se dice que los países que han establecido prohibiciones en la publicidad ha disminuido la prevalencia del tabaquismo y sobre todo en los adolescentes (Villalbí, J. & López, V., 2001, p. 269).

Otro elemento a considerar es la información al consumidor sobre lo perjudicial que es para la salud el consumo del tabaco y es por ello que en varios países es indispensable colocar con letras negras las advertencias sanitarias, al igual que otros colocan imágenes que muestran gráficamente los daños perjudiciales para la salud por el consumo de tabaco (Anexo 1).

**Gráfico 3: IMÁGENES DE CAJETILLAS QUE ILUSTRAN LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE TABACO**



Fuente: Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. Opinião pública, 2002 ([http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo\\_21042002.shtml](http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml), consultado el 6 de diciembre de 2007).

Fuente: Organización Mundial de la Salud, (2008) Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: Plan de medidas MPOWER. p. 35

#### **d) Regulación de espacios sin humo**

Estudios han demostrado que la exposición al aire contaminado por el humo de tabaco trae efectos nocivos para la salud de los individuos, es así que para la Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer es considerado como carcinógeno “y según recientes valoraciones es uno de los agentes causantes de cáncer laboral al que está expuesta una mayor proporción de la población ocupada”. (Villalbí, J., 2002, p. 124) También, el Convenio Marco indica:

“que los cigarrillos y algunos otros productos que contienen tabaco están diseñados de manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener la dependencia, que muchos de los compuestos que contienen y el humo que producen son farmacológicamente activos, tóxicos, mutágenos y cancerígenos, y que la dependencia del tabaco figura como un trastorno aparte en las principales clasificaciones internacionales de enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2003, p.4)

Por lo cual, es importante fomentar políticas que prohíban fumar en espacios públicos cerrados y centros de trabajo, lo cual pueden hacerse progresivamente y empezar en sectores prioritarios donde se concentran a niños, ancianos y enfermos, para luego pasar al resto de la población.

#### **2.3.1. Políticas antitabáquicas a nivel mundial: Convenio Marco y experiencias de países de Europa**

En la 56° Asamblea Mundial de la Salud del 21 de Mayo de 2003 se resolvió la elaboración del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco con el objetivo de, como lo señala el Artículo 3 del Convenio:

“proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco” (Organización Mundial de la Salud, 2003, p.7).

El cual parte de los principio básicos de que todos deberán estar informados de las consecuencias del consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco, además de contar con el compromiso político para establecer medidas multisectoriales, apoyo de la cooperación internacional, participación de la sociedad civil y además reconocer “la importancia de la asistencia técnica y financiera para ayudar a realizar la transición económica a los cultivadores y trabajadores cuyos medios de vida queden gravemente afectados como consecuencia de los programas de control del tabaco” (Organización Mundial de la Salud, 2003, p.8).

Entre las acciones que se plantean como parte del Convenio Marco se detallan:

- Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco.
- Medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco.
- Protección del Medio Ambiente

A continuación, se detallan las acciones que se recomiendan en el Convenio Marco:

Tabla 1: RESUMEN DE ACCIONES QUE PROPONE EL CONVENIO MARCO (mayo 2003)

	MEDIDAS	ACCIONES
<b>MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE TABACO</b>	Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco	<i>Aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco</i>
		<i>Prohibir o restringir, según proceda, la venta y/o la importación de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana por los viajeros internacionales.</i>
	Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco	<i>Las Partes reconocen que las medidas integrales no relacionadas con los precios son un medio eficaz e importante para reducir el consumo de tabaco</i>
	Protección contra la exposición al humo de tabaco	<i>Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales.</i>
	Reglamentación del contenido de los productos de tabaco	<i>La Conferencia de las Partes, en consulta con los órganos internacionales competentes, propondrá directrices sobre el análisis y la medición del contenido y las emisiones de los productos de tabaco y sobre la reglamentación de esos contenidos y emisiones</i>
	Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco	<i>Cada Parte adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para exigir que los fabricantes e importadores de productos de tabaco revelen a las autoridades gubernamentales la información relativa al contenido y las emisiones de los productos de tabaco.</i>
	Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco	<i>Que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y no se empleen términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros, por ejemplo expresiones tales como «con bajo contenido de alquitrán», «ligeros», «ultra ligeros» o «suaves»;</i>
		<i>Que en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos figuren también advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes</i>

		<p><i>apropiados. Dichas advertencias y mensajes:</i></p> <p><i>i) serán aprobados por las autoridades nacionales competentes;</i></p> <p><i>ii) serán rotativos;</i></p> <p><i>iii) serán grandes, claros, visibles y legibles;</i></p> <p><i>iv) deberían ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas;</i></p> <p><i>v) podrán consistir en imágenes o pictogramas, o incluirlos.</i></p> <p><i>Todos los paquetes y envases de productos de tabaco y todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos, contendrán información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones de conformidad con lo definido por las autoridades nacionales.</i></p>
	Educación, comunicación, formación y concientización del público	<p><i>un amplio acceso a programas integrales y eficaces de educación y concientización del público sobre los riesgos que acarrear para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, incluidas sus propiedades adictivas;</i></p> <p><i>la concientización del público acerca de los riesgos que acarrear para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, así como de los beneficios que reportan el abandono de dicho consumo y los modos de vida sin tabaco</i></p> <p><i>el acceso del público, de conformidad con la legislación nacional, a una amplia variedad de información sobre la industria tabacalera que revista interés para el objetivo del presente Convenio</i></p> <p><i>programas eficaces y apropiados de formación o sensibilización y concientización sobre el control del tabaco dirigidos a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, responsables de las políticas, administradores y otras personas interesadas;</i></p> <p><i>la concientización y la participación de organismos públicos y privados y organizaciones no gubernamentales no asociadas a la industria tabacalera en la elaboración y aplicación de programas y estrategias intersectoriales de control del tabaco</i></p> <p><i>el conocimiento público y el acceso a la información sobre las consecuencias sanitarias, económicas y ambientales adversas de la producción y el consumo de tabaco</i></p>
	Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco	<p><i>Las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco</i></p> <p><i>La Parte que no esté en condiciones de proceder a una prohibición total debido a las disposiciones de su constitución o sus principios constitucionales aplicará restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco</i></p>
	Medidas de reducción de la demanda relativas a la	<p><i>cada Parte procurará lo siguiente:</i></p> <p><i>a) idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco</i></p>

	dependencia y al abandono del tabaco	<p><i>en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos;</i></p> <p><i>b) incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda;</i></p> <p><i>c) establecer en los centros de salud y de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia del tabaco; y</i></p> <p><i>d) colaborar con otras Partes para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluidos productos farmacéuticos, de conformidad con el artículo 22. Dichos productos y sus componentes pueden ser medicamentos, productos usados para administrar medicamentos y medios diagnósticos cuando proceda.</i></p>
<b>MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE TABACO</b>	Comercio ilícito de productos de tabaco	<p><i>Las Partes reconocen que la eliminación de todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, como el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación, y la elaboración y aplicación a este respecto de una legislación nacional y de acuerdos subregionales, regionales y mundiales son componentes esenciales del control del tabaco</i></p> <p><i>Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para que todos los paquetes o envases de productos de tabaco y todo empaquetado externo de dichos productos lleven una indicación que ayude a las Partes a determinar el origen de los productos de tabaco y, de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes, ayude a las Partes a determinar el punto de desviación y a vigilar, documentar y controlar el movimiento de los productos de tabaco y su situación legal.</i></p>
	Ventas a menores y por menores	<p><i>Cada Parte adoptará y aplicará en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para prohibir la venta de productos de tabaco a los menores de la edad que determine la legislación interna, la legislación nacional o a los menores de 18 años. Dichas medidas podrán consistir en lo siguiente:</i></p> <p><i>a) exigir que todos los vendedores de productos de tabaco indiquen, en un anuncio claro y destacado situado en el interior de su local, la prohibición de la venta de productos de tabaco a los menores y, en caso de duda, soliciten que cada comprador de tabaco demuestre que ha alcanzado la mayoría de edad;</i></p> <p><i>b) prohibir que los productos de tabaco en venta estén directamente accesibles, como en los estantes de los almacenes;</i></p> <p><i>c) prohibir la fabricación y venta de dulces, refrigerios, juguetes y otros objetos que tengan forma de productos de tabaco y puedan resultar atractivos para los menores; y</i></p>

		<p><i>d) garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco bajo su jurisdicción no sean accesibles a los menores y no promuevan la venta de productos de tabaco a los menores.</i></p> <p><i>Cada Parte prohibirá o promoverá la prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco al público y especialmente a los menores.</i></p> <p><i>Cada Parte procurará prohibir la venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños que vuelvan más asequibles esos productos a los menores de edad</i></p>
	Apoyo a actividades alternativas económicamente viables	<i>Las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, promoverán según proceda alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores y eventualmente, los pequeños vendedores de tabaco</i>
<b>PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE</b>	Protección del medio ambiente y de la salud de las personas	<i>En cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el presente Convenio, las Partes acuerdan prestar debida atención a la protección ambiental y a la salud de las personas en relación con el medio ambiente por lo que respecta al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco, en sus respectivos territorios</i>

*Fuente: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, mayo de 2001.*

*Realizado por MV Cisneros*

En Europa existe la *European Network for Smoking Prevention*, ENSP (Red Europea para la prevención del Tabaquismo), organismo internacional sin fines de lucro creada en 1997, que tiene como misión coordinar entre las organizaciones que trabajan para el control del tabaco en Europa estrategias de acción conjunta e intercambio de información y experiencias; entre los principales objetivos de la ESPN (European Network for Smoking and Tobacco Prevention - ENSP –, 2010) son:

- Promover y facilitar actividades entre países y redes de prevención del tabaquismo.
- Promover el intercambio de información, actividades, experiencias y proyectos entre los países de la ENSP.
- Difundir la información de la Unión Europea y países miembros del ESPN sobre las propuestas de legislación.
- Establecer vínculos entre la ESPN, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajen el problema del tabaco.

(European Network for Smoking and Tobacco Prevention - ENSP –, 2010)

En Europa se han dado varias disposiciones en relación a los espacios libres de humo (Anexo 2) en los cuales existen prohibiciones totales o parciales en relación a estos espacios, sin embargo, la tendencia es a seguir aumentando y fortaleciendo las leyes en torno a prohibiciones en lugares públicos cerrados.

Otras experiencias en Europa están en relación a la educación entre pares como una herramienta para concientizar a los adolescentes, algunos programas se han realizado en instituciones educativas de Francia, Letonia, Gran Bretaña, Italia, Rumania, Manchester (*Protecting Children and Young People from Tobacco*, 2010). Hay algunas experiencias específicas en ciertas localidades, como son *SmokeFree Movies* en Liverpool, que se basaba en una campaña para controlar la publicidad del consumo de tabaco en las películas, mediante la adopción de medidas para clasificar las películas en donde salen escenas de fumadores para que no sean vistas por jóvenes (*SmokeFree Liverpool*, n.d.). En Manchester, existe el programa *Manchester Stop Smoking Service* que consiste en el apoyo gratuito para los fumadores que quieran dejar de hacerlo (*Manchester Stop Smoking Service*, 2009).

En España, algunas son las estrategias que se han aplicado, entre ellas, se vincula el impuesto específico sobre el tabaco para la financiación del Sistema

Nacional de Salud y han incrementado el gasto para programas de prevención y asistencia del tabaquismo, y además en el 2005 se aprobó la ley *de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*, que aborda aspectos importantes para la lucha antitabáquica como son: “regulación rigurosa de la publicidad y la promoción del tabaco (...) y la protección frente al humo ambiental de tabaco en los lugares de trabajo y en los espacios públicos cerrados” (Villalbí, J., 2006, p.1).

### 2.3.2. Políticas antitabáquicas en América

En el Artículo *El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción*, resume el estado epidemiológico de la región y dice:

En el panorama epidemiológico de la Región se distinguen los países del Cono Sur, como los de más altos valores de consumo, seguidos por los de la Región Andina y México, siendo las naciones centroamericanas y caribeñas las de menores cifras de prevalencia de fumadores. Sólo Estados Unidos de América y Canadá han logrado disminuir la epidemia de tabaquismo, y en el resto de los países se observa una estabilización e, incluso, una tendencia al incremento. La reducción de la edad de inicio del consumo y el aumento en la proporción de mujeres fumadoras también son rasgos actuales del área (Valdés, R., Hernández & M., Sepúlveda J., 2002, p. 125).

Se dice que uno de los principales problemas en la Región es la falta de normas legislativas y fiscales para controlar y reducir el consumo de tabaco; además de escasos recursos destinados a programas de lucha antitabáquica (Valdés, R., Hernández & M., Sepúlveda J., 2002, p. 126). Las medidas que se han aplicado son las menos efectivas, además de un escaso control de la publicidad. Sobre los impuestos al tabaco, si bien si existe, éstos son muy bajos y existen diferencias entre los países; y estos siguen siendo asequibles para la población en general.

Frente a esta realidad, algunas han sido las acciones de la Región, en septiembre del 2001 los países de las Américas en el 43° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, revisaron las medidas para el control del tabaco en la región y se plantearon como objetivos: “que los niños crezcan en un ambiente sin incitaciones a fumar, que los adultos que quieren dejar de fumar reciban apoyo para hacerlo y que las personas que no fuman sean protegidas de los efectos perjudiciales de la exposición involuntaria al humo del tabaco” (Peruga, A., 2002, p. 72). Para ello se han planteado tres

medidas para el control del tabaco: impuestos sobre el tabaco, prohibiciones de la promoción de tabaco y restricciones de fumar en lugares públicos (Peruga, A., 2002, p. 73).

### **2.3.3. Ecuador: Marco Legal para el control del consumo de tabaco**

Ecuador firmó en el año 2004, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y en el año 2006 ratificó su compromiso. Dicho instrumento representa para el país importantes compromisos a nivel internacional. (Velasco, C., 2009, p. 4) Revisando cronológicamente, la Ley Orgánica Reformatoria a la ley orgánica de defensa del consumidor de septiembre del 2006, en sus artículos indica la prohibición del consumo de tabaco en lugares públicos, como son:

restaurantes, aeropuertos, cines, ascensores, teatros, auditorios, coliseos, estadios, instalaciones destinadas a prácticas deportivas y recreativas; oficinas públicas y dependencias que prestan servicios públicos como: bancos, supermercados, correos; hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios médicos, predios, aulas y edificaciones de establecimientos educativos pre-primarios, primarios, secundarios, en las aulas y edificios de las instituciones de educación superior, sean éstos públicos o privados; centros comerciales, como locales que están destinados a la práctica de cultos religiosos y medios de transporte públicos, cualquiera que fuese su tipo en rutas nacionales” (Congreso Nacional de la República del Ecuador, 2006)

Además, se especifica que queda prohibida crear zonas libres de humo en los lugares indicados anteriormente y se aceptará el consumo de tabaco en lugares como: bares, discotecas, casino, hoteles (habitaciones expresas para fumadores), siempre y cuando cuenten con “sistemas de ventilación o aislamientos adecuados que permitan garantizar la calidad de aire para los no fumadores” (Congreso Nacional de la República del Ecuador, 2006).

Además, la Ley Orgánica expresa las multas por las infracciones que serían sancionadas si no cumplieren con lo descrito en la Ley. De esta manera podemos revisar que las sanciones están direccionadas al fumador y a los dueños de los locales (Congreso Nacional de la República del Ecuador, 2006). También para los propietarios de negocios donde se venda y distribuya tabacos a menores de edad serán sancionados, en un primer momento con multas económicas y si reinciden en la falta se cerrará su local por el lapso de 15 días. Dichas multas por las sanciones recogidas serán entregadas a la Sociedad de

Lucha Contra el Cáncer, SOLCA (Congreso Nacional de la República del Ecuador, 2006).

Sobre las cajetillas se expresa en la ley que deberá indicar su venta prohibida a niños/as y adolescentes, además de los siguientes mensajes: *Fumar Causa Cáncer* y *Fumar Mata*. También se indica que los Ministerios de Educación y de Salud Pública deberán trabajar conjuntamente en programas para la prevención del tabaquismo (Congreso Nacional de la República del Ecuador, 2006).

Por su parte, la Constitución de Ecuador del 2008, indica en sus artículos algunos elementos que marca los parámetros del Estado frente a la problemática del tabaquismo. Primero partimos de que la salud es un derecho garantizado por el Estado, el cual estará asegurado por políticas y el acceso a programas, acciones y servicios de salud de manera integral y de esta manera el Art. 32 dice:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Constituyente, 2008, p. 29).

En el artículo 364, la Constitución ecuatoriana explícitamente indica a las adicciones como un problema de salud pública para lo cual el Estado deberá desarrollar programas para controlar, entre otras, el consumo de tabaco y ofrecer para los consumidores programas para su tratamiento y / o rehabilitación; además hace hincapié en indicar el papel del Estado para controlar y regular la publicidad del tabaco:

**Art. 364.-** Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

Sobre el control de la publicidad, también dedica el artículo 19 y dice:

El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco. (Asamblea Constituyente, 2008, p. 29) “La ley regulará la prevalencia de los contenidos con fines informativos, educativos y culturales en la programación de los medios de comunicación, y fomentará la creación de espacios para la difusión de la producción nacional independiente. Se prohíbe la emisión de publicidad que induzca a la violencia, la discriminación, el racismo, la toxicomanía, el sexismo, la intolerancia religiosa o política y toda aquella que atente contra los derechos” (Asamblea Constituyente, 2008, p. 26).

Además, la preocupación del Estado por los niños /as y adolescentes es explícita y dedica el artículo 46 para velar por ellos y su influencia con el tabaco, y de esta manera describe: “El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: (...) 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo”. (Asamblea Constituyente, 2008, p. 35).

Por lo cual, el Ecuador cuenta con un marco constitucional y legal que da las directrices del Estado en relación al control del tabaco y además cuenta con el Plan Nacional de Prevención y control del tabaco 2008 - 2011 que se planteó como visión un país libre de humo de tabaco – en espacios públicos cerrados – para el 2011. (Programa Nacional de Control del Tabaco, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, n.d., p. 10). El propósito de dicho plan es “Reducir la mortalidad, morbilidad y otros daños (económicos, sociales, ambientales) causados por el uso de los productos del tabaco” (Programa Nacional de Control del Tabaco, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, n.d., p. 10) y ha establecido algunas líneas estratégicas descritas a continuación:

**Tabla 2: LINEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABACO, 2008 - 2011**

<b>Líneas Estratégicas</b>	<b>Acciones</b>
Prevención del consumo de tabaco en niños, niñas, adolescentes y otros grupos en situación de vulnerabilidad	Sensibilización y capacitación a líderes estudiantiles de los colegios públicos y privados en todas las provincias del país.
Atención integral al fumador	Unidades de Salud Mental ubicadas en los hospitales nacionales y provinciales brindan atención integral a los fumadores
	Creación de centros de cesación del tabaquismo en varias instituciones
Implementación y ampliación de Espacios Libres de Humo de Tabaco	Declaratoria de edificios libres de humo de tabaco a todos los servicios de salud públicos y privados, los centros educativos, supermercados, bancos, hoteles, restaurantes, espacios deportivos, medios de transporte público y otros.
	Ecuador será libre de humo de tabaco a fines de 2011.
Fortalecimiento legal e institucional para el control del tabaco	Desarrollo de instrumentos legales y reformas para garantizar la plena vigencia del Convenio Marco de Control de Tabaco-CMCT.
	Fortalecimiento del Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica- CILA, como Comité Multisectorial de control de tabaco con la participación de entidades públicas, autónomas, privadas y de la sociedad civil.
Investigación	Realizar investigaciones de prevalencia (consumo) en adolescentes y población adulta cada dos años, para medir el impacto de las acciones.
	Monitoreo y evaluación del plan.

Fuente: Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2008 – 2011. Consultado el 3 de agosto de 2010 en [http://www.cilaecuador.gov.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=73:plan-nacional-de-prevencion-y-control-del-tabaco-2008-2011&catid=42:noticias&Itemid=67](http://www.cilaecuador.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=73:plan-nacional-de-prevencion-y-control-del-tabaco-2008-2011&catid=42:noticias&Itemid=67)

Elaborado por MV Cisneros

Además, existen algunos proyectos de Ley Orgánica Integral para el Control del Tabaco, la una expedida por el Asambleísta Carlos Velasco en diciembre del 2009, otra por el Asambleísta Andrés Páez en enero de 2010, otro por Gabriela Pazmiño y Abadalá Bucaram del PRE y otro por Fernando Vélez del PSP.

El proyecto de Ley propuesto por el Dr. Carlos Velasco se basa en estrategias acerca de: espacios libres de humo, empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco y publicidad. Sobre los espacios indica que deberán declararse 100% libre de humo de tabaco espacios públicos y privados

cerrados que sean espacios de trabajo, o de acceso al público y cualquier espacio que sean dependencias de salud y educación. (Velasco, C., 2009, p.10). Sobre el empaquetado y etiquetado se incluye las imágenes o pictogramas que deberán ser aprobados por la Autoridad Sanitaria (Velasco, C., 2009, p.11), de la publicidad se expresa en el Art.9., lo siguiente:

“Se prohíbe todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco por los diversos medios de comunicación y otros de contacto interpersonal o masivo que se identificaren. Se incluye la promoción de la autodenominada "responsabilidad social" de la industria del tabaco por tratarse de otra forma más de publicidad, así como el Patrocinio de toda forma de actividad deportiva, cultural o de cualquier otra índole o de participantes en las mismas, al igual que contribuir a cualquier acto, actividad o individuo, con la finalidad, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco” (Velasco, C., 2009, p.10)

Además, hace hincapié en la venta prohibida a menores de 18 años y en centros educativos, establecimientos de salud, escenarios deportivos, espectáculos artísticos y culturales, además, prohíbe la venta de cigarrillos individuales y en paquetes menores de 20 unidades. También sanciona severamente al contrabando de productos de tabaco. (Velasco, C., 2009, p.13) Entre otras responsabilidades estarán el desarrollo de actividades educativas para la prevención del consumo de tabaco, además de dar tratamiento de la adicción a las personas que lo necesiten. El Estado también se comprometería a promover alternativas económicas para los pequeños agricultores que se dedican al cultivo de tabaco. (Velasco, C., 2009, p.13)

El proyecto de Ley presentado por el Asambleísta Andrés Páez se enfoca en fortalecer la normativa alrededor de la venta prohibida a menores de edad e indica:

“Este proyecto de Ley se enfoca en: a) fortalecer las normas aplicadas a la venta prohibida a menores de edad, b) apoyar los programas educativos para prevenir el consumo de tabaco por parte de los adolescentes, c) brindar capacitación al minorista para que no venda cigarrillos a menores de edad, y d) aplicar las sanciones para el incumplimiento de esta norma” (Páez, 2010, p. 7).

Menciona la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados, en espacios abiertos donde participen niños/as y adolescentes y en instituciones educativas y de salud. Sobre el empaquetado y etiquetado coinciden en contener textos e imágenes o pictogramas autorizados por la Autoridad Sanitaria; además, quedará prohibida la publicidad de cigarrillos a excepción de los lugares donde se comercializan los productos, lugares para mayores de edad.

Si analizamos las dos propuestas de Ley, la propuesta presentado por el Dr. Velasco tiene una visión más amplia de las estrategias para el control del consumo de tabaco que van en concordancia con los principios internacionales y nacionales, sin embargo, sería importante describir las políticas y estrategias para alcanzar a cumplir dicha ley. En cambio, la propuesta presentada por el Dr. Páez, se centra básicamente en la venta prohibida a menores de edad, permitir fumar en espacios cerrados para fumadores y permitir publicidad de la “responsabilidad social” de la industria; es decir, mantiene ciertos parámetros que se han venido realizando, y que de alguna manera solo alcanzan resultados parciales (Páez, 2010).

Por otro lado, es necesario recalcar que el Ecuador cuenta con el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica que es el “encargado de planificar, asesorar, ejecutar y supervisar las actividades de la Lucha Antitabáquica en el país y en un marco de promoción de salud actuará en otros ámbitos como el control del alcoholismo y otras actividades relacionadas con estilos de vida saludables” (Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica (2009).

### **III. JUSTIFICACIÓN**

#### **3.1. Consumo de tabaco como problema**

Escuchamos frecuentemente que el tabaco mata, y de alguna manera ha sido parte del discurso sin ser comprendido en su magnitud por que se sigue manteniendo su consumo a nivel mundial. Entonces, nos preguntamos ¿Por qué persiste ésta práctica? En la página web de la Organización Mundial de la Salud, OMS, acerca de los *10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco*, de febrero del 2008, hacen referencia a que esta práctica persiste debido a que “se vende a bajo precio, se comercializa de forma agresiva, no se toma conciencia sobre los peligros que entraña y las políticas públicas contra su consumo son incoherentes”.

Estos son algunos elementos que fomentan el consumo del tabaco en las sociedades; sin embargo, ayuda a la práctica el hecho de que “la mayoría de los riesgos del tabaco no se evidencian en la salud del fumador hasta años o incluso décadas después de iniciarse el consumo” (Organización Mundial de la Salud, 2008). En definitiva, como el consumidor no siente que le está causando daño de manera directa, debido a que físicamente no percibe algún síntoma, entonces el discurso del fumar mata pierde credibilidad frente a los fumadores.

El consumo de tabaco es una epidemia y la consecuencia de ello es que trae implicaciones en la salud de los individuos, no solo conlleva enfermedades sino que además puede llevar a la muerte de los individuos. Se habla de consumidores activos, aquellos que fuman y los individuos que están expuestos al humo ajeno o exposición al humo de segunda y tercera mano – este último el que queda impregnado en ambientes cerrados.

##### **3.1.1. Consecuencias del consumo de tabaco**

Al hablar del consumo de tabaco pensamos en la relación con la salud individual de aquellos que lo consumen, sin embargo, el tabaco tiene otras implicaciones: socio económicas y políticas, lo cual conlleva a que el consumo de tabaco sea un problema mundial de salud pública.

Como se mencionó, el consumo de tabaco tiene consecuencias en la salud que claramente se mencionan y se evidencian con el aumento de cifras de morbilidad y mortalidad relacionadas al consumo de tabaco, es así como se indica que “por su naturaleza epidémica y morbimortalidad actual y proyectada, el consumo de cigarrillos es el más importante problema mundial de salud pública con relación al comportamiento de los individuos” (Cabrera, G. & Candeias, N., 1999, p. 10). El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en su preámbulo indica:

“Reconociendo que la ciencia ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y que las enfermedades relacionadas con el tabaco no aparecen inmediatamente después de que se empieza a fumar o a estar expuesto al humo de tabaco, o a consumir de cualquier otra manera productos de tabaco.” (Organización Mundial de la Salud, 2003, p.4)

Además, el Convenio especifica la dependencia del tabaco como parte del diseño del mismo y dice: “los cigarrillos y algunos otros productos que contienen tabaco están diseñados de manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener la dependencia, que muchos de los compuestos que contienen y el humo que produce son farmacológicamente activos, tóxicos, mutágenos y cancerígenos” (Organización Mundial de la Salud, 2003, p.4).

Por lo cual, existe una doble morbilidad, por un lado “la que deriva del efecto adverso de las sustancias y sus ingredientes en el organismo humano” (Córdova, J.A., 2008, p. 310) tanto del que fuma como del fumador pasivo - “que inhala involuntariamente, por razones sociales o laborales, el humo ajeno” (Córdova, J.A., 2008, p. 310)- y por otro lado la adicción al tabaco, que puede conllevar a la adicción de otras sustancias; es así, como se señala en el artículo *La etapa de los bienes globales en salud, una perspectiva nacional*, publicado en la Revista Salud Pública de México, “un niño que fuma tiene 13 veces más posibilidades que otro que no lo hace, de experimentar en el corto plazo con otras drogas y hacerse adicto a ellas, de ahí la doble importancia de controlar esta peligrosa sustancia” (Córdova, J.A., 2008, p. 310).

A más de las enfermedades que el consumo de tabaco produce, también existen pruebas científicas que la exposición pre natal del humo de tabaco conlleva a condiciones adversas para el desarrollo del niño (Organización Mundial de la Salud, 2003, p.4).

Las principales enfermedades relacionadas al consumo de tabaco y enfermedades causadas por el humo de segunda mano se detallan en la siguiente tabla a continuación:

**Tabla 3: ENFERMEDADES DEL FUMADOR Y ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL HUMO DE SEGUNDA MANO**

Enfermedades del Fumador	
Cáncer:	Laringe
	Bucofaringe
	Esófago
	Tráquea, bronquios o pulmones
	Leucemia mieloide aguda
	Estómago
	Páncreas
	Riñones y uréter
	Colón
	Cuello del útero
	Vejiga
Enfermedades crónicas	Apoplejía
	Ceguera
	Periodontitis
	Aneurisma aórtico
	Cardiopatía coronaria
	Neumonía
	Enfermedad Vascular
	Periférica aterosclerótica
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma y otros efectos respiratorios.
	Fracturas de cadera
Efectos en el aparato reproductor de la mujer (inclusive reducción de la fecundidad)	
Enfermedades causadas por el humo de segunda mano	
Niños	Tumores de cerebro (existen índices de causalidad)
	Enfermedades del oído medio
	Linfoma (existen índices de causalidad)
	Síntomas respiratorios, deficiencia pulmonar
	Asma (existen índices de causalidad)
	Síndrome de muerte súbita del lactante
	Leucemia (existen índices de causalidad)
	Enfermedades de las vías respiratorias inferiores
Adultos	Ataque apopléjico (existen índices de causalidad)
	Irritación nasal
	Cáncer de mama (existen índices de causalidad)
	Cardiopatía coronaria
	Cáncer de pulmón
	Aterosclerosis (existen índices de causalidad)
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síntomas respiratorios crónicos, asma y deficiencia pulmonar (existen índices de causalidad)
Efectos en el aparato reproductor de la mujer: hijos con insuficiencia ponderal al nacer.	

Fuente: Organización Mundial de la Salud, (2008) Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: Plan de medidas MPOWER. p. 35  
Elaborado por: MV Cisneros.

En el Artículo *La etapa de los bienes globales en salud, una perspectiva nacional*, en la Revista Salud Pública de México publicado en el 2008, se

señala que se fuma en todo el mundo alrededor de 15 mil millones de cigarrillos diariamente (Córdova, J.A., 2008, p. 310), “se estima que para el año 2025, el número de fumadores alcanzará cerca de 1.6 mil millones, por encima de los 1.3 mil millones actuales y que, de ellos, 650 millones morirán en los siguientes años” (Córdova, J.A., 2008, p. 310).

Si revisamos las estadísticas de los países en vías de desarrollo, nos indican que en estos países se “consumen más del 70% del tabaco mundial, para el año 2020 el tabaco estará produciendo casi 6 millones de muertes en los países en vías de desarrollo” (Programa Salud CNJ., 2001)

En el 2001, en América Latina y el Caribe, había más de 100 millones de fumadores, y se proyecta para el 2020 al tabaco como el causante del 9% de las muertes en Latinoamérica. “Más el 30% de los latinoamericanos son fumadores, el 40% de los hombres y más del 20% de las mujeres, más del 50% de los hombres fuman en Bolivia, Cuba, R. Dominicana y Nicaragua” (Programa Salud CNJ., 2001). En el Ecuador, el 22,7% de la población mayor de 18 años fuma cigarrillos frecuentemente; el 36.3% en hombres y 8,2% en mujeres.

Las estadísticas nos muestran como el consumo de tabaco en el mundo y en nuestra sociedad son altas y su tendencia sigue aumentando; a esto debemos añadir su estrecha relación con la mortalidad, por tanto el tabaco es factor de riesgo perjudicial para la salud individual y de la sociedad.

En varios estudios se ha mostrado como el fumar es un factor de riesgo considerable que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad cardiovascular “la epidemia de tabaquismo cada año, 5,4 millones de enfermos de cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2008) y en un estudio de género se encontró que el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular “es aproximadamente el doble entre pacientes que fuman de 1 a 4 cigarros por día respecto a las no fumadoras. Puede ser hasta 4 veces mayor en pacientes que fuman cantidades mayores por día” (Castillo, L., n.d.)

Lastimosamente, los datos indican que va en aumento el número de fumadores y cada vez son más los niños y adolescentes que lo consumen, demostrando

así que se comienza a fumar a edades cada vez más tempranas (Organización Mundial de la Salud, 2003, p.4).

De acuerdo a la *Tercera Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media en el Ecuador en el 2008*, la prevalencia de vida del consumo de cigarrillo<sup>9</sup> por parte de los estudiantes fue del 46%, que representó el 8.4 puntos porcentuales menor a la encuesta del 2005. “A pesar de esta importante disminución, la edad promedio al primer consumo tiende a ser menor, registrándose en la encuesta actual 12.9 años, en comparación con 13.1 y 14.4 observado en las encuestas del 2005 y 1998, respectivamente”. (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP, 2008, p.43) También se identificó que la prevalencia de vida fue más alta en estudiantes de la Sierra (58%) y Amazonía (56%). Y sobre la edad, fue más alta la prevalencia de vida en estudiantes de mayor edad y más alto año de estudio, los resultados de la *Tercera Encuesta en el 2008*, señaló “en el caso de la edad, la prevalencia va del 32% en estudiantes menores de 15 años al 72% en estudiantes de 19 años y más edad”. (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP, 2008, p.44)

A más de la edad, otro factor social a considerar es el género, por lo general, se relacionaban este hábito con el sexo masculino, sin embargo, la movilidad social ha llevado a cambios en las estructuras y se están dando modificaciones en cuanto al consumo de tabaco como lo indican Villalbí y Ballestín en su estudio e indicaron que “el uso del tabaco, tradicionalmente mayor entre los varones, ha aumentado notablemente entre las mujeres. Las pautas de uso de alcohol también se han modificado” (1995). En la *Tercera Encuesta Nacional en el 2008*, los resultados indicaron que en relación al género, “el 56% son hombres y el 44% mujeres, lo cual indica una razón de género de 126 hombres por cada 100 mujeres” (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP, 2008, p.44).

---

<sup>9</sup> El indicador sobre la prevalencia de vida del consumo de sustancia o drogas “cuantifica a todas aquellas personas que consumieron por lo menos una vez en su vida una sustancia o droga. Dicho indicador no especifica en qué momento se produjo el consumo, el cual puede haberse dado hace mucho tiempo, en una sola ocasión o en una forma repetida” (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP, 2008, p.43)

Dichos problemas entorno al consumo de tabaco, que al parecer serían el reflejo de los comportamientos individuales de la población, tendrán implicaciones en el deterioro de las estructuras sociales, ya que se deja “de producir y de disfrutar de, por lo menos, 20 años de vida saludable. Estas muertes prematuras tienen un costo social y económico extraordinariamente alto para la sociedad” (Córdova, J.A., 2008, p. 310)

El costo económico por el consumo de tabaco es elevadamente alto para la salud pública, que se refleja en los gastos por los tratamientos de las enfermedades causadas por el tabaco y se están “consumiendo recursos que de otro modo podrían dedicarse a otras finalidades” (Villalbí, J., 2002, p.113). Y además, “el tabaco mata a las personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de su sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana” (Tobacco Free Initiative, Organización Mundial de la Salud, n. d.). En relación a los consumidores de tabaco también se indica que “son menos productivos durante su vida debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades” (Tobacco Free Initiative, Organización Mundial de la Salud, n. d.).

De esta manera, “un informe de 1994 estimaba que el consumo de tabaco ocasionaba anualmente una pérdida neta mundial de US\$ 200 000 millones, y que un tercio de esas pérdidas se registraban en países en desarrollo”. (*Tobacco Free Initiative*, Organización Mundial de la Salud, n. d.).

Además, el tabaco también está ligado con la pobreza, varios estudios han demostrado que “en los hogares más pobres de algunos países de bajos ingresos los productos del tabaco representan hasta un 10% de los gastos familiares. Esto significa que esas familias disponen de menos dinero para destinar a sus necesidades básicas, por ejemplo, alimentación, educación y atención de salud” (*Tobacco Free Initiative*, Organización Mundial de la Salud, n. d.). A lo que atención de salud se refiere no solo son por los efectos sanitarios directos – tratamientos por las enfermedades causadas por el tabaco – si no además problemas de malnutrición y muerte prematura. En educación, “contribuye a elevar las tasas de analfabetismo, ya que el dinero que podría utilizarse para educación se destina, en cambio, al tabaco” (*Tobacco Free Initiative*, Organización Mundial de la Salud, n. d.). De esta manera, la relación

del tabaco y el agravamiento de la pobreza parecerían estar intrínsecamente relacionadas y sin embargo ha sido olvidada por las políticas públicas.

### **3.1.2. Los factores del consumo de tabaco**

Al ver que el problema del consumo de tabaco no solo afecta a los individuos que fuman, sino a toda la sociedad que se ve afectada por ella, es necesario revisar cuales son los factores del consumo de tabaco, entre ellos se mencionan en diversos estudios a “condicionantes externos, como el precio de tabaco, su aceptación social” (Villalbí, J., 2006, p.1).

Sin embargo, se considera como la causal del problema la falta de políticas públicas efectivas que controlen el consumo de tabaco y por ende, persisten determinantes externos como son: falta de regulaciones en el precio del tabaco, en la venta a menores de edad, la aceptación social, el aumento del comercio ilícito de productos de tabaco y la promoción de la industria tabaquera de sus productos, por mencionar las principales. De éstas, la mayor parte son a causa de la Industria tabaquera y sus implicaciones en la estructura social de cada uno de los países, lo cual conllevaría a que el problema del consumo de tabaco no solo es un problema de salud sino que se convierte en un problema político que afecta no solo a la población, sino que se interponen a los intereses particulares y de grupo – industria tabaquera – que afectarán a la hora de establecer políticas públicas. Es de esta manera, que

“las políticas públicas tienen tanta influencia en el consumo de tabaco, y la prevención y el control del tabaquismo tienen dimensiones políticas y no sólo clínicas. Por ello, también la industria tabaquera ha dedicado tanto esfuerzo a evitar la adopción y la ejecución de políticas de control efectivas que pudieran reducir el consumo de tabaco y preservar así sus beneficios”. (Villalbí, J., 2006, p.1).

La industria tabaquera constantemente está en busca de nuevos consumidores y para sustituir a los que han fallecido o han dejado de fumar, por lo cual sus estrategias de promoción estarán destinadas a los posibles grupos consumidores: niños y adolescentes. (Villalbí, J., 2002, p.118) Es por ello, que las políticas públicas para el control del tabaco podrían estar enfocadas en el control de la promoción y publicidad de la industria tabaquera y regulaciones para el control de la venta a menores de edad. (Villalbí, J., 2002, p.118)

Otro de los problemas de fondo del tabaquismo y que merece especial interés para encontrar respuestas efectivas a la hora de tomar decisiones es el problema del *comercio ilícito de productos de tabaco*, el cual “socava las medidas relacionadas con los precios y las medidas fiscales concebidas para reforzar la lucha antitabáquica y, por consiguiente, aumenta la accesibilidad y asequibilidad de los productos de tabaco” (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Un problema social del consumo de tabaco es su aceptación social. Además, los profesionales de la salud, podrían cumplir un rol preponderante en la promoción de estilos de vida saludables, a través de consejos a sus pacientes fumadores, sin ser la medida más drástica para terminar con esta epidemia, pero sin embargo estudios han mostrado resultados positivos, por ejemplo “del orden de un 5% de los pacientes aconsejados dejan de fumar al cabo del año, y cuando se ha hecho un esfuerzo sistemático y organizado se puede alcanzar un 18% en tres años. Sin embargo muchos médicos no tienen tiempo, habilidades o motivación para hacer este esfuerzo.” (Villalbí, J., 2002, p.118).

Otro inconveniente para la prevalencia del consumo de tabaco en las sociedades es que no todos reaccionarán de igual manera a las intervenciones; y esto dependerá de varios determinantes físicos y sociales. Estudios indican que

“Hay que ser consciente de que la respuesta a las intervenciones no es homogénea entre los fumadores: a los de clase baja –y a los que fuman más (cuya adicción es mayor)– les cuesta más dejar de fumar. El tratamiento farmacológico y otras opciones especializadas pueden ayudar a un grupo seleccionado de estos pacientes, que tienen mayor riesgo. Aunque los que precisan ayuda más intensa son una fracción relativamente pequeña del total de fumadores, los beneficios potenciales derivados de ayudarlos son mayores, ya que su riesgo es muy superior” (Villalbí, J., 2002, p.119).

Por ello la importancia de este estudio, que pretende determinar políticas públicas de salud encaminadas al fortalecimiento de estilos de vida saludables que sean socialmente aceptadas.

#### **IV. HIPÓTESIS**

La pregunta de investigación planteada:

¿Existe asociación entre las variables socioeconómicas y el consumo de tabaco en la población ecuatoriana?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

Contribuir a controlar la problemática del tabaco en el Ecuador a través de la definición del perfil de las personas que fuman en el país, para fomentar políticas de control del consumo de tabaco.

### **5.2. Objetivos específicos**

- Determinar los determinantes sociales que tienen alguna asociación con el consumo o no de tabaco en la población ecuatoriana en el año 2006
- Analizar el grado de asociación entre los determinantes sociales - género, edad, etnia, ingresos, nivel de educación, zona geográfica - y el consumo de tabaco en la población ecuatoriana en el año 2006.
- Proponer políticas públicas enfocadas al grupo de mayor incidencia y prevalencia para disminuir el consumo de tabaco en la población ecuatoriana.

## VI. ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR DEL MINISTERIO DE COORDINACIÓN DE LA POLÍTICA ECONÓMICA

### 6.1. Introducción: Aproximación al Estudio Estimación del consumo anual de cigarrillos en Ecuador

En este capítulo realizaremos un breve análisis de los resultados de la Consultoría realizada por el Ministerio de Coordinación de la Política Económica en julio del 2010, sobre la *Estimación del Consumo Anual de cigarrillo en el Ecuador*, dicha investigación se realizó en 21 provincias del país, con el objetivo de “estimar el consumo actual de cigarrillos en el Ecuador” (Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, 2010).

El objetivo de este capítulo es revisar los datos obtenidos por este estudio para alcanzar una breve aproximación de la distribución del consumo de tabaco en la población ecuatoriana. Dicho análisis se complementará con los siguientes capítulos en los cuales se estudiarán los determinantes socio económicos y el consumo de tabaco utilizando los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006.

La población de estudio, en la investigación de la *Estimación del Consumo Anual de cigarrillo en el Ecuador*, fue un total de 5028 entrevistados entre hombres y mujeres mayores de 18 años residentes en las 21 provincias<sup>10</sup> y para lo cual se utilizó un cuestionario semi – estructurado. Dicha muestra poblacional se la clasificó por el nivel, sexo y edad, como se muestra en la tabla a continuación:

**Tabla 4: UNIVERSO DE ESTUDIO ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR SEGÚN NIVEL, SEXO Y EDAD**

NIVEL		SEXO		EDAD	
<b>Alto</b>	107	<b>Hombres</b>	2.601	<b>18 a 29</b>	1.520
<b>Medio</b>	1.332	<b>Mujeres</b>	2.427	<b>20 a 39</b>	1.200
<b>Bajo</b>	3.589			<b>40 a 49</b>	1.077
				<b>50 y más</b>	1.231

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

<sup>10</sup> Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Cañar, Azuay, Loja, Sto. Domingo de los Tsachilas, Esmeraldas, Manabí, Guayas, Los Ríos, El Oro, Santa Elena, Sucumbíos, Napo, Orellana, Morona Santiago, Zamora Chinchipe

## 6.2. Análisis de los resultados del Estudio Estimación del consumo anual de cigarrillos en Ecuador

El 22,7% de la población entrevistada fuma cigarrillos frecuentemente; y es significativamente mayor la proporción de hombres que fuman en relación a las mujeres; es decir, el 36,3% de hombres fuman frente a un 8,2% de mujeres que lo hacen. Y además, son los jóvenes de 18 a 29 años el grupo que más fuma (el 27,8% del grupo consumo cigarrillos) como podemos ver en la siguiente tabla y gráfico:

**Tabla 5: CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA SEGÚN NIVEL, SEXO Y EDAD**

¿Fuma cigarrillos aunque sea de vez en cuando?

Pregunta # 1

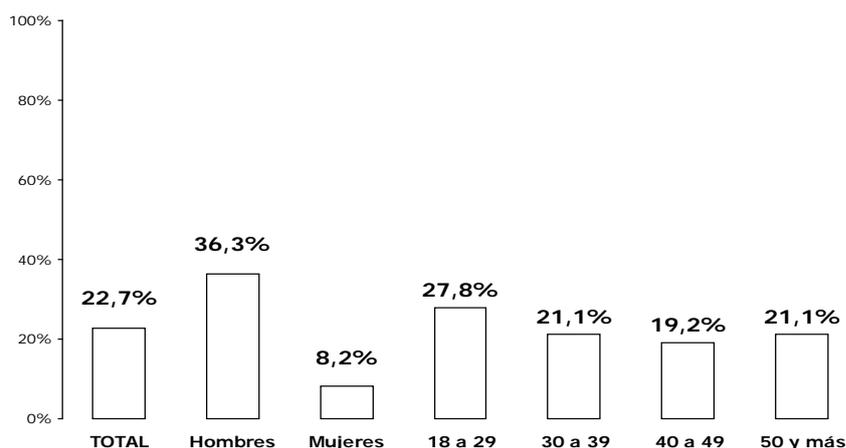
	TOTAL	Nivel			Sexo		Edad			
		Alto	Medio	Bajo	Hombres	Mujeres	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 y más
<b>Sí</b>	22,70%	30,80%	28,60%	20,30%	36,30%	8,20%	27,80%	21,10%	19,20%	21,10%
<b>No</b>	77,30%	69,20%	71,40%	79,70%	63,70%	91,80%	72,20%	78,90%	80,80%	78,90%
<b>TOTAL</b>	5028	107	1332	3589	2601	2427	1520	1200	1077	1231

TOTAL: 100%  
BASE: Total Entrevistados

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

**Gráfico 4: CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA SEGÚN SEXO Y EDAD**



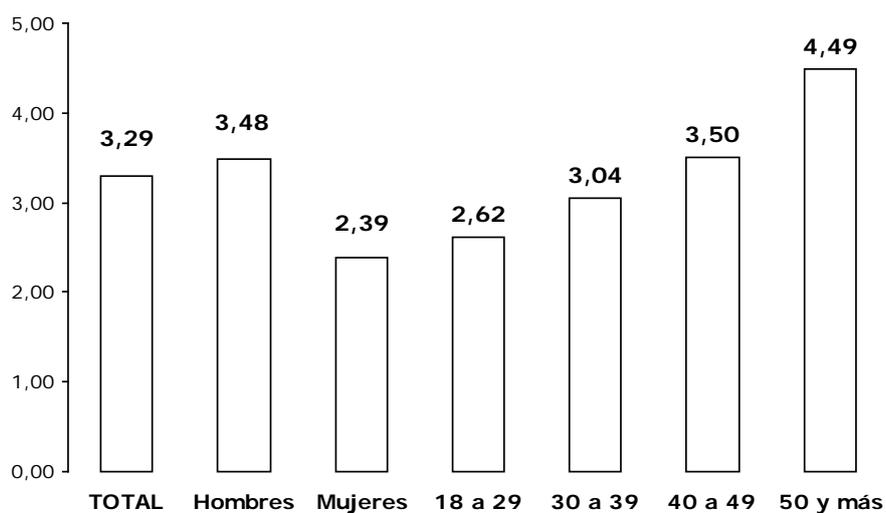
BASE: (5028) Total Entrevistados

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

El promedio de consumo de cigarrillos por día es de 3.29, siendo más alto entre los hombres que fuman que en el grupo de las mujeres (3,48 y 2,39 respectivamente), y es interesante revisar que la tendencia es mayor mientras mayores son los fumadores, el grupo de 18 a 29 años fuman un promedio de 2,62 cigarrillos diarios frente al grupo de 50 a más años que fuman un promedio de 4,49 cigarrillos (gráfico 5).

**Gráfico 5: PROMEDIO DE CONSUMO DE CIGARRILLOS POR DÍA SEGUN SEXO EDAD**

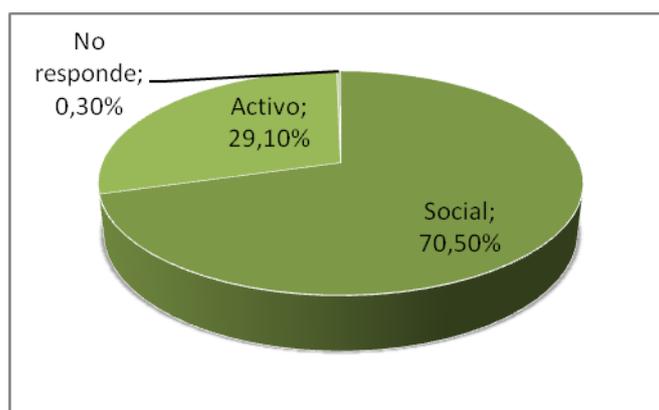


BASE: (1147) Entrevistados que fuman

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Frente a la percepción del fumador si se considera fumador social o activo, las respuestas fueron significativamente mayores para el caso de los fumadores sociales que respondieron el 70,5% (gráfico 6)

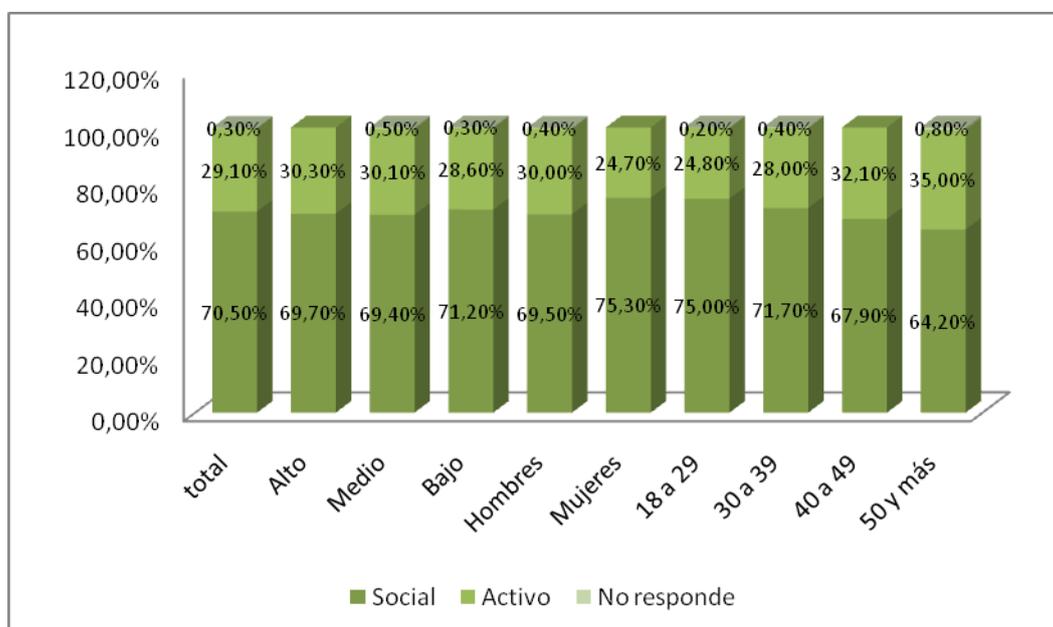
**Gráfico 6: AUTOPERCEPCIÓN COMO FUMADOR**

BASE: (1147) Entrevistados que fuman

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: MV Cisneros

Sin embargo, la tendencia a considerarse fumador social es mayor en los jóvenes de 18 a 29 años que respondieron ser fumadores sociales un 75%, frente al grupo de 50 a más años (64,2%). Si análisis según el género, la tendencia será mayor para el caso de las mujeres que se consideran fumadoras sociales en un 75,3% frente a los hombres 69,5% (gráfico 7).

**Gráfico 7: AUTOPERCEPCIÓN COMO FUMADOR SEGÚN SEXO Y EDAD**

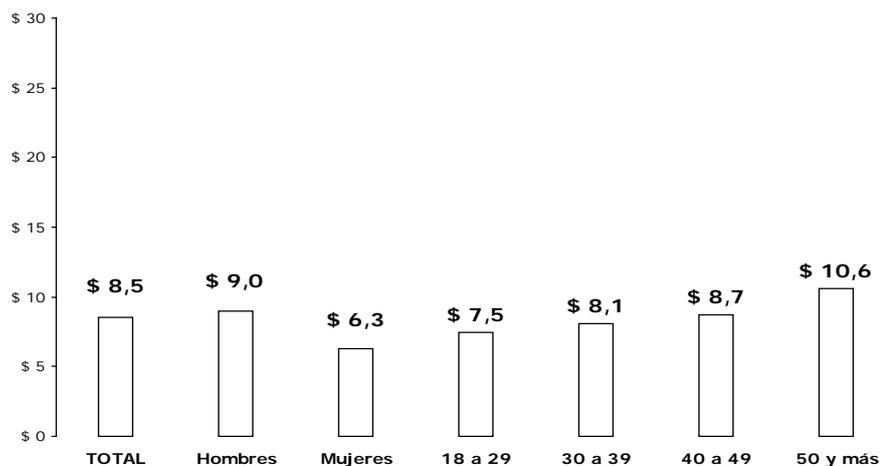
BASE: (1147) Entrevistados que fuman

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: MV Cisneros

Sobre el gasto en consumo de tabacos, el promedio de la población es de 8,5 dólares mensuales (gráfico 8)

**Gráfico 8: GASTO PROMEDIO MENSUAL EN LA COMPRA DE CIGARRILLOS**



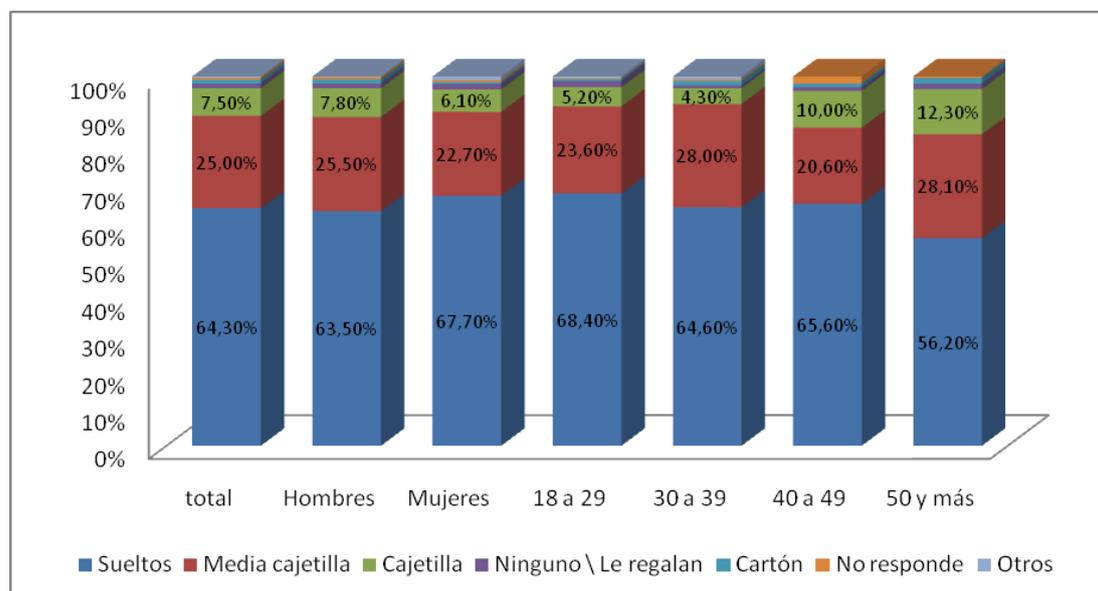
BASE: (1147) Entrevistados que fuman

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010

Si analizamos la forma de adquirir los tabacos, vemos que significativamente para todos los grupos es mayor la compra de cigarrillos sueltos, en promedio es del 64,30%, frente a un 25% de compra de media cajetilla y 7,5% de cajetilla (gráfico 9).

**Gráfico 9: FORMA DE COMPRA DE CIGARRILLOS**



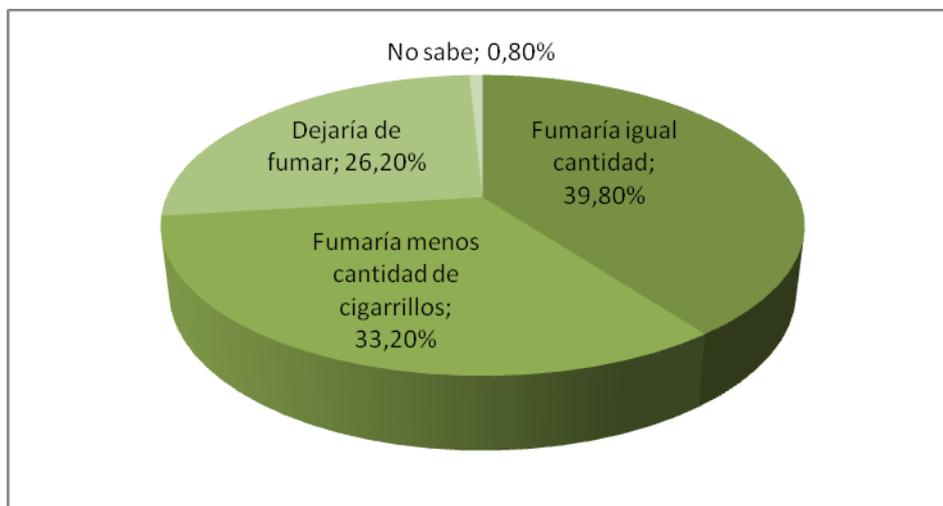
BASE: (1147) Entrevistados que fuman

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: MV Cisneros

Frente a la pregunta de un posible aumento en el precio del tabaco, la reacción fue del 39,8% que fumaría la misma cantidad, un 33,2% indican que fumaría menos cantidad de cigarrillos y el 26,2% dejaría de fumar (gráfico 10).

**Gráfico 10: HÁBITO DE CONSUMO A UN PRECIO MAYOR**



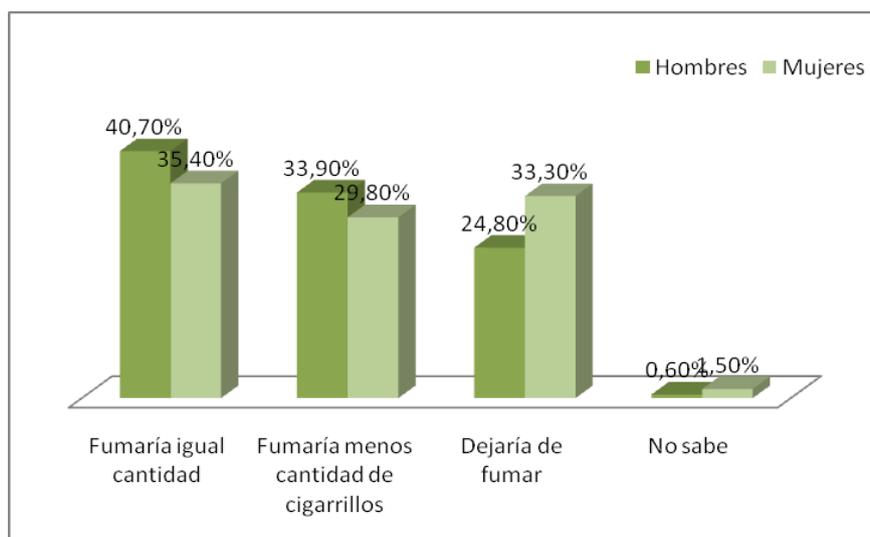
BASE: (1147) Entrevistados que fuman

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: MV Cisneros

Si analizamos esta distribución según el género, la diferencia no es substancial, salvo en el caso de mujeres que el porcentaje es mayor que los hombres frente a un aumento del precio, y es así que el 33,3% de mujeres dejarían de fumar en relación a un 24,8% de hombres (gráfico 11)

**Gráfico 11: HÁBITO DE CONSUMO A UN PRECIO MAYOR SEGÚN SEXO**



BASE: (1147) Entrevistados que fuman

Fuente: Ministerio de la Coordinación de la Política Económica, ESTIMACIÓN DEL CONSUMO ANUAL DE CIGARRILLOS EN ECUADOR, julio 2010.

Elaborado por: MV Cisneros

Este estudio sobre la Estimación del Consumo Anual de cigarrillo en el Ecuador, realizado por el Ministerio de Coordinación de Política Económica a través de la Consultora Datanalisis, nos permite tener una descripción breve del consumidor de tabaco en el país, el cual se complementará con el análisis de los determinantes sociales en el consumo de tabaco de la Encuesta de Condiciones de Vida en los próximos capítulos.

Sin embargo, es importante resaltar algunas conclusiones previas sobre los resultados de dicho estudio. Primero nos muestra que el 22,7% de la población entrevistada fuma cigarrillos frecuentemente, con una proporción significativamente mayor en los hombres que fuman frente a las mujeres y existe una prevalencia mayor en el consumo de tabaco en el grupo de los jóvenes de 18 a 29 años.<sup>11</sup>

El promedio de consumo de tabacos es de 3.29 unidades diarias; considerándose mayor la proporción de fumadores sociales, frente a una pequeña población que se considera como fumador activo.

El promedio de gasto de consumo de tabaco es por debajo de los 10 dólares mensuales y la mayoría de los fumadores compra los tabacos sueltos (64,30%). Además, frente a una realidad de aumento del precio de cigarrillos, el 40% de la población seguiría fumando la misma cantidad y un 26% dejaría de fumar.

---

<sup>11</sup> Encuestas de 1988 y 1995 en adultos mostraban una prevalencia de alrededor del 30%. Ha disminuido el consumo en adultos, sobre todo en hombres, más no en adolescentes que va en aumento.

## VII. METODOLOGÍA

En los capítulos anteriores se realizaron aproximaciones teóricas de los determinantes sociales y el consumo de tabaco desde un análisis deductivo que parte de las explicaciones a nivel mundial, latinoamericano y que nos llevó al caso ecuatoriano, objeto de este estudio, y que además, se hizo un breve análisis descriptivo del consumidor de tabaco ecuatoriano en base al estudio *Estimación del consumo anual de cigarrillos en Ecuador*. Esto nos permite tener un marco teórico pertinente para pasar a la metodología de este trabajo.

A continuación se describirá algunos modelos realizados en estudios anteriores en relación al consumo de tabaco y los determinantes sociales, lo cual nos permitirá contar con una evidencia empírica favorable para plantear la metodología adecuada para nuestra investigación.

### 7.1. Evidencia Empírica: Algunas aproximaciones metodológicas de estudios relacionados al consumo de tabaco y los determinantes sociales

Se ha realizado una breve revisión de las metodologías aplicadas en estudios similares y de esta manera confirmar la viabilidad de aplicar ciertos modelos considerando nuestras variables de estudio y los datos que contamos.

Existen estudios transversales que tratan de determinar el consumo de tabaco en la población, por ejemplo el estudio en Arucas sobre “Tabaquismo: factores determinantes y actitud hacia su abandono entre los estudiantes de secundaria de Arucas, Canarias” que fue un estudio descriptivo transversal realizado a todos los alumnos de secundaria de los centros educativos públicos en el periodo 2003 – 2004 (Navarro M., Marrero, M., Torres, M., Montesdeoca, D., Vega, J., 2006).

Otro estudio es el *Consumo de tabaco en titulados universitarios. El proyecto Seguimiento Universidad de Navarra* “es un estudio prospectivo de cohortes dinámicas” y que aplicó modelos de regresión logística no condicional (García, X., Guerra, F., Ortega, R., Sánchez, A., Martínez, M., 2004) y que consideró como variable dependiente el consumo de tabaco y como variables independientes: sexo, situación laboral, estado civil, nivel de educación,

número de hijos, consumo de alcohol, índice de masa corporal y edad. (García, X., Guerra, F., Ortega, R., Sánchez, A., Martínez, M., 2004).

Otro estudio, en el cual también se aplicó un modelo de regresión logística es *El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984 – 2000* y consideró como variables dependientes el hogar con consumo de tabaco y como variables independientes: nivel de educación, sexo del jefe del hogar, ingreso corriente monetario trimestral total del hogar y el consumo de alcohol. (Vázquez, L., Sesma, S., Hernández, M., 2002).

El trabajo Determinantes sociodemográficos del hábito tabáquico y de su abandono en la población de Cornellá de Llobregat, se realizó a través de regresión logística polinómica – multinomiales – en la cual se consideró como variable dependiente el consumo de tabaco descrito en tres categorías: fumador, no fumador y ex fumador. (Espinàs, J. A., Moreno, V., Borràs, J. M., Pujol, C., Martí M., 1999).

Otro trabajo “para estimar la proporción de ingresos que las familias gastan en cigarrillos y determinar la asociación entre inseguridad alimentaria, fumar y la pobreza” (Armour, B., Pitts, M., Lee C., Woollery T., Caraballo, R. 2005) fue *Los pobres, ¿fuman al precio de la inseguridad alimentaria?* el cual utilizó modelos de regresión logística de múltiples variables con el fin de evaluar la asociación entre el consumo de tabaco, la inseguridad alimentaria y la pobreza y “revelaron que las probabilidades de sufrir inseguridad alimentaria aumentaban a medida que aumentaba la proporción de ingresos que se gastaban en cigarrillos” (Armour, B., Pitts, M., Lee C., Woollery T., Caraballo, R. 2005).

## **7.2. Método Cuantitativo: Estudio Econométrico**

Para nuestro estudio que pretende evaluar los determinantes sociales: sexo, edad, etnia, pobreza, nivel de educación, zona geográfica, entre otras, y cómo influyen en el consumo en mayor o menor medida de tabaco en la sociedad ecuatoriana, utilizaremos la Encuesta de Condiciones de Vida, 2006 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), debido a que es la encuesta a nivel nacional que cuenta con datos de determinantes sociales y consumo de

tabaco. Este instrumento nos permitirá lograr responder a nuestra pregunta de conocimiento y cumplir con los objetivos planteados.

La última Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) es del año 2006 y su universo de estudio fueron los “hogares del área urbana y rural de la República del Ecuador, excluyendo la Región Insular. Por su parte, la unidad de análisis y de observación es el hogar” (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2006) y se contaron con una muestra de 13.536 viviendas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2006).

La ECV tiene un módulo dedicado a la salud en el cual se especifica una sesión sobre las prácticas de hábitos de la población y entre ellos se estudia el hábito de fumar. En referencia al consumo de cigarrillos precisa 4 preguntas en su cuestionario: Fuma usted cigarrillos diariamente? Cuántos cigarrillos fuma al día?, Cuántos años lleva fumando? Y durante la semana pasada cuánto dinero gastó en cigarrillos? (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2006). Dichas preguntas nos permiten contar con información relacionada a la prevalencia de consumo diario, la cantidad de cigarrillos consumidos al día, el consumo en función de años y el gasto en cigarrillos.

Para el presente estudio, nos centramos en el consumo diario<sup>12</sup> y el número de cigarrillos consumidos a través de un estudio econométrico aplicando los modelos Probit y de Mínimos Cuadrados Ordinarios en la base de datos de la ECV, 2006, y que nos permitirán establecer si existe asociación entre los determinantes sociales y el consumo de tabaco.

El primer paso, a manera de descripción, se realizó un estudio de prevalencia de los fumadores en la población ecuatoriana según los determinantes sociales utilizando la ECV, que permitió saber realmente el número de fumadores según su sexo, edad, nivel de escolaridad, etnia, situación geográfica, económica, etc.

Luego pasamos al estudio econométrico a través de los modelos: Probit y Mínimos Cuadrados Ordinarios, con el objetivo de alcanzar un análisis de asociación y establecer si la exposición a algún factor – determinantes sociales

---

<sup>12</sup> Generalmente el dato que más se compara a nivel internacional es prevalencia en los últimos 30 días., en vista de que muchos fumadores no fuman todos los días. Sin embargo, la Encuesta de Condiciones de Vida 2006, está formulada su pregunta según el consumo diario de los entrevistados.

– ayuda a que aumente o disminuya el riesgo posterior; para lo cual, se realiza comparaciones entre los grupos expuestos y no expuestos, en este caso, entre fumadores y no fumadores. Además, se realizará un análisis para verificar la asociación de los determinantes sociales con respecto al número de cigarrillos consumidos al día, diagnósticos que serán importantes a la hora de establecer políticas que considere todas las características de los fumadores.

### **7.2.1. Modelo Probit y Modelo de Mínimos Cuadrados Ordinarios**

Para el estudio hemos planteado dos modelos: modelo Probit para establecer la asociación de los determinantes sociales con el consumo de tabaco y un modelo de Mínimos Cuadrados Ordinarios para ver la asociación de los determinantes sociales con respecto al número de cigarrillos consumidos al día. Se utilizaron las mismas variables independientes o explicativas en los dos modelos y se diferenciaron las variables dependientes que se explican a continuación.

#### **7.2.1.1. Variables de los Modelos Econométricos:**

El primer modelo tiene como variable dependiente el consumo de tabaco diario, dividido en las categorías: fuma diariamente y no fuma diariamente, es decir, es una variable dicotómica que tomó el valor de 1 la variable fuma y el valor de 0 la variable no fuma. En el segundo modelo la variable dependiente es el número de cigarrillos consumidos al día.

Las variables independientes en los dos modelos son las mismas y agrupan a los determinantes socioeconómicos más relevantes para nuestro estudio, estas son: edad, etnia, ubicación geográfica (área urbana), región, nivel de escolaridad, estado civil (unión libre, soltero, separado, divorciado, viudo) y pobreza.

La variable edad es una variable numérica expresada en años. Para la variable etnia se ha seleccionado como variables categóricas: indígena, mestizo, negro, mulato en comparación al resto de autoidentificaciones étnicas – blancos y otros - .

Para la variable ubicación geográfica se seleccionó a la variable categórica área urbana frente a la variable rural; y su análisis nos permitirá tener una visión más amplia si varía el residir en un área urbana frente a una rural. La variable estado civil se explicará desde las variables categóricas unión libre, soltero, separado, divorciado, viudo frente a la variable casado

Además, se utilizará como variable independiente, el nivel de escolaridad, que implica un análisis considerando la variación por cada año de escolaridad adicional que tenga el individuo. En total son 21 niveles de escolaridad que se considera en la ECV 2006.

Por último la variable pobreza, que considera el nivel de pobreza de consumo; es una variable dicotómica que considera a los dos grupos: pobres y no pobres. Se define al pobre a aquel individuo que no puede satisfacer sus necesidades básicas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2006).

A continuación un detalle de las agrupaciones de las variables que utilizaremos según el tipo de modelo que vamos a aplicar:

**Tabla 6: MODELO PROBIT: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO Y SUS VARIABLES**

VARIABLES DEPENDIENTES	
Fuma diariamente	
No Fuma diariamente	
VARIABLES INDEPENDIENTES	
Edad	
Etnia: indígena, mestizo, negro, mulato	
Área: Urbano	
Región: Sierra	
Nivel de escolaridad	
Estado civil: unión libre, soltero, separado, divorciado, viudo	
Pobreza: Pobre	

Elaboración: MV Cisneros.

**Tabla 7: MODELO REGRESIÓN CUANTÍLICA: NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS AL DÍA Y SUS VARIABLES**

VARIABLES DEPENDIENTES	
Número de cigarrillos que fuma al día	
VARIABLES INDEPENDIENTES	
Edad	
Etnia: indígena, mestizo, negro, mulato	
Área: Urbano	
Región: Sierra	
Nivel de escolaridad	
Estado civil: unión libre, soltero, separado, divorciado, viudo	
Pobreza: Pobre	

Elaboración: MV Cisneros

Cabe aclarar, que los determinantes sociales como sexo y condición laboral no pudieron ser analizados en los modelos ya que no presentaban relevancia estadística y desvirtuaban los resultados de probabilidades y asociación con el consumo de tabaco, por lo que solo hicimos una descripción del número de fumadores según dichas variables, resultados que se presentaran en un próximo capítulo.

#### **7.2.1.2. Modelo 1: Probit**

A través del Modelo Probit se pretende analizar la probabilidad de consumir tabacos condicionada a un conjunto de variables explicativas. De esta manera, que en términos matemáticos, el modelo Probit busca la probabilidad de que la variable binaria  $y$  tome el valor de 1, condicionado a un vector de variables explicativas  $x$  que se explica en la siguiente ecuación:

$$P (y =1/ x) = \Phi (\beta' x)$$

En donde,  $p$  indica la probabilidad,  $y$  es la variable dependiente dicotómica: fuma diariamente (valor 1) o no fuma diariamente (valor 0),  $x$  es el vector de variables explicativas: mestizo, urbano, sierra, nivel de escolaridad, soltero y pobre; y  $\Phi(\cdot)$  es la función de distribución acumulativa de la distribución normal estándar. De esta manera, se pretende estimar las variables que expliquen el aumento o disminución de la probabilidad del consumo de tabaco en la población ecuatoriana.

#### **7.2.1.3. Modelo 2: Mínimos Cuadrados Ordinarios**

El método de los Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) conocido en inglés como el Ordinary Least Square (OLS) se basa en minimizar los residuos cuadrados, entendiéndose a los residuos como las “diferencias entre los valores observados y los estimados de  $Y$ ” (Gujarati, 2004), lo cual permitirá encontrar el mejor valor próximo al real. Lo anterior se explica a través de las siguientes fórmulas:

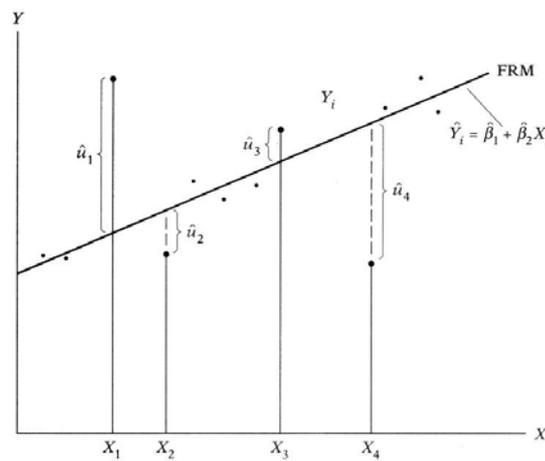
$$Y_i = \beta_1 + \beta_2 X_i + u_i$$

$$\begin{aligned} Y_i &= \hat{\beta}_1 + \hat{\beta}_2 X_i + \hat{u}_i \\ &= \hat{Y}_i + \hat{u}_i \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \hat{u}_i &= Y_i - \hat{Y}_i \\ &= Y_i - \hat{\beta}_1 - \hat{\beta}_2 X_i \end{aligned}$$

En donde,  $Y$  es la variable dependiente,  $\hat{Y}_i$  es el valor estimado - media condicional - de  $Y_i$ ,  $X_i$  son las variables independientes,  $\hat{\beta}_1$  los estimadores y  $\hat{u}_i$  son los residuos.

Para ello a todos los residuos se les da el mismo peso, es decir, "a todos los residuos se les da la misma importancia sin considerar que tan cerca o que tan dispersas estén las observaciones individuales de la FRM<sup>13</sup>" (Gujarati, 2004), para ello a los residuos se eleva al cuadrado para no tener inconvenientes de que algunos residuos tendrán una mayor dispersión que otros



Criterio de Mínimos cuadrados,  
Fuente: Gujarati, 2004

<sup>13</sup> FRM: Función de Regresión Muestral (Gujarati, 2004)

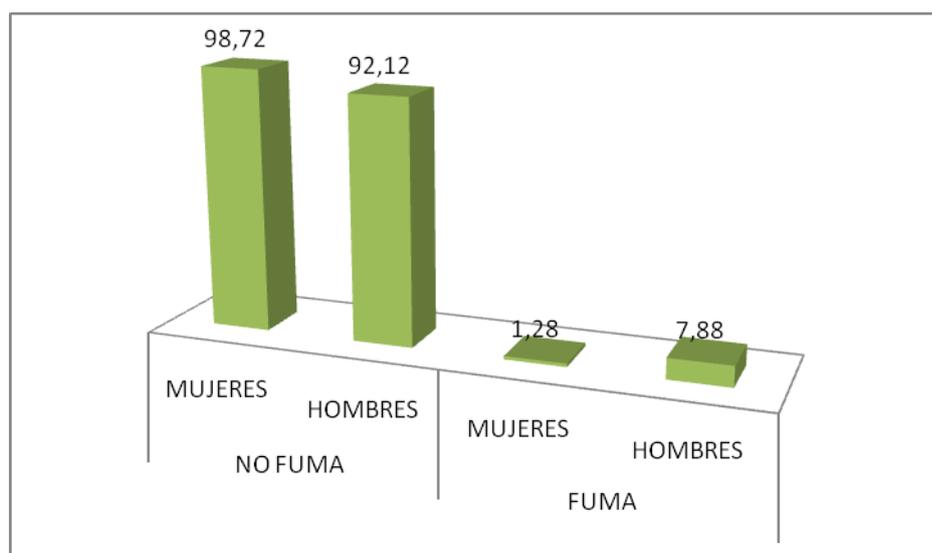
## VIII. RESULTADOS

### 8.1. Descripción de los Resultados

Para comprender el consumo de tabaco en nuestra sociedad ecuatoriana se realizó una revisión de los datos de la ECV, 2006, en función del consumo de tabaco al día. Este primer análisis descriptivo nos permitió tener una mayor comprensión del comportamiento de la sociedad frente al hábito de fumar.

Los datos nos muestran que el 1,3% de las mujeres ecuatorianas fuman diariamente, frente a un 98,7% que no lo hacen (gráfico 12). En relación a los hombres ecuatorianos el 7,9% fuma diariamente y un 92,1% no lo realiza (gráfico 12). En total, el porcentaje de población ecuatoriana que fuma diariamente es el 4,5% (tabla 8). .

Gráfico 12: CONSUMO DE TABACO AL DIA SEGÚN EL SEXO



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006  
Elaboración: MV. Cisneros

Si se analiza el consumo de tabaco diario en relación al grupo etéreo, encontramos que el mayor consumo se concentró en el grupo de 51 a 65 años con el 8,5% en relación al total de individuos perteneciente a este grupo; seguido por el grupo de 36 a 50 años con un 7,1%; y la población de adolescentes (12 a 18 años) que consume tabacos diariamente alcanzó un 0,4% (tabla 8).

Tabla 8: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN EL GRUPO ETARIO

Grupo etario	No Fuma		Fuma		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
De 12 a 18 años	1.951.156	99,56%	8.559	0,44%	1.959.715
De 19 a 35 años	3.293.950	96,30%	126.703	3,70%	3.420.653
De 36 a 50 años	2.031.216	92,94%	154.380	7,06%	2.185.596
De 51 a 65 años	1.143.854	91,47%	106.660	8,53%	1.250.514
De 66 años en adelante	716.013	95,31%	35.243	4,69%	751.256
<b>Total</b>	<b>9.136.189</b>	<b>95,49%</b>	<b>431.545</b>	<b>4,51%</b>	<b>9.567.734</b>

Hábito de fumar diariamente

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006

Elaboración: MV. Cisneros

El consumo de tabacos diario por nivel de escolaridad nos mostró una tendencia mayor en los casos que mayor nivel de escolaridad presentaron, esto se refleja a partir del grupo con 18 años de escolaridad (10,19%) (tabla 9), siendo el grupo que más consume el que tiene 20 años de escolaridad con un 18.9%.

Tabla 9: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD

Nivel de escolaridad	No Fuma		Fuma		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
0	542.642	96,21%	21.370	3,79%	564.012
1	180.386	95,60%	8.305	4,40%	188.691
2	306.035	96,10%	12.420	3,90%	318.455
3	362.007	94,80%	19.842	5,20%	381.849
4	300.712	94,82%	16.441	5,18%	317.153
5	278.396	96,17%	11.085	3,83%	289.481
6	2.274.027	95,80%	99.763	4,20%	2.373.790
7	421.454	98,22%	7.639	1,78%	429.093
8	514.416	96,91%	16.389	3,09%	530.805
9	737.603	96,79%	24.459	3,21%	762.062
10	421.415	96,30%	16.178	3,70%	437.593
11	323.072	96,54%	11.582	3,46%	334.654
12	1.149.677	95,23%	57.625	4,77%	1.207.302
13	194.671	96,09%	7.921	3,91%	202.592
14	233.564	92,35%	19.344	7,65%	252.908
15	206.149	91,38%	19.444	8,62%	225.593
16	220.989	92,34%	18.334	7,66%	239.323
17	239.472	92,85%	18.442	7,15%	257.914
18	170.434	89,81%	19.329	10,19%	189.763
19	41.486	95,57%	1.923	4,43%	43.409
20	15.829	81,01%	3.710	18,99%	19.539
21	1.753	100,00%	0	0,00%	1.753
<b>Total</b>	<b>9.136.189</b>	<b>95,49%</b>	<b>431.545</b>	<b>4,51%</b>	<b>9.567.734</b>

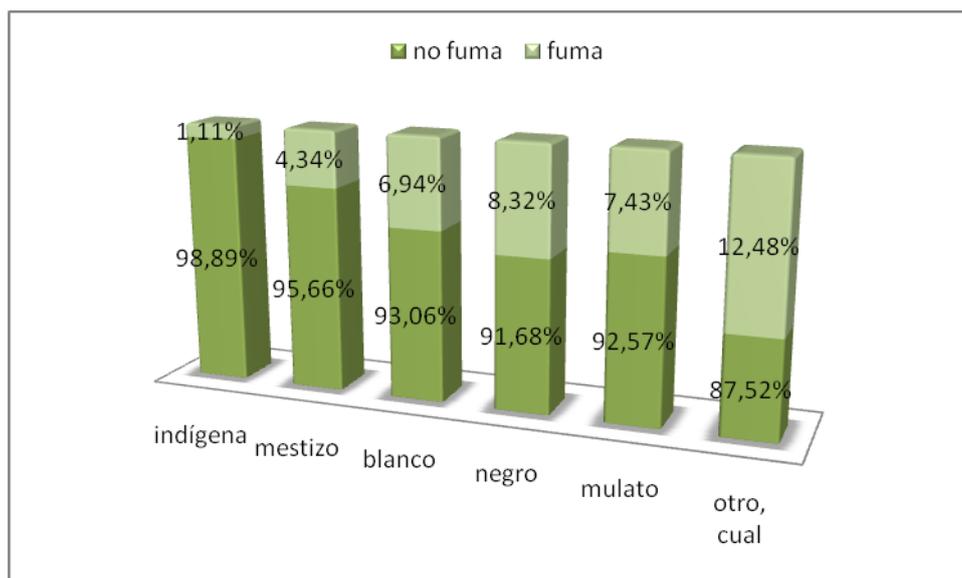
Hábito de fumar diariamente

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006

Elaboración: MV. Cisneros

Si analizamos para el caso de la autoidentificación étnica, las respuestas en relación al consumo diario de tabaco fueron mayores para el caso de los que se autoidentificaron como negros (8,32%) y mulatos (7,43%); seguido por los blancos (6,49%), mestizos (4,34%) e indígenas (1,11%) y otros del 12,48% (gráfico 13)

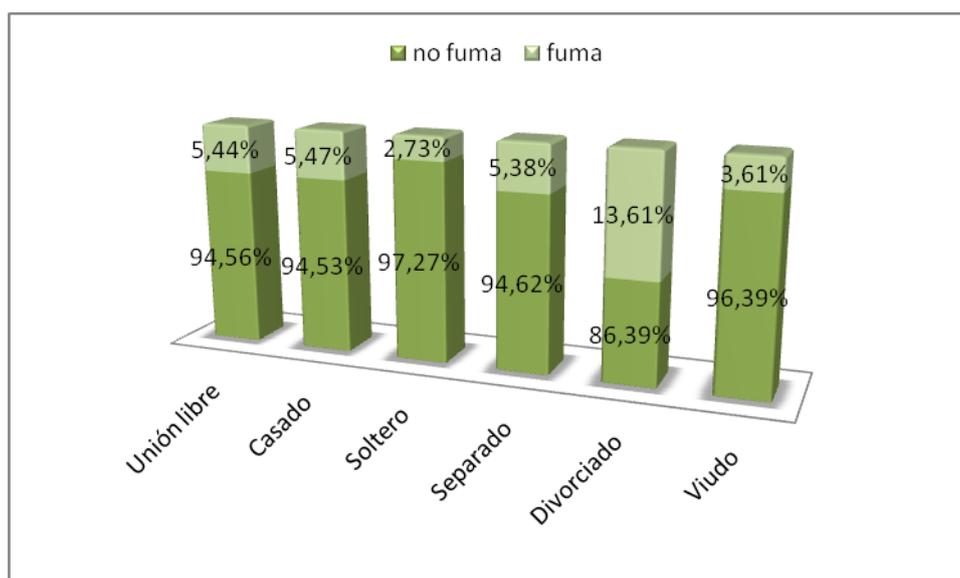
**Gráfico 13: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN LA AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA**



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006  
Elaboración: MV. Cisneros

Según el estado civil, el consumo de tabacos diario fue mayor en la población ecuatoriana divorciada con el 13,61%, seguido por porcentajes que bordean el 5% se encontraron: casados (5,47%), en unión libre (5,44%) y separados (2,73%) (gráfico 14). Para el caso de los solteros, el consumo de tabacos diario fue del 2,73% (gráfico 14)

Gráfico 14: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006  
Elaboración: MV. Cisneros

Según la condición de pobreza, los ecuatorianos pertenecientes a la categoría de no pobres fuman más, el 5,4% (tabla 10) frente a los pobres que consumen el 2,8%.

Tabla 10: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN NIVEL DE INGRESOS

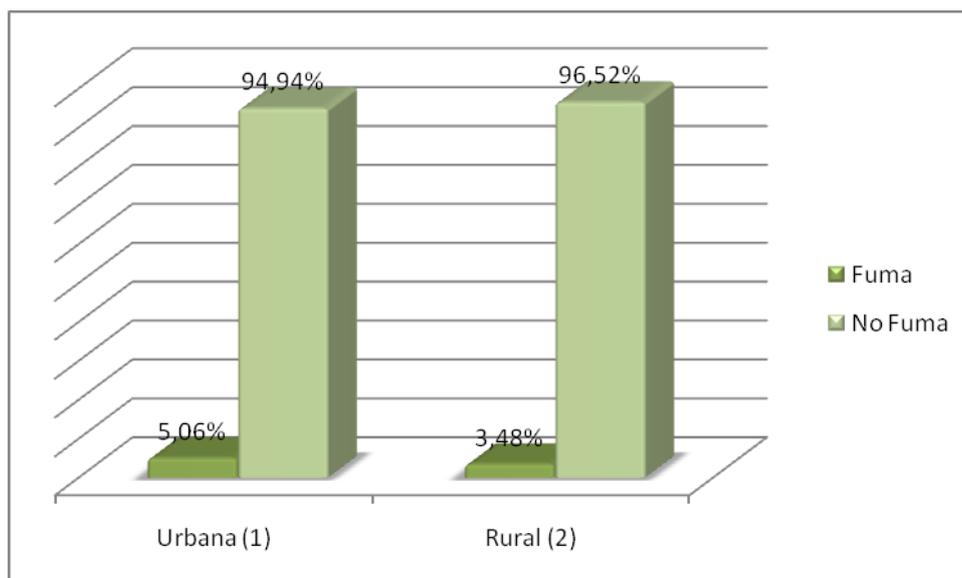
Condición de Pobreza	No Fuma		Fuma		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No Pobre	5.953.761	94,60%	339.791	5,40%	6.293.552
Pobre	3.128.666	97,21%	89.937	2,79%	3.218.603
<b>Total</b>	<b>9.082.427</b>	<b>95,48%</b>	<b>429.728</b>	<b>4,52%</b>	<b>9.512.155</b>

Hábito de fumar diariamente

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006  
Elaboración: MV. Cisneros

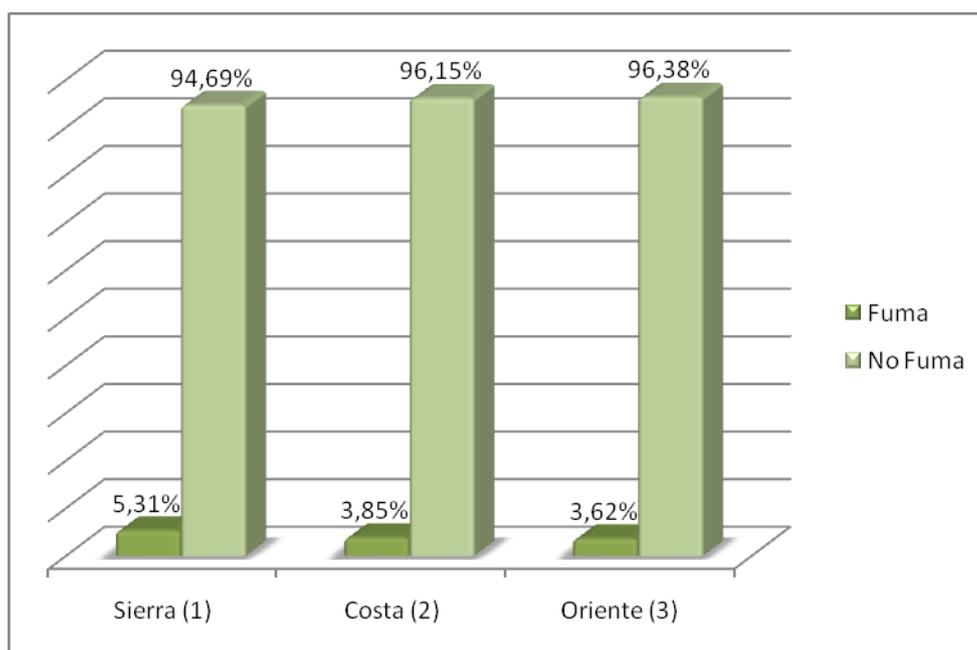
En relación al área donde residen los ecuatorianos, se reflejó que el 5,06% de la población de las zonas urbanas consumen tabaco diariamente; mientras que en la zona rural la prevalencia de consumo es del 3,48% (gráfico 15). Si analizamos por región, el mayor consumo se encuentra en la sierra, el 5,31% de los serranos fuman tabaco diariamente, mientras que en la costa la prevalencia es del 3,85% y en el Oriente 3,62% (gráfico 16)

Gráfico 15: FUMADORES DIARIOS SEGÚN ÁREA



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006  
Elaboración: MV. Cisneros

Gráfico 16: FUMADORES DIARIOS SEGÚN REGIÓN



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006  
Elaboración: MV. Cisneros

Según la condición laboral de la población ecuatoriana, la ECV, 2006, utilizó la variable dicotómica: si trabajó la semana pasada o si no trabajó la semana pasada. En base a estas variables se analizó el consumo diario de tabacos y se encontró que el 5,94% de los que trabajan respondieron ser fumadores diarios, frente a un 1,99% de la población que no trabaja (tabla 11).

Tabla 11: CONSUMO DE TABACOS AL DÍA SEGÚN CONDICIÓN LABORAL

Condición Laboral	No Fuma		Fuma		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No trabajó la semana pasada	3.396.609	98,01%	68.915	1,99%	3.465.524
Si trabajó la semana pasada	5.739.580	94,06%	362.630	5,94%	6.102.210
<b>Total</b>	<b>9.136.189</b>	<b>95,49%</b>	<b>431.545</b>	<b>4,51%</b>	<b>9.567.734</b>

Hábito de fumar diariamente

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006

Elaboración: MV. Cisneros

## 8.2. Asociación de los determinantes sociales y el consumo de tabaco

A continuación se presenta los resultados del análisis de probabilidad sobre la asociación de los determinantes sociales en relación al consumo de tabacos diario, con las variables: indígena, mestizo, negro, mulato urbano, sierra, nivel de escolaridad, unión libre, soltero, separado, divorciado, viudo, pobre y edad.

Según la autoidentificación étnica, la probabilidad de fumar diariamente para el caso del indígena será del 74% menor que los blancos y otros con un nivel de significancia del 0.01 y de igual manera sucede con los mestizos que será del 19% menor que la agrupación de blancos y otros con un nivel de significancia del 0.01. Sin embargo, para el caso de los afroecuatorianos la probabilidad de fumar es del 32% más (con un nivel de significancia del 0,001) y para el caso del mulato no encontramos una significancia estadística aunque se presumiera que la tendencia es similar a los afroecuatorianos (Tabla 12).

Para el caso de la variable urbana, no encontramos una significancia estadística, por lo cual no podríamos determinar si existe o no relación entre el área donde reside el individuo como causalidad para que influya en el consumo de tabaco. Sin embargo, si revisamos para los ecuatorianos que viven en la sierra, la probabilidad de fumar diariamente es del 12% mayor que el resto de regiones con un nivel de significancia del 0.1. (Tabla 12).

Además, por cada año de escolaridad, mayor será la probabilidad de fumar diariamente (3%) con un nivel de significancia del 0.01. En el caso del estado civil, no encontramos significancia estadística para las categorías de solteros y separados, aunque parecería que la probabilidad de fumar del soltero es menor

y más bien la probabilidad es mayor para el caso del separado; y es en cambio, para el caso de los divorciados que tienen una probabilidad de fumar 20% más que los casados – nivel de significancia del 0,05 - y siendo los viudos los que tienen una probabilidad de 39% menor que los casados de consumir tabacos con un nivel de significancia del 0.01 (Tabla 12).

Si revisamos para el caso de los pobres<sup>14</sup> tendrán una probabilidad del 15%, de fumar diariamente menor que los no pobres, con un nivel de significancia del 0.01 (Tabla 12).

Y por último al revisar la edad, por cada año, mayor será la probabilidad de fumar diariamente (1.5%) con un nivel de significancia del 0.01.

---

<sup>14</sup> En la Encuesta de Condiciones de Vida, 2006, se define al pobre a aquel individuo que no puede satisfacer sus necesidades básicas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2006).

**Tabla 12: ASOCIACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES CON EL CONSUMO DE TABACO -  
MODELO PROBIT**

Variable Dependiente	Modelo Probit
	Fuma diariamente
Indígena	-0,742***
	(-9,46)
Mestizo	-0,193***
	(-4,84)
Afroecuatoriano	0,316***
	-5,11
Mulato	0,132
	-1,82
Urbano	0,0409
	-1,5
Sierra	0,119***
	-4,8
Nivel de escolaridad	0,0257***
	-9,16
Unión libre	0,202***
	-6,06
Soltero	-0,0321
	(-0,93)
Separado	0,0269
	-0,52
Divorciado	0,204**
	-2,6
Viudo	-0,393***
	(-6,20)
Pobre	-0,149***
	(-5,16)
Edad	0,0148***
	-20,18
Constantes	-2,364***
	(-34,11)
<b>Observaciones</b>	<b>39634</b>

t statistics in parentheses

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006  
Elaboración: MV. Cisneros

### **8.3. Asociación de los determinantes sociales y número de tabacos consumidos.**

A continuación se detalla el consumo de tabacos según la cantidad de cigarrillos fumados al día. Los porcentajes más altos se encontraron en el consumo de 1 a 5 tabacos<sup>15</sup>; y sobre todo el 22,3% de fumadores diarios ecuatorianos respondieron que consumen 2 tabacos al día. Seguidos por el 16,7% que indicó que fuma diariamente 3 cigarrillos al día (tabla 13).

La distribución acumulada nos muestra que el 92,5% de fumadores fuman entre 1 a 10 cigarrillos al día. Sin embargo, existe un 7,5% de la población fumadora que fuma más de 11 cigarrillos al día, como por ejemplo el 4,3% de ecuatorianos que fuman 20 cigarrillos al día (tabla 13). Con este análisis, vemos que el comportamiento de los fumadores predominó en el hábito de fumar entre 1 a 9 cigarrillos.

---

<sup>15</sup> La información de la encuesta recoge datos hasta 40 cigarrillos consumidos, los resultados no serán significativos, ya que el consumo de tabacos se concentra en estos valores que demanda la población; es de esta manera que hasta el noveno cigarrillo consumido abarca el 79,28% de la población que consume tabacos.

Tabla 13: DISTRIBUCIÓN DE TABACOS CONSUMIDOS AL DÍA

No. de cigarrillos fuma al día	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	43.466	10,07	10,07
2	87.735	20,33	30,4
3	72.038	16,69	47,1
4	50.033	11,59	58,69
5	50.964	11,81	70,5
6	23.362	5,41	75,91
7	5.634	1,31	77,22
8	8.542	1,98	79,2
9	367	0,09	79,28
10	57.190	13,25	92,54
11	193	0,04	92,58
12	4.303	1	93,58
14	422	0,1	93,67
15	5.066	1,17	94,85
16	141	0,03	94,88
18	418	0,1	94,98
20	18.462	4,28	99,26
21	301	0,07	99,33
22	156	0,04	99,36
25	611	0,14	99,5
30	1.334	0,31	99,81
40	807	0,19	100
	431.545	100	

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006  
Elaboración: MV. Cisneros

Por lo que, para el análisis de la asociación por el número de tabacos consumidos diariamente utilizaremos el modelo de Mínimos Cuadrados Ordinarios.

Para la condición étnica solo encontramos significancia estadística para el caso del afroecuatoriano que fuma alrededor de 2 tabacos más que el grupo de blancos y otros con un nivel de significancia estadística del 0.01. Si bien no hay significancia estadística para el caso de indígenas, parecería que el indígena fumador consume 2 tabacos más que blancos y el grupo de otros. (Tabla 14).

Por el método de mínimos cuadrados ordinarios, tampoco se encontró significancia estadística en relación a la variable urbano. En el caso de la Sierra, al analizar los resultados por el número de cigarrillos consumidos diariamente, podemos intuir que los fumadores que viven en la Sierra fuman casi un cigarrillo menos (0,8 cigarrillo) menos que los fumadores que viven en otras regiones del país – Costa y Oriente - con un nivel de significancia del 0.01

(Tabla 14). Si bien esto nos puede parecer contradictorio por que anteriormente hemos analizado que el serrano tiene mayor probabilidad de fumar, debemos entender que este es otro análisis, ya no partimos de si fuma o no fuma, ahora estamos analizando solo a los fumadores y revisando la intensidad en su consumo, es por ello que un fumador que viva en la sierra fuma un cigarrillo menos un fumador que viva en otras regiones.<sup>16</sup>

Para la variable nivel de escolaridad, la tendencia de la intensidad de número de tabacos consumidos en relación a la probabilidad de fumar se asemeja, por cada año de escolaridad fuman 0,17 tabaco más con un nivel de significancia dado del 0.01 (Tabla 14).

Para el estado civil, el viudo fuma un tabaco y medio menos que los casados con un nivel de significancia estadística del 0.05 (Tabla 14); el resto de estados pierden significancia estadística.

En el caso de la población de escasos recursos, la tendencia es a fumar menos cigarrillos en relación a los “no pobres”, lo cual se refleja en que el pobre fuma casi un cigarrillo menos con un nivel de significancia del 0.05 (Tabla 14).

Y por último, la edad también será un determinante, cuando vemos que por cada año los fumadores fuman 0,07 más con un nivel de significancia del 0.01 (Tabla 14).

---

<sup>16</sup> Este hecho lo podemos entender a través del siguiente ejemplo hipotético: en el mercado laboral, si analizamos probabilidades podemos decir, que los hombres tienen mayor probabilidad de acceder a un trabajo; y si analizamos a los individuos que trabajan según el número de horas trabajadas, podemos indicar que son las mujeres las que trabajan un mayor número de horas.

Tabla 14: MINIMOS CUADRADOS ORDINARIOS POR TABACOS CONSUMIDOS AL DÍA

	Modelo OLS
Variable Dependiente	Número de cigarrillos fumados diariamente
Indígena	2,202
	-1,37
Mestizo	-0,305
	(-0,87)
Afroecuatoriano	1,876***
	-3,58
Mulato	0,0155
	-0,02
Urbano	0,26
	-1,05
Sierra	-0,780**
	(-2,95)
Nivel de escolaridad	0,174***
	-5,21
Unión libre	0,0247
	-0,07
Soltero	0,146
	-0,42
Separado	-0,125
	(-0,28)
Divorciado	0,0139
	-0,02
Viudo	-1,498*
	(-2,20)
Pobre	-0,600*
	(-2,13)
Edad	0,0760***
	-7,65
Constantes	1,064
	-1,45
<b>Observaciones</b>	<b>1833</b>

t statistics in parentheses

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006

Elaboración: MV. Cisneros

## **IX. DISCUSIÓN**

### **9.1. La asociación de los determinantes sociales con el consumo de tabaco en la población ecuatoriana**

Según los datos utilizados en la investigación se refleja que para el caso ecuatoriano es mayor el consumo masculino. Al ser el análisis de un solo año – 2006 – no podemos hablar de una tendencia de incrementar o disminuir el consumo en mujeres; sin embargo, se pensaría que se está dando un crecimiento del tabaquismo en las mujeres. Dicho fenómeno se ve en casi todos los países y en el nuestro a través de las encuestas de adolescentes 2001 y 2007 donde puede reflejarse este incremento, lo cual coincide con la literatura que indica una tendencia a disminuir el consumo en los hombres y aumentar el consumo en las mujeres como resultado de los cambios culturales y una mayor inserción laboral del género femenino (Artazgoza, L., Moyac, C., Vanaclochad, H., Ponte, P., 2004, p. 59) (P. Doskoch, 2008, p. 200). Este cambio de roles en la sociedad ha permitido que las mujeres adopten nuevos estilos de vida y entre esos nuevos hábitos está el consumo de tabaco. Si bien la sociedad ecuatoriana no es la excepción en estos cambios de roles, se podría indicar que esta tendencia sería más por una tardanza por parte de las mujeres en adoptar el hábito y que más bien podría iniciarse el incremento del consumo de tabaco a corto o mediano plazo y esto se refleja en una considerable proporción de mujeres adolescentes que consumen tabaco. Por ello, es de importancia considerar a las mujeres como un grupo de riesgo al cual la salud pública ecuatoriana no debería dejar de tomar en cuenta.

Al analizar la tendencia del consumo de cigarrillos en adolescentes, el Ecuador no es la excepción y el consumo en jóvenes cada vez se inicia a una edad más temprana, siendo en el caso ecuatoriano a los 11.7 años (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP, 2008, p. 43), lo que sí coincide con otros datos a nivel regional e internacional. La literatura nos indica que esto es el reflejo de una sociedad cada vez más influenciada por los medios de comunicación en los cuales muestran como normal el consumo de tabaco; además de que los adolescentes, al estar en una etapa de transición, son más susceptibles para ser convencidos por los mismos y por la industria dirigida a este segmento pares (Ariza, C. & Nebot, M., 2002, p.228). Esto implica que a más de las mujeres, la importancia también se

centra en los adolescentes, ya que es la etapa de inicio del consumo de tabaco y es con el grupo con el cual se podrían unir esfuerzos para promocionar estilos de vida saludables y prevenir el consumo de tabaco.

El estudio de Estimación del consumo anual de cigarrillos en Ecuador, nos indica que el grupo de 18 a 29 años es el grupo etéreo que más fuma frecuentemente. Sin embargo, el mayor consumo se centra en los grupos etéreos más adultos (50 a más años) que se refleja en la Encuesta de Condiciones de Vida, donde los mayores fumadores, por número de tabacos consumidos por día, son las personas entre 51 a 65 años. Dicha tendencia a mayor consumo por mayor edad es común en la literatura en la cual indica que hay un incremento o consolidación del hábito a mayor edad y se podría explicar por el consumo más alto de cigarrillos se da una mayor posibilidad de instaurarse la adicción a la nicotina (Ariza, C. & Nebot, M., 2002, p.228).

Según la Encuesta de Condiciones de Vida la población ecuatoriana con 18 años de escolaridad en adelante son los que más fuman, de igual manera, el estudio nos mostró que por cada año de escolaridad es mayor la probabilidad de fumar y además que los fumadores consumen 0,17 tabacos más por cada año. Si bien la literatura internacional no es tan clara a la hora de explicar si existe asociación entre el mayor nivel de escolaridad y el consumo de tabaco, encontramos que si existe relación el nivel de escolaridad con los ingresos (Rainier Stebbins, K.,2001, p.158.); es decir, a un mayor nivel de escolaridad, mayores ingresos; lo cual confirmaría que la asociación radicaría en la posibilidad económica para acceder al tabaco; sin embargo, también existe la teoría de que a un mayor nivel de escolaridad, mayor es el conocimiento sobre las consecuencias del consumo de tabaco y que a pesar de ello persisten los fumadores; esto se podría explicar por la adicción a la nicotina (Ariza, C. & Nebot, M., 2002, p.228).

Si bien el Ecuador cuenta con una población altamente mestiza, la probabilidad del mestizo de fumar es menor en relación a otras auto-identificaciones: blancos y otros; y más bien serían los afroecuatorianos que tienen mayor probabilidad a fumar que los blancos y otros; y los indígenas una probabilidad de fumar menor considerablemente (74%). Sin embargo, la literatura nos señala que las tasas de consumo de tabaco en América del Sur están más relacionadas al poder adquisitivo de compra que a factores culturales (Rainier

Stebbins, K.,2001, p.153). Desde esta misma perspectiva se podría analizar el estado civil, según nuestro estudio los viudos tienen menor probabilidad de fumar y los fumadores viudos fuman menos cantidades que los casados y serían los divorciados los que tienen una mayor probabilidad de fumar que los casados, sin embargo, la literatura no muestra una razón específica de la tendencia a nivel mundial.

Según los datos del presente estudio el hábito diario del consumo de tabaco en el Ecuador es mayor en las zonas urbanas, es decir el 5% de la población urbana consume tabaco diariamente, lo cual coincide con la literatura internacional que muestra a través de estudios la preponderancia del consumo en las zonas urbanas, ligada a los mayores ingresos económicos en esta población (Rainier Stebbins, K.,2001, p.158.), (Gupta, I., Sankar, D.,2003, p. P.235), (Rainier Stebbins, K.,2001, p.155.). Además, existe una mayor probabilidad de fumar por parte de los que viven en la región Sierra, y esto se podría explicar desde la perspectiva que para muchos el fumar ayuda a mitigar el frío, sin embargo, la literatura no muestra mayor análisis sobre la relación entre frío y consumo de tabaco y solo hay estas explicaciones desde visiones propias de los fumadores.

Además, hay una fuerte relación del consumo de tabaco con la población no pobre; es así que la Encuesta de Condiciones de Vida (2006) nos indica que el 5,4% de la población no fuma, frente a un 2,8% de los pobres que lo hace. Esto se confirma con los resultados del estudio que mostraron que los pobres tienen menor probabilidad de fumar al igual que los pobres fuman en menor cantidad de cigarrillos diariamente, dichos resultados se explican en la discusión teórica que señala que la desigualdad económica en los países de bajos ingresos limita la asequibilidad al tabaco a grandes sectores de la población (Pampel, F., (2007), p.448).

De esta manera hemos establecido el perfil general del ecuatoriano que consume tabaco, un consumidor que cada vez está iniciando a una edad cada vez más temprana su consumo, que es un fumador social a temprana edad y poco a poco se va fortaleciendo su consumo diario al pasar de los años. Un consumidor, que por lo general, es hombre, que vive en las zonas urbanas, con un nivel alto de escolaridad, que tiene un trabajo, y no es pobre.

## **9.2. Importancia de la construcción de política pública para el control del consumo de tabaco.**

Si bien se analizó el perfil del consumidor ecuatoriano, es necesario establecer la orientación de las políticas. Por un lado, se analizó que la edad de inicio del consumo es cada vez menor en los jóvenes ecuatorianos, por lo cual, hay que dar una mayor atención a este grupo; un segundo grupo debería ser los no fumadores y expuestos involuntariamente al humo de tabaco, un tercer grupo los consumidores de tabaco.

El enfoque de las políticas públicas para el control del tabaco, deberían estar sujetas a tres ejes, como nos indica el Convenio Marco: medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco, medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco, y la protección del medio ambiente (Organización Mundial de la Salud, 2003, p.8).

El Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaco 2008 – 2011, cuenta con líneas estratégicas que agrupan la orientación de las políticas que hemos mencionado, y estas van desde la prevención del consumo de tabacos en niños y adolescentes, atención integral al fumador, implementación de espacios libres de humo, fortalecimiento legal e investigación (Programa Nacional de Control del Tabaco, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, n.d., p. 10). Si bien son propuestas positivas que apoyarían el control del tabaco, es necesario la socialización y fortalecimiento de la participación de la ciudadanía como eje transversal de una promoción de la salud encaminada al fomento de estilos de vida saludable y por ende a la disminución del consumo de tabaco.

Justamente es necesario un trabajo comunitario articulando actores, estrategias, sectores, que se involucren en la problemática del consumo del tabaco, y que sea la población en su conjunto que trabaje contra este problema de salud pública. Es importante la investigación de las consecuencias del consumo de tabaco que refleja la morbilidad y mortalidad de este hábito; sin embargo, es indispensable estudios sobre los determinantes socio económicos del tabaquismo que reflejen el porqué del hábito dentro de la población. En nuestro estudio encontramos que el consumo de tabaco se encuentra en estratos económicos más altos, en población con mayores niveles de educación y que residen en zonas urbanas; esto nos lleva a la inquietud: ¿será

¿Este un hábito propio de los sectores urbanos? La respuesta pueda estar en desmitificar el mito del hábito del consumo de tabaco como parte de una sociedad moderna y profundizar en políticas encaminadas a un fortalecimiento de la promoción de la salud, incentivando hábitos de vida saludables, que promuevan desde las instancias educativas las consecuencias negativas que el tabaco trae consigo a la salud de los individuos; pero además, fortaleciendo campañas en que se apoye el valor a la vida y a cuidar de su salud. La promoción de la salud, deberá abarcar espacios más amplios, como son los mismos lugares de trabajo donde deberán continuarse las campañas de espacios libres de humo, pero además, trabajar conjuntamente con los trabajadores en hábitos de vida saludables que vayan más allá del consumo o no de tabaco; y que promuevan estilos de vida saludables.

Si bien la participación ciudadana es muy importante en la construcción de políticas públicas, también lo es el marco legal, por ello es importante la aprobación de la Ley Orgánica Integral para el Control del Tabaco, que englobe aspectos como son: regulación de la manufactura, venta y distribución, política fiscal de precios, regulación de la publicidad y promoción y regulación de espacios sin humo.

Dentro de la regulación de la manufactura, distribución y venta, debería darse especial énfasis al conocimiento de los productos que contienen los tabacos; además del control de venta de cigarrillos a menores de edad y la eliminación de la venta de tabacos por unidades que como se analizó es la principal forma de compra de cigarrillos.

Además, la literatura nos indica que una política fiscal (Organización Mundial de la Salud, 1986, p.2) para prevenir el consumo de tabaco es clave; con un incremento de precios de los cigarrillos – política fiscal y de precios - , la percepción de un tercio de los fumadores frecuentes mencionó que disminuiría el consumo y el 26,2% indicó que dejaría de fumar, lo cual nos lleva a la conclusión que frente a un alza de precios de tabacos tendremos un impacto en la mitad de fumadores frecuentes. Dicha política fiscal deberá ir conjuntamente con una fuerte regulación contra el contrabando, ya que se dice que el aumento de precios conlleva al contrabando de cigarrillos.

Igualmente, es necesario una fuerte regulación de la publicidad y la promoción, sobre todo en medios de comunicación, donde más allá de spots publicitarios se muestran programaciones donde aparece el consumo de tabaco como algo normal y esto es perjudicial para los adolescentes que lo asocian como parte de su cotidianidad. Por último, alcanzar espacios libres de humo que abarquen de manera progresiva a la totalidad de los lugares cerrados.

Cabe señalar que el 14 de junio de 2011, la Asamblea Nacional del Ecuador aprobó la Ley Orgánica Integral para el Control del Tabaco, en la cual se recogen varias de las reglamentaciones que hemos señalado como fundamentales para fortalecer el control del consumo de tabaco, como son las regulaciones de los espacios 100% libres de humo tanto para lugares cerrados públicos y privados y regulaciones de la venta de tabacos que prohíben la venta a menores de edad, entre otras.

No obstante, dicha ley no prohíbe la venta de cigarrillos en unidades, basándose en la “libertad de comercio” de los vendedores ambulantes; sin embargo, nuestro estudio mostró a través de la encuesta del Ministerio de Coordinación de la Política Económica que el mayor porcentaje de la población ecuatoriana que fuma accede al tabaco por la compra de tabacos sueltos (64,3%), por ende al no prohibir la venta de tabacos por unidades, se estaría manteniendo el consumo y no se llegaría a un fuerte impacto en el control del consumo de tabaco. Otra de las razones por la cuales no se debería aceptar la venta por unidades es porque demostramos con el estudio que el consumo de tabaco está sujeto al poder adquisitivo de cada individuo; y por ende al permitir la compra por unidades es más fácil el poder acceder al tabaco y de cierta manera, al ser los adolescentes uno de los grupos de mayor riesgo, les permite tener un mayor acceso a tabacos que no necesariamente deberán comprar por cajetillas.

## **X. CONCLUSIONES**

En el Ecuador, el problema del tabaquismo es evidente y responde a diferentes factores sociales y económicos que agudizan a la problemática que a su vez no cuenta con un marco legal que logre el verdadero control del tabaco en el país.

El estudio sobre Determinantes Sociales en el Consumo de Tabaco en la Población Ecuatoriana, según la Encuesta de Condiciones de Vida, ECV, 2006: Importancia en la construcción de política pública para su control, nos permitió hacer un análisis del perfil del consumidor ecuatoriano, llevándonos a la conclusión que el fumador ecuatoriano por lo general pertenece al género masculino, reside en el área urbana, su inicio al hábito de consumo cada vez es a más temprana edad, el indígena y mestizo ecuatoriano tienen menor probabilidad de fumar, mientras que el ecuatoriano con mayor nivel de escolaridad y el no pobre tendrán una probabilidad mayor de consumir el tabaco; en definitiva, muchas de estas respuestas responden a la posibilidad de tener un mayor poder adquisitivo para el consumo de tabaco.

Además, este estudio a más de analizar el perfil del fumador ecuatoriano, hace una breve revisión de las políticas públicas a nivel mundial y de los principales marcos legales en el país. Es importante, que las políticas públicas deben diferenciar claramente los actores involucrados y determinar los objetivos para los cuales son propuestas, de esta manera, la importancia de una política pública es hacia el control del consumo de tabaco para disminuir los riesgos en la salud de la población ecuatoriana y por ende debe enfocarse en grupos objetivos como son: los fumadores, los no fumadores y en mujeres, niños y adolescentes como grupos de mayor riesgo.

El estudio evidencio que existe gran cantidad de literatura sobre el tabaquismo y la problemática a nivel mundial como regional, además, de importantes estudios acerca de las consecuencias sobre el consumo de tabaco en la salud de las poblaciones, sin embargo, son estudios enfocados desde áreas como la medicina y epidemiología, y más bien se evidenció una falta de estudios a nivel nacional y de otras perspectivas como son la salud pública, la sociología la antropología entre otras áreas que son importantes a la hora de comprender comportamientos sociales para la elaboración y evaluación de políticas públicas.

Para el presente estudio se utilizaron herramientas econométricas, y se aplicaron como modelos el probit y el de mínimos cuadrados ordinarios, con el objetivo de ver la asociación del tabaco con los determinantes sociales. Sin embargo, el potencial o la fortaleza de esta tesis no es la aplicación de la herramienta como tal, sino más bien, el análisis teórico y de los resultados que obtuvimos con el estudio.

Entre las debilidades de esta investigación se encuentran la falta de estudios actuales sobre la problemática social del consumo de tabaco a nivel nacional, los datos de la encuesta de condiciones de vida son del 2006. Sin embargo, estos son los datos a nivel nacional más actuales con los que contamos y que afortunadamente coincidió con el estudio sobre la Estimación del Consumo Anual de Cigarrillos en Ecuador del Ministerio de Coordinación de la Política Económica, 2010.

## **XI. RECOMENDACIONES**

En el Ecuador existen aislados esfuerzos por fortalecer el marco legal para el control del tabaco, por lo cual es necesario la aprobación de una Ley Orgánica Integral para el Control del Tabaco que abarque todos los aspectos para el control del tabaco, es decir, que vaya desde medidas para la regulación de la manufactura, venta y distribución, política de precios, regulación de la publicidad y promoción y regulación de espacios sin humo; y en materia tributaria una política de impuestos;. Además, de la existencia de un Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaco vigente, que cuente con los lineamientos a seguir por parte de la Autoridad Sanitaria – Ministerio de Salud –

También es importante señalar que la falta de investigación sobre la problemática social y económica del consumo de tabaco en el país, refleja una falta de documentación sobre el tema. Por lo cual, se cree conveniente fomentar el estudio del tabaquismo en el país como un problema de salud pública que afecta a toda la población.

Además, se recomienda el fortalecimiento del análisis de la problemática del tabaquismo desde la promoción de la salud, como respuesta emergente a largo plazo para fomentar estilos de vida saludable dentro de la población ecuatoriana.

Por otro lado, es necesario la actualización de datos, por lo cual se recomienda que se incluyan en las encuestas nacionales preguntas para conocer los comportamientos en torno al consumo de tabaco por parte de la población ecuatoriana.

## XII. REFERENCIAS

- Amato, R. (2001). Consumo de tabaco en la adolescencia: ¿ Qué puede hacer el pediatra?. Ponencia presentada en 4to. Congreso Argentino de Salud Integral del adolescente. Rosario, septiembre del 2001. p. 1 – 4.
- Ariza, C. & Nebot, M. (2002) Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 76. Nº 3 p. 227-238
- Armour B, Pitts MM, Lee C, Woollery T, Caraballo R., (2005), Los pobres, ¿fuman al precio de la inseguridad alimentaria? [resumen]. *Prev Chronic Dis* [serie publicada on-line] Abril 2005, consultado el 6 de octubre de 2010, disponible en: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04\\_0142z\\_es.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0142z_es.htm).
- Artazcoza, L., Moyac, C., Vanaclochad, H., Ponte, P., (2004) La salud de las personas adultas, *Gaceta Sanitaria*. Vol.18. Suplemento 1. p. 56 – 68.
- Asamblea Constituyente, (2008) Constitución de la República del Ecuador. Consultado el 2 de octubre de 2010 en [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Cabrera, G. & Candeias, N. (1999) El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* Vol.17(1). p. 9-16
- Castillo, L., (n.d.) *Enfermedad Cardiovascular en Costa Rica*, *Revista Costarricense de Salud Pública*.
- Catela, E., Gonçalves, F., Porcile, G., (2010) Municipios brasileños: economías de aglomeración y niveles de desarrollo en 1997 y 2007, *Revista Cepal* 101, agosto 2010 p. 145 – 162.
- Charafeddine R. (2010) Inégaux face au tabac ? Ponencia presentada en Tabaco y pobreza: un debate social, junio, Bruselas consultado el 29 septiembre de 2010 en (<http://www.ensp.org/sites/default/files/Charafeddine.pdf>)
- Coalición Nacional contra el Tabaco & le Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté - BAPN. (2010) Tabaco y pobreza: un debate social, junio, Bruselas consultado el 29 septiembre de 2010 en [http://www.ensp.org/sites/default/files/PR\\_20100531.pdf](http://www.ensp.org/sites/default/files/PR_20100531.pdf)
- Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica (2009) Reconocimiento al CILA. Consultado el 3 de agosto de 2010 en [http://www.cilaecuador.gov.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=109:reconocimiento-al-cila&catid=42:noticias&Itemid=67](http://www.cilaecuador.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=109:reconocimiento-al-cila&catid=42:noticias&Itemid=67)
- Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, (n.d.) Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2008 – 2011. Consultado el 3 de agosto de 2010 en [http://www.cilaecuador.gov.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=73:plan-nacional-de-prevencion-y-control-del-tabaco-2008-2011&catid=42:noticias&Itemid=67](http://www.cilaecuador.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=73:plan-nacional-de-prevencion-y-control-del-tabaco-2008-2011&catid=42:noticias&Itemid=67)
- Congreso Nacional de la República del Ecuador. (2006). Ley orgánica reformatoria a la ley orgánica de defensa del consumidor. 6 de septiembre de 2006. Consultado

el 3 de agosto de 2010 en [http://www.cilaecuador.gov.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=74&Itemid=75](http://www.cilaecuador.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=75)

- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP (2008) Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, Ecuador. p. 1 – 93 DOC 037
- Córdova, J.A., (2008) La etapa de los bienes globales en salud, una perspectiva nacional, Salud Pública de México. Vol.55, suplemento 3. p. 309 – 314. DOC 026
- Encuestas de Condiciones de Vida (2006). SIISE versión 4.5. consultado el 23 de agosto de 2009.
- Espinàs, J. A., Moreno, V., Borràs, J. M., Pujol, C., Martí M.,(1999), Determinantes sociodemográficos del hábito tabáquico y de su abandono en la población de Cornellá de Llobregat, Gaceta Sanitaria, Vol. 13, Nº. 2, 1999 , págs. 126-134, consultado el 6 de octubre de 2010, disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3092132>
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention - ENSP – (2010) Combining efforts for effective tobacco control in Europe. Consultado el 3 de Agosto de 2010 en [http://www.ensp.org/mission\\_statement](http://www.ensp.org/mission_statement)
- García, X., Guerra, F., Ortega, R., Sánchez, A., Martínez, M., (2004), Consumo de tabaco en titulados universitarios. El proyecto Seguimiento Universidad de Navarra Gaceta Sanitaria v.18 n.2 Barcelona mar.-abr. 2004 consultado el 6 de octubre de 2010, disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000200006&script=sci_arttext)
- Gujarati, D., (2004), Econometría, cuarta edición, Mc Graw Hill, ISBN 970-10-3971-8
- Gupta, I., Sankar, D.,(2003) Tobacco Consumption in India: A New Look Using Data from the National Sample Survey, Journal of Public Health Policy, Vol. 24, No. 3/4 (2003), pp. 233-245 consultado el 26 de abril de 2011 disponible en <http://www.jstor.org/stable/3343370> doc 006 jstor
- Inglés, C., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M., Espada, J., García-Fernández, J., Hidalgo, M., García-López, L., (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 7, Nº 2, p. 403-420 (ISSN 1697-2600)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2006) Encuesta de Condiciones de Vida. Consultado el 23 de agosto de 2009 en [http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu\\_est/est\\_soc/enc\\_hog/enc\\_con\\_vida](http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/est_soc/enc_hog/enc_con_vida), consultado
- Manchester Stop Smoking Service, (2009) Manchester Stop Smoking Service. Consultado el 3 de octubre de 2010 en <http://www.stopsmokingmanchester.co.uk/>

- Marcenaro, O., Navarro, M.L., (2007) El Éxito en la Universidad: Una aproximación cuantílica, Revista de Economía Aplicada Número 44 (vol. XV), 2007, págs. 5 a 39.
- Ministerio de la Coordinación de la Política Económica (2010), Estimación del Consumo Anual de Cigarrillos en Ecuador, julio 2010.
- More, R., (2009) Economía política de los determinantes sociales de la salud. Marco general y bases conceptuales para su aplicación preliminar a la realidad del Perú. p. 1 – 116 consultado el 22 de septiembre de 2010 en <http://www.bvsde.paho.org/textcom/sct/048025.pdf>
- Navarro M., Marrero, M., Torres, M., Montesdeoca, D., Vega, J., (2006), Tabaquismo: factores determinantes y actitud hacia su abandono entre los estudiantes de secundaria de Arucas, Canarias, Prevención Del Tabaquismo, vol. 8 nº 2, abril-junio 2006, consultado el 6 de octubre de 2010, disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/navarro.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (16 de marzo de 2009) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría, 62ª Asamblea Mundial de la Salud. p. 1 – 6.
- Organización Mundial de la Salud (1988) Declaración de la 2ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide: Políticas públicas para la Salud, Adelaide, 5 – 9 de abril de 1988. p. 1 – 8. Consultado el 4 de agosto de 2010 en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1991) Declaración de la 3ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre ambientes favorables a la Salud, Sundsvall, 9 – 15 de junio de 1991. p. 1 – 10. Consultado el 4 de agosto de 2010 en [http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO\\_HED\\_92.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud, (1978). Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. consultado el 20 de septiembre de 2010 en [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- Organización Mundial de la Salud, (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa, 21 de noviembre de 1986. p. 1 – 4. Consultado el 4 de agosto de 2010 en <http://www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud, (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, Bangkok, Tailandia, agosto 2005, p. 1 – 6. Consultado el 13 de mayo de 2011 en [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud, (2003) Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 56ª Asamblea Mundial de la Salud. p. 1 – 27.
- Organización Mundial de la Salud, (2008) Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: Plan de medidas MPOWER. p. 1 – 74. ISBN 978 92 4 359628 0

- Organización Mundial de la Salud. (2008), 10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco. Consultado el 3 de octubre de 2009 en [http://www.who.int/features/factfiles/tobacco\\_epidemic/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html)
- Organización Mundial de la Salud. (2010), Proyecto de protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Cuarta reunión Punta del Este (Uruguay), 15-20 de noviembre de 2010, 14 de mayo de 2010 consultado el 4 de agosto de 2010 en [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC\\_COP4\\_5-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_5-sp.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud, (n,d) Documento de referencia 1: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo?. p. 1 – 3. Consultado el 21 de septiembre de 2010 en [http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoport/Textos%20Completos/documento%20de%20referencia%201\\_comision%20sobre%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud.pdf](http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoport/Textos%20Completos/documento%20de%20referencia%201_comision%20sobre%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud.pdf)
- P. Doskoch, (2008) Many Pregnant Women Use Tobacco in Some Developing, International Family Planning Perspectives, Vol. 34, No. 4, pp. 199-200 consultado el 26 de abril de 2011, disponible en <http://www.jstor.org/stable/27642888>
- Páez, A., (2010) Proyecto de Ley para el Control del Tabaco. Presentado al Presidente de la Asamblea de la República del Ecuador, 12 de enero de 2010. p. 1 – 19.
- Pampel, F., (2007), National Income, Inequality and Global Patterns of Cigarette, Social Forces, Vol. 86, No. 2 (Dec., 2007), p. 445-466, consultado el 26 de abril de 2011, disponible en <http://www.jstor.org/stable/20430749>
- Pérez, A. & Herrero I., (Editorial) (2002, Enero - Marzo) El tabaquismo, una enfermedad desde la adolescencia. Prevención del tabaquismo. Vol. 4 n° 1, p. 1 – 2.
- Pérez, A., Orduz, A., Páez, L., Palacio, A., Rozo, G., Ibáñez, M., (2006) Consumo de cigarrillo en adolescentes y su relación con presión de pares y medios de comunicación, en un colegio mixto religioso, de la localidad de Usaquén, Bogotá, 2005. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad El Bosque, Bogotá. Vol.11. No.1. p. 27 – 35.
- Peruga, A., (Editorial) (2001) Políticas de control de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en América Latina. Adicciones. Vol. 13. No. 4. p. 367 – 370.
- Peruga, A., (Editorial) (2002) Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en las Américas. Revista Panamericana Salud Publica. Vol.11. Suplemento 2. p. 72 – 75.
- Programa Nacional de Control del Tabaco, Ministerio de Salud Pública del Ecuador (n.d.) Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2008 – 2011. Ecuador. p. 1 – 16
- Programa Salud CNJ. (2001), El tabaco en... , consultado el 23 de agosto de 2009 en <http://www.cnjaen.es/tabaco/estadisticas.htm>

- Protecting Children and Young People from Tobacco. (2010). Lavorare con le comunità per ridurre le disuguaglianze sanitarie: proteggere i bambini e i giovani dal tabacco, Newsletter 3, 2010. Consultado el 3 de agosto de 2010 en [http://www.ensp.org/sites/default/files/newsletter\\_3\\_201004\\_IT.pdf](http://www.ensp.org/sites/default/files/newsletter_3_201004_IT.pdf)
- Rainier Stebbins, K. (2001), Going like Gangbusters: Transnational Tobacco Companies "Making a Killing" in South America, Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 15, No. 2, p. 147-170, consultado el 26 de abril de 2011, disponible en <http://www.jstor.org/stable/3655426>.
- Sargent, J.D., Beach, M.L., Dalton, M.A., Mott, L.A., Tickle, J.J., Ahrens, M.B., Heatherton, T.F. (2001) Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. British Medical Journal. 323, p. 1394-1397 citado en Prevención del tabaquismo. Vol. 4 nº 1, p. 41 – 44.
- Secretaría Nacional de Planificación Nacional de Planificación y Desarrollo (2010) Manual para Formulación de Políticas Públicas Sectoriales. Ecuador DOC 042
- SIDUC, 2002, SIISE, versión 4.5 consultado el 23 de agosto de 2009.
- SmokeFree Liverpool, (n.d.) SmokeFree Movies. Consultado el 3 de octubre de 2010 en <http://www.smokefreeliverpool.com/>
- Tobacco Free Initiative, Organización Mundial de la Salud (n,d), ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? Consultado el 4 de agosto de 2010 en [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/es/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html)
- Valdés, R., Hernández & M., Sepúlveda J., (2002) El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción. Salud Pública de México. Vol.44, suplemento 1 p. 125-135
- Vázquez, L., Sesma, S., Hernández, M., (2002), El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984 – 2000, Salud pública Méx vol.44 suppl.1, consultado el 6 de octubre de 2010, disponible en [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000700012](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700012)
- Velasco, C., (2009) Proyecto de Ley Orgánica Integral para el Control del Tabaco. Presentado al Presidente de la Asamblea de la República del Ecuador, 9 de diciembre de 2009. p. 1 – 20.
- Vélez, J., (2009), Determinantes de la Inversión en TIC en el sector Industrial, 3rd ACORN-REDECOM Conference Mexico City Sep 04-05rd 2009, consultado el 6 de octubre de 2010, disponible en: [http://ccddesarrollo.net/newcd/component/docman/doc\\_view/1250-determinantes-de-la-inversion-en-tic-en-el-sector-industrial-colombiano?tmpl=component&format=raw](http://ccddesarrollo.net/newcd/component/docman/doc_view/1250-determinantes-de-la-inversion-en-tic-en-el-sector-industrial-colombiano?tmpl=component&format=raw)
- Villalbí, J., (2002) El tabaco como problema de salud pública. Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. p. 113 – 129
- Villalbí, J., (Editorial) (2006) De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gaceta Sanitaria, vol.20 no. 1, p. 1 – 3.

- Villalbí, J., López, V., (2001), La prevención del tabaquismo como problema político. Gaceta Sanitaria, Vol. 15, no. 3, p. 265 – 272.
- Villalbí, J., Nebot, M., Ballestín, M., (1995) Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. Institut Municipal de la Salut. Ajuntament de Barcelona. Medicina Clínica. Vol.104 Num.20
- Zapata, O. (n.d.) Algunos elementos conceptuales y metodológicos en torno a las políticas públicas. Escuela de Gobierno y políticas públicas de Antioquía, consultado el 20 de septiembre de 2010 en <http://www.escuelagobierno.org/inputs/Elementos%20conceptuales%20sobre%20Políticas%20Publicas.pdf>, p. 1 – 5.

**XIII. GLOSARIO**

BAPN:	Reseau Belge de Lutte Control la Pauvreté.
CDSS:	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
CONSEP:	Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas
ECV:	Encuesta de Condiciones de Vida.
ENSP:	European Network for Smoking Prevention
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
SOLCA:	Sociedad de Lucha contra el Cáncer

## XIV. ANEXOS

### Anexo 1: Fotografías



Fuente: [http://www.elpais.com/recorte/20100514elpepusoc\\_2/LCO340/les/Nuevas\\_cajetillas\\_tabaco.jpg](http://www.elpais.com/recorte/20100514elpepusoc_2/LCO340/les/Nuevas_cajetillas_tabaco.jpg)



Fuente: [http://www.google.com.ec/imgres?imgurl=http://www.apta-aragon.org/wp-content/uploads/tabaco1uh6.jpg&imgrefurl=http://www.apta-aragon.org/tag/tabaco/&usq=\\_\\_aawqJ56\\_LV3wqF1PVE96UuR9yl8=&h=319&w=390&sz=155&hl=es&start=0&zoom=1&tbnid=ql3Gss3lIfOrBM:&tbnh=134&tbnw=164&prev=/images%3Fq%3Dcajetillas%2Bde%2Btabaco%26hl%3Des%26sa%3DG%26biw%3D1276%26bih%3D603%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1&itbs=1&iact=hc&vpx=501&vpy=107&dur=1077&hovh=203&hovw=248&tx=130&ty=99&ei=-\\_OoTM-IDYLGfJn\\_HFDA&oei=-\\_OoTM-IDYLGfJn\\_HFDA&esq=1&page=1&ndsp=20&ved=1t:429,r:2,s:0](http://www.google.com.ec/imgres?imgurl=http://www.apta-aragon.org/wp-content/uploads/tabaco1uh6.jpg&imgrefurl=http://www.apta-aragon.org/tag/tabaco/&usq=__aawqJ56_LV3wqF1PVE96UuR9yl8=&h=319&w=390&sz=155&hl=es&start=0&zoom=1&tbnid=ql3Gss3lIfOrBM:&tbnh=134&tbnw=164&prev=/images%3Fq%3Dcajetillas%2Bde%2Btabaco%26hl%3Des%26sa%3DG%26biw%3D1276%26bih%3D603%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1&itbs=1&iact=hc&vpx=501&vpy=107&dur=1077&hovh=203&hovw=248&tx=130&ty=99&ei=-_OoTM-IDYLGfJn_HFDA&oei=-_OoTM-IDYLGfJn_HFDA&esq=1&page=1&ndsp=20&ved=1t:429,r:2,s:0)



Fuente: [http://www.google.com.ec/imgres?imgurl=http://www.cadenaser.com/recorte/20081002csrsrcsroc\\_2/LCO668/les/Reino-Unido-incorpora-fotos-enfermos-cancer-cajetillas-tabaco.jpg&imgrefurl=http://www.cadenaser.com/sociedad/articulo/reino-unido-incorpora-fotos-enfermos/csrsrpor/20081002csrsrcsroc\\_4/Tes&usq=\\_\\_6edCPvd2UAj5L9\\_4p3x\\_43tfR14=&h=248&w=668&sz=42&hl=es&start=0&zoom=1&tbnid=QhbE1SYE\\_VNcIM:&tbnh=66&tbnw=178&prev=/images%3Fq%3Dcajetillas%2Bde%2Btabaco%26hl%3Des%26sa%3DG%26biw%3D1276%26bih%3D603%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1&itbs=1&iact=rc&dur=172&ei=-\\_OoTM-IDYLGfJn\\_HFDA&oei=-\\_OoTM-IDYLGfJn\\_HFDA&esq=1&page=1&ndsp=20&ved=1t:429,r:11,s:0&tx=92&ty=50](http://www.google.com.ec/imgres?imgurl=http://www.cadenaser.com/recorte/20081002csrsrcsroc_2/LCO668/les/Reino-Unido-incorpora-fotos-enfermos-cancer-cajetillas-tabaco.jpg&imgrefurl=http://www.cadenaser.com/sociedad/articulo/reino-unido-incorpora-fotos-enfermos/csrsrpor/20081002csrsrcsroc_4/Tes&usq=__6edCPvd2UAj5L9_4p3x_43tfR14=&h=248&w=668&sz=42&hl=es&start=0&zoom=1&tbnid=QhbE1SYE_VNcIM:&tbnh=66&tbnw=178&prev=/images%3Fq%3Dcajetillas%2Bde%2Btabaco%26hl%3Des%26sa%3DG%26biw%3D1276%26bih%3D603%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1&itbs=1&iact=rc&dur=172&ei=-_OoTM-IDYLGfJn_HFDA&oei=-_OoTM-IDYLGfJn_HFDA&esq=1&page=1&ndsp=20&ved=1t:429,r:11,s:0&tx=92&ty=50)

## Anexo 2



## ENSP - EUROPEAN NETWORK FOR SMOKING PREVENTION

## &gt; EUROPEAN TRENDS TOWARDS SMOKE-FREE PROVISIONS

Status: May 2010

COUNTRY	TRENDS
Austria/c	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ban on smoking in indoor public places with the exception of separate smoking rooms.</li> <li>In workplaces, smoking banned (except for smoking rooms) if smokers and non-smokers cannot be given separate offices and in offices which have contacts with clients.</li> <li>Partial ban in hospitality sector. In restaurants and bars larger than 80m<sup>2</sup> smoking is allowed only in separate smoking rooms which do not occupy more than 50% of the surface. In premises below 50m<sup>2</sup> the owner can opt to either be smoking or non-smoking while businesses between 50 and 80m<sup>2</sup> are able to allow smoking if they can prove that it is not possible to arrange for a separate smoking room. There are no smoking restrictions for one-room establishments over 50m<sup>2</sup> that have declared officially before January 2009 that they will install a separate smoking room until July 2010.</li> <li>Trains and railway stations are smoke-free since July 2007. Some smoking rooms at stations and smoking islands on platforms are designated. Street cars and busses have been smoke-free for a longer time already, which is well respected. Only part of taxis are smoke-free.</li> <li>The most important deficit of the Austrian law is lack of enforcement: Neither the police nor work inspection or food inspection is empowered to control smoking. The ministry of health must not make systematic controls.</li> <li>The 2nd link on <a href="http://www.aerzteinitiative.at/TabGes08.html">http://www.aerzteinitiative.at/TabGes08.html</a> shows the amendments to the tobacco law of 2008, the 3rd link gives the text, the 4th the interpretation by the ministry.</li> </ul>
Belgium/c	<ul style="list-style-type: none"> <li>Since 1 January 2006, smoking has been banned in all enclosed workplaces under the employer's authority and to which workers have access (workplaces and social facilities). The smoking ban also applies in spaces used by self-employed persons working with employees, to which such employees have access. Smoking is only permitted in dedicated, ventilated smoking areas, but the employer has no obligation to provide smoking areas.</li> <li>September 2008: Smoking no longer allowed in schools.</li> <li>Smoking was banned in restaurants in 2007, with the possibility to build a separate smoking room.</li> <li>January 2010: After a general smoking ban in the hospitality sector, including all types of bars had been largely discussed, this has been watered down to a smoking ban applying only when food is served.</li> <li>Since 1 January 2010 smoking is no longer allowed in cafés where food is served. Exception: smoking is allowed in cafés, casinos and bars that only serve packaged foods which are non perishable for at least three months.</li> <li>A general smoking ban in the hospitality sector is expected by 2012 and by July 2014 at latest.</li> </ul>
Bulgaria/c	<p>Since 1 January 2005, smoking in indoor workplaces and public places is only allowed in ventilated smoking rooms. Smoking is banned altogether in educational facilities and most of public transport. In hospitality venues of more than 60 seats, smoking is allowed in separated ventilated halls. In smaller venues, smoking is allowed in ventilated smoking areas. From 1st June 2010 this ban had to be extended to bars, cafes, restaurants. Unfortunately the Parliament voted against this extension.</p>
Cyprus/c	<p>As from 1st January 2010 a new law, "The Protection of Health (Control of Smoking) Laws 2002-2009 is in force. This law prohibits smoking in all public buildings, in all public and private schools and other educational and medical establishments in all banks and Co-operatives, at seaports and airports, all hospitality venues, including restaurants, pubs, cafes and hotels, in all clubs public or private and places of entertainment.</p> <p>In all the above mentioned places and others named in the respective article places smoking is not allowed except in open spaces. The trespasser, if found guilty, is fined with up to 2000 €.</p> <p>Whoever has in his/her possession any of the above mentioned places has to post in a conspicuous place easily-read signs that smoking is prohibited. The trespasser, if found guilty, is fined with a sum not exceeding one thousand (1.000) euros.</p> <p>Smoking is also prohibited in all public transport as well as in private cars that carry a person under 16 years old.</p> <p>In places of work which do not fall within the above category, (offices, etc), the employer has to provide for the non-smoker employee protection from smoke and in consultation with his employee make such regulations and indicate places where smoking is not allowed. The regulations are posted in a conspicuous place for all to</p>

ENSP –April 2010 1

. All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form  
 With the support of the European Commission

> EUROPEAN TRENDS TOWARDS SMOKE-FREE PROVISIONS

	see. Anybody trespassing this provision if found guilty is fined with up to 1.700 euros or six months imprisonment, or both.
Czech Republic/c	Currently, there is a law 379/2005 (in force after July 2010) that bans smoking in all public places such as institutions, hospitals (except of closed psychiatric and detox wards), bus stops, train and tram stops, in schools, cinemas and theatres, sports halls and administrative buildings, but not in restaurants, bars and clubs. Restaurant can decide to be smoking, non-smoking or mixed (with separate room divided by wall for non-smokers in this case). This decision has to be clearly marked by a sticker given by the law. Czech Republic thus remains one of the few countries of European Union where smoking in bars and restaurants is based on the discretion of owners. Except of the stickers, there is no significant change coming with this law.
Denmark/c	Act No. 512 Smoke-free Environments Act, dated 6 June 2007 The new law on smoke-free premises came into force on 15 August 2007. The law regulates smoking in workplaces, public indoor areas, institutions and schools, public transport and the hospitality sector. In principle smoking is not permitted in indoor areas or in public transport. There are some exceptions: at workplaces the employer may decide to permit smoking in designated smoking rooms or smoking cabins and the employer may also allow smoking in rooms where only one person works.  All restaurants, cafés and other places for eating and drinking have to be smoke-free, although the owner may allow smoking in designated smoking rooms or smoking cabins, where there is no service. In premises selling alcohol but no food, and where the serving area is smaller than 40 m <sup>2</sup> , the owner may permit smoking in the entire premises. Exceptions: smoking is still allowed for residents of nursing care homes and other institutions serving the socially disadvantaged and mentally ill - but only in their own rooms. Staff may require the resident to refrain from smoking while they are working in the room. The law states that it will be revised within the next three years, so a revision is due by 15 August 2010.
Estonia/c	The Tobacco Act dated 2001, updated and applicable since 5 June 2005, imposes a complete ban on smoking in all enclosed private or public premises, which are open to the public, except in designated, enclosed and separately ventilated smoking rooms or smoking areas (which is not obligatory) in the premises of state and local governments, cultural institutions, recreational facilities, institutions of higher education, the office premises and other public premises of enterprises, local and long-distance trains and passenger ships and in rooms where games of chance or betting are organised. As from June 2007 smoking in bars and restaurants is only allowed in enclosed smoking rooms with separate ventilation systems where no food is served. In educational and childcare facilities (incl..outdoor spaces), smoking is banned altogether except for the institutions of higher education in designated rooms or areas.
Finland/c	Smoking has been banned in indoor public areas and workplaces from 1 March 1995, except in specially designated smoking rooms; restaurants were included in 2007. Legislation aimed towards voluntary prevention of secondary smoking was enacted, but it was not successful. Few establishments installed ventilation systems capable of eliminating secondhand smoke. Dividing a restaurant into a smoking and non-smoking section was also an ineffective measure. Thus, smoking has been banned in all indoor public and workplaces, including bars, cafes, clubs and restaurants from 1 June 2007 except in those places which have been permitted a transition period of up to two years. Smoking in bars and trains is still allowed in enclosed smoking booths, where you can't serve or take any food or drink. Many smaller bars have not been able to build such smoking booths and patrons have to smoke outside. The bans are respected by the general population. As of early 2010 Finland becomes the first country in the world with plans to phase out smoking completely.
France	- As from February 1st 2007, smoking was forbidden in all public places and workplaces, public transport and all educational premises (primary, middle and high schools, both private and public (including all outdoor areas such as recreational areas), as well as all premises used to gather, train or accommodate minors. Smoking rooms can be provided everywhere, except health premises and premises for use by minors, but are subject to draconian conditions. - It wasn't until January 1st 2008, a year later, that these measures were put into practice in cafés, hotels, restaurants, casinos, games rooms and nightclubs, unless management decided to built a smoking cubicle within the establishment with high technical requirement.  To avoid lax implementation of the executive order, several inspection bodies were mobilized, using clearly defined instructions, planning inspections before and after

ENSP –April 2010 2

. All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form  
 With the support of the European Commission

> EUROPEAN TRENDS TOWARDS SMOKE-FREE PROVISIONS

violations or seizures, stressing on the fact that human lives can be preserved through an active implementation of this law and that this monitoring assignment should not be treated as a secondary priority. It is within this context that NGOs and CHRDC trade-union leaders emphasized the importance of clarifying the texts relative to terraces and a rigorous application of the protective measure with regard to second-hand smoke. Moreover, the legislature has given NGOs legal control by allowing them to invoke civil law in cases of violation.

Germany/c	<p>Smoking is banned in public transport (including taxis) since September 2007. At the end of 2007, the Federal States (Bundesländer) banned smoking in all indoor facilities of health care, education, recreation or sports and in restaurants, cafés, bars and discotheques. Depending on the State, smoking is permitted in separate, enclosed rooms. Moreover, a number of States allows smoking in tents during beer, wine and other festivals. Overall, the laws which came into force at different times in 2008 vary within the 16 States to some extent creating a patchwork of regulations. Following a ruling of the Federal Constitutional Court in July 2008, almost all States softened their smoking ban in the hospitality venues allowing for separate smoking rooms and exempting pubs of less than 75 m<sup>2</sup> from the ban provided they do not serve food and do not give access to young people under 18 years. In some States, e.g. Nordrhein-Westfalen or Thuringen, the decision on the smoking bans is still pending. In February 2010, the State of Saarland adopted a comprehensive smoking ban in all hospitality venues which will come into force in July 2010. In the State of Bavaria, a referendum successfully asked for smoke-free hospitality venues in 2009. A final "official" vote on the issue will be taken on 4<sup>th</sup> of July 2010. Federal legislation obliges employers to protect employees against passive smoking at the workplace. However, this does not apply to workplaces accessible to the public, i.e. primarily those in the hospitality sector.</p>
Greece	<p>Since older legislation was not very efficient a new, stricter law was passed. Effective from July 1, 2009, this law bans smoking and consumption of tobacco products by other means, in all working places, transportation stations, in taxis and passenger ships (in trains, buses and airplanes smoking is already prohibited), as well as in all enclosed public places including restaurants, night clubs etc. Small establishments (of entertainment) under 70 m<sup>2</sup> - total - area have the option to be designated as "smoking areas". In larger establishments, separate enclosed smoking rooms with special air conditioning can be created. Up to 30% of the area (or 40% for night clubs with live music) could be designated as a smoking area which would have to be separated with a door from the rest of the establishment and have separate ventilation systems (at night clubs with live music the smoking area still has to have a separate ventilation and air-conditioning system, but the separation from the non-smoking area can be achieved with a 2m high wall and a special "air-curtain" in order for the smoke not to pass to the non-smoking section. A special website (<a href="http://www.smokestop.gov.gr">www.smokestop.gov.gr</a>) and a telephone hotline for information as well as citizens to report any violations of the new law (tel: 1142) along with an extensive media campaign have been created to promote the July 1st 2009 smoking ban in Greece.</p> <p>Despite the attempts to enforce the law in the first months since it became effective, as of January 2010, the lack of control by authorities and the vague language in the law render the law virtually ineffective. Therefore, the new Minister for Health and Social Solidarity, Mariliza Xenogiannakopoulou has stated that the law is going to be re-examined, possibly forbidding smoking in all public places with no exceptions.</p>
Hungary/c	<p>In workplaces and most public places smoking is allowed in designated areas. In education facilities, most forms of public transport and most healthcare facilities, smoking is banned altogether. Smoking in restaurants is allowed in designated areas, in non-food establishments - there are no restrictions.</p> <p>In 2009, a proposal to ban smoking in most public places including restaurants, bars, etc. was placed on hold.</p>
Iceland/c	<p>A complete ban at the workplace, with the possibility of specially designated and ventilated smoking rooms, applies in Iceland. Smoking is totally banned in schools, pre-schools, day-care facilities for children, on premises intended for children and teenagers, social, sports and leisure activities; at public indoor gatherings which are primarily intended for children on teenagers, and in public transport. Smoking is banned in all restaurants, bars, cafés, pubs and nightclubs with effect as of 1 June 2007.</p>
Ireland/c	<p>The Public Health Act was introduced on 29 March 2004: a complete ban at the workplace, including bars, restaurants, without designated smoking rooms has been introduced. The act does not apply to hotel bedrooms, prisons or psychiatric hospitals. Fines are foreseen in case of violation of the law (the amount of the fine is at the discretion of the judge). Smoking is also banned in public transport.</p>

ENSP –April 2010 3

. All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form  
 With the support of the European Commission

> EUROPEAN TRENDS TOWARDS SMOKE-FREE PROVISIONS

	<p>From 01.07.09 new pieces of legislation are in place as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No advertising or display of tobacco products is permitted in a retail premises that sells tobacco products ;</li> <li>- Retailers must ensure that their tobacco products are stored out of view, within a closed container or dispenser only accessible by the retailer and retail staff;</li> <li>- The retailer may use a pictorial list (in accordance with Regulations) to inform a member of the public aged 18 years and older who intends to purchase a tobacco product as to the products that are available;</li> <li>- Retailers must display a sign at their premises informing the public that tobacco products may be sold at those premises to persons aged 18 years and over;</li> <li>- Self-service vending machines are prohibited except in licensed premises and registered clubs and must be operated in accordance with Regulation</li> <li>- All retailers of tobacco products must register with the Office of Tobacco Control.</li> </ul>
Italy	<p>The Italian legislation enacted in January 2005 provides for smoke-free workplaces, including bars and restaurants, but permits the possibility of designated, closed, sealed-off, ventilated smoking rooms (fitted with smoke extractors). Businesses face a fine of up to € 2000 for failing to ensure that their customers refrain from smoking, while smokers themselves could face a € 275 fine for repeatedly ignoring the new rules.</p> <p>Emilia-Romagna region has extended the smoking ban to open areas of healthcare facilities.</p>
Latvia	<p>Ban on smoking in indoor workplaces, and healthcare facilities, except for specially designated rooms reserved exclusively for smoking. Total smoking ban in public transport.</p> <p>Total smoking ban (no smoking rooms) in public buildings, structures and premises (cinemas, concert and sports halls, other sports buildings and structures, post offices and other institution halls, discotheques and dance halls, etc.) and educational establishments.</p> <p>There is a total smoking ban in hospitality venues.</p>
Lithuania	<p>Smoking is banned altogether in public places. In workplaces, special premises (places) for smoking may be set aside which have to meet the requirements for fitting out and operating set forth by the government or an institution authorised by it.</p> <p>Smoking is banned in public transport, except for long-distance trains and planes. In hospitality and leisure venues as well as in premises where sport events take place (except for cigar and pipe clubs), smoking is banned altogether.</p> <p>As from July 2008 smoking is banned in casinos, game machines and bingo salons, other enclosed places where sport or other events will take place.</p>
Luxembourg	<p>Regulation dated 1994 concerning minimum health and safety provisions at the workplace: the law governs smoking at the workplace.</p> <p>Following a vote in parliament on 13.07.2006, legislation was passed comprising a total ban on advertising and sponsoring, plus a ban on smoking in certain public places: notably restaurants (although separate smoking rooms are permitted if these account for less than 25% of the total area of the venue) and cafes (with a ban in place during dining hours), total ban in schools as well as public buildings, buses and trains.</p> <p>As far as workplace regulations are concerned, the employer is under the obligation to take all reasonable efforts to ensure that workers are protected from passive smoking. The smoking ban in public places came into effect on 5 September 2006. Individuals contravening the smoking ban face fines of up to € 250 and establishments could be fined up to € 1000.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ bars: ban in place during dining hours (12 a.m.- 2 p.m. and 7 p.m. - 9 p.m.) (<i>same regulation as for cafés</i>)</li> <li>○ nightclubs: no ban</li> <li>○ public transports (train, bus, airplane): ban <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ railway station: ban</li> <li>▪ taxis: no ban</li> <li>▪ train platforms: no ban</li> <li>▪ bus and train stops: no ban</li> </ul> </li> </ul>
Malta	<p>The latest Smoke-free Public Places Regulations are LN 414, issued on 14 September 2004. These regulations state that smoking is banned in enclosed private or public premises which is open to the public, except in designated smoking rooms and including workplaces (LN 414, Paragraph 3). The ban includes bars and restaurants and permits the possibility of designated, closed, ventilated smoking rooms. Designated smoking areas must be enclosed and must be constructed in a specific way. Smoking rooms have to comply with the regulations set out by the Malta Standards Authority. Fines of up to approx. € 1250 can be levied in case of</p>

ENSP –April 2010 4

. All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form  
 With the support of the European Commission

> EUROPEAN TRENDS TOWARDS SMOKE-FREE PROVISIONS

contravention. Moreover LN 406 issued on 23 December 2005 bans advertising and promotion of tobacco products.  
 Jan 2010: Smoking in public places will be completely banned within three years and lighting a cigarette will no longer be allowed in designated rooms.  
 As from January 2013, it will be illegal to smoke anywhere inside public places and this includes all enclosed areas such as clubs and restaurants, according to a legal notice.

Netherlands	<p>A complete ban at workplaces (since 1/1/2004), including bars and restaurants (since 1/7/2008). Owners have the opportunity to create a closed off smoking room. Serving in the smoking room is not allowed, drinking, consuming and dancing is. Smoking on the terrace is also still allowed. Only retailers without employees, outside hospitality, are exempt from the legislation (for instance a tobacco shop with no employees).          Additional details :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. cafes, bars, nightclubs: all the same: should be smoke free, a designated smoking room is possible</li> <li>2. public transport: is smokefree, no designated smoking rooms. Platform when not completely covered do not have to be smokefree, the Dutch railway organisation decided to create smoking zones at train platforms. Bus and tram platforms out in the open are not smoke free. Subway/metro is not in the open and should therefore be smokefree.</li> <li>3. the ban-version suits the Netherlands best.</li> </ol>
Norway	Norwegian smoke-free legislation, which was introduced in June 2004, comprises a total ban on smoking in bars and restaurants, but is less strict in other workplaces, where designated smoking rooms are permitted.
Poland/c	<p>In March 2010 the lower house of parliament (Sejm) has voted for very liberal amendment to a bill banning smoking in public places in Poland, allowing not only areas in pubs and clubs where smokers can light up a cigarette but also establishing the smoking rooms in such places as healthcare and educational facilities. This vote came as a shock to the parliamentary health committee which had recommended a total smoking ban in public and aroused many controversies in media and public opinion. The new bill was then sent to the upper chamber of parliament (Senat) that has voted for new, more restrictive provisions. This proposal was sent back to Sejm, where on the final voting, that took place on 8th of April, parliamentarians have voted for the Senat's proposal with some minor amendments.</p> <p>On 29th of April a new bill was signed by the Speaker of the Polish Sejm, Mr. Bronisław Komorowski, who is now the acting president of Poland. The new bill will enter into force six months after its publication in the Official Journal of the Republic of Poland („Monitor Polski”).</p> <p>When the new law will come into force, smoking will be banned in all enclosed areas of public places and workplaces, in means of public transport and in all places of family and children recreation. Smoking rooms (described in the bill as „enclosed area isolated from all other rooms, equipped with ventilation system”) can be established in such places as: universities, hotels, workplaces and public transportation facilities.</p> <p>In hospitality venues (restaurants, bars and clubs) that have more than one room, smoking will be allowed in separate rooms. In one-room establishments smoking will be forbidden, however the owner has a right to build a smoking room, as defined in the legislation.</p> <p>(update 18/05/1010)</p>
Portugal	On May 3, 2007, the Portuguese parliament made a law banning smoking in all public places, except when proper air-ventilation systems are provided. It went into effect January 1, 2008. Smokers who break the law face a fine of up to € 1000 and establishments that break the law will face a fine of up to €2500. The legal age to purchase tobacco is 18.
Romania/c	Law no. 349/2002 regarding preventing and combating the effects of the use of tobacco products came into force in December 2002. Certain amendments were applied as of 31st December 2004, and some special provisions (including the provisions governing the ban on smoking in public places) were applied as of 31 December 2006 and of 30 January 2008. The law imposes total smoking ban in health institutions, both private and public. Smoking is banned in enclosed public places, with the exception of designated smoking rooms. Starting with 1st January 2009 smoking rooms must fulfil some mandatory requirements: to be used only for smoking, to be not passageways, to have functional ventilation systems, to have ashtrays and fire extinguishers and to be visible marked.

ENSP –April 2010 5

. All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form  
 With the support of the European Commission

> EUROPEAN TRENDS TOWARDS SMOKE-FREE PROVISIONS

	<p>The law provides the following definitions:  Enclosed public places = all places in the central or local institutions, economic institutions and units, institutions and units of public catering, tourism, commercial, education, medical and sanitary, cultural, instruction, sport institutions and units, all public transportation means, public and private bus terminals, railway stations and airports, the enclosed spaces in workplaces or any other spaces provided by the law, except for the spaces marked and especially arranged for smoking within their precincts.*</p> <p>*Enclosed places in the workplace = all places in buildings, such as the industrial warehouses, storage places, sitting halls, council halls, halls, corridors, toilets, elevators, offices and/or rooms used by two or more persons.*</p> <p>Smoking shall be allowed in bars, discos, restaurants and other public spaces with a similar destination, only in places especially arranged for smoking, in compliance with the following mandatory conditions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) to represent more than 50% of the surface of the enclosed public space destined to the clients;</li> <li>b) to be separate from the rest of the enclosed public space, so as to ensure its complete proofing;</li> <li>c) to be endowed with functional ventilation systems that allow the discharge of tobacco smoke</li> <li>d) to be endowed with ashtrays and fire extinguishers and to be arranged according to the legal provisions in force on fire prevention and extinguishing;</li> <li>e) to be marked, in a visible place, with one of the following indicators: "Smoking place", "Smoking room" or "Room where smoking is allowed".</li> </ul> <p>The above mention provision does not apply to bars, discos, restaurants and other public spaces with a similar destination, whose surface - the surface of the entire enclosed public space destined to the clients - is less than 100 sq.m, if their owner or manager establishes and displays the warning: "Smoking is allowed in this unit."</p>
Slovakia	<p>Smoking is presently banned altogether in educational, healthcare facilities and in public transport, and most public places.  Smoking is banned in workplaces in the presence of non smokers.  In restaurants smoking is allowed only in separate smoking rooms. Cafes that do not serve food may choose to be smoking or non smoking.  Public transportation is smoke - free.</p>
Slovenia	<p>On 5 August 2007 the Act Amending the Restriction of the Use of Tobacco Products Act entered into force in Slovenia, prohibiting smoking in all enclosed workplaces and public places, including means of public transport, bars and restaurants. The Act allows smoking only in separate smoking rooms of the accommodation facilities and other facilities that provide overnight stays, in the residential rooms of the old people's homes and in prisons, in separate smoking rooms of the psychiatric hospitals and in the rooms designed specially for smoking- the so called smoking rooms. It is not allowed to bring or serve food and drinks inside smoking rooms and they can comprise no more than 20% of the total area of the public or working place. Smoking rooms are not allowed in places to which total ban of smoking has applied so far, i.e. healthcare and educational institutions. The Act also prohibits the purchase and sale of tobacco products by or to people under the age of 18. The Act introduces new information that needs to be put on the packaging of tobacco products besides the health warnings, namely the telephone number of the 'quit smoking help line'. It provides quick assistance to the smokers who want to stop smoking and information on various 'stop smoking' programmes.</p>

> EUROPEAN TRENDS TOWARDS SMOKE-FREE PROVISIONS

Spain/c

Spain introduced smoke free legislation on 1 January 2006. The law prohibited smoking in enclosed public places and workplaces. In some public places (e.g. entertainment premises, airports, bus and railway stations), it is possible to create separately ventilated smoking rooms. In bars and restaurants larger than 100 m<sup>2</sup> as well as in clubs and gambling establishments, smoking is allowed only in separate smoking rooms (not bigger than 30% of the total surface). Smaller hospitality venues can opt to be either smoking or non-smoking.

Only 10% of small bars and 15% of small restaurants have decided to go smoke-free since the introduction of the legislation..

The Spanish Health Minister Trinidad Jimenez announced on 2 June 2010 that anti-smoking legislation is to be extended to bars, cafés and restaurants as well as all other enclosed public spaces as of 2011. The new legislation will, however, not apply to hotel rooms or private clubs; likewise the law will not apply to prisons or psychiatric hospitals, as people do not have a private sphere in such institutions. Smoking will continue to be permitted on terraces, in stadiums, arenas and all other open spaces.

Sweden/c

The Swedish Tobacco Act dated 1993-94 states that employers should ensure that employees are not exposed to tobacco smoke against their will. Smoking is prohibited in schools and in facilities with children, in healthcare, in common areas in housing complexes including those for the elderly, on public transport, in workplaces and in other public places (such as sporting facilities) with the possibility of building separately ventilated designated smoking rooms. Related to health care centres and hospitals the majority have closed their designated smoking rooms. Hotels are required to provide non-smoking rooms for their guests but in practice not very many smoking rooms remain.

From 1 June 2005, all restaurants, bars, nightclubs, discos, casinos, bingo-halls, cafes etc. are smoke-free with the exception of building a closed and separately ventilated designated smoking room where no food or drink is to be served.

In January 2008, the Swedish Prison and Probation Service banned smoking indoors in prisons.

In 2009 a population poll showed that the majority of people surveyed also want additional areas including outdoor areas of restaurants (73%) and building entrances (80%) to be smoke free. Furthermore, 69% would like smoke-free outdoor waiting areas on public transport. Related to private dwellings, 86% would like homes where children live to be smoke-free and 79% would like balconies and stairwells to be smoke-free.

About half of municipalities in Sweden have enacted a smoke-free working hours policy - the degree of implementation so far differs widely. Public support for this is at 80%. A main topic of debate concerns the right to a smoke-free working environment for employees in elderly care clashing with the right of clients to smoke in their own homes. A pilot study recently showed that such employees are exposed to ETS to the same extent as were hospitality workers before 2005 legislation was in place.

Switzerland/c

The Swiss Federal Assembly enacted a law for the protection against passive smoking in 2008, which came into force on 1 May 2010. It prohibits smoking in enclosed, publicly accessible areas and in rooms that are workplaces for several persons. There are exceptions for bars and restaurants, which may allow smoking in separate, ventilated rooms or in establishments smaller than 80 square meters, but the federal statute allows for more stringent cantonal smoking bans. Up until the ban came into force, each canton determined its own smoking laws. As of June 2009, all cantons with the exception of Zurich, Appenzell, Innerhoden, Glarus, Jura, Obwalden and have banned smoking in enclosed public areas (although restaurants are exempt in Lucerne and Nidwalden). The details of the restrictions vary somewhat, and in several cantons the bans will not enter into force until some time between 2009 and 2012. The ban in Geneva has come into force on October 31, 2009.

UK (England)

A total ban on smoking inside offices, pubs, restaurants and enclosed and 'substantially enclosed' workplaces and vehicles throughout England came into force on 1 July 2007. Designated smoking rooms are not allowed. The total ban foresees a few exceptions such as private homes and designated rooms in residential care homes, prisons, hospices, hotel bedrooms and offshore installations. NHS facilities are already smoke-free, but mental health residential facilities, which have been exempt, have become smoke-free on 1 July 2008. Accommodation for under-18s is also covered by the legislation.

See info on Smoke Free England: <http://www.smokefreeengland.co.uk/> and information on legislation enforcement: <http://www.smokefreeengland.co.uk/faq/enforcement.html>

UK (Wales)

The Health Act 2006 enables the Welsh Assembly to introduce smoke-free legislation and a comprehensive smoking ban was introduced in Wales on 2 April 2007. The

ENSP –April 2010 7

. All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form

 With the support of the European Commission

> EUROPEAN TRENDS TOWARDS SMOKE-FREE PROVISIONS

	<p>law affects most public premises, including restaurants, pubs, bars, shops, cinemas, shopping centres, leisure centres, other enclosed workplaces and public transport. No Smoking signage must be displayed in enclosed public premises and work premises. Failure to comply with the law will be a criminal offence, as set out in the Health Act 2006. Penalties and fines are as follows: individuals may be liable to a fixed penalty of GBP 50 (maximum fine GBP 200); the manager or person in control of any smoke-free premises could be fined a fixed penalty of GBP 200 for failing to display No Smoking signs (maximum fine GBP 1000); the manager or person in control of any smoke-free premises could be fined up to GBP 2500 for failing to prevent others from smoking in those premises.</p>
UK (Scotland)	<p>Comprehensive smoke-free legislation was introduced in Scotland on 26 March 2006. The Smoking, Health and Social Care Act (Scotland), which was given Royal assent on 5 August 2005, laid the provisions for smoke-free legislation. The ban includes all pubs, bars and restaurants. Licensees failing to enforce the ban face fines up to GBP 2500 and customers caught smoking could be fined GBP 1000. The smoking ban covers enclosed locations that are used by the public, such as workplaces, clubs or places of entertainment, health and care services. Designated smoking rooms are not allowed. Exemptions are private residential homes, private vehicles and designated rooms in care homes, hospices prisons, hotels, mental health facilities and offshore installations.</p> <p>3 February 2010: MSPs have voted 108 to 15 to approve the Tobacco and Primary Medical Services (Scotland) Bill, which will bring an end to the display of cigarettes and tobacco products in shops as well as banning sales from vending machines.</p> <p>Other changes included in the bill are a registration scheme for tobacco retailers and fixed penalty notices for retailers who sell cigarettes to under 18s, making it an offence to buy them for an under 18 and for under 18s to buy cigarettes.</p> <p>Implementation in 2011 planned .</p>
UK (Northern Ireland)	<p>The Smoking (Northern Ireland) Order 2006 comes into effect on 30 April 2007. It is against the law to smoke in most 'enclosed' and 'substantially enclosed' workplaces and public places. Designated smoking rooms are not allowed. Those responsible for smoke-free premises and/or smoke-free vehicles are required to display no-smoking signs so that they are clearly visible to all employees, customers and visitors. Failure to comply may result in the issue of a GBP 200 fixed penalty notice or lead to a prosecution, for which the maximum penalty on summary conviction is GBP 1000. Individuals may receive a GBP 50 fixed penalty notice if they smoke in smoke-free premises or smoke-free vehicles. The maximum penalty on summary conviction is GBP 1000. The law requires those responsible for smoke-free premises to prevent or stop a person smoking there. A similar requirement is made of drivers, those with management responsibilities and those with responsibility for order and safety on smoke-free vehicles. Failure to comply may lead to a prosecution for which the maximum penalty on summary conviction is GBP 2500.</p>