

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Maestría en Sociología

**Políticas de control de tabaco y desigualdades
sociales entre los fumadores uruguayos
en el año 2014**

Diego Rodríguez Sendoya
Tutor: Rodolfo Levín

2018



Página de aprobación

Profesores guías: Rodolfo Levín y Javier Brazo Sayavera

Tribunal: Pablo Hein, Laura Llambí, Alfredo Falero y Javier Brazo

Fecha:

Calificación:

Autor: Diego Rodríguez Sendoya



Resumen

El presente estudio tiene como objetivo principal analizar la magnitud de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco y en los resultados que las políticas de control de tabaco tuvieron sobre los fumadores en Uruguay en el año 2014. Además, se propone observar si los factores socioeconómicos y el entorno social del fumador pueden determinar el resultado que logran las políticas.

Con el fin de cumplir con los objetivos de esta investigación, en primer lugar, se realizó un análisis descriptivo observando cómo se presentan los factores socioeconómicos y las características del entorno social de los fumadores, además de describir cómo estaban distribuidos los resultados de las políticas de control del tabaco en la población fumadora. En una segunda instancia se recurrió al análisis de regresión logística para determinar las diferencias en la probabilidad de ocurrencia de los resultados de las políticas (percibir el riesgo que implica fumar, la predisposición a dejar y el fumar todos los días), de acuerdo a las características socioeconómicas y del contexto de los fumadores.

Los resultados muestran que la mayoría de las personas fumadoras son mujeres y que presentaban características de población vulnerable, dado que, principalmente pertenecían a hogares con bajos ingresos, teniendo bajo nivel educativo. Quienes menos fumaban eran los jóvenes menores a 24 años. Por otra parte, dos tercios de los fumadores trabajaban (estaban ocupados). El entorno cercano a las personas que fumaban, era fumador: estaba permitido fumar en sus hogares y sus amigos fumaban. En cuanto a los resultados de las políticas, se observa que casi la totalidad de los fumadores eran conscientes que el fumar daña su salud y que hacía daño a los no fumadores. La mayoría planeaba dejar de fumar.

Los resultados del presente estudio sugieren que, si bien los fumadores presentaban características socioeconómicas de vulnerabilidad, para la población de estudio, los factores socioeconómicos no eran tan determinantes de la probabilidad de que las políticas lograsen sus resultados. En cambio, la influencia de su entorno, expresado a través de la prohibición de fumar dentro del hogar, resultó ser el único factor que influía en todas las probabilidades de que ocurriesen los resultados esperados por las políticas.

Palabras clave: tabaquismo, fumadores, desigualdades, políticas de control de tabaco, Uruguay.



Abstract

The main objective of this study is to analyze the magnitude of social inequalities in tobacco consumption and the results that tobacco control policies had on smokers in Uruguay in 2014. In addition, it is proposed to observe whether socioeconomic factors and the smoker's social environment can determine the outcome that policies achieve.

In order to comply with the objectives of this research, first a descriptive analysis was made observing how the socioeconomic factors and characteristics of the social environment of the smokers are presented, as well as describing how the results of the control policies were distributed of tobacco in the smoking population. In a second instance, the logistic regression analysis was used to determine the differences in the probability of occurrence of the results of the policies (perceiving the risk involved in smoking, predisposition to quit and smoking every day), according to the socioeconomic and context characteristics of smokers.

The results show that the majority of smokers are women and that they presented characteristics of a vulnerable population, given that they mainly belonged to low-income households with a low educational level. Those who smoked, the least were young people under 24 years old. On the other hand, two thirds of smokers worked (they were employees). The environment close to people who smoked, was smoking environment: smoking was allowed in their homes and their friends smoked. As for the results of the policies, it is observed that almost all smokers were aware that smoking harms their health and that it hurt non-smokers. Most of them planned to quit smoking.

The results of the present study suggest that although smokers presented socioeconomic characteristics of vulnerability, for the study population, socioeconomic factors were not so determinant of the probability that the policies would achieve their results. Instead, the influence of their social environment, expressed through the prohibition of smoking within the home, turned out to be the only factor that influenced all the probabilities that the results expected by the policies would occur.

Key words: smoking, smokers, tobacco, inequalities, tobacco control policies, Uruguay



Índice

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico	5
2.1. Desigualdades sociales en salud	5
2.1.1. Distintas explicaciones sobre las desigualdades sociales en salud.....	7
2.2. Desigualdades sociales en el tabaquismo	13
2.3. El problema del tabaquismo.....	16
2.4. El consumo de tabaco en el Mundo	17
2.5. El problema del tabaquismo en Uruguay.....	20
2.6. Políticas de Control de Tabaco	25
3. Objetivos.....	31
3.1. Objetivos específicos	31
4. Hipótesis	33
5. Metodología.....	34
5.1. Participantes e Instrumento.....	34
5.2. Variables utilizadas	35
5.3. Análisis estadístico.....	36
6. Desarrollo y contrastación empírica	39
6.1. Incidencia del tabaquismo según edad, sexo, nivel educativo, nivel de ingresos y condición de ocupación	39
6.2. Incidencia del tabaquismo según el entorno social del fumador	44
6.3. Resultado de las políticas según las características socioeconómicas de los fumadores.	46
6.3.1. Análisis de la determinación de los factores socioeconómicos y del entorno del fumador, en el resultado de las políticas.....	51
6.3.2. Capacidad explicativa de los modelos	58
6.3.3. Distintos escenarios posibles.....	59
7. Conclusiones.....	69
Bibliografía.....	71
Anexos	80



Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Consumo de tabaco en diferentes países.	19
Ilustración 2. Modelo conceptual que ilustra la cadena causal de cómo las políticas de control del tabaco ejercen su influencia en las conductas de consumo de tabaco.	28
Ilustración 3. Sexo de las personas fumadoras.	39
Ilustración 4. Grupo etario de los fumadores, según sexo	40
Ilustración 5. Nivel de ingresos de los hogares a los que pertenecen los fumadores según grupo etario.....	41
Ilustración 6. Condición de ocupación de las personas fumadoras.	42
Ilustración 7. Nivel educativo de los fumadores según Condición de Ocupación.	43
Ilustración 8. ¿Está prohibido fumar dentro del hogar?	44
Ilustración 9. ¿Sus amigos fuman?	45
Ilustración 10. Probabilidad de las mujeres de fumar todos los días.....	61
Ilustración 11. Probabilidad de los hombres de fumar todos los días.	61
Ilustración 12. Probabilidad de que las mujeres planeen dejar de fumar.	62
Ilustración 13. Probabilidad de que los hombres planeen dejar de fumar.	63
Ilustración 14. Probabilidad de que las mujeres tomen consciencia del daño que el fumar provoca a su salud personal.....	64
Ilustración 15. Probabilidad de que los hombres tomen consciencia del daño que el fumar provoca a su salud personal.....	64
Ilustración 16. Probabilidad de que las mujeres tomen consciencia del daño que el fumar provoca a su salud personal.....	65
Ilustración 17. Probabilidad de que los hombres tomen consciencia del daño que el fumar provoca a su salud personal.....	65
Ilustración 18. Probabilidad de que los hombres (ocupados) tomen consciencia del daño que provocan a la salud de los no fumadores.....	66
Ilustración 19. Probabilidad de que las mujeres (ocupadas) tomen consciencia del daño que provocan a la salud de los no fumadores.....	67
Ilustración 20. Probabilidad de que las mujeres ama de casa tomen consciencia del daño que provocan a la salud de los no fumadores.....	67



Índice de cuadros

Cuadro 1. Prevalencia de consumo de tabaco en Uruguay.....	21
Cuadro 2. Prevalencias de consumo de tabaco, según grupo etario.	22
Cuadro 3. Modelos logísticos analizados.	38
Cuadro 4. Distribución del conocimiento de los riesgos para la salud que implica el consumo de tabaco, según variables socioeconómicas.	46
Cuadro 5. Distribución de si las personas fumadoras planean dejar de fumar, según variables socioeconómicas.	48
Cuadro 6. Distribución de si las personas fumadoras fuman todos los días, según variables socioeconómicas.	50
Cuadro 7. Coeficientes de los modelos logísticos. Efecto logit de variables seleccionadas en cada modelo.	52
Cuadro 8. Bondad de ajuste y predicción de modelos logísticos.	58
Cuadro 9. Variables utilizadas en los modelos de regresión logística.	80
Cuadro 10. Colinealidad de variables independientes medida a través de los coeficientes de diagnóstico de Multi-colinealidad VIF.	81



1. Introducción

De acuerdo al Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas (OPS, 2018), el consumo de tabaco es un factor de riesgo común para seis de las ocho principales causas de muerte, responsables de casi dos tercios del total de defunciones a nivel mundial. Lo que significa que a nivel mundial el consumo de tabaco mata a más de 7 millones de personas anualmente: más de 6 millones por el consumo diario del tabaco y 900.000 por la exposición a humo de tabaco. De los que mueren por la exposición a humo de tabaco, casi dos tercios son mujeres y 7% son niños. El consumo de tabaco también contribuye a empobrecer a las personas de menores recursos, dado que en esta población se concentra la mayor prevalencia de consumo, poca capacidad para afrontar los gastos de atención de la salud y si las personas sostén del hogar son fumadoras, seguramente tengan una muerte temprana (OPS, 2018).

En respuesta a la epidemia global del tabaquismo se crea por parte de la OMS y los países asociados, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Proceso que inicio a fines de los años 90 y culminó el año 2003, cuando la 56^a Asamblea Mundial de la Salud lo adoptó por unanimidad (OPS, 2018), entrando en vigor a partir del 27 de febrero del 2005. Este convenio incluye mecanismos para disminuir tanto la oferta como la demanda de productos de tabaco y sus mandatos cubren por completo la cadena de producción, distribución y venta de esos productos. Dentro de los objetivos que se pretende lograr con este Convenio, se encuentra: evitar que los jóvenes se inicien en el consumo, proteger a los no fumadores de la exposición al humo de tabaco ajeno y ayudar a los consumidores a abandonar el tabaco y a los exconsumidores a mantener la abstinencia (OPS, 2018).

La aplicación de las medidas recomendadas por el CMCT no ha sido uniforme en todos los países. Pero a pesar de que sigue habiendo una alta carga de mortalidad y morbilidad asociada al tabaco en el mundo y en las Américas, se empiezan a observar resultados positivos de los esfuerzos llevados a cabo en los últimos años para controlar esta epidemia. Según estimaciones de la OMS, la prevalencia de fumadores de tabaco en el mundo ha disminuido significativamente en los últimos años. Así, entre el 2007 y el 2015,



la proporción de fumadores de tabaco disminuyó de 23,5% a 20,7% entre las personas de 15 años y más (OPS, 2018).

Uruguay es uno de los países que más se ha ajustado a la aplicación de las Políticas de Control de Tabaco recomendadas en el CMCT, lo cual ha llevado a una significativa baja en la prevalencia del tabaquismo. Pero a pesar de los logros alcanzados, aún se siguen constatando diferentes niveles de prevalencia, entre grupos poblacionales definidos por sus características sociodemográficas. En este sentido, se debe tener en cuenta que la prevalencia está estrechamente vinculada a la percepción del riesgo de fumar que tienen los fumadores y su predisposición a abandonar el hábito (factores que las políticas tienen como objetivo modificar). Por lo tanto, el presente estudio se enfocará en analizar la magnitud de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco y en los resultados de las políticas, según las características sociodemográficas y del entorno social de los fumadores, y determinar en qué medida estas características condicionan los resultados.

Las desigualdades en la incidencia del tabaquismo se enmarcan dentro de las desigualdades sociales en salud, las cuales han sido explicadas por diferentes modelos. En particular el presente estudio priorizó la línea de los modelos explicativos integrales, que representan a los determinantes de salud en forma de capas o estratos. Una primera capa compuesta por factores individuales y no modificables como la edad y sexo. Una segunda capa conformada por factores modificables, como los estilos o hábitos de vida. Una tercera capa compuestas por las relaciones interpersonales de los individuos: influencia sociales y comunitarias. En cuarto lugar, las condiciones de vida y de trabajo, que incluyen factores como la educación, el empleo y el desempleo. Y por último las condiciones socioeconómicas y medioambientales que permean a todos los niveles con excepción del primero.

Para el análisis de los resultados de las políticas y la incidencia del tabaquismo, de los factores antes mencionados se seleccionaron los correspondientes a: sexo, edad, nivel educativo y condición de ocupación de las personas. En particular, se propuso observar la dimensión de estos factores en las personas fumadoras y estudiar si los mismos eran determinantes para los logros de las políticas de control del tabaco, dentro de los cuales se analizó la frecuencia de consumo, el que los fumadores planeen dejar de fumar y que tomen conciencia de los daños a su salud y a la de los no fumadores. Por otra parte, tomando en



cuenta que las políticas de control del tabaco en parte se focalizan en la modificación del entorno del fumador, para lograr su objetivo de que los mismos abandonen la adicción, además de que investigaciones previas en la temática mencionan que el entorno de los fumadores es un factor relevante para el inicio o continuidad de la adicción en las personas, para el análisis también se consideró el entorno del fumador, expresado el mismo a través de si sus amigos fumaban y de si estaba permitido fumar en sus casas.

La necesidad de utilizar información correspondiente a consumidores de tabaco que contará con las variables de interés mencionadas anteriormente y que al momento del inicio de la investigación estuviera disponible para su análisis, llevó a utilizar los últimos datos relevados por el proyecto International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC), correspondiente a su medición del año 2014. ITC es un proyecto que evalúa el efecto de las políticas de control de tabaco sobre los fumadores y las principales características socioeconómicas de los mismos. Fue llevado a cabo por el Centro de Investigación de la Epidemia del Tabaquismo (CIET) junto a investigadores del Departamento de Sociología de la Universidad de la República (Uruguay) y de la Universidad de Waterloo (Canadá). La información fue relevada mediante encuestas cara a cara en Montevideo y en 4 capitales departamentales del Interior del país (Durazno, Maldonado, Rivera, Salto), seleccionando a los fumadores mediante una muestra aleatoria estratificada.

El análisis realizado partió del supuesto que era de esperar que los fumadores en su mayoría presentaran características socioeconómicas de vulnerabilidad social, esto es, tener bajo nivel educativo, bajo nivel de ingresos y sin un vínculo laboral estable (desocupados, estudiantes o jubilados). Además, se esperaba que las personas fumadoras en su mayoría fueran hombres. También se partió del supuesto que el entorno de las personas fumadoras, era fumador, esto es: que sus vínculos cercanos fumaran (amigos) y que las normas en el hogar no prohibieran el consumo de tabaco. Por lo tanto, se creyó que los resultados de la política serían distintos según los grupos poblacionales que se consideren.

Dado que el interés de esta investigación se centra en analizar las desigualdades sociales en la incidencia del tabaquismo, es que en el marco teórico se comienza conceptualizando estas desigualdades dentro de una situación macro de desigualdades sociales en salud, para luego presentar evidencias y conceptualizaciones sobre las



desigualdades en el tabaquismo. Se expone cuál es la problemática que representa el tabaquismo a nivel mundial y nacional y se presenta a las políticas de control de tabaco (enmarcadas dentro del CMCT) como respuesta a estas problemáticas. En los siguientes tres capítulos se presenta cuáles son los objetivos del estudio, las hipótesis que surgen a partir de las situaciones planteadas en el marco teórico y la metodología desarrollada para llegar a los resultados. El capítulo 7 se centra en el análisis, resultados y su discusión, comenzando por una descripción de la incidencia del tabaquismo y de los resultados de las políticas según las características de los fumadores y su entorno, para posteriormente analizar cuáles son los determinantes de las diferencias en la incidencia del consumo de tabaco en la población y en los resultados logrados por las políticas. Finalmente, en el capítulo 8 se arriba a las conclusiones que dan respuesta los objetivos e hipótesis planteadas.



2. Marco Teórico

2.1. Desigualdades sociales en salud

Whitehead (1992) planteaba que para poder describir una situación como desigual (y por lo tanto, no equitativa), su causa debe ser juzgada como injusta en relación a lo que está ocurriendo en el resto del contexto social de referencia. Por lo tanto, resulta importante establecer el límite a partir del cual las diferencias en los niveles de salud se convierten en desiguales ya que dos personas con diferentes estados de salud no constituyen necesariamente una situación no equitativa. Este mismo autor afirma que cuando las diferencias son el resultado de variaciones biológicas naturales o incluso de elecciones, libremente adoptadas, no estaremos ante un hecho “injusto”, por lo cual no hablaremos de desigualdad. Por el contrario, cuando las conductas perjudiciales no hayan sido consecuencia de una elección libre o cuando la persona se encuentre ante exposiciones a factores de riesgo en el contexto físico o ante un acceso inadecuado a los servicios de salud, la situación será “injusta” y, por lo tanto, potencialmente evitable. Es así que, la equidad en términos de salud implicaría una situación en la que cada persona tuviera la capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud y que nadie se encontrara en situación de desventaja a la hora de lograrlo.

Es difícil establecer tal límite para definir cuándo se está ante una situación de desigualdad en salud, dado que requiere tomar posición sobre si la responsabilidad de la situación recae sobre el individuo o sobre la estructura social, como factores principales en la explicación de las diferencias en el estado de salud. Implicaría tener una postura sobre si las conductas de salud son una cuestión de mera elección personal o están mediadas por un contexto social que impide su control por parte de las personas. O sobre si el mal estado de salud es producto de la ausencia de posibilidades para elegir un determinado estilo de vida o, en cambio, es la consecuencia de riesgos asumidos voluntariamente (de la Hera y Roncero, 2007).



En buena parte del mundo, con el devenir de los años, la salud humana ha mejorado. Ha aumentado la calidad de vida de las personas y su relación con el medio, de tal forma que, en general, el ser humano es hoy menos vulnerable a determinados riesgos externos de lo que lo era en el pasado. Sin embargo, esto se puede ver empañado al comprobar que aquellas personas con menos recursos presentan peores indicadores en salud que las más ricas (Borrell, Rodríguez, Pérez, y García-Altés, 2008). Borrell et al. (2008) indica que, en distintos estudios, desarrollados principalmente en España, los indicadores han mostrado una peor situación en las mujeres, en la población de menor nivel socioeconómico o en las áreas con mayor privación material. Las desigualdades según sexo, etnia, nivel educativo, nivel socioeconómico o lugar de residencia, también han sido evidenciadas en América Latina, tanto a nivel de la población de cada país, como entre países (Cardona, Acosta, y Bertone, 2013).

La literatura específica sobre estos condicionantes sociales para la salud, que definen grupos sociales con mejores y peores indicadores, comenzaron a partir de la publicación del Reporte Black en 1982 (D. Black, Townsend, y Davidson, 1982) que, entre otras cosas, confirmaba que los estratos socioeconómicos más bajos tenían una mortalidad dos y media veces más alta que los estratos superiores. Este reporte inició un debate sobre la naturaleza, dimensiones y orígenes de las desigualdades en salud, al reconocer el papel de la estructura socioeconómica en la determinación de la distribución de la salud y el bienestar de la población (Borrell et al., 2008). Fundamentalmente, las conclusiones a las que se ha llegado indican que las personas de clases sociales más desfavorecidas muestran peores indicadores de salud que aquellas pertenecientes a estratos más altos, independientemente de la forma en que haya sido medida la variable socioeconómica (renta, educación, profesión, etc.) o la variable de salud (mortalidad, morbilidad¹, etc.). Es importante destacar que esta relación no se limita a los grupos sociales extremos (más pobres y más ricos) sino que afecta al conjunto de la sociedad, de manera que existe un gradiente social en la salud, por el que conforme se baja en la escala social, la salud y el bienestar de las personas también empeora (Roncero y de la Hera, 2009). De fondo, lo que se plantea es un acceso diferencial de las personas a los recursos, en términos de calidad y cantidad, en el contexto de una estructura social determinada. Por lo que se hablará de “desigualdad social en salud”, bajo la concepción de

¹ La morbilidad hace referencia a las enfermedades y dolencias en una población. También se define como la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.



que tal desigualdad implica diferencias de oportunidades y recursos ligados a la salud entre personas de diferente clase social, sexo, etnia, territorio, nivel educativo (Díez y Peirò, 2004).

2.1.1. Distintas explicaciones sobre las desigualdades sociales en salud

La salud es un estado de las personas que no solo depende de los aspectos biológicos, sino que está determinada de forma multicausal, en particular por el medio social. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad (Moreno, 2008). Si bien esta es la definición vigente para lo OMS, la misma ha sido discutida, dado que la salud no obedece a un orden de cosas exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces no se tiene presente en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática a los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual (Breilh, 2013). Esta es la línea que plantea la epidemiología crítica de Laurell (1982) y Breilh (1997), donde la determinación de la salud no es un movimiento lineal, sino un proceso dialéctico. La epidemiología convencional se centra en el individuo y lo social es una variable externa que incide en los estados patológicos de personas, mientras que desde la epidemiología social los procesos colectivos o sociales no se reducen solo a lo individual. Si bien el presente estudio se enfocará en la determinación social de la salud en una sola dirección, tomando el aspecto social como una variable, no significa que este proceso no sea dialéctico y que sea necesario conceptualizarlo como tal, manteniendo presente los dos polos del movimiento de determinación: individual y colectivo.

El establecimiento de una cadena causal entre el contexto social y la salud entraña varias dificultades de carácter conceptual y metodológico debido a la multitud de factores que intervienen en tal relación. A partir de la publicación de *The Black Report* (S. D. Black, 1982), en el que se describían cuatro explicaciones posibles sobre el origen de las desigualdades sociales en salud, estudios posteriores han realizado sus propias revisiones, añadiendo otros factores no contemplados en dicho informe.



En base a estos aportes se pueden establecer diferentes modelos explicativos sobre las desigualdades sociales en salud que se desarrollan con detalle a continuación.

i. La selección social.

Este modelo apunta al hecho de que la salud determina la posición socioeconómica de las personas. Es decir, aquellas con mala salud tenderán a ubicarse en las posiciones menos favorecidas de la estructura social, mientras que aquellas más sanas lo harán hacia las posiciones más favorecidas. Esta selección puede ser directa, cuando el estado de salud determina directamente la posición económica, o indirecta, cuando determinados factores operantes durante la infancia e influyentes en la salud (la privación material o la educación) determinan la salud y la movilidad en la vida adulta (Borrell y Benach, 2006).

ii. Los factores materiales o estructurales.

Esta perspectiva pone de relieve el rol del ambiente social y las condiciones de vida y trabajo sobre el estado de salud de las personas. En este sentido, una mayor o menor exposición a situaciones relacionadas con bajos ingresos, desempleo y riesgos del ambiente físico de residencia o malas condiciones de la vivienda tendrán un claro impacto sobre la generación de desigualdades sociales en salud, que vendrán dadas por el hecho de que los grupos sociales más bajos están expuestos a un ambiente social menos saludable (Borrell, 1996). En este sentido, diversos estudios han relacionado aspectos como la ocupación, el desempleo o la pobreza con la salud física y mental (Artazcoz, Benach, Borrell, y Cortès, 2004; Garrido, Castillo, Benavides, y Ruiz 1994; Mathers y Schofield, 1998; Virtanen et al., 2005).

Esta interpretación de las desigualdades sociales en salud destaca la importancia de la extensión y calidad de los servicios del Estado de Bienestar (gasto social, sistema de salud, sistema educativo, servicios sociales y política impositiva) como determinantes de la salud



de las personas ya que, en última instancia, los recursos públicos disponibles influyen en las posibilidades que los individuos tienen de cuidar de su salud (Lynch, Smith, Kaplan, y House, 2000).

iii. Los factores psicosociales.

Dado que la perspectiva de los factores materiales o estructurales no logra explicar por completo el origen de las desigualdades en salud, algunos autores (Marmot y Wilkinson, 2001) han sugerido que también se deberían considerar la intervención de factores psicosociales. Este modelo considera el efecto psicosocial como una falta de autoconfianza de los sujetos, producto de la comparación que realizan de sí mismos respecto de otros, en una sociedad desigual.

Este modelo sugiere que el estado de salud de los individuos depende de la posición relativa de sus ingresos en la escala social y de la consecuente autopercepción sobre tal distancia a la media del conjunto de la sociedad, y no tanto del nivel absoluto de riqueza o pobreza. Así el modelo manifiesta que las desigualdades en salud no se vinculan con la pobreza, sino con la percepción de la posición de los individuos en la escala social (Murray, Gakidou, y Frenk, 1999).

Además de la autoconfianza y vergüenza, la erosión de la cohesión y el capital social (que se darían en mayor medida en sociedades poco igualitarias) también operarían como mecanismos intermedios entre la desigualdad de renta y la salud, dado que conducirían a mayores niveles de ansiedad, estrés y hostilidad, incidiendo en la salud de las personas (Kawachi, Kim, Coutts, y Subramanian, 2004; Leon, Walt, y Gilson, 2001).

Una dimensión clave para comprender la interpretación psicosocial de las desigualdades sociales en salud es la de apoyo social. Según Stansfeld (1999) se trata del conjunto de recursos provisto por otras personas o la información que conduce a los individuos a pensar que son queridos, cuidados, estimados y valorados, así como pertenecientes a una red social de comunicación y mutua obligación.



El concepto de capital social también es de gran importancia para este enfoque psicosocial. A diferencia del apoyo social, definido en términos individuales, el capital social posee un carácter grupal, comunitario, y se define como el conjunto de redes, normas y valores compartidos que facilitan la cooperación en los grupos (OECD, 2000). La existencia de capital social promueve la confianza mutua y el respeto entre los miembros de una comunidad, así como la existencia de una activa participación en actividades y asociaciones de la misma, lo cual se relaciona con una mejor autovaloración de la salud (Hyypä y Mäki, 2001; Veenstra et al., 2005), el menor uso de fármacos (Johnell, Merlo, Lynch, y Blennow, 2004) y la menor mortalidad (Kawachi, Kennedy, Lochner, y Prothrow-Stith, 1997).

Sobre la teoría del capital social y su poder explicativo de las desigualdades en salud existen algunas críticas que han suscitado un amplio debate en la epidemiología social actual entre los defensores de los enfoques más materialistas frente a los psicosociales. Según algunos autores (Kawachi, Subramanian, y Almeida-Filho, 2002; Marmot y Wilkinson, 2001; Waterston, Alperstein, y Brown, 2004), estas posturas no deberían estar enfrentadas, ya que la mejora de la salud requiere tanto del acceso a recursos materiales como de la capacidad de beneficiarse de los mismos, hecho que habitualmente viene determinado por las relaciones sociales de las que dispongan las personas. Estos autores afirman que la corriente materialista-estructural está en lo cierto al afirmar que, incluso en las sociedades más desarrolladas las clases sociales más bajas sufren mayor privación material, lo que directamente incide sobre su salud. Por otra parte, también creen que las tesis psicosociales aciertan en afirmar que las percepciones asociadas a vivir en una sociedad injusta y poco equitativa pueden erosionar de tal forma las redes sociales que resientan significativamente la salud de la población.

iv. Los servicios sanitarios.

El conjunto de causas capaces de explicar la génesis de las desigualdades sociales en salud se completa con el papel de los servicios sanitarios. El menor acceso de las clases sociales bajas a los servicios sanitarios preventivos, a la asistencia especializada, a los servicios de calidad y a los servicios de cuidados paliativos, debe tenerse en cuenta en la



explicación de las desigualdades sociales en salud (Borrell, 1996; Wagstaff, 2002). La población socioeconómicamente más favorecidos, que posean un mejor estado de salud gracias a medidas de higiene pública, sociales y educativas que se hayan implementado, podrán verse adicionalmente beneficiadas debido a la actuación de la asistencia sanitaria, ya que probablemente su población sea más capaz de captar los mensajes y traducirlos en actos saludables (Ortún, Meneu, y Peiró, 2004).

v. El curso de vida o perspectiva vital.

También el “tiempo” tiene una gran importancia sobre la explicación de las desigualdades sociales en salud, pero solo recientemente han comenzado a desarrollarse modelos explicativos longitudinales que consideran que la exposición a la desventaja social no tiene, generalmente, un impacto inmediato en la salud (Leon et al., 2001).

Desde una perspectiva biopsicosocial, la enfermedad es el producto de una exposición continuada a diferentes factores de riesgo que se suceden a lo largo de la vida de las personas y, en este sentido, se demuestra que una prolongada vivencia durante la etapa de la niñez en un entorno de estatus socioeconómico bajo determina los hábitos o conductas de salud en la vida adulta (van de Mheen, Stronks, Looman, y Mackenbach, 1998). En esta perspectiva, las desigualdades sociales en salud serían producto del efecto acumulativo de diversas desventajas económicas y sociales durante el curso de la vida.

El hallazgo más interesante de esta perspectiva es que las desigualdades sociales en salud pueden heredarse, ya que los condicionamientos sociales como la privación material, la pobreza y la marginación social, actúan sobre la salud en estadios muy tempranos de la vida (especialmente durante la gestación y la primera infancia), y permanecen presentes a lo largo del ciclo vital del individuo (Rico, 2002).



vi. Modelos explicativos integrales.

Entre los autores que centraron su interés en elaborar una explicación integral de las desigualdades en salud, se destacan Dahlgren y Whitehead (1991), quienes representaron a los principales determinantes de salud, en forma de estrato o capas. El centro compuesto por factores individuales y no modificables como la edad, sexo y factores hereditarios. En una segunda capa se encontrarían factores modificables, correspondientes a los estilos o hábitos de vida como ser: fumar, beber, realizar ejercicio físico, etc. Una tercera capa compuesta por las relaciones interpersonales de los individuos: influencia sociales y comunitarias. En cuarto lugar, las condiciones de vida y de trabajo, que incluyen factores relacionados con la vivienda, la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el empleo y el desempleo, el agua potable y saneamiento y los servicios sanitarios. Y por último las condiciones socioeconómicas y medioambientales que permean a todos los niveles con excepción del primero.

vii. Los hábitos o conductas relacionadas con la salud.

Tal como se plantea en los modelos explicativos integrales, los hábitos o conductas de vida son parte de los determinantes de la salud de la población. La mayor parte de estos hábitos (el hábito tabáquico, la dieta, el consumo de alcohol o el ejercicio físico) se distribuyen según el nivel socioeconómico, de forma que los factores de riesgo para la salud son más frecuentes a medida que se desciende en la escala social (Regidor, Gutierrez-Fisac, Calle, Navarro, y Domínguez, 2001).

Si se considera que los hábitos de vida que afectan la salud de la población son libremente elegidos por los individuos, entonces se puede plantear que son modificables casi exclusivamente por la voluntad de los mismos. El problema de este enfoque es que no le da relevancia a la influencia del contexto socioeconómico y la estructura social, en la toma de decisiones de los sujetos (Karien Stronks, Mheen, Looman, y Mackenbach, 1996). Tomando

en cuenta la importancia del contexto, se plantea que se puede lograr una reducción de las desigualdades en los hábitos de vida a través de intervenciones relacionadas con políticas fiscales, con la mejora del acceso a productos sanos a precios asequibles o con el acceso a instalaciones deportivas y recreativas (OMS, 2002). En esta línea, los siguientes capítulos del presente trabajo se centrarán en el hábito del tabaquismo, sus desigualdades y las intervenciones orientadas a la reducción de su prevalencia.

2.2. Desigualdades sociales en el tabaquismo

Las diferentes corrientes teóricas e ideológicas abordadas con anterioridad dentro de la epidemiología y la salud pública o colectiva han propuesto maneras diversas de concebir la salud y sus determinantes, las cuales han llevado a distintas visiones sobre el tabaquismo, tanto en referencia a sus determinantes, como al papel del mismo como determinante de la salud y de las desigualdades sociales en salud.

Las desigualdades sociales en el tabaquismo son principalmente producto del contexto en el que viven los individuos. Los contextos influyen en la estratificación social, la que genera y mantiene las distintas posiciones sociales que las personas ocupan en la sociedad, según su nivel educativo, nivel socioeconómico, lugar de residencia, entre otros aspectos sociodemográficos. Estos aspectos conforman las características de los entornos en los que viven y se interrelacionan las personas (Bacigalupe, 2012).

Dos de los contextos que se pueden considerar como determinantes de las desigualdades del tabaquismo son: el socioeconómico y el político (Schaap, 2010). El político tiene que ver con las políticas de gobierno en cuanto a aspectos económicos, sociales, laborales, vivienda y educación; pero en este caso también, políticas relacionadas con la prevención, control y reducción del tabaquismo. En estas últimas se destaca el papel que juegan los gobiernos en la modificación de la fiscalidad del tabaco, de regulación de la venta, de la publicidad y la promoción del tabaco, la regulación del contenido de los productos tabáquicos y la generación de los espacios sin humo.



Las condiciones de vida desiguales han llevado a la concentración del tabaquismo en los grupos sociales más desfavorecidos (Shaw, Dorling, y Smith, 1999) definidos estos por: el nivel educativo, la clase sociocupacional, el ingreso, entre otras características. Estas características son las que determinan las desigualdades en el tabaquismo y las mismas pueden ser consideradas en dos grupos, que inciden de forma más inmediata sobre la desigual distribución del patrón de consumo de tabaco entre los grupos sociales: los determinantes materiales y los factores psicosociales. Las condiciones de vida, el trabajo productivo y reproductivo, la vivienda, los ingresos, el tipo de ocio, son factores materiales que se distribuyen desigualmente en la sociedad y producen desigualdades en el tabaquismo (Shaw et al., 1999).

En los sectores sociales donde se concentran las peores condiciones materiales, el tabaquismo funciona como mecanismo para sobrellevar el estrés, dado que el tabaco actúa como regulador del humor y de la presión mental derivada de vivir en condiciones socioeconómicas adversas (Shaw et al., 1999). La clase social también interactúa con el sexo, por lo que las mujeres pertenecientes a los estratos más bajos, también gestionan el estrés fumando. Graham (1987) planteaba que el consumo de tabaco actuaba entre las mujeres de bajo nivel social encargadas del cuidado de niños como un método para gestionar el estrés producido por sus circunstancias adversas, al tiempo que les aportaba un espacio de tiempo de libertad para ellas mismas. Por lo que a pesar de que las madres son conocedoras de los riesgos asociados al consumo de tabaco, este les proporciona un medio para gestionar el estrés producido en sus vidas cotidianas, produciéndoles una sensación de equilibrio. Por tanto, ante estas circunstancias, parecería lógico que los perjuicios percibidos del abandono del consumo excederían los beneficios, lo cual dificultaría el abandono del hábito de fumar.

Por otro lado, las condiciones de trabajo actúan como mediadoras entre las condiciones materiales y la cesación del consumo de tabaco. Por ejemplo, los entornos en los cuales trabajan las clases “manuales” son más permisivos con las normas del uso del tabaco, además de presentar una mayor exposición al humo ambiental del mismo, lo que puede estar relacionado con un menor deseo de dejar de fumar (Honjo, Tsutsumi, Kawachi, y Kawakami, 2006).



En cuanto a los factores psicosociales y culturales, estos están vinculados a la influencia que ejerce sobre su conducta y su salud, la percepción que la persona tiene de su propia situación social. Vivir en sociedades desiguales y comparar su posición respecto a otras personas, puede llevar a sentimientos de estrés, vergüenza, insatisfacción e impotencia en aquellas personas en posiciones socialmente más desventajadas. En este sentido se demostró que una posición relativa más desfavorable en la escala social aumenta la probabilidad de fumar, independientemente de otros indicadores objetivos de posición social, como la ocupación o el nivel de estudios (Siahpush, McNeill, Hammond, y Fong, 2006a).

Dentro de los determinantes psicosociales y culturales también están los valores culturales compartidos en los grupos socioeconómicos, en forma de creencias, conocimientos y valores acerca de lo saludable, adecuado o inapropiado en términos de salud, lo cual se relaciona con la mayor concentración de prácticas como el consumo de tabaco en algunos grupos sociales (K. Stronks, van de Mheen, Looman, y Mackenbach, 1997). En este sentido, las normas compartidas relacionadas con la salud y las conductas parecen ser menos rígidas en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, debido, fundamentalmente, a la mayor presencia y exposición a la enfermedad de estos grupos (Blaxter, Paterson, y Bethel, 1982).

En cuanto al nivel educativo de los fumadores, el mismo está vinculado a el nivel de conocimientos acerca de los riesgos que conllevan determinadas conductas, habiéndose demostrado que el grado de conocimiento que las personas tienen sobre los riesgos asociados al tabaquismo se relaciona con la prevalencia del consumo, así como con la cesación (Siahpush et al., 2006a). A pesar de que el nivel educativo interacciona con otras variables de desventaja social, Schaap y Kunst (2009) mostraron que el nivel educativo está más estrechamente relacionado con la prevalencia del tabaquismo que los ingresos de las personas, o que otras variables relacionadas con las condiciones materiales de vida, lo que estimuló la hipótesis de que el conocimiento asociado a la educación tiene un mayor poder explicativo de las desigualdades en el consumo de tabaco, que la privación material.

La relevancia del nivel de estudios ha sido también puesta en relación con el denominado “locus de control” interno, es decir, el sentimiento de control que tienen las



personas sobre sus vidas, que prevendría el inicio en el consumo de tabaco y que sería menor entre los grupos de menor nivel educativo. Asimismo, el nivel de “autoeficacia”, es decir, el grado de sentido de control sobre las acciones propias ha sido puesto en relación con las desigualdades en el consumo de tabaco ya que las personas pertenecientes a niveles socioeconómicos desfavorecidos presentarían mayores barreras percibidas para dejar de fumar y menor confianza en su hábito para hacerlo (Chamberlain y O'Neill, 1998).

2.3. El problema del tabaquismo

Según Ballén, Jagua Gualdrón, Álvarez, y Rincón (2006) desde comienzos de la década de 1950 se comenzó a conocer que el cáncer de pulmón estaba asociado al tabaquismo, demostrando así los efectos nocivos de este hábito para la salud humana.

En la actualidad, el consumo de tabaco y la exposición al humo tienen importantes efectos sobre la morbilidad y mortalidad por enfermedades, en particular del sistema respiratorio y circulatorio, que además genera grandes costos económicos (Kuri-Morales, González-Roldán, Hoy, y Cortés-Ramírez, 2006). Según la Organización Mundial de la Salud (2008b) se trata de la principal causa de muerte evitable y es factor de riesgo en 6 de las 8 principales causas de muerte del mundo. Entre las personas de mediana edad se estima que entre el 2010 y 2025 el consumo de tabaco será el factor de riesgo más importante para la muerte prematura en los hombres y el segundo factor de riesgo más importante en las mujeres (Eriksen, Mackay, y Ross, 2015).

El consumo de tabaco causó 100 millones de muertes en el mundo durante el siglo XX, cifra que supera la cantidad de muertes ocurridas durante las dos guerras mundiales. En el mundo mueren más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890.000 son no fumadores expuestos al humo ajeno (OMS, 2015). En Uruguay mueren 4.800 personas al año por enfermedades causadas por el consumo de tabaco (Eriksen et al., 2015). Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco (OMS, 2017).



El tabaquismo se considera en la actualidad un problema de salud pública a nivel mundial, en el que intervienen diversos actores como los gobiernos, las organizaciones internacionales, las empresas tabacaleras, las empresas de marketing, y en última instancia los propios consumidores. La existencia de diversos agentes conlleva a que no se deba entender el consumo de tabaco solo como la consecuencia de un comportamiento individual, sino que también como una conducta socialmente condicionada por el contexto socioeconómico de las personas (Bacigalupe, 2012).

Como medida para hacer frente a la situación del tabaquismo a nivel mundial, en el año 2003 la OMS promovió el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT), el cual incluye propuestas de políticas a desarrollar, basadas sobre todo en evidencia de estudios realizados en países de altos ingresos y que ha demostrado su eficacia en la reducción del consumo de tabaco en los países de medianos y bajos ingresos.

2.4. El consumo de tabaco en el Mundo

Según muestran bases de datos recientes de carácter internacional, casi un tercio de los hombres mayores de 14 años de edad, o aproximadamente 823 millones de personas, son fumadores. En los últimos 30 años, la prevalencia global ajustada a la edad de consumo diario de tabaco entre hombres tuvo una disminución de aproximadamente el 10%. Sin embargo, la tendencia en la prevalencia del consumo de tabaco en hombres varía sustancialmente en todo el mundo, desde una disminución del 24% en Canadá hasta un aumento del 16% en Kazajstán de 1980 a 2013 (Eriksen et al., 2015).

La mayoría de los países con las reducciones más importantes en el consumo de cigarrillos en hombres son países de ingresos altos. En los países de ingresos bajos a medios la evolución ha sido dispar, algunos disminuyeron el consumo, mientras otros aumentaron. Entre otras cosas cabe cuestionarse si éstas diferencias quizás estén asociadas a la aplicación de políticas de control del tabaco en cada uno de ellos (Eriksen et al., 2015).



En este sentido, en África, que es una de las regiones con mayor crecimiento demográfico y más empobrecidas del mundo, si las tendencias de tabaco actuales continúan, la prevalencia de consumo de tabaco en hombres y mujeres combinados aumentará del 16% en 2010 al 22% en 2030, esperándose que la mayoría de este porcentaje sean hombres. Por otro lado, China tiene un tercio de todos los fumadores hombres a nivel mundial. Pero en este país la conciencia acerca de la importancia del control del tabaco parece estar aumentando, habiéndose implementado recientemente muchas políticas de control del tabaco. Los modelos de simulación sugieren que más programas de control del tabaco podrían reducir las tasas de consumo de tabaco en China en más del 40% y salvar más de 12,7 millones de vidas para 2050. Los países con políticas limitadas de control del tabaco podrían tener reducciones similares o incluso superiores en el consumo del tabaco si establecieran políticas más efectivas (Eriksen et al., 2015).

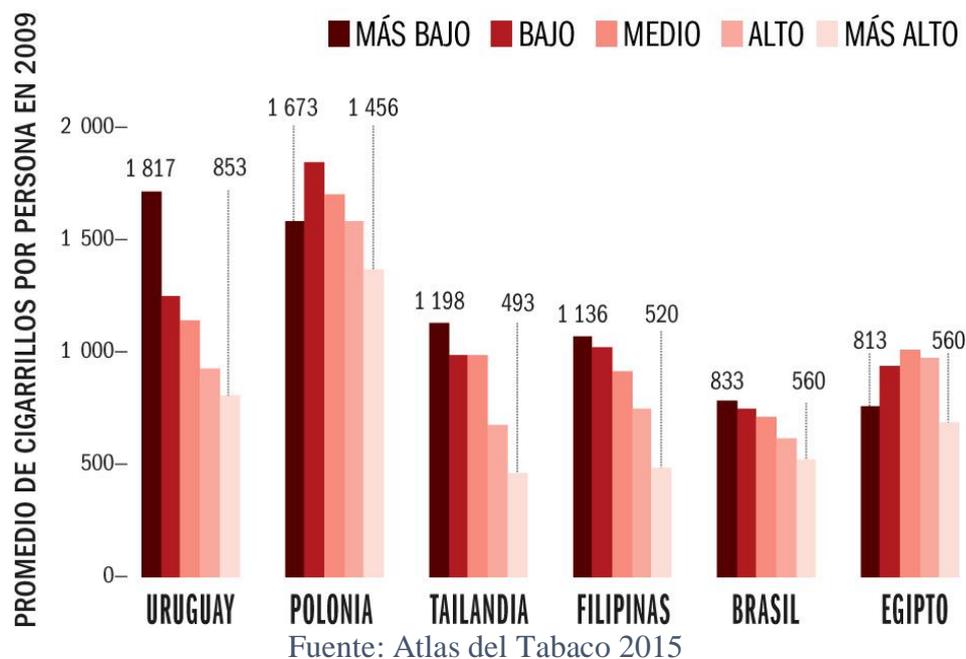
En el caso de las mujeres, aproximadamente 176 millones en todo el mundo son fumadoras activas. El tabaquismo en mujeres es más común en los países de altos ingresos que en los de bajos y medianos ingresos. Si bien el tabaquismo femenino en la mayoría de los países asiáticos y africanos es poco común, se debe cuidar que esto no se revierta, como ya le ha sucedido a Japón, donde la prevalencia entre mujeres aumentó por encima de la de los hombres (Eriksen et al., 2015).

Las compañías tabacaleras intentan vincular el tabaquismo a los derechos de la mujer y la igualdad de género, así como al glamour, la sociabilidad, el goce, el éxito y la delgadez. Utilizan diversas estrategias para promover la aceptación social del consumo de tabaco en las mujeres, incluido el desarrollo de productos (p. ej., sabores y aromas), diseño de productos y la publicidad (p. ej., paquetes que son más atractivos para las mujeres), la participación en programas de responsabilidad social y el empleo de la influencia de medios de entretenimiento popular. Algunas personas, especialmente las mujeres, fuman para bajar de peso o controlarlo (Eriksen et al., 2015).

Por lo tanto, deben existir programas apropiados de control del tabaco para evitar un aumento de las tasas de tabaquismo entre las mujeres y garantizar que los países de bajos y medianos recursos no sigan el patrón de la epidemia global de tabaquismo. En todo el mundo, el tabaquismo es generalmente común en los segmentos más pobres de la población,

quienes a su vez tienen pocos ingresos disponibles para gastar en cigarrillos, significando el mismo un peso importante dentro del gasto de estos hogares. Por ejemplo, en una ciudad como Nueva York, un fumador de un paquete por día que vive en el umbral de la pobreza gasta 20% de su ingreso familiar en mantener su hábito de fumar. En los países más pobres, la Organización Mundial de la Salud estima que hasta un 10% de los ingresos de los hogares puede ser gastado en los productos del tabaco, dejando menos dinero para la alimentación, la educación, la vivienda y la ropa. A su vez existe un mayor gasto en salud, debido a las enfermedades que les causa el consumo, por lo que desarrollan más enfermedades que los no fumadores. Esto conlleva un mayor gasto de atención en salud tanto para el individuo como para los países. Para los países también significa mayores presiones negativas sobre sus economías. Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo contribuyen al ausentismo laboral y reducen la fuerza de trabajo, lo cual incrementa los costos indirectos del tabaco. El tabaco empobrece a los países (Eriksen et al., 2015).

Ilustración 1. Consumo de tabaco en diferentes países.



Tal como muestra la ilustración 1, existe una gran disparidad en el consumo de cigarrillos según el nivel socioeconómico de la población. Los grupos socioeconómicos más



bajos fuman más, no solo en países con niveles de ingresos altos, sino también en aquellos con ingresos bajos y medios.

2.5. El problema del tabaquismo en Uruguay

Las mediciones de magnitud y evolución del tabaquismo realizadas en Uruguay, detalladas a continuación, han evidenciado diferencias por sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo y lugar de residencia (urbano o rural). Estas diferencias también se han visto reflejadas cuando se ha estudiado específicamente a la población trabajadora.

Si bien las mediciones entre instituciones no resultan comparables dado su diferente metodología y muestra, sí se puede comparar entre diferentes mediciones en distintos años, realizadas por una misma encuesta, o entre aquellas que sus metodologías permiten dicha comparabilidad.

En términos generales se aprecia una clara tendencia decreciente de la prevalencia de tabaquismo desde que se comenzaron a aplicar las políticas de control de tabaco en el año 2005. Las primeras mediciones en la década del '90, de carácter parcial, dado que en 1994 (Míguez y Magri, 1995) el relevamiento realizado por la Junta Nacional de Drogas se enfocó en las personas de entre 15 y 64 años, residentes en Montevideo y en 10 ciudades del Interior, mostraba una prevalencia de 34,7%. Para 1998 la muestra se amplió a personas residentes en localidades de 10.000 o más habitantes (OUD, 1998), ubicándose la prevalencia en un 32,5%, tal y como se puede observar en el cuadro 1.

Cuadro 1. Prevalencia de consumo de tabaco en Uruguay.

Año	Origen de los datos	Muestra				Prevalencia tabaquismo				
		Territorio abarcado	Edad de población				Tipo	General	Sexo	
			13 años	15 años	25 años	64 años			Hombre	Mujer
1994	JND - Encuesta nacional sobre consumos de drogas en hogares	MVD y 10 ciudades Interior		15 a 64 años		regularmente	34,7%			
1998		Loc. 10.000 y más hab.				último mes	32,5%			
2001						último mes	32,3%			
2006						último mes	31,8%			
2011				15 a 64 años		último mes	31,0%	34,3%	28,0%	
2014		15 a 64 años		último mes	29,5%	34,4%	24,9%			
2006	Enc. Factores de Riesgo	Loc. 10.000 y más hab.	25 a 64 años		fumadores diarios	32,7%	37,2%	28,6%		
2013			25 a 64 años		fumadores diarios	28,8%	32,5%	25,4%		
2013			15 a 64 años		fumadores diarios	25,9%	28,6%	23,4%		
2009	Encuesta GATS	Total país	15 años o más		actualmente	25,0%	30,7%	19,8%		
2001	Encuesta GYTS	Total país. Estudiantes secundaria.	13 a 15 años		último mes	28,0%				
2006					último mes	22,8%	19,7%	24,6%		
2014					último mes	8,2%	7,20%	8,70%		
2008	ENPTA - CIET	Loc. 5.000 y más hab.	15 años o más		último mes	24,8%	29,4%	20,9%		
2006	Encuesta Continua de Hogares - INE	Total país	15 años o más		actualmente	24,8%				
2011						23,9%	28,8%	19,5%		
2014						22,2%	27,0%	17,9%		

Fuente: Elaboración propia en base los datos de los estudios mencionados en el cuadro.

Las últimas mediciones indicaron que la prevalencia en el año 2016 se ubicaba en 21,6% del total de la población nacional mayor de 15 años, según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) (MSP, 2017) y 20,4% en 2017 (INE, 2017).

Los datos en las distintas encuestas y años en las que se realizaron, muestran una clara diferencia de la prevalencia por sexo, siendo mayor la prevalencia en hombres (ver cuadro 1). La última medición realizada por la Junta Nacional de Drogas (OUD, 2016), indica que en el año 2014 el 34,4% de los hombres era fumador, mientras que el 24,9% de las mujeres era fumadora. Según los últimos datos de la encuesta GATS (MSP, 2017) la prevalencia en hombres se ubicaba en 25,6%, mientras que para las mujeres en 18,0%.

Al considerar el nivel socioeconómico, las distintas mediciones han indicado que los de menor nivel son quienes presentan mayor prevalencia. Según la información de la OUD (2016) al considerar la prevalencia por nivel socioeconómico, se observó que la prevalencia era mayor en los de menor nivel (44,5%), mientras que en el nivel medio era de 33,7% y en el alto de 24,1%. Mientras que en los principales resultados de la Encuesta Continua de Hogares del año 2014 (INE, 2014) se consideró a los niveles socioeconómicos según quintiles de ingreso, mostrando que la prevalencia en el quintil 1 era de 29,9%, porcentaje superior al resto de los quintiles, llegando a su menor nivel en el quinto quintil, con un 17,2%.

Cuadro 2. Prevalencias de consumo de tabaco, según grupo etario.

Año de los datos	Origen de los datos	Grupo etario										
		15 a 18 años	19 a 25	26 a 35		36 a 45		46 a 55		56 a 65		
2014	JND - Encuesta nacional sobre consumos de drogas en hogares	14,3%	30,0%	38,3%		33,9%		26,1%		24,9%		
		15 a 24 años		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		
2006	Enc. Factores de Riesgo			34,7%		38,7%		40,3%		36,3%		
2013		16,7%		27,6%		30,7%		30,3%		26,1%		
		15 a 19 años	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 y más
2008	ENPTA - CIET	19,0%	36,1%	34,3%	31,9%	26,9%	28,6%	33,4%	28,5%	21,6%	18,6%	8,9%
		15 a 24 años		25 a 44				45 a 64				65 y más
2014	Encuesta Continua de Hogares - INE	14,7%		45,8%				32,0%				7,5%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Como ese puede observar en el cuadro 2, la prevalencia por grupos etarios, además de diferir en la población analizada, también difiere en los grupos considerados, aunque en todas las mediciones realizadas se observa una mayor prevalencia entre los 20 y los 45 años. Según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2014 (INE, 2014), la prevalencia entre los 25 y 44 años, era de 45,8%. En el caso específico de los jóvenes estudiantes de secundaria, evaluado por la encuesta Global Youth Tobacco Survey (GYTS), se observó una disminución muy significativa en esta franja etaria (13 a 15 años de edad).



En el año 2001 la prevalencia era de 28% (CDC, 2001), mientras que en 2014 había descendido a 8,2% (CDC, 2014).

Según el nivel educativo, la ECH 2014 (INE, 2014), muestra que la prevalencia es mayor entre las personas que tienen Primaria y Ciclo Básico como máximo nivel educativo alcanzado (24,5 % y 23,4 % respectivamente), porcentaje que desciende en la población con Bachillerato y cae marcadamente en aquella que tiene estudios terciarios.

También se han observado diferentes prevalencias según la condición de actividad de las personas. En el año 2014, la mayor prevalencia se observó en la población desocupada. La prevalencia en los ocupados era de 26,9%, en los desocupados era de 31,9% y en los inactivos de 12,6% (INE, 2014). Entre los ocupados, la mayor prevalencia se presentaba en la Construcción con el 41,3%, siguiendo en orden de magnitud: Alojamiento y servicios de comida (31,4 %), Transporte y almacenamiento (30,8 %) y las Actividades Inmobiliarias, Actividades administrativas y servicios de apoyo (30,7 %). La sección que registra los valores más bajos es la Enseñanza con 16,1%.

Específicamente sobre los trabajadores Boado y Rodríguez (2014), destacan que la epidemia de tabaquismo no ha sido homogénea entre los mismos. Este estudio mostraba que la prevalencia de tabaquismo era más alta en las zonas de más dinamismo económico, de mayor migración y de mayor participación femenina en la economía. Y también más alta entre los trabajadores más jóvenes, y entre los menos educados. Estos últimos, los menos educados, son los que fuman más, los que más gastan en tabaco, los que menos ganan y los que tienen los peores trabajos. En consecuencia, sufrían doblemente la epidemia, porque a la dependencia le sumaban el mayor peso relativo de su consumo de tabaco en su ingreso.

La zona geográfica de residencia también parece establecer diferencias en la prevalencia. Según datos de la Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo (Boado y Bianco, 2010a), mientras que la prevalencia en Montevideo en el año 2008, era de 23,2%, en el Interior era de 26,5%. En el caso del medio rural, en el año 2009 se realizó un estudio específico, siguiendo una metodología más cualitativa, con el fin de relevar la opinión de los fumadores en estas zonas del país y describir los determinantes del consumo de tabaco y analizar las prácticas de consumo en este medio, así como los referentes socioculturales y



discursivos que las sustentan (Bianco, Boado, y Sandoya, 2009). Todos los entrevistados de este estudio habían comenzado a fumar en el marco del grupo de pares. En la ganadería y en la lechería tanto para empleadores, como para pequeños productores y asalariados, el consumo era considerado una compañía, como partícipe en un momento de tranquilidad plena. Los picos de consumo estaban asociados a los espacios recreativos extraordinarios (por ejemplo, una fiesta, un cumpleaños, etc.). Todos coincidían en que el fumar era algo que antes no estaba mal visto y que actualmente era una violación a una norma moral leve. Solo los menores de 30 años habían recibido información respecto al tabaquismo y sus daños, la que había sido brindada por las instituciones públicas presentes en el medio rural disperso (la escuela y la policlínica de los centros poblados más cercanos). Particularmente entre los asalariados -excepto en la forestación- se destacó el papel de la cortesía que vincula el tabaquismo en ciertas actividades sociales. Los empleadores, principalmente los de mayor nivel educativo, cuestionaban la política prohibicionista del gobierno, la consideraban restrictiva de las libertades individuales y que además traía aparejada una cierta discriminación o segregación. En todos los rubros productivos y categorías ocupacionales se registraron intentos de abandono que en términos generales habían fracasado por la presencia de problemas económicos, familiares, y personales; el aumento de peso; la tentación -ya que el fumar era un hábito generalizado en su espacio social de referencia y dificultaba la tarea de dejar de fumar-; no querían sufrir ni hacer sufrir a los suyos y “el dejar de fumar les cambiaba los estados de ánimo”. Aquellos que no habían intentado dejar de fumar, consideraban que, para dejar hacía falta voluntad o “capricho”. Los entrevistados demandaban que la información fuera comprensible y presente activamente en el interior rural.

En la publicación realizada por Esteves, Rossi, Sandoya, y Triunfo (2013), se establece que la diferencia de prevalencia entre grupos etarios se puede deber a las diferencias de información recibida respecto al daño del tabaco por las distintas cohortes. Por otro lado, llegaron a la conclusión que convivir con otros fumadores fue lo que se asoció a mayor aumento de la probabilidad de ser fumador, probabilidad esta que fue más alta al aumentar el número de fumadores en el hogar. Este factor se relaciona con la aceptabilidad del consumo en la familia, lo que transmite mensajes promotores de la conducta a sus integrantes, en especial a niños y adolescentes. En cuanto a la educación reafirmaban que, a mayor educación de las personas, se reducía la probabilidad de fumar. En cuanto al ingreso,



si bien la información previa a este estudio mostraba una asociación entre la prevalencia y el nivel de ingresos del hogar, en el mismo se encontró que al controlar por otras variables socioeconómicas, como la educación y la condición de actividad, el mismo perdía poder explicativo. De todos modos, las cifras mostraron que los individuos de menores ingresos, en particular el 20% más pobre de la población presenta un mayor riesgo de consumo que el decil más alto, en especial los individuos del decil de menor ingreso tienen un 66% de aumento de riesgo.

2.6. Políticas de Control de Tabaco

Las políticas de control de tabaquismo surgen como una respuesta internacional a la epidemia global del consumo de tabaco. Las mismas están enmarcadas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) (OMS, 2003b), un tratado multilateral entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los países integrantes de la organización, promovido en el año 2003, pero que entró en vigencia en 2005 y obliga a los países que ratificaron el tratado a aplicar lineamientos para disminuir tanto la oferta (producción, distribución y venta) como la demanda de productos de tabaco.

Uruguay pasó a formar parte de este tratado con su ratificación el 23 de julio de 2004 (CIET, 2008). Desde entonces ha demostrado liderazgo en Latinoamérica y el mundo en la implementación de políticas nacionales que cubren varios aspectos del CMCT.

El CMCT propone enfrentar la epidemia global del tabaco por medio de una variedad de medidas referidas a: espacios libres de humo de tabaco; envasado y etiquetado de productos del tabaco; publicidad y patrocinio del tabaco; cesación y tratamiento; precios e impuestos; comercio ilícito y ventas a menores de edad, tal como se detalla a continuación (OMS, 2003a):

- Proteger a los ciudadanos de la exposición al tabaco en lugares de trabajo, transporte público y lugares públicos cerrados.



- Decretar prohibiciones integrales en la publicidad, promoción y patrocinio relacionados con el tabaco.
- Regular el empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco para evitar el uso de términos confusos y equívocos como "ligeros" y "suaves".
- Regular el empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco para asegurar que se comunican advertencias adecuadas sobre el producto a los consumidores, por ejemplo, la obligación de colocar y rotar con frecuencia las advertencias sanitarias y que éstas ocupen al menos un espacio de 30% de las áreas principales de exhibición en los paquetes de tabaco (de manera ideal 50% o más) y puedan incluir fotos o pictogramas.
- Regular las pruebas y la descripción del contenido y las emisiones de los productos del tabaco.
- Promover la conciencia general de aspectos relacionados con el tabaco para asegurar un amplio acceso a programas educativos eficaces e integrales y despertar el interés público en los programas relacionados con el riesgo para la salud que representan el tabaco y la exposición al humo.
- Promover e instituir programas eficaces que tengan como propósito cesar el consumo del tabaco.
- Combatir el contrabando, incluida la colocación de marcas en los destinos finales de los empaques.
- Aplicar legislaciones y programas para prohibir la venta de productos del tabaco a menores de edad.
- Instituir políticas para apoyar económicamente las fuentes de ingreso alternativas para los trabajadores del tabaco, los agricultores y los vendedores individuales.

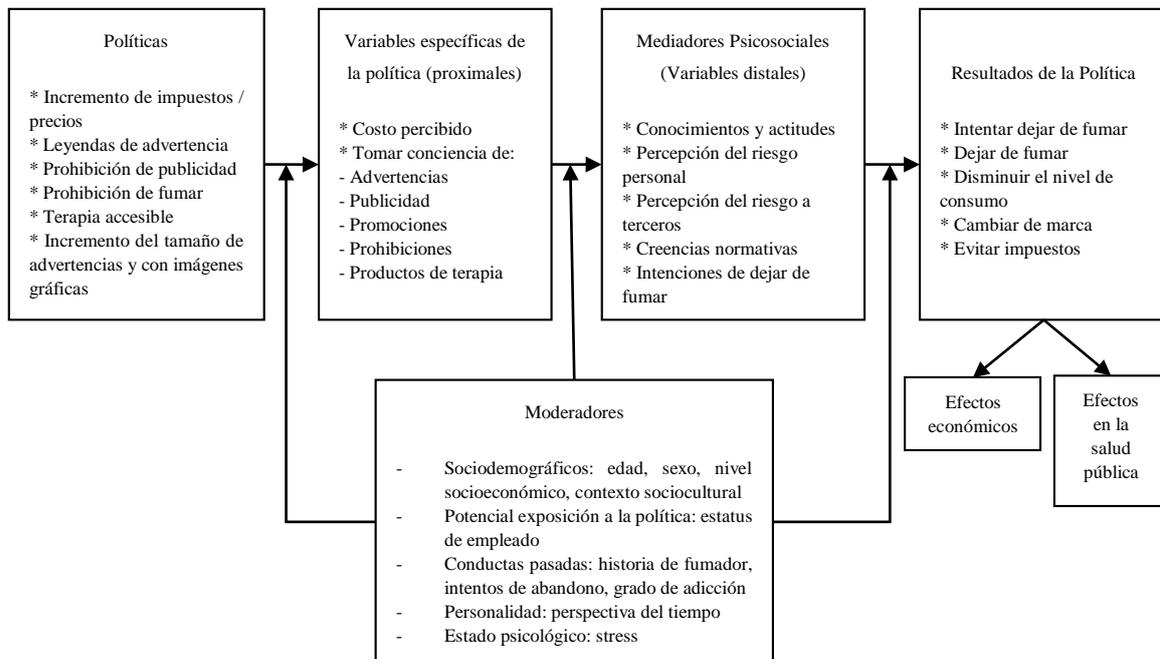


Este tipo de políticas intentan cambiar las conductas de los fumadores con el fin de prevenir muertes por enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, y muchas formas de cáncer.

Las políticas implementadas en Uruguay incluyeron la prohibición total de fumar en espacios públicos cerrados (marzo de 2006), 7 tandas de imágenes en advertencias sanitarias (abril de 2006 a julio de 2014), las imágenes de advertencias sanitarias más grandes del mundo a partir del 2009 (ocupan el 80% de ambos lados de las cajillas), la prohibición de publicitar y promover tabaco (abril 2008), varios aumentos en los precios e impuestos al tabaco, y la primera prohibición en América para diferenciar marcas (de usar distintas variedades de una misma marca de cigarrillos) y de promoción de términos engañosos (Light, mild, etc) (desde febrero de 2010) (Fong et al., 2014). La última acción fue realizada en enero de 2018 a través del Decreto n° 379/017, aumentando el impuesto específico para productos del tabaco, por ende, el precio del producto.

Para comprender cómo las políticas de control de tabaco pueden lograr sus efectos esperados, primero se debe entender cómo funcionan. Las mismas se sustentan en un modelo conceptual elaborado a partir de teorías de economía, psicología social y comunicación en salud, entre ellas: la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1986), el Modelo de Creencias en Salud (Becker, 1974), la Teoría de Protección de la Motivación (Rogers, 1975). A partir de la conjunción de aportes tomados de estas teorías se genera un modelo explicativo de cómo las distintas políticas relacionadas con el control de tabaco, a través de un mecanismo causal (ver ilustración 2), influyen en la conducta de los fumadores (Thrasher et al., 2006). Este modelo explicativo es tomado para diseñar la metodología del ITC, proyecto internacional para evaluar el impacto de estas políticas en distintos países del mundo.

Ilustración 2. Modelo conceptual que ilustra la cadena causal de cómo las políticas de control del tabaco ejercen su influencia en las conductas de consumo de tabaco.



Fuente: The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. Fong et al. (2006)

Este modelo de cadena causal sugiere que, entre la influencia de las políticas y las variables resultantes, que reflejan los efectos en la salud pública (ej.: dejar de fumar), median otras variables sociales y psicosociales. La trayectoria entre la exposición a la política y el cambio de la conducta puede ser directa, pero es más común que se presente a través de cambios relacionados con la actitud y/o convicciones de las personas sobre el consumo de tabaco. Por ejemplo, es probable que los fumadores tomen consciencia de las advertencias en cajillas de cigarrillos antes de pensar en el contenido de éstas. En el plano hipotético se esperaría que los fumadores cambien sus actitudes y expectativas relacionadas con el hábito de fumar, lo que a su vez ejercería influencia en sus intenciones de fumar y en sus conductas, pero también hay que tener en cuenta que en la trayectoria pueden existir diversos factores que pueden moderar los efectos logrados por las políticas. Por ejemplo, el nivel de adicción de un fumador puede determinar una menor o mayor influencia de los efectos de las políticas sobre el mismo (Thrasher et al., 2006).



Fong et al. (2006) establecen dos clases de variables psicosociales y conductuales mediante las cuales las políticas afectarían a los individuos. Los efectos más inmediatos son sobre las variables más específicamente relacionadas con la implementación de las políticas, llamadas “variables proximales” por ser conceptualmente más cercanas a la política en sí. De acuerdo a esta concepción, una política que se propone lograr efectos en los fumadores a través de advertencias en imágenes gráficas en el empaquetado de cigarrillos debe aumentar la visibilidad de los efectos nocivos para la salud. En este sentido, el aumento de precios debería afectar el costo percibido de los cigarrillos (por ejemplo, la creencia de que los cigarrillos se han vuelto demasiado caros). Estos efectos también pueden aumentar la probabilidad de generar comportamientos más discretos en los fumadores como apagar sus cigarrillos antes de terminarlos, a causa de las etiquetas de advertencia. En segundo lugar, existen efectos indirectos sobre variables psicosociales (variables distales), que son conceptualmente más distantes de la política específica pero que actúan como mediadoras entre la política y los resultados finales (ver ilustración 2) (Fong et al., 2006).

Las políticas varían en las “rutas psicosociales” que toman para lograr efectos en la conducta de los individuos, por lo que existen diferentes modelos mediacionales para cada política. Por ejemplo, notar primero las advertencias puede incrementar el riesgo percibido de los peligros de fumar, el cual debería afectar las actitudes, las cuales afectarían las intenciones, que a su vez afectaría los comportamientos (Fong et al., 2006). El grupo social también puede mediar y afectar la “ruta psicosocial” de los efectos, por lo que se podría decir que sería una variable “moderadora” (ver ilustración 2), las cuales se dividen en cinco grandes categorías: sociodemográficos (edad, sexo, nivel socioeconómico, origen étnico); comportamiento en el pasado (antecedentes de tabaquismo, consumo de cigarrillos por día, intentos de abandono); características de la personalidad (la perspectiva del tiempo, tendencia a evitar o enfrentar posibles factores de estrés); otros efectos ambientales (los niveles de estrés); y potencial exposición a la política (los desempleados estarán menos afectada por la política de no fumar en el lugar de trabajo) (Fong et al., 2006).

El modelo conceptual del accionar de las políticas de control de tabaco, reflejado en la ilustración 2, permite afirmar que, la mera existencia de una política, incluso si se aplica adecuadamente, no garantiza que los fumadores estén expuestos a sus consecuencias en las formas previstas.



Como se mencionó anteriormente, para la medición de estas consecuencias fue realizada específicamente a través del proyecto ITC, estudio de cohorte, prospectivo, que se lleva a cabo en más de 20 países. En Uruguay se realiza cada dos años, desde el año 2006. En su último reporte para Uruguay, el cual incluyó hasta el cuarto relevamiento realizado en 2012 (Fong et al., 2014), muestra los resultados logrados hasta ese momento, por las políticas.

En términos generales, si bien los informes de ITC son muy completos y extensos y la información contenida en los mismos abarca todos los aspectos de los efectos esperados por las políticas, el análisis es meramente descriptivo. En los informes se muestra que las distintas políticas han avanzado en lograr parte de los efectos esperados en la población fumadora. Pero no estudian si existen diferencias de estos efectos según las características socioeconómicas de los individuos, obviando de esta manera, un enfoque de suma importancia si se toman en cuenta los resultados reseñados dentro de este marco teórico, sobre otros estudios de tipo transversales, los cuales han mostrado diferentes prevalencias de consumo, según el grupo poblacional que se considere.

Si bien ITC no evalúa la prevalencia, dado que solo se centra en las personas fumadoras, sí se puede analizar el resultado de las políticas y la incidencia del tabaquismo según distintos grupos poblacionales. También se puede realizar un análisis para conocer que tan determinantes de los efectos y de sus posibles diferencias según las características de los fumadores, resultan las variables mediadoras, dado que tampoco ha quedado expresado en los informes publicados.



3. Objetivos

Por todo lo expuesto hasta aquí, es que el objetivo general que guía al presente estudio consiste en analizar la magnitud de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco y en los resultados de las políticas de control de tabaco, en Uruguay en el año 2014, analizando si estos factores y el entorno social del fumador determinan el resultado que logran estas políticas.

3.1. Objetivos específicos

- a) Describir la incidencia del tabaquismo según factores estructurales de la desigualdad social en salud (edad, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo y condición de ocupación), en Uruguay en el año 2014.
- b) Describir la incidencia del tabaquismo según el entorno social del fumador (amigos fuman, prohibición de fumar en el hogar), en Uruguay en el año 2014.
- c) Analizar el resultado de las políticas (planear dejar, no fumar todos los días, percepción del riesgo para la salud propia, o para la salud de los no fumadores) según las características socioeconómicas y del entorno social de los fumadores, en Uruguay en el año 2014.
 - i. Estudiar si los factores estructurales de la desigualdad en salud (edad, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo y condición de ocupación) y del entorno social del fumador determinan diferentes probabilidades de fumar todos los días.
 - ii. Estudiar si los factores estructurales de la desigualdad en salud (edad, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo y condición de ocupación) y del entorno social del fumador determinan diferentes probabilidades de planear abandonar el consumo.



- iii. Analizar si los factores estructurales de la desigualdad en salud (edad, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo y condición de ocupación) y del entorno social del fumador determinan diferentes probabilidades de tomar consciencia del riesgo que el fumar implica para su salud.

- iv. Analizar si los factores estructurales de la desigualdad en salud (edad, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo y condición de ocupación) y del entorno social del fumador determinan diferentes probabilidades de tomar consciencia del riesgo que el fumar implica para las personas no fumadoras.



4. Hipótesis

De acuerdo a las investigaciones y mediciones previas, es de esperar que los fumadores en su mayoría presenten características socioeconómicas de vulnerabilidad social, esto es, tener bajo nivel educativo, bajo nivel de ingresos y sin un vínculo laboral estable (desocupados, estudiantes o jubilados). Además, se espera que las personas fumadoras en su mayoría sean hombres.

Los resultados de la política serán distintos según los grupos poblacionales que se consideren. Esto es, las personas fumadoras con bajo nivel educativo, bajo nivel de ingresos, jóvenes, en situación de desocupación, serán probablemente quienes menos piensen en dejar de fumar, tengan mayor frecuencia de consumo, no perciban los riesgos que el fumar conlleva para su salud y para la de los no fumadores.

Los factores socioeconómicos y el entorno del fumador, podrían determinar la probabilidad de que las personas fumadoras perciban el riesgo que implica fumar, su frecuencia de consumo y la predisposición a abandonar el hábito. Los hombres o grupos sociales menos favorecidos (bajo nivel de ingresos y bajo nivel educativo) o con un entorno fumador (amigos fuman y en su casa se permite fumar), tienen una menor probabilidad de percibir el riesgo que implica para su salud y la de terceros, una menor probabilidad de planear dejar de fumar y mayor probabilidad de ser fumador diario.



5. Metodología

Para dar cuenta de los objetivos se siguió una metodología cuantitativa de análisis transversal de los últimos datos surgidos del estudio ITC para Uruguay, correspondientes al año 2014.

5.1. Participantes e Instrumento

El universo de referencia de ITC fue la población mayor de 18 años de edad que fumaba cigarrillos (armados o industriales). Fueron considerados “fumadores”, aquellas personas que fumaban por lo menos un cigarrillo la semana anterior a ser encuestado y que habían fumado más de 100 cigarrillos en su vida.

La muestra estuvo conformada por un total de 1.428 personas fumadoras, seleccionadas a través de una muestra representativa de hogares de Montevideo, Durazno, Maldonado, Rivera y Salto. Cada ciudad fue seleccionada por presentar características distintas, principalmente desde su ubicación geográfica y dinámica económica. Rivera como ciudad fronteriza con Brasil y con frontera “seca”. Salto fronteriza con Argentina a través del Río Uruguay y de una gran actividad económica en el litoral norte del país. Maldonado ubicada al sur este del país, es una de las ciudades con mayor actividad económica, principalmente gracias al turismo internacional. Durazno es una ciudad ubicada en el centro del país, solo limítrofe con otros departamentos.

El esquema de muestreo para obtener a los participantes de la muestra siguió un diseño estratificado de múltiples etapas, con estratos correspondientes a las secciones censales de las ciudades. En la primera etapa del muestreo, se seleccionaron segmentos censales mediante muestreo aleatorio estratificado dentro de todas las secciones censales de la ciudad, con asignación proporcional al tamaño de población de la sección. En la segunda etapa, fueron elegidos al azar entre 1 y 6 bloques urbanos de cada segmento. Dentro de cada bloque, se seleccionaron al azar y se enumeraron 6 viviendas, y la muestra de viviendas se



amplió, cuando fue necesario, para reclutar en cada bloque a los 6 fumadores a ser entrevistados. Fueron entrevistas “cara a cara” realizadas de forma individual, con un máximo de 2 participantes en cada hogar, un hombre y una mujer. Para realizar las entrevistas se contó con el aval de un comité de ética, además de que cada persona firmó un consentimiento a la hora de ser entrevistada.

5.2. Variables utilizadas

La información disponible en esta encuesta permitió una aproximación a los factores de interés, utilizando diversas variables. La aproximación a las características socioeconómicas de los fumadores se realizó mediante las siguientes variables: ingreso mensual del hogar (bajo –hasta \$15.000-, medio bajo -\$15.001 hasta \$30.000-, medio -30.001 hasta 40.000-, medio alto -\$40.001 hasta \$60.000- y alto –mayor a \$60.000-), máximo nivel de estudios alcanzado (primaria o menos; secundaria técnica, ciclo básico, bachillerato, terciaria), rango de edad (18 – 24 años; 25 – 39 años; 40 – 54 años; 55 a más años); y estatus ocupacional (ocupado, desocupado, estudiante, jubilado o pensionista, ama de casa).

Al entorno o contexto fumador de la persona, el cual puede estar influyendo en los efectos de la política, se aproximó a través de: si está prohibido fumar en el hogar, lo cual se midió preguntando: ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor las reglas para fumar en su casa?, donde se consideró que está prohibido fumar en el hogar si la respuesta fue “nunca se puede fumar en ninguna área cerrada”. Por otro lado, también se consideró que los amigos fuman si por lo menos uno de sus amigos más cercanos fuma.

En cuanto a las variables que reflejan los resultados de las políticas, se consideraron a las variables mediadoras psicosociales sobre las que la política intenta actuar para lograr sus objetivos finales en los fumadores y por otro lado una de las variables que reflejan el resultado de la política. Dependiendo del análisis que se realizó, estas variables fueron consideradas como dependientes o en el caso de las mediadoras psicosociales, también como variables independientes. Dentro de las mediadoras psicosociales se consideró a: daño a



terceros, para medir la percepción que el fumador tiene sobre el riesgo que implica el fumar para terceras personas; preocupación por el daño a su salud, para observar la percepción de riesgo personal; plan de abandono, como indicador del paso previo a intentar dejar de fumar. Como indicador del resultado final de las políticas se tomó en cuenta a la intensidad de consumo, determinando si fuma todos los días. En el cuadro 9 del anexo se puede observar en detalle las categorías que conforman cada una de las variables utilizadas para el análisis.

5.3. Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo para observar cómo se presentaban las características socioeconómicas y del contexto, en la población de estudio. En el caso de aquellos indicadores que corresponden a preguntas en la que no todos los individuos dieron respuesta, los porcentajes se calcularon respecto del total de respuestas, no considerándose los casos de no respuesta. De esta forma se supone que quienes no dieron respuesta tienen un comportamiento similar a la media. El software utilizado para realizar este análisis fue el Statistical Package for the Social Science (SPSS) v.20 (IBM, New York, NY, USA).

En segunda instancia, utilizando el software estadístico R a través de su aplicación RStudio, versión 1.1.447 (RStudio, Inc.), se recurrió a un análisis multivariado, utilizando los modelos probabilísticos de regresión no lineal en los parámetros, específicamente modelos logit binomial. Esta técnica de análisis de regresión logística permitió buscar relaciones explicativas y probabilísticas entre las variables independientes y las dependientes, a través de la construcción de distintos modelos logit binomial (representados en el cuadro 3), que permitieron ver cómo las variables impactan en los efectos psicosociales de la política o en uno de sus resultados finales. No se trató de construir o alcanzar un modelo óptimo con mejor bondad de ajuste, agregando sucesivamente variables (“paso a paso”), sino que para cada variable dependiente se corrió el mismo conjunto de variables independientes y se alternaron las variables “mediadoras psicosociales” de acuerdo a cada modelo. Siguiendo lo señalado por Hosmer Jr, Lemeshow, y Sturdivant (2013) que cuanto más variables independientes se incluyan en un modelo, mayor serán los errores típicos, y más dependiente resulta el modelo final de los datos, de allí que sólo se incluyeron las variables

de estricto interés para los objetivos del estudio. La interpretación de los resultados se basó en el análisis de la probabilidad de cambio en la variable dependiente (entre 0 = no ocurrencia del evento de interés y 1 = ocurrencia) dado un cambio de una unidad en la variable independiente, dejando el resto de las variables constantes en sus valores medios.

Para concluir cuáles son los factores determinantes de las desigualdades en los resultados de las políticas, se debe realizar un análisis de multicolinealidad entre las variables independientes consideradas para cada modelo probabilístico. En caso de existir multicolinealidad se debe tomar la decisión de cuál es la variable que permanecerá incluida en el modelo y cuál o cuáles eliminar, dado que explicarían la misma variabilidad. Para esto se calcula el estadístico “Variance Inflation Factor” (VIF), que figura en la cuadro 13 del anexo. Dado que todos los valores VIF son menores a 10, se puede afirmar que en ninguno de los modelos existe multicolinealidad entre las variables independientes, por lo que al no existir correlación entre ellas, ninguna será excluida de los mismos. Por lo tanto, se procedió a calcular los coeficientes que conformarán la ecuación de cada modelo y posteriormente evaluar la bondad de ajuste de cada uno a través de los estadísticos Criterio de Información de Akaike (AIC) y el Criterio de Información Bayesiano (BIC), dado que para regresiones logísticas no tiene sentido calcular R^2 porque estos modelos no ajustan por mínimos cuadrados. AIC es una medida combinada de ajuste y parsimonia. Es preferido el modelo que presente un menor valor de AIC.

Por otro lado, también se tomó en cuenta la Desviación, que es una medida de error, por lo que desviaciones menores sugieren mejor ajuste de los datos. Cuando un predictor (variable independiente) es agregado al modelo, se espera que la desviación disminuya en más de 1. La desviación nula es la desviación del modelo sin predictores y se toma como referencia para evaluar el ajuste del modelo, comparándola con la desviación residual, que es la desviación del modelo analizado.

De acuerdo a las hipótesis se propone el análisis de los modelos que se detallan a continuación:

Cuadro 3. Modelos logísticos analizados.

Modelos	Variable Dependiente	Variables independientes
1	Fuma todos los días	edad + sexo + ingreso + nivel educativo + condición de ocupación
2	Fuma todos los días	edad + sexo + ingreso + nivel educativo + condición de ocupación + prohibido fumar en casa + amigos fuman + daño a terceros + daño a salud propia + planea dejar
3	Planea dejar	edad + sexo + ingreso + nivel educativo + condición de ocupación
4	Planea dejar	edad + sexo + ingreso + nivel educativo + condición de ocupación + prohibido fumar en casa + amigos fuman + daño a terceros + daño a salud propia
5	Daño a salud propia	edad + sexo + ingreso + nivel educativo + condición de ocupación
6	Daño a salud propia	edad + sexo + ingreso + nivel educativo + condición de ocupación + prohibido fumar en casa + amigos fuman + daño a terceros + planea dejar
7	Daño a no fumadores	edad + sexo + ingreso + nivel educativo + condición de ocupación
8	Daño a no fumadores	edad + sexo + ingreso + nivel educativo + condición de ocupación + prohibido fumar en casa + amigos fuman + daño a salud propia + planea dejar

Fuente: elaboración propia.

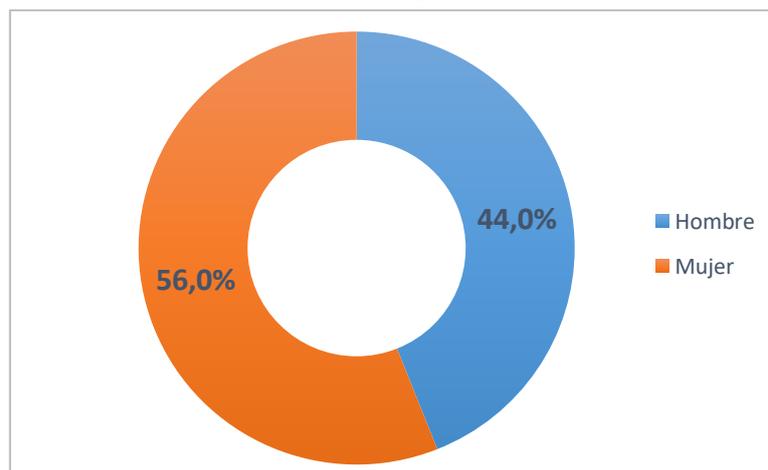
Los modelos expresados en el cuadro 3 se construyeron tomando en cuenta las cuatro variables dependientes de interés y para cada una se utilizó el mismo conjunto de variables independientes en la primera versión de cada modelo. En las segundas versiones de cada uno se agregó como independientes las variables “mediadoras psicosociales”. De esta forma se comparó el mejor ajuste de cada modelo con y sin estas últimas variables.

6. Desarrollo y contrastación empírica

Con el objetivo de analizar y discutir la existencia de desigualdad en la incidencia del tabaquismo y principalmente en el resultado de las Políticas de Control de Tabaco, a continuación, a través de un análisis descriptivo uni y bivariado, se presenta cuál es la incidencia del tabaquismo según las características socioeconómicas de los fumadores, de cinco ciudades de Uruguay en el año 2014. Posteriormente se determina cuáles de estas características presentan mayor relevancia a la hora de predecir los resultados de las políticas de control de tabaco.

6.1. Incidencia del tabaquismo según edad, sexo, nivel educativo, nivel de ingresos y condición de ocupación

Ilustración 3. Sexo de las personas fumadoras.

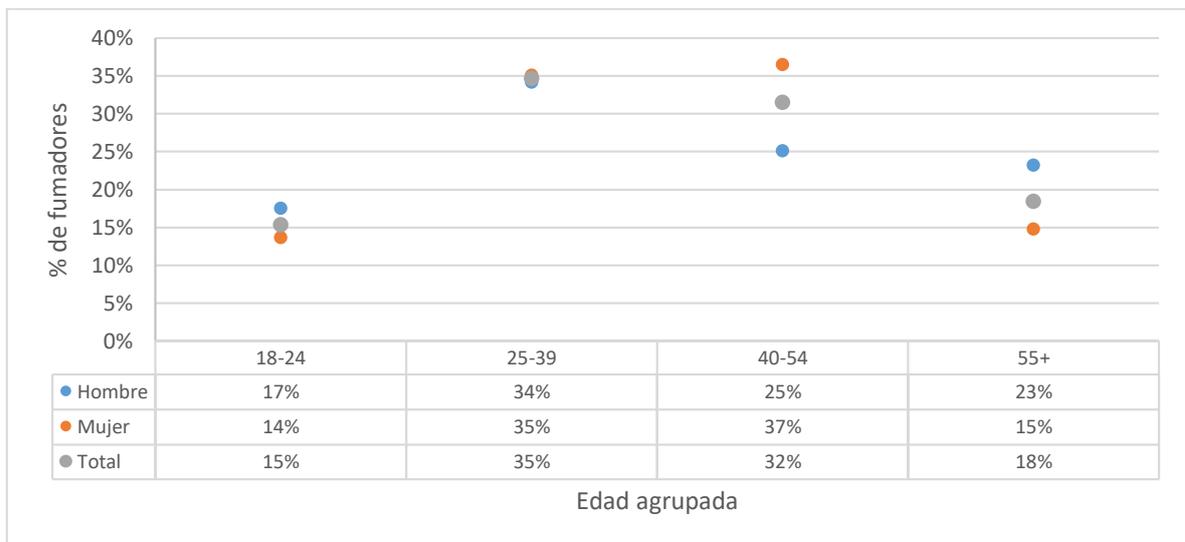


Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

De acuerdo a los datos de ITC 2014 (Uruguay) la mayoría de los fumadores residentes en zonas urbanas, de las 5 ciudades estudiadas, son mujeres (56%). Si bien este resultado puede ser reflejo de la composición de la muestra de personas encuestadas, también puede estar reflejando un cambio en la proporción relativa entre hombres y mujeres.

Históricamente la cantidad de hombres fumadores fue mayor que el de mujeres (Jiménez, 2010) y Uruguay no ha sido la excepción, mostrando desde siempre una mayor prevalencia de hombres (Bianco et al., 2009). El posible cambio en la proporción relativa entre hombres y mujeres, por una parte, puede deberse a que se inician en el consumo más mujeres que hombres, teniendo en cuenta que, a nivel mundial se ha dado un proceso de aumento sostenido de la prevalencia del hábito de fumar en las mujeres (Pathania, 2011). Por otra parte, dado que la prevalencia de consumo de tabaco en Uruguay ha ido disminuyendo (Abascal et al., 2013), el cambio en la proporción relativa puede deberse a que los hombres han abandonado el consumo en mayor proporción que las mujeres. Esto se puede observar a partir de los datos de la encuesta ITC de años anteriores. Dado que ITC realiza un seguimiento a los mismos fumadores, y que la proporción relativa entre hombres y mujeres a mostrado una tendencia creciente de estas en detrimento de los hombres (53,7% hombres vs 46% mujeres en el año 2010; y 52,1% hombres y 48% mujeres en el año 2012) (UW y CIET, 2014), lo que podría estar expresando que los hombres han pasado a ser exfumadores en mayor proporción que las mujeres.

Ilustración 4. Grupo etario de los fumadores, según sexo

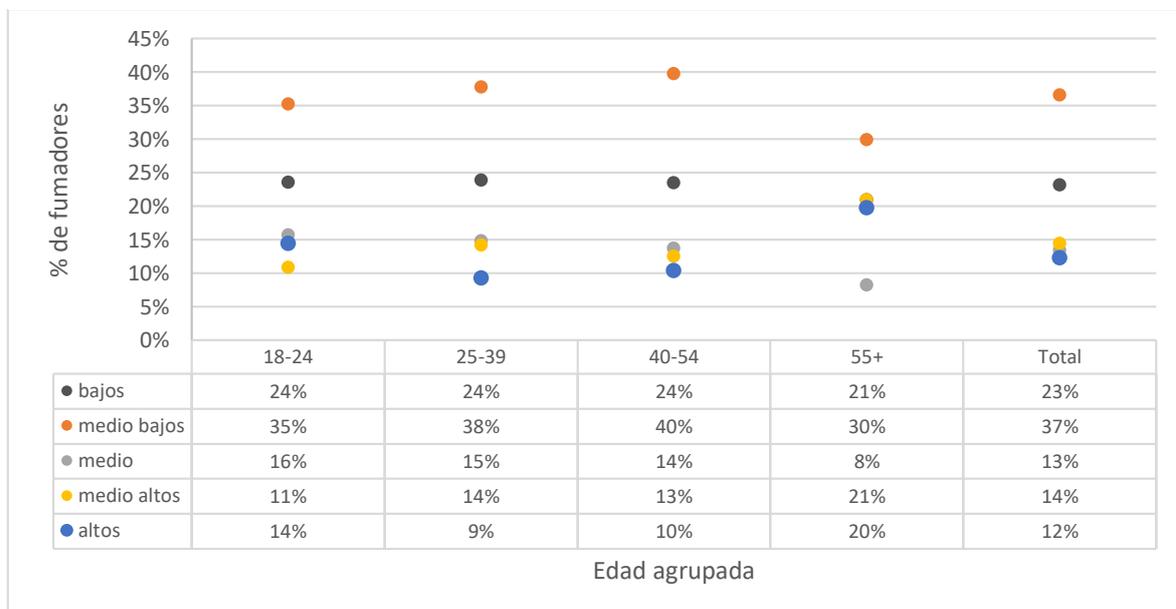


Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

En cuanto a la edad de los fumadores, según la ilustración 4, el 67% de los fumadores se encuentra entre los 25 y 54 años. La principal incidencia del tabaquismo parece situarse entre los 25 y 39 años (35% - valor modal).

La menor incidencia es entre los 18 y 24 años. (15%). La proporción de hombres fumadores es mayor que el de las mujeres para el primer grupo edad (18 a 24 años) y para el último grupo (mayores de 55 años). Entre los 25 y 39 años el porcentaje es similar, pero la incidencia del tabaquismo en las mujeres fumadoras entre 40 y 54 años es de 37%, mayor que la prevalencia en los hombres para la misma franja etaria (25%). En términos relativos, llama la atención esta mayor prevalencia del tabaquismo en las mujeres de esta franja etaria, dado que históricamente el tabaquismo estuvo más asociado a los hombres (Joossens, Sasco, Salvador, y Villalbí, 1999). En particular en este grupo etario puede responder a un tema generacional. Estas fueron fumadoras que iniciaron su consumo en los años '70 y '80, años en los que se fue dando una progresiva aceptación social del consumo de tabaco por parte de las mujeres, que contribuyó al incremento de su consumo entre la población femenina (Joossens et al., 1999).

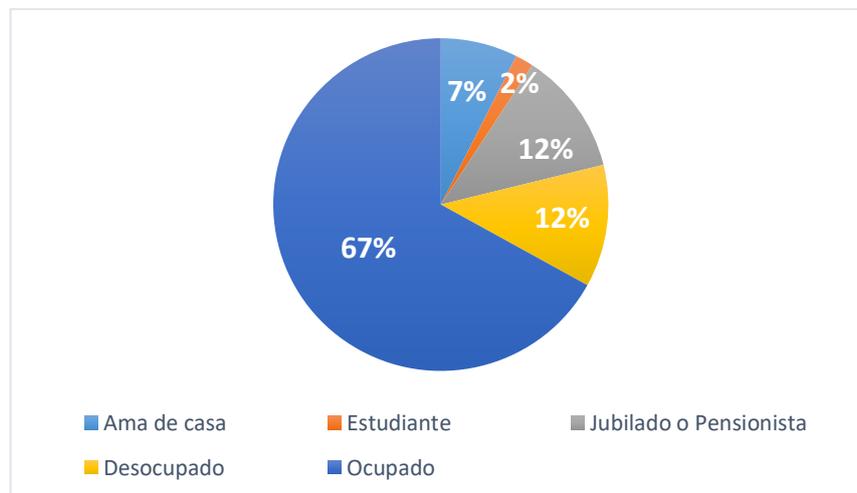
Ilustración 5. Nivel de ingresos de los hogares a los que pertenecen los fumadores según grupo etario.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

La mayoría de los fumadores encuestados reside en hogares con bajos ingresos (ver ilustración 5). El 60% de los hogares, como máximo tenían un ingreso de \$30.000 (ingreso medio bajo). El mayor porcentaje de fumadores pertenece a hogares con ingresos medio bajos (37% - valor modal). Los fumadores residentes en hogares de altos ingresos representaban el 12% del total. Si se toma en cuenta la edad de los fumadores, se puede constatar que, si el nivel de ingresos del fumador es alto o medio alto, hay mayor chance de que ese fumador tenga más de 55 años. Como se observa en la ilustración 5, en el resto de los niveles de ingresos existe poca diferencia entre el porcentaje de cada grupo etario correspondiente a cada nivel de ingreso. Por otro lado, según los valores expresados en la ilustración 5, se constata que más allá del grupo etario que se considere, la mayoría de los fumadores (mayor a 50%) tiene un nivel de ingresos bajo o medio bajo. El mayor consumo de tabaco en clases sociales bajas puede ser explicado por cuestiones como el inicio más temprano el hábito, la menor disponibilidad de recursos para intentar dejar de fumar y mayores dificultades para lograr dejar con éxito (Bardach, Perdomo, Gándara, y Ciapponi, 2016).

Ilustración 6. Condición de ocupación de las personas fumadoras.

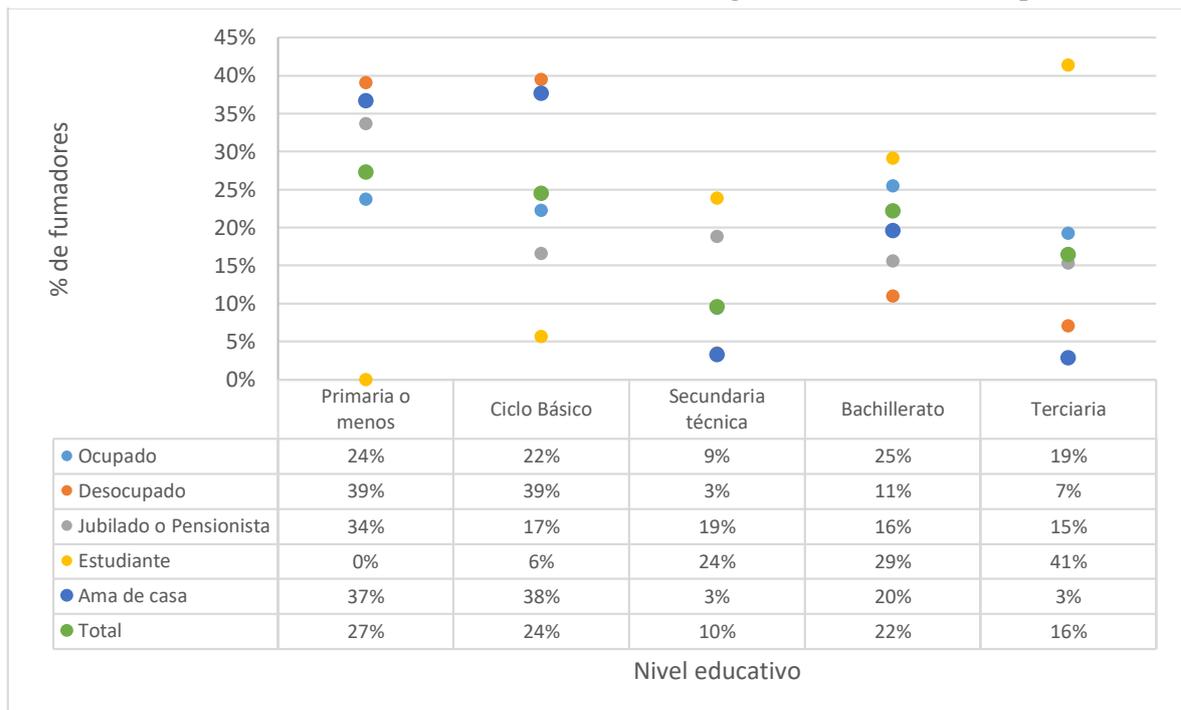


Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Dos tercios de los fumadores están ocupados (67% - valor modal), esta proporción es similar a la ya analizada por Boado y Bianco (2010b) para los fumadores de Uruguay en

el año 2008, donde el 66% estaba ocupado. En esa oportunidad los fumadores desocupados representaban el 9%, mientras que, según los datos de la ilustración 6, en 2014 representarían el 12%. Ser económicamente activo es un factor relacionado al consumo de tabaco (Esteves et al., 2013), lo que explica la mayor proporción de fumadores activos (ocupados y desocupados), respecto de los inactivos (estudiantes, amas de casa, jubilados o pensionistas).

Ilustración 7. Nivel educativo de los fumadores según Condición de Ocupación.



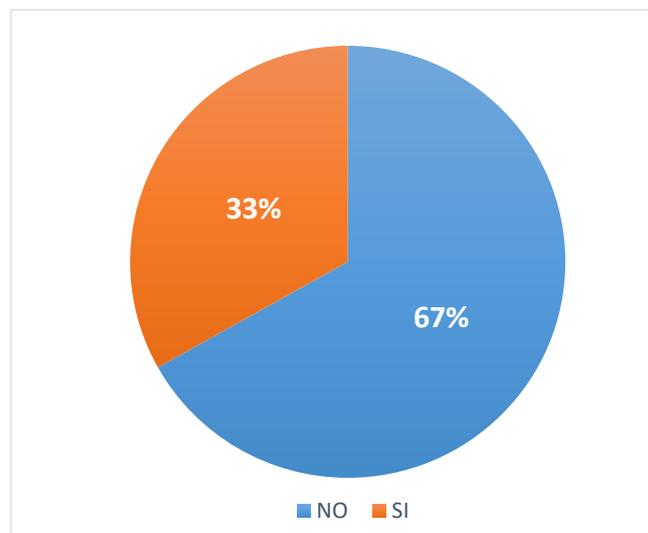
Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

De acuerdo a lo que se puede observar en la ilustración 7, el 52% de los fumadores como máximo cursaron Ciclo Básico. Lo que muestra un bajo nivel educativo de la mayoría de los fumadores. El 27,7% de los fumadores (moda) como máximo finalizó primaria. Estos hallazgos fueron coincidentes con los encontrados por Boado y Bianco (2010b) donde se muestra que la mayoría de los fumadores tienen un bajo nivel educativo. Este es un indicador muy relevante y una cifra preocupante, si se considera lo expresado por Esteves et al. (2013) donde indican que el nivel educativo es un factor protector de consumo. Quienes tenían estudios terciarios mostraban menor probabilidad de fumar.

Al considerar la condición de ocupación, se constata que el 78% de los fumadores desocupados y el 75% de las amas de casa, como máximo tenían Ciclo Básico, lo que muestra un bajo nivel educativo para estos grupos de fumadores y fumadoras. Los estudiantes fumadores principalmente tienen nivel educativo alto, el 70% como mínimo alcanzó Bachillerato. En el caso de los ocupados, no existe un nivel educativo claramente predominante, excepto que es bajo el porcentaje que tiene nivel educativo de Secundaria técnica.

6.2. Incidencia del tabaquismo según el entorno social del fumador

Ilustración 8. ¿Está prohibido fumar dentro del hogar?



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

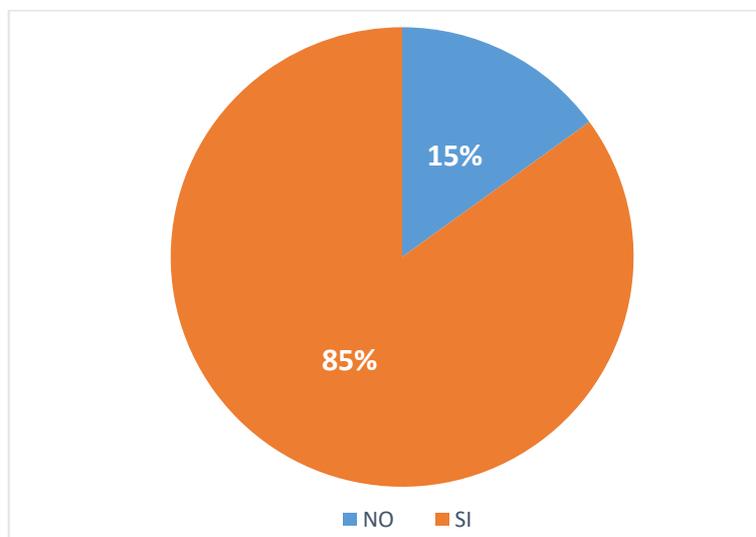
El porcentaje de hogares en los que está prohibido fumar en cualquier área de la casa es del 33%, situándose por debajo de los datos de 2012 (37%), aunque por encima de lo que aportan los datos de 2006 (21%) (UW y CIET, 2014).

De acuerdo a lo que plantea Peruga (2002) las restricciones del acto de fumar en los espacios compartidos con otras personas reduce tanto la prevalencia del tabaquismo como

la cantidad de tabaco consumida por cada fumador. Los jóvenes que crecen en espacios sin tabaco tienen mayores probabilidades de considerar su consumo como algo poco común o inadmisibles. Por lo tanto, que en dos tercios de los hogares de fumadores esté permitido fumar en su interior, refuerza o favorece el inicio de nuevos fumadores residentes en esos hogares, dado que es un ambiente propicio para el consumo de tabaco.

Si bien hasta el año 2012 se ha avanzado en lograr un aumento de los hogares “libre de humo de tabaco”, la última medición del año 2014 parece mostrar un quiebre en la tendencia, lo cual habría que contrastar con los datos de algún relevamiento posterior, si es que en algún momento se dispone del mismo.

Ilustración 9. ¿Sus amigos fuman?



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

De acuerdo a los resultados analizados, el 85% de las personas fumadoras tenían amigos fumadores. Situación que puede condicionar el que las políticas de control de tabaco logren sus resultados, dado que los amigos constituyen parte del entorno social del fumador, y tienen una gran influencia en el consumo de tabaco, tanto en el inicio de la conducta como en su mantenimiento (Font-Mayolas y Planes Pedra, 2000).

6.3. Resultado de las políticas según las características socioeconómicas de los fumadores.

Cuadro 4. Distribución del conocimiento de los riesgos para la salud que implica el consumo de tabaco, según variables socioeconómicas.

		Daña a los no fumadores			Preocupado por el daño a su salud		
		SI	Intervalo de confianza		SI	Intervalo de confianza	
Total de fumadores		90,5%	90,4%	90,6%	83,7%	83,5%	83,8%
Sexo	Hombre	88,6%	88,4%	88,8%	84,1%	83,9%	84,3%
	Mujer	91,9%	91,8%	92,1%	83,3%	83,1%	83,5%
Edad	18 a 24	93,6%	93,4%	93,8%	90,1%	89,8%	90,3%
	25 a 39	95,0%	94,9%	95,1%	85,5%	85,3%	85,7%
	40 a 54	86,1%	85,9%	86,3%	82,5%	82,3%	82,7%
	55+	86,6%	86,4%	86,9%	76,9%	76,6%	77,2%
Nivel educativo	Primaria o menos	91,8%	91,6%	92,0%	82,4%	82,1%	82,6%
	Ciclo básico	89,9%	89,7%	90,1%	82,1%	81,8%	82,3%
	Secundaria técnica	86,3%	85,9%	86,7%	79,5%	79,1%	80,0%
	Bachillerato	92,9%	92,8%	93,1%	84,3%	84,0%	84,5%
	Terciaria	88,8%	88,5%	89,0%	90,5%	90,3%	90,7%
Ingreso del hogar	bajos	95,1%	94,9%	95,2%	78,9%	78,7%	79,2%
	medio bajos	91,2%	91,0%	91,3%	85,7%	85,5%	85,9%
	medio	92,1%	91,9%	92,4%	91,5%	91,2%	91,7%
	medio altos	87,7%	87,4%	88,0%	87,3%	87,0%	87,6%
	altos	81,8%	81,4%	82,2%	81,9%	81,5%	82,3%
Estatus ocupacional	Ocupado	92,3%	92,2%	92,4%	85,7%	85,6%	85,8%
	Desocupado	89,2%	88,9%	89,5%	85,3%	85,0%	85,7%
	Jubilado o Pensionista	85,3%	84,9%	85,6%	77,8%	77,4%	78,2%
	Estudiante	84,7%	83,8%	85,6%	64,2%	63,0%	65,3%
	Ama de casa	82,7%	82,2%	83,1%	77,3%	76,8%	77,8%

Fuente: Elaboración propia en base a datos relevados por ITC 2014.

Según el cuadro 4, si bien en el año 2014 un alto porcentaje de los fumadores, casi la totalidad (90,5%), son conscientes que su adicción le hace daño a los no fumadores, esta cifra representa una disminución en la toma de conciencia del daño que causan a terceras personas. Según el informe elaborado por ITC (UW y CIET, 2014), cuando a los fumadores entrevistados se les preguntó si estaban de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación “El humo de su cigarrillo es peligroso para los no fumadores,” la mayoría “estuvo de acuerdo” o “muy de acuerdo” con esta afirmación. En el año 2006 representaron el 96% de los encuestados, porcentaje que se mantuvo por encima del 95% hasta el año 2012 donde disminuyó a 93%.



En cuanto a la preocupación de los fumadores por el daño provocado su propia salud, en el cuadro 4 se puede observar que en el año 2014 el 16,3% de los fumadores no estaban preocupados. Si bien este porcentaje se diferencia de los resultados de los relevamientos anteriores en uno o dos puntos porcentuales (15% en 2006, 14% en 2008, 14% en 2010, 14% en 2012 (UW y CIET, 2014)), puede ser el indicio de un cambio en la tendencia, mostrando un aumento en los fumadores que no son conscientes del daño que fumar causará en su salud.

El grado de conocimiento que las personas tienen sobre los riesgos asociados al tabaquismo son de vital importancia, dado que se relaciona con la prevalencia del consumo así como con la cesación (Siahpush, McNeill, Hammond, y Fong, 2006b).

La función de las advertencias en los paquetes o la de evitar la publicidad en medios de comunicación, es evitar la mercadotecnia de las empresas tabacaleras y sensibilizar a los fumadores acerca de los riesgos del consumo de tabaco. La utilización de imágenes ilustrativas de enfermedades u otras imágenes negativas tienen mayor impacto que las palabras solas (OMS, 2008a). Esta normativa no está presente en los productos de contrabando que se pueden adquirir en comercios minoristas o ferias de Uruguay, lugar donde recurren los fumadores que buscan precios más baratos (UW y CIET, 2014). Por lo que sería de esperar que las poblaciones más vulnerables o en peor situación económica sean menos conscientes del daño para su salud dado que al pretender acceder a los productos baratos no le llegarían las políticas basadas en las advertencias sanitarias ni precios. Por otro lado, también aquellas personas con menor nivel educativo pueden tener mayor dificultada para entender los mensajes que las políticas pretenden transmitir.

En el caso de la conciencia del daño a los no fumadores, si bien en el cuadro 4 se observan pequeñas diferencias según las variables socioeconómicas consideradas, se puede decir que las mujeres (91,9%), las personas de entre 25 y 39 años (95%), los residentes en hogares de menores ingresos y los económicamente activos (ocupados 92,3% y desocupados 89,2%), son los que mostraron mayor conocimiento sobre los riesgos. En cuanto al nivel educativo no se observa una tendencia, sino que eran más conscientes las personas que habían estudiado como máximo primaria (91,8%) o también quienes habían llegado a cursar bachillerato (92,9%). Por lo tanto, no resulta tan claro que un menor conocimiento de los riesgos esté asociado a las personas más vulnerables, dado que para este caso los residentes

en hogares con menores ingresos o con nivel educativo bajo, presentar un mayor porcentaje de conocimiento.

En términos generales se puede decir que en el año 2014 las políticas de control de tabaco aún no lograban que un 10% de los fumadores tomara conciencia del daño que provocan a los no fumadores. Por otro lado, cuando se analiza la proporción de personas fumadoras preocupadas por el daño que el tabaquismo provoca a su salud, según las variables socioeconómicas consideradas (ver cuadro 4), las diferencias son pequeñas, pero se puede decir que los hombres, las personas más jóvenes, los de nivel educativo más alto, los residentes en hogares con un nivel de ingresos medios y los económicamente activos (ocupados y desocupados), son los más preocupados por el daño a su salud. Por lo que puede ser un indicio de que los fumadores en mejor situación socioeconómica son quienes presentan una mayor preocupación por el daño del tabaquismo a su salud.

Cuadro 5. Distribución de si las personas fumadoras planean dejar de fumar, según variables socioeconómicas.

		Planea dejar de fumar		
		SI	Intervalo de confianza	
Total de fumadores		59,7%	59,6%	59,9%
Sexo	Hombre	58,1%	57,8%	58,3%
	Mujer	61,0%	60,8%	61,3%
Edad	18 a 24	69,6%	69,2%	70,0%
	25 a 39	61,6%	61,3%	61,8%
	40 a 54	56,5%	56,2%	56,8%
	55+	53,4%	53,0%	53,8%
Nivel educativo	Primaria o menos	61,6%	61,3%	61,9%
	Ciclo básico	54,9%	54,6%	55,2%
	Secundaria técnica	65,3%	64,8%	65,8%
	Bachillerato	56,8%	56,4%	57,1%
	Terciaria	64,7%	64,3%	65,1%
Ingreso del hogar	bajos	60,6%	60,3%	61,0%
	medio bajos	55,5%	55,2%	55,8%
	medio	68,1%	67,6%	68,5%
	medio altos	62,9%	62,4%	63,3%
	altos	62,6%	62,1%	63,1%
Estatus ocupacional	Ocupado	62,5%	62,3%	62,7%
	Desocupado	54,7%	54,2%	55,2%
	Jubilado o Pensionista	47,9%	47,4%	48,4%
	Estudiante	47,4%	46,2%	48,7%
	Ama de casa	60,8%	60,1%	61,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos relevados por ITC 2014.



Alrededor del 60% respondió que tenía intención de dejar de fumar. Si bien nos indica que la mayoría de los fumadores tienen pensado dejar de fumar, el porcentaje ha disminuido respecto de años anteriores, llegando al mismo nivel que en 2006, quebrando la tendencia creciente de fumadores que piensan dejar. Según el informe de ITC (UW y CIET, 2014) en 2006 el 60% planeaba dejar, llegando a ser el 69% en 2012. Como se puede observar en el cuadro 5, el porcentaje tiene pequeñas variaciones si se consideran las características socioeconómicas de los fumadores. Los hombres tienen menos predisposición a dejar de fumar. Si se considera el grupo etario del fumador, los más jóvenes tienen mayor predisposición a dejar (70% entre 18 y 24 años), que puede ser efecto de la política de aumento de precios, dado que la misma tiene un mayor impacto entre los jóvenes (OMS, 2008a). A medida que aumenta la edad es menor el porcentaje de los fumadores que planean dejar, llegando al 53% en los mayores de 55 años.

En lo que respecta al resto de las variables socioeconómicas, sería de esperar que una menor planificación de dejar de fumar estuviera asociada a fumadores con bajo nivel socioeconómico. Las personas pertenecientes a niveles socioeconómicos desfavorecidos perciben mayores barreras para dejar de fumar, además de tener menor confianza en sí mismos (Chamberlain y O'Neill, 1998). Pero esta situación no se ve reflejada en los resultados. No se observan tendencias claras que permitan realizar este tipo de afirmaciones. En cuanto al nivel educativo, quienes habían alcanzado como máximo ciclo básico o bachillerato tenían menor predisposición que los que tenían como máximo primaria o nivel terciario. Respecto del nivel de ingresos, los fumadores que pertenecían a hogares con ingresos medio bajos (entre \$15.000 y \$30.000) son quienes tenían menor predisposición, mientras que los de hogares con nivel medio (entre \$30.000 y \$40.000) son los que tenían mayor predisposición a dejar de fumar. Si se considera a los fumadores por su estatus ocupacional, los ocupados son quienes más tienen pensado dejar de fumar, mientras que los estudiantes o jubilados son los que menos planean dejar.

Cuadro 6. Distribución de si las personas fumadoras fuman todos los días, según variables socioeconómicas.

		Fuma todos los días		
		SI	Intervalo de confianza	
Total de fumadores		91,6%	91,5%	91,7%
Sexo	Hombre	91,6%	91,4%	91,7%
	Mujer	91,6%	91,4%	91,7%
Edad	18 a 24	90,6%	90,4%	90,9%
	25 a 39	88,4%	88,3%	88,6%
	40 a 54	93,7%	93,6%	93,9%
	55+	94,5%	94,4%	94,7%
Nivel educativo	Primaria o menos	92,0%	91,8%	92,2%
	Ciclo básico	94,4%	94,3%	94,6%
	Secundaria técnica	93,4%	93,1%	93,7%
	Bachillerato	91,8%	91,6%	91,9%
	Terciaria	85,1%	84,8%	85,4%
Ingreso del hogar	bajos	93,5%	93,3%	93,6%
	medio bajos	93,5%	93,4%	93,7%
	medio	84,2%	83,8%	84,5%
	medio altos	90,0%	89,8%	90,3%
	altos	95,9%	95,7%	96,1%
Estatus ocupacional	Ocupado	89,9%	89,8%	90,1%
	Desocupado	95,8%	95,6%	96,0%
	Jubilado o Pensionista	96,3%	96,1%	96,5%
	Estudiante	87,5%	86,7%	88,3%
	Ama de casa	92,7%	92,4%	93,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos relevados por ITC 2014.

El 92% de los fumadores entrevistados en 2014 indicaron fumar todos los días, cifra similar a la registrada en los anteriores relevamientos (91% en 2012, 90% en 2010, 91% en 2008) (UW y CIET, 2014). Si bien en otros aspectos como el planear dejar de fumar han variado los porcentajes, lo que posiblemente es una muestra del efecto logrado por las políticas o por la ausencia de los mismos en caso de que las cifras indiquen un alejamiento de los objetivos perseguidos; en el caso de la frecuencia de consumo no se observa una variación en las cifras que permita concluir que las políticas tuvieron efecto y que por lo menos lograron reducir la frecuencia con la que los fumadores consumen cigarrillos.

En principio según lo que se observa en cuadro 6 no existiría diferencias según sexo. En cuanto a la edad, en el grupo de fumadores entre 25 y 39 años es donde hay menor proporción de fumadores diarios (88%), en el resto de las edades la proporción es mayor a



esta y similar entre sí. Si consideramos el nivel educativo de los fumadores, en el grupo que tiene nivel terciario es donde hay menor proporción de fumadores diarios (85%). Al considerar el ingreso de los hogares, la menor proporción se observa en los fumadores pertenecientes a hogares con nivel medio (84%). Y según el estatus ocupacional, son los estudiantes fumadores quienes tienen menor proporción (88%).

Por lo tanto, si bien casi la totalidad de los fumadores, por encima del 90%, tiene una frecuencia de consumo diaria, cuando se considera a los que tienen entre 25 y 39 años, o tienen estudios terciarios o pertenecen a hogares con nivel de ingresos medio, o son estudiantes, la proporción es inferior al 90%.

Si bien la marginalidad y la exclusión social aumentan la probabilidad de fumar (Eriksen et al., 2015), en los resultados no se observa una asociación entre mayor porcentaje de fumadores diarios y características de vulnerabilidad o exclusión social.

6.3.1. Análisis de la determinación de los factores socioeconómicos y del entorno del fumador, en el resultado de las políticas.

Para concluir cuáles son los factores determinantes de las desigualdades en los resultados de las políticas, a continuación, se realizan estimaciones logit de los modelos considerados para cada resultado de la política (ver cuadro 7). Previamente se observó que no existiera multicolinealidad entre las variables independientes consideradas para cada modelo probabilístico.

Cuadro 7. Coeficientes de los modelos logísticos. Efecto logit de variables seleccionadas en cada modelo.

Variable	Categorías	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7	Modelo 8
Constante		2,359227 ***	2,56837 ***	0,699135 *	-0,98135 *	1,524593 ***	-0,17533	3,8246 ***	3,18376 ***
Edad (ref.)	25 a 39	-0,092270	-0,20054	-0,329940	-0,29610	-0,325921	-0,11436	-0,3718	-0,41259
	40 a 54	-0,033456	-0,16649	-0,347640	-0,20432	-0,694801*	-0,54591	-0,7664.	-0,72130
	55+	0,076088	-0,08928	-0,444106	-0,24659	-0,987959**	-0,77402.	-0,3955	-0,48633
Sexo (ref: hombre)	mujer	-0,104340	-0,11923	0,063140	0,07385	-0,061971	-0,16727	0,4129	0,36498
Ingreso (ref: bajo)	medios bajos (de \$15.001 a \$30.000)	0,619319*	0,66439*	-0,072372	-0,20918	0,300079	0,25929	-0,5207	-0,55471
	medios (de \$30.001 a \$40.000)	0,002380	-0,12727	0,135578	0,01161	0,300894	0,19830	-0,7136	-0,90828.
	medios altos (de \$40.001 a \$60.000)	0,295606	0,39425	0,074024	0,07608	-0,009423	-0,16362	-1,2072**	-1,16932*
	altos (más de \$60.001)	0,966293*	0,85070.	0,002143	-0,09578	-0,029899	0,22025	-1,1958*	-1,30616**
Nivel Educativo (ref: sin instrucción)	Ciclo básico	0,027863	0,22174	-0,320740.	-0,36490.	-0,070003	0,01574	-0,1050	0,01932
	Secundaria técnica	-0,186910	-0,20213	0,091878	0,01111	0,532298	0,45997	0,1232	-0,09712
	Bachillerato	0,112497	0,09265	-0,046451	-0,24012	0,589245*	0,78099**	0,1201	0,04703
	Terciaria	-0,550465	-0,45188	0,041233	-0,14838	0,740935*	0,80722*	-0,2708	-0,41165
Condición de ocupación	Desocupado	0,452775	0,43888	0,103722	0,07364	0,166275	-0,01279	-0,1141	-0,01886
	Jubilado o Pensionista	-0,007486	0,06921	-0,246216	-0,25560	-0,112591	0,11462	-0,7624.	-0,37061
	Estudiante	-0,148142	-0,21036	-0,324808	-0,36678	0,075551	0,21390	1,37145	1,374792
	Ama de casa	-0,205881	0,03218	-0,234337	-0,07812	-0,485359	-0,22711	-0,9681*	-1,00787*
Prohibido fumar en la casa	SI	-0,512072*	-0,47399*	0,578286***	0,44639**	0,632263**	0,38990.	0,6424*	0,71106*
Amigos fuman	SI	-0,063663	-0,18138	0,019997	-0,03011	0,241941	0,38012	-0,4686	-0,44873
Daño a terceros	SI		0,05940		0,28100		0,64987*		
Daño a salud propia	SI		0,18201		1,90582***				0,65077
Planea dejar	SI		-0,45846.				1,90931***		0,29475*
VARIABLE DEPENDIENTE:		Fuma todos los días		Planea dejar		Daño a salud propia		Daño a terceros	
Total de casos		1065	974	993	974	1058	974	1050	974
AIC		682	635	1317	1191	904	732	577	530
Desviación nula		663	613	1309	1278	916	837	576	534
Desviación residual		644	591	1279	1149	866	690	539	488

Nivel de significancia: '***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Proyecto ITC 2014. Uruguay.

AIC: Criterio de información de Akaike. Es una medida de la calidad relativa de un modelo estadístico, para un conjunto dado de datos. Como tal, el AIC proporciona un medio para la selección del modelo.

Categorías de referencia de cada variable: 18 a 24 años (edad), hombre (sexo), ingresos bajos, primaria o menos (nivel educativo), ocupado (condición de ocupación), NO está prohibido fumar en la casa, Amigos NO fuman, NO hace daño a terceros, NO daña a salud propia, NO planea dejar de fumar



Cada coeficiente de los modelos actúa sobre la probabilidad de que los fumadores fumen todos los días, o que planeen dejar el hábito, o si perciben que le están haciendo daño a su propia salud o a terceros (no fumadores). Resulta difícil determinar y comparar la magnitud del cambio sobre dichas probabilidades respecto al evento principal, ya que sus impactos en el modelo se ven reflejados sobre el logit, aunque a continuación se analizará el signo y la significación del coeficiente para determinar la existencia y el sentido de la asociación entre las variables.

En base al modelo 1, de acuerdo a la significancia de las variables, se puede observar que el ingreso del hogar (alguna de sus categorías) y si está prohibido fumar dentro del mismo, intervienen en la probabilidad de “fumar todos los días”. La edad del fumador, el sexo, el nivel educativo y la condición de ocupación, no estarían implicando una diferencia en la probabilidad de ser fumador diario. Lo que implica que no existiría una desigualdad según estas variables sociodemográficas, sino que las diferencias estarían establecidas principalmente por lo económico (ingreso del hogar) y por las normas en el entorno más cercano al fumador (prohibido fumar dentro de la casa). El signo positivo del coeficiente de los hogares con ingresos medio bajos indica que éstos tienen mayor probabilidad de fumar todos los días que los de ingresos bajos (categoría de referencia). Lo mismo sucede con los de ingresos altos. Para la población analizada no existirán diferencias significativas con los hogares de ingresos medios y medio altos. Por otro lado, existe menor probabilidad de ser fumador diario si en el hogar está prohibido fumar. Si se considera el modelo 2 el cual además de cumplir con lo mencionado para el modelo 1 (solo disminuyendo la significatividad de los hogares con ingresos altos), incluye las variables mediadoras psicosociales, cobrando relevancia que el sujeto “planee dejar de fumar” (única variable significativa, de las tres mediadoras psicosociales). Si no está pensando en dejar de fumar aumentan sus probabilidades de ser un fumador diario.

Estos hallazgos resultan llamativos dado que cuando se considera la prevalencia, (Schaap y Kunst, 2009) mostraron que el nivel educativo está más asociado a la prevalencia que el ingreso u otras variables que reflejan las condiciones materiales de las personas. La incidencia del tabaquismo también es menor a mayor nivel educativo o mayor nivel socioeconómico, según los resultados de la Encuesta Nacional de Prevalencia de Tabaquismo (Boado y Bianco, 2010a). Por otra parte, parecería coincidir que la prohibición



de fumar en el hogar implicaría un menor consumo. La incidencia mostrada por el estudio mencionado anteriormente, era mayor en los hogares que estaba permitido fumar.

Confirmando las hipótesis planteadas se observó que, el ser fumador diario está determinado por el nivel de ingresos del hogar (con excepción de los hogares de ingreso medio), los de menor nivel tiene menos probabilidad de ser fumadores diarios. También tienen menor probabilidad, si en el hogar está prohibido fumar. Aunque no todos los aspectos considerados en las hipótesis fueron confirmados, contrario a lo que se planteó en las mismas, la edad del fumador, el sexo, el nivel educativo o tener amigos fumadores, no estarían implicando una diferencia en la probabilidad de ser fumador diario.

Para el modelo 3, donde se analiza si el individuo “planea dejar de fumar”, resulta significativa la variable “prohibido fumar en la casa” y el signo de su coeficiente es positivo, lo que indica que existe una mayor probabilidad de que el fumador planea abandonar si en su hogar está prohibido fumar. Este resultado podría considerarse contrario a lo planteado por Llambí et al. (2008) donde se muestra que la convivencia con fumadores no influye en la posibilidad de abandono del consumo. Aunque se debe tener en cuenta que en esta oportunidad se considera el planear dejar y no el abandono, además de que se puede convivir con fumadores en un hogar donde está prohibido fumar en su interior.

Por otro lado, también es significativa una de las categorías de la variable “nivel educativo”. Aquellos fumadores con un nivel de ciclo básico, tienen menos probabilidad de planear dejar que quienes no tienen instrucción. El resto de los niveles educativos no presentan diferencias significativas respecto de los fumadores sin instrucción, lo que implicaría que un mayor o menor nivel educativo, con excepción de los que cuentan con ciclo básico, no estaría afectando la probabilidad de planear dejar de fumar. Igualmente, la significación de los individuos con ciclo básico es baja, lo que posiblemente reafirma la conclusión de que el nivel educativo no establece diferencias en la probabilidad de que se planea dejar de fumar. En el modelo 4, que incluye las variables del modelo 3 pero además considera las mediadoras psicosociales, además de que también se cumple lo ya mencionado para el modelo anterior, muestra una gran relevancia que el fumador sea consciente que fumar implica riesgos para su salud. El que sea consciente aumenta la probabilidad de que planea dejar de fumar.



Si bien, en cuanto a las variables socioeconómicas, algunas categorías del nivel educativo parecieran tener incidencia en el planear dejar de fumar, no parecería ser suficiente como para afirmar que este factor determina el planear dejar de fumar. Por lo tanto, en las personas fumadoras de Uruguay, las características socioeconómicas no estarían asociadas al planear abandonar el consumo. Este resultado está en línea con lo hallado por Llambí et al. (2008) donde se concluye que las variables socioeconómicas como el nivel de instrucción y sexo, no son predictores del abandono del tabaquismo.

El grado de conocimiento que las personas tienen sobre los riesgos asociados al tabaquismo está relacionado con la cesación (Schaap y Kunst, 2009), por lo que los resultados parecen ir en línea con esta afirmación. Si bien el planear dejar de fumar no implica que la persona deje, se observa que, si el fumador es más consciente de los riesgos a su salud, favorece el que esté planeando abandonar.

El modelo 5 intenta determinar qué variables influyen para que el fumador tome conciencia del daño que implica fumar para a su salud. Al igual que en modelos anteriores, la prohibición de fumar es significativa para la probabilidad de que los fumadores tomen conciencia del daño propio. Si en los hogares está prohibido fumar, existe una mayor probabilidad de que el fumador tome conciencia del daño a su salud. También resultan significativas algunas de las categorías de la edad y del nivel educativo. Las personas mayores de 40 años tienen menos probabilidad de tomar conciencia que los de 18 a 24 años. Quienes tienen un nivel educativo de bachillerato o superior tienen mayor probabilidad de que tomen conciencia del daño. Si sumamos al análisis las variables mediadoras psicosociales (modelo 6), la edad parece perder significatividad en el efecto sobre la probabilidad, siendo solo significativa la categoría “mayor a 55 años”. El tener conciencia del daño que fumar significa para los no fumadores o que el fumador planee dejar, aumenta la probabilidad de ser consciente del daño que implica para su salud.

La prohibición de fumar en el hogar del fumador, aumenta la probabilidad de que sea consciente del daño que provoca a los no fumadores. Esto se puede ver en los modelos 7 y 8. También se observa que los fumadores pertenecientes a hogares de mayores ingresos tienen menos probabilidad de tomar conciencia del daño a no fumadores, que los fumadores pertenecientes a hogares con los ingresos más bajos. Por otro lado, las fumadoras “ama de



casa” tienen menor probabilidad de tomar consciencia del daño a no fumadores, que las personas ocupadas. Respecto a la edad, en el modelo 7 es significativa la categoría correspondiente a fumadores entre 40 y 54 años. El signo es negativo, lo que implica que los fumadores de esta edad tienen menor probabilidad que los más jóvenes (18 a 24 años) de ser conscientes del daño a terceros. Pero en el modelo 8, al considerar las variables mediadoras psicosociales, ninguna de las categorías de la edad son significativas, lo que implica que en realidad la edad encubría el efecto de la variable *planea dejar*, dado que ésta es significativa. Quienes planean dejar de fumar tienen mayor probabilidad de ser consciente del daño a no fumadores.

Una vez visto este último modelo, resulta interesante observar cómo el ser consciente del daño a terceros influye sobre la probabilidad de ser consciente del daño propio, aunque ser consciente del daño a su propia salud no implica que influya sobre tener consciencia del daño a terceros.

El efecto en la reducción del consumo de tabaco, generado por la toma de conciencia del daño que causa, es algo que se ha confirmado desde la década de los '70. Las propias empresas tabacaleras expresaban que el consumo de tabaco era algo que estaba comenzando a ser “una práctica que descendía en la escala social” debido a que las personas de mayor nivel socioeconómico podrían estar entendiendo mejor los mensajes acerca de los riesgos del consumo de tabaco. A partir de este diagnóstico, las compañías fueron progresivamente dirigiendo sus esfuerzos publicitarios hacia las personas con menos recursos, menor nivel educativo y otros grupos minoritarios (Bacigalupe, 2012). El presente estudio muestra que el planear dejar de fumar y la conciencia del daño son variables fuertemente asociadas y mutuamente determinantes, lo que coincide con que una mayor conciencia del daño puede predisponer a las personas a abandonar el consumo. Lo que no se puede afirmar es que esto esté asociado a las características socioeconómicas de las personas, dado que ni en los riesgos percibidos o en planear dejar de fumar, es tan categórica su determinación. En términos más generales, estos resultados muestran que, para el caso de estudio, la perspectiva biomédica tendría una mayor capacidad explicativa que sus detractores. Esta perspectiva pone el acento en que el cambio de conducta es algo que recae sobre el individuo y no sobre el entorno o los factores sociales. La acción contra la reducción del tabaquismo se basa, en gran parte, en resaltar la responsabilidad individual. Para reducir el tabaquismo, entre otras



cosas, se debe modificar la conducta perjudicial mediante información y persuasión (Escolar, 2011). Aunque uno de los aspectos del entorno de los sujetos, considerados en el presente análisis, que determina los resultados, es la prohibición de fumar en el hogar. Por lo tanto, para explicar los cambios de percepción o conductas de las personas en cuanto al consumo de tabaco, no se puede prescindir de considerar factores ambientales o del entorno de los sujetos.

En resumen, si bien del análisis descriptivo se observan diferencias en los indicadores de resultados de las políticas según los factores socioeconómicos de las personas fumadoras o de su entorno social, al analizar en qué medida estos factores determinan los resultados de las políticas se observó que no todos eran determinantes, además en algunos casos ni siquiera todas las categorías de las variables consideradas fueron significativas en la probabilidad de que la política de control de tabaco logre el resultado esperado. La variable que reflejaba las normas del hogar del fumador, esto es, “prohibición de fumar en el hogar”, es la única que mostro determinación en todos los indicadores de resultado de las políticas.

Si bien no existirían grandes diferencias en el resultado de las políticas según el nivel socioeconómico de los fumadores, algunas de las categorías de estas variables estarían determinando esas diferencias observadas. Resultó más clara la determinación de las normas en el hogar (prohibido fumar dentro), aunque esta determinación es leve, seguramente tomando en cuenta que los fenómenos son multicausales y que es difícil encontrar que solo una característica de los fumadores tenga gran relevancia sobre los resultados de la política en los mismos. Pero más allá de que las determinaciones sean leves, lo importante es que se constató que esas categorías resultan relevantes a la hora de pensar en los resultados de las políticas.

Dado que desde el comienzo de la aplicación de las políticas de control de tabaco la prevalencia de tabaquismo ha disminuido significativamente, y tomando en cuenta los resultados de esta investigación, la cual muestra que los factores considerados no parecen estar explicando en gran medida los logros de estas, resulta importante indagar en futuras investigaciones cuáles han sido los factores explicativos de mayor relevancia. Y establecer si las desigualdades sociales en la incidencia del tabaquismo responden a un efecto diferenciado de las políticas o si tales diferencias ya estaban presentes y en realidad las

políticas lograron el mismo nivel de efecto sobre todas las personas fumadoras, lo cual implicó que estas desigualdades se mantuvieran.

6.3.2. Capacidad explicativa de los modelos

Los modelos que finalmente se utilizarán serán el 2, 4, 6 y 8, dado que han mostrado un mejor ajuste a los datos, respecto a los modelos que se consideraron solo con las variables estrictamente independientes (modelos: 1, 3, 5 y 7). Respecto a la bondad de ajuste de cada uno, en el cuadro 7 se puede observar que los valores del R² ajustado de Mc Fadden son bastantes bajos e indican que el modelo ajustado tiene una capacidad explicativa relativamente baja en general. Si bien esta información es importante, no es concluyente en términos de que el objetivo del estudio no es predecir la probabilidad de fumar diariamente, o planear dejar o si toman consciencia del daño que implica para su salud o la de terceros, sino estimar la correlación entre dichos eventos y un conjunto de variables relevantes desde el punto de vista teórico.

Cuadro 8. Bondad de ajuste y predicción de modelos logísticos.

	Modelo 2	Modelo 4	Modelo 6	Modelo 8
Efecto de las políticas sobre:	Fuma todos los días	Planea dejar	Consciencia de daño a salud propia	Consciencia de daño a terceros
Casos Analizados	1181	974	974	974
Pseudo R ² McFadden	0,04	0,10	0,18	0,09
Pseudo R ² Cox y Snell	0,02	0,12	0,14	0,05
Pseudo R ² Nagelkerke	0,05	0,17	0,24	0,11
Punto de corte que maximiza la tasa de clasificación correcta	0,75	0,61	0,48	0,57
Porcentaje total de predicción correcto	90,5	71,6	85,8	92,1
Especificidad	99,8	88,7	98,8	99,9
Sensibilidad	2,15	41,7	14,7	0
Punto de corte seleccionado según curva COR	0,9	0,64	0,84	0,89
Porcentaje total de predicción correcto	60,9	69,8	73,0	77,9
Especificidad	61,3	81,7	73,3	80,2
Sensibilidad	56,9	49,0	71,3	51,3

Fuente: elaboración propia en base a datos de ITC Uruguay 2014.



6.3.3. Distintos escenarios posibles

Como forma de ejemplificar los efectos de las variables introducidas en los modelos, se presenta una serie de escenarios donde, a partir de una situación tipo, se observaron las probabilidades de ocurrencia de los distintos eventos de interés, es decir, se observó cuál es la predicción de los modelos. Por ejemplo, se observó cuál es la probabilidad de planear dejar de fumar dado que se estaba considerando a un fumador adulto, con bajo nivel educativo, perteneciente a un hogar de bajo nivel de ingreso, que en el mismo estaba permitido fumar y que no era consciente del daño que estaba provocando a su salud. De esta forma, considerando el entorno del fumador y su condición socioeconómica, se observó cómo afectaba las posibilidades de que las políticas logren efecto sobre los mismos.

Para este análisis, en cada situación simulada a considerar, principalmente se han dejado constantes, en su valor modal, las variables que no eran significativas en los modelos y se hicieron variar a las variables independientes o sus categorías significativas para el modelo. Si bien la significación de las variables nos mostró que solo algunas categorías eran significativas para explicar la probabilidad de ocurrencia, los modelos se construyeron con todas las variables incluidas, dado que la significatividad de las mismas puede estar determinada por la muestra seleccionada, por lo que pueden ser relevantes para otros grupos poblacionales.

Simulación para casos típicos

Escenarios posibles: para ejemplificar el efecto de las características de las personas y su entorno, en la probabilidad de fumar todos los días (modelo 2), o planear dejar (modelo 4), o ser consciente del daño a su salud (modelo 6) o a la salud de los no fumadores (modelo 8), es que se han calculado distintas probabilidades haciendo variar las características de las variables de interés que sean significativas para el modelo considerado. En el caso de que las variables mediadoras fuesen significativas, no se hicieron variar y se fijaron en los valores

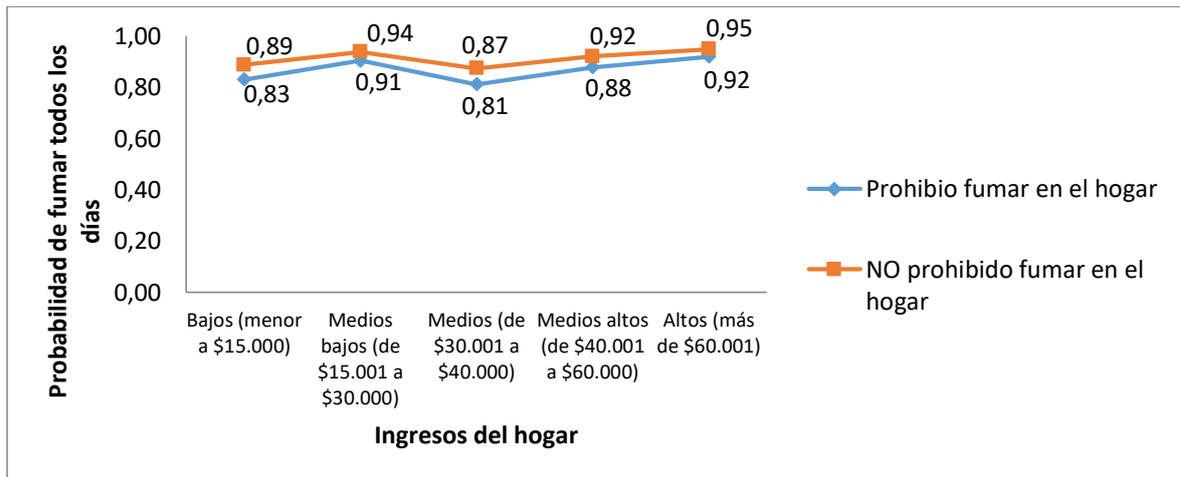


que aún no reflejaban el efecto esperado de las políticas, dado que el interés del presente estudio era ver cómo varia la probabilidad de un efecto sobre las personas, para que puedan cambiar su conducta respecto al tabaquismo y no sobre aquellas que ya se logró el efecto. Por lo tanto, quedó fuera del interés ver el efecto en las probabilidades de las personas que ya planeaban dejar de fumar, que ya eran conscientes del daño a su salud y/o conscientes del daño a terceros. Para el caso del sexo del fumador, si bien no era significativo en ningún modelo, igualmente se realizó un análisis por separado para cada subpoblación en particular. Por lo tanto, dependiendo del modelo a estudiar, cuando se requirió fijar las características de los fumadores, se tomaron de la siguiente forma:

- No tenía consciencia del daño sobre la salud propia.
- No tenía consciencia del daño en la salud de los no fumadores.
- No planeaba dejar.
- En el resto de las variables que no eran de interés o no significativas, se fijaron en su valor modal:
 - Edad: 25 a 39 años.
 - Ingreso: medio bajo (de \$15.001 a \$30.000).
 - Condición de ocupación: Ocupado.
 - Nivel educativo: primaria o menos.
 - Amigos fuman: si.

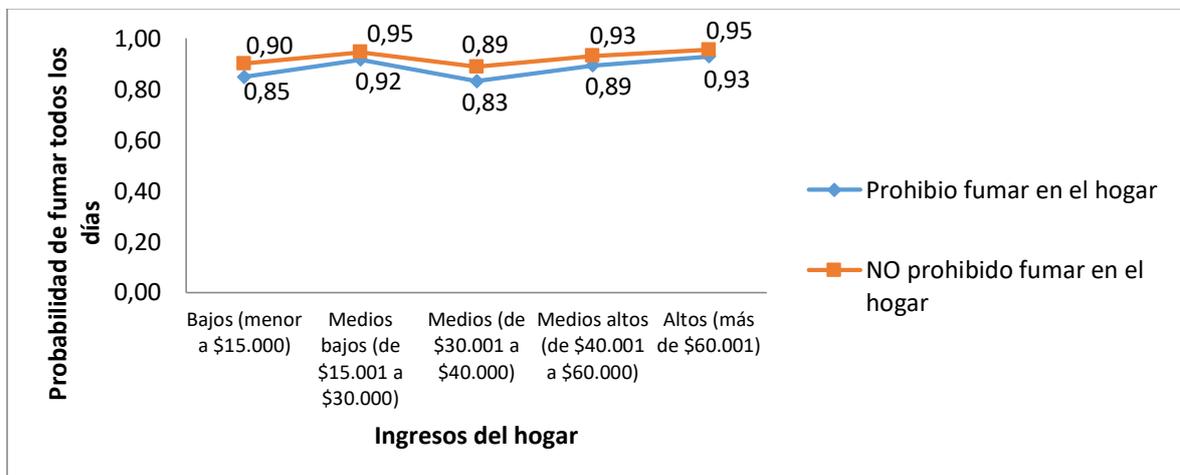
En base a las consideraciones mencionadas, en el **modelo 2**, teniendo en cuenta lo planteado hasta aquí y considerando las categorías significativas de cada variable, resultó de interés conocer las diferencias de probabilidad de “fumar todos los días” según sexo, nivel de ingreso y si estaba prohibido fumar en su hogar, en fumadores de 25 a 39 años, con nivel educativo bajo (primaria o menos), ocupados, sus amigos fumaban, no planeaban dejar de fumar, no eran conscientes del daño a su propia salud y tampoco eran conscientes del daño que hacen a la salud de los no fumadores; lo cual se reflejó en las siguientes dos ilustraciones:

Ilustración 10. Probabilidad de las mujeres de fumar todos los días.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Ilustración 11. Probabilidad de los hombres de fumar todos los días.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

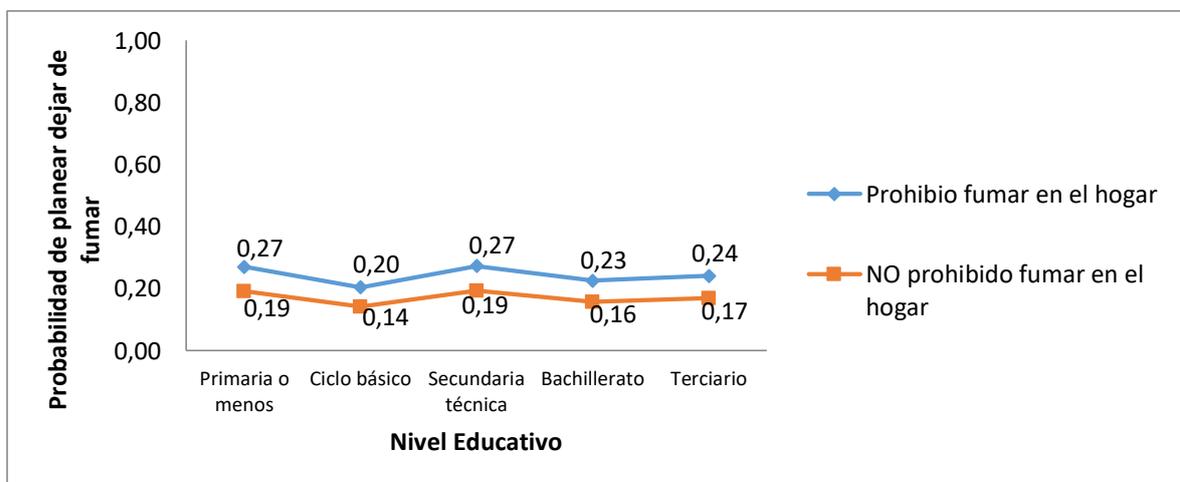
Un fumador (hombre) de entre 25 y 39 años, ocupado, que a lo sumo terminó la escuela primaria, que sus amigos eran fumadores, que no era consciente del daño que el fumar provoca a su salud y a la de los no fumadores y que no tenía planeado dejar de fumar, tenía un 90% de probabilidad de fumar todos los días, si en su casa no estaba prohibido fumar y los ingresos de su hogar eran inferiores a \$15.000. Mientras que, si en su hogar hubiera estado prohibido fumar, la probabilidad sería de 85%. En las mujeres la probabilidad

era menor, pero también existían diferencias si se considera la prohibición de fumar en el hogar (89% si no estaba prohibido y 83% si estaba prohibido). Si en el hogar existía una mayor disponibilidad de ingreso (entre \$15.001 y \$30.000; y más de \$60.000 – ambas categorías significativas en el modelo 2), la probabilidad de fumar todos los días aumentaba, llegando en ambos sexos a un máximo de 95% para aquellos hogares donde no estaba prohibido fumar.

Si bien hubo variaciones en la probabilidad respecto de las características de las personas, las probabilidades de fumar todos los días siempre fueron altas.

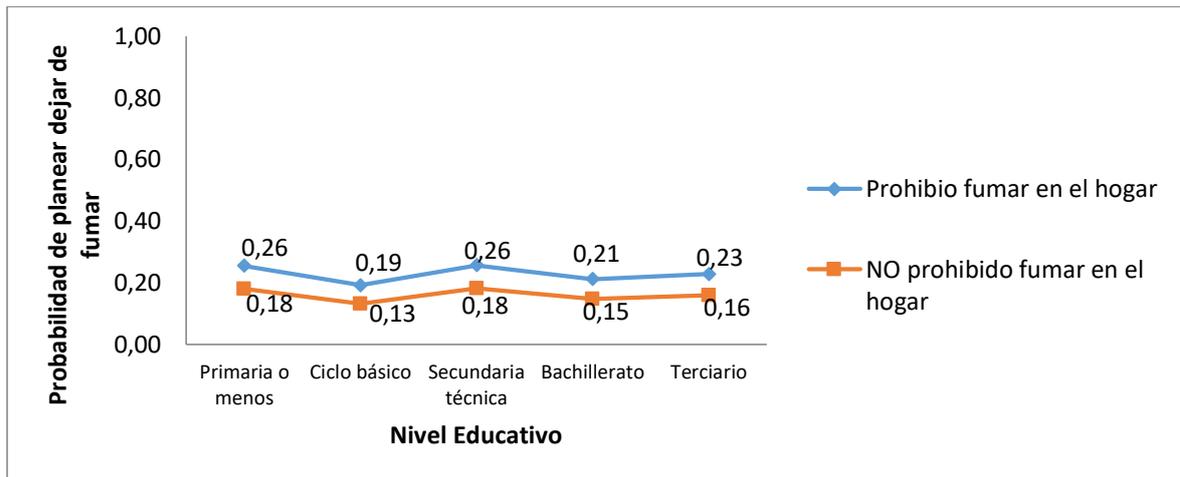
Considerando el modelo 4 y la significatividad de sus variables, resultó de interés conocer las diferencias de probabilidad de que los fumadores “planearan dejar” de fumar, según su sexo, nivel educativo y si estaba prohibido fumar en su hogar, teniendo en cuenta que se habla de los fumadores de entre 25 y 39 años, con ingreso medio bajo (de \$15.001 a \$30.000), ocupados, que sus amigos fumaban, que no tenían consciencia del daño sobre la salud propia y/o no tenían consciencia del daño en la salud de los no fumadores. Lo cual se reflejó en las siguientes dos ilustraciones:

Ilustración 12. Probabilidad de que las mujeres planeen dejar de fumar.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Ilustración 13. Probabilidad de que los hombres planeen dejar de fumar.

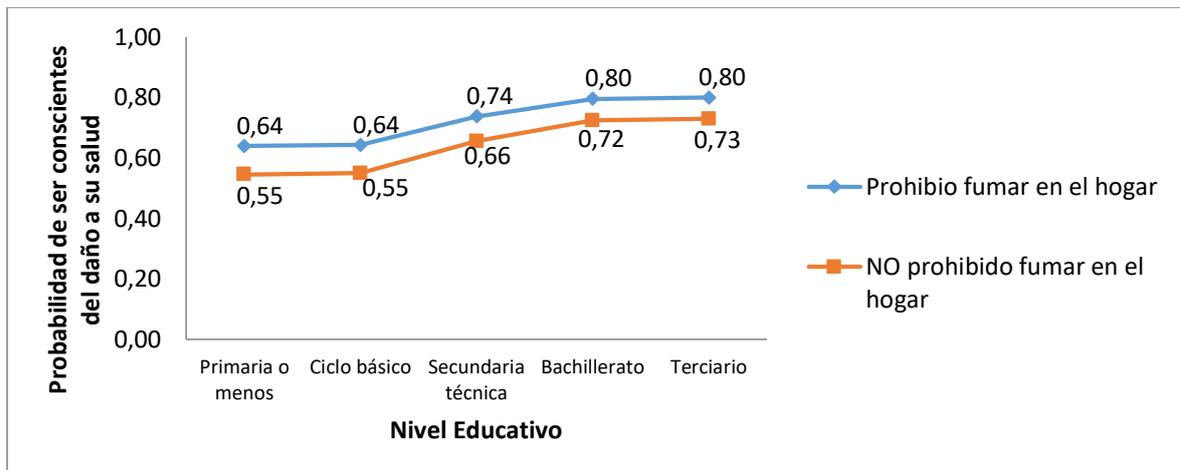


Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

De los fumadores con las características antes mencionadas, aquellos que como máximo habían alcanzado ciclo básico (única categoría significativa del nivel educativo), tenían menor probabilidad de planear dejar de fumar que quienes tenían menor nivel educativo (primaria o menos), a su vez tenían menor probabilidad si en el hogar no estaba prohibido fumar. Por ejemplo, una fumadora cuya formación educativa como máximo fue primaria y que pertenecía a un hogar donde no estaba prohibido fumar, tenía un 19% de probabilidad de planear dejar de fumar, mientras que, si pertenecía a un hogar en el que estaba prohibido fumar, la probabilidad aumentaba a 27%. Las probabilidades de dejar de fumar eran bajas, más allá de las características de los fumadores considerados.

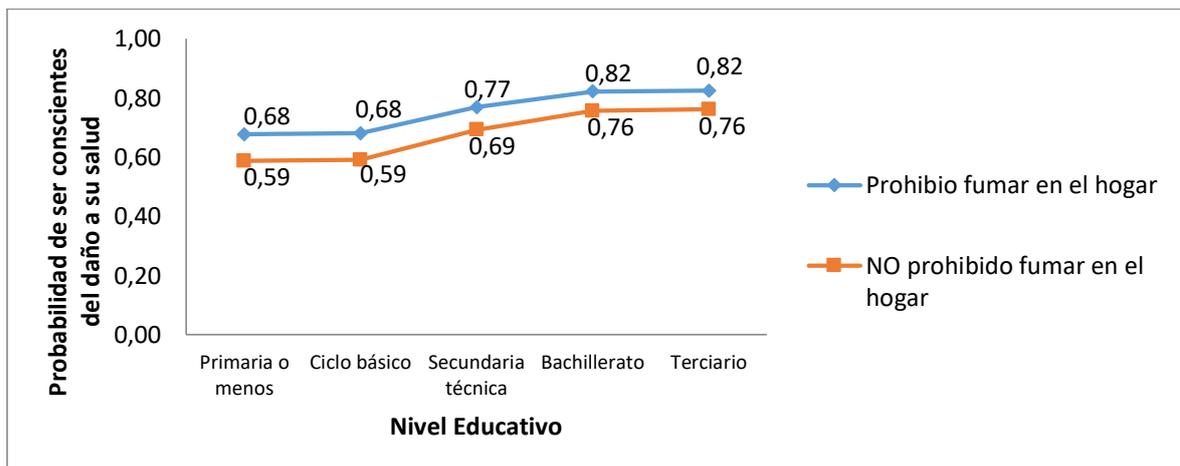
Tomando como referencia al modelo 6 y teniendo en cuenta la significatividad de sus variables, se evaluó la probabilidad de que los fumadores fueran conscientes del daño que el fumar provoca a su salud, según su sexo, nivel educativo, edad y prohibición de fumar en el hogar, teniendo en cuenta que, pertenecían a hogares con ingreso medio bajo (de \$15.001 a \$30.000), estaban ocupados, sus amigos fumaban, no tenían consciencia del daño en la salud de los no fumadores, ni tenían planeado dejar de fumar. Cuando se analizaron las diferencias por nivel educativo, se consideró a los sujetos de entre 25 y 39 años, mientras que cuando se analizó las diferencias por edad, se consideró solo a los sujetos con nivel educativo bajo (primaria o menos). Esto se puede observar en las siguientes ilustraciones:

Ilustración 14. Probabilidad de que las mujeres tomen consciencia del daño que el fumar provoca a su salud personal.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Ilustración 15. Probabilidad de que los hombres tomen consciencia del daño que el fumar provoca a su salud personal.

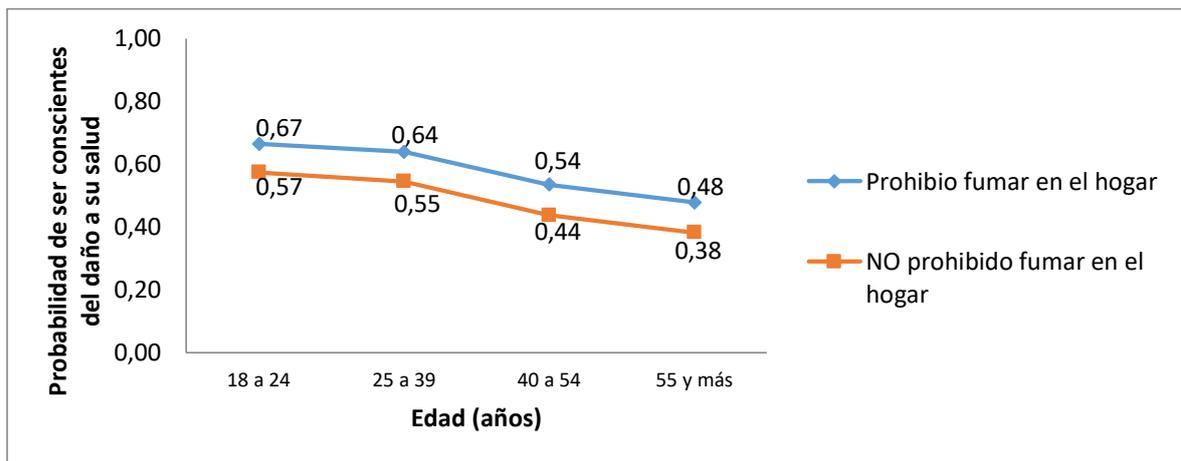


Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Como se observa en las ilustraciones 14 y 15, las personas con las características mencionadas para la consideración de las últimas cuatro ilustraciones, tenían más probabilidad de tomar consciencia del daño que el fumar implica para su salud, si tenían un nivel educativo de bachillerato o terciario (las únicas categorías significativas para nivel educativo). Por ejemplo: una fumadora de entre 25 y 39 años, que pertenecía a un hogar con

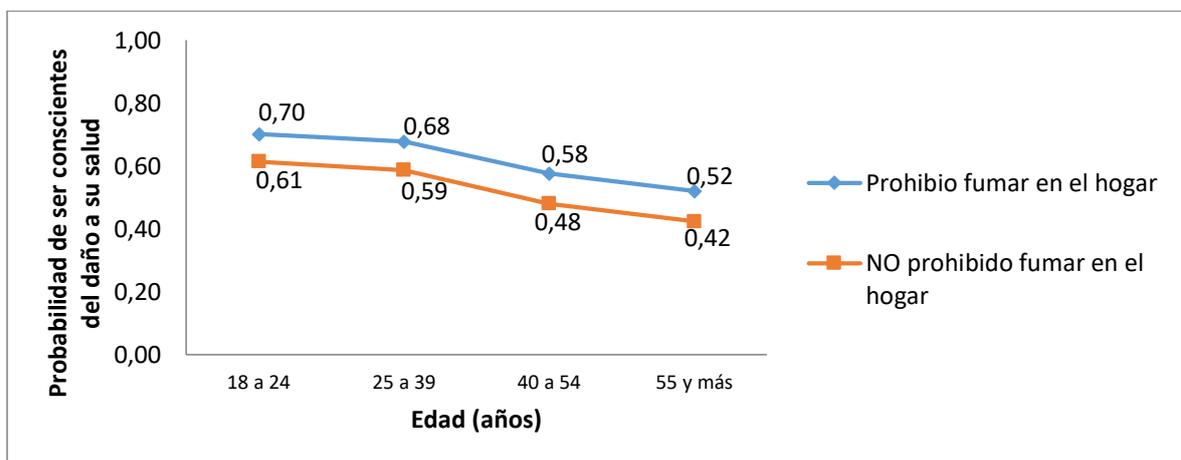
ingreso medio bajo (de \$15.001 a \$30.000), estaba ocupada, sus amigos fumaban, no tenía consciencia del daño en la salud de los no fumadores, no tenía planeado dejar de fumar y estaba prohibido fumar dentro en su hogar, tenía un 80% de probabilidades de ser consciente si había alcanzado un nivel educativo de bachillerato, mientras que era de un 64% si como máximo había llegado a primaria. Estos porcentajes disminuían si en el hogar estaba permitido fumar.

Ilustración 16. Probabilidad de que las mujeres tomen consciencia del daño que el fumar provoca a su salud personal.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Ilustración 17. Probabilidad de que los hombres tomen consciencia del daño que el fumar provoca a su salud personal.



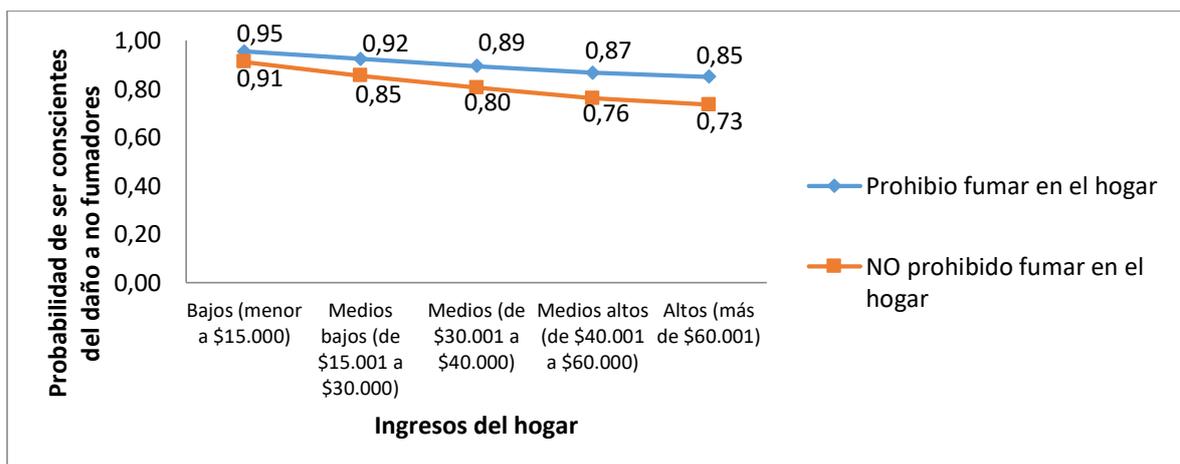
Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Respecto a la edad (ilustraciones 16 y 17), parece suceder que a mayor edad había menos probabilidades de que el fumador fuera consciente del daño a su salud. A la hora de interpretar estos resultados se debe tener en cuenta que la única categoría significativa en el modelo fue la de mayores de 55 años. Una fumadora mayor de 55 años, con las características ya mencionadas, con nivel educativo bajo (primaria o menos), perteneciente a un hogar donde estaba prohibido fumar en su interior, tenía un 48% de probabilidad de tomar consciencia. Mientras que una de similares características, pero de entre 18 y 24 años, tenía un 67% de probabilidad de ser consciente.

Si bien la diferencia entre hombres y mujeres no fue significativa, se puede observar que había más probabilidades de que los hombres tomen consciencia.

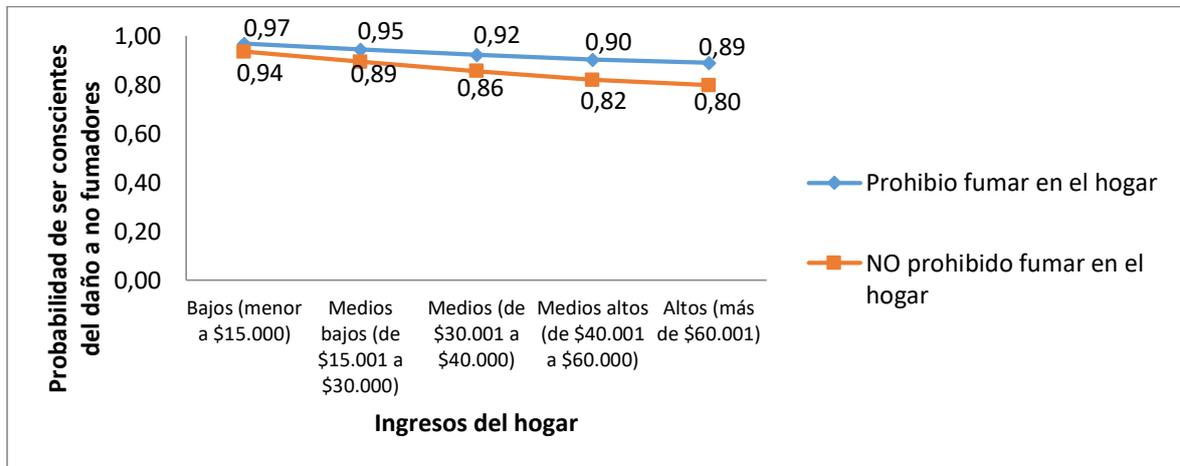
La probabilidad de que un fumador fuera consciente del daño que provoca a los no fumadores, según su sexo, ingresos del hogar y prohibición de fumar en el mismo, se puede analizar tomando en cuenta al modelo 8 y la significatividad de sus variables. Se realizó este análisis tomando como referencia a los fumadores con nivel educativo bajo (primaria o menos), de entre 25 y 39 años de edad, que no tenían consciencia del daño en su salud, ni tenían planeado dejar de fumar, y sus amigos fumaban. Dado que en la condición de ocupación solo resultó significativa la categoría “ama de casa”, se realizó la comparación de las mujeres ocupadas, respecto de las amas de casas. Esto se puede ver reflejado en las siguientes ilustraciones:

Ilustración 18. Probabilidad de que los hombres (ocupados) tomen consciencia del daño que provocan a la salud de los no fumadores.



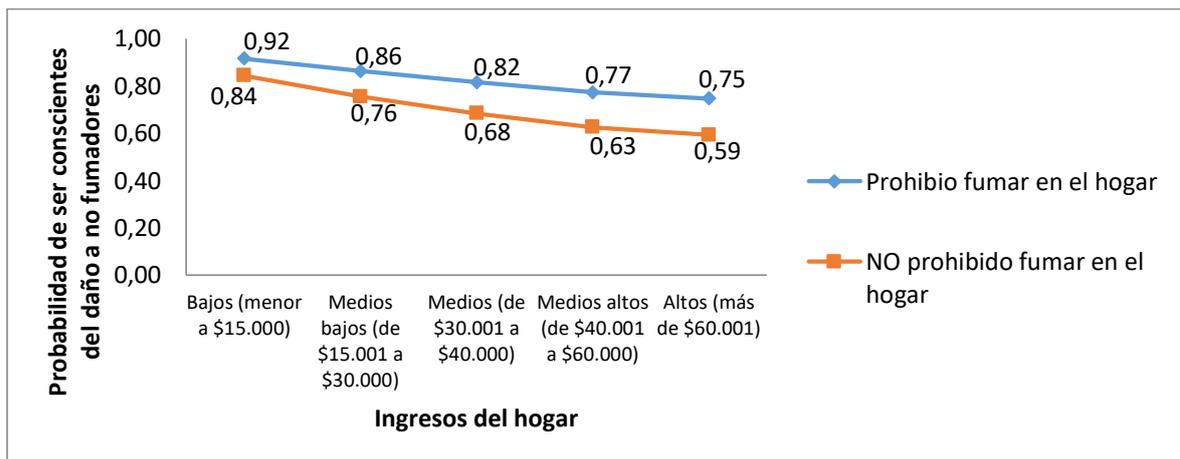
Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Ilustración 19. Probabilidad de que las mujeres (ocupadas) tomen consciencia del daño que provocan a la salud de los no fumadores.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Ilustración 20. Probabilidad de que las mujeres ama de casa tomen consciencia del daño que provocan a la salud de los no fumadores.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ITC 2014.

Tomando en cuenta el tipo de fumador/a considerado para analizar la probabilidad de que tomara consciencia del daño que causan a los no fumadores, se puede ver reflejado en las ilustraciones 18, 19 y 20 que un mayor nivel de ingresos implicaba una menor probabilidad de tomar consciencia. Si se considera a las mujeres ama de casa (única categoría



significativa dentro de la condición de ocupación) respecto de las ocupadas, tenían menor probabilidad de ser conscientes, y si además se toma en cuenta la prohibición de fumar dentro de sus hogares, cuanto mayor era el ingreso del hogar, mayor era la diferencia de probabilidades. Por ejemplo: una fumadora ama de casa, perteneciente a un hogar de ingresos altos y que no estaba prohibido fumar dentro del mismo, tenía un 59% de probabilidad de ser consciente del daño a no fumadores, mientras que si era ocupada tenía un 80% de probabilidad. En cambio, si el hogar hubiera tenido un ingreso menor a \$15.000, la probabilidad para la ama de casa hubiera sido de 84% y para la ocupada, de 94%.

7. Conclusiones

Contrario a lo que se suponía en la hipótesis de este estudio, los resultados desarrollados hasta aquí permiten concluir que el tabaquismo tiene mayor incidencia en las mujeres. Refutando las hipótesis, bajo el supuesto de que la mayoría de la población fumadora de Uruguay en 2014 presentaba características de vulnerabilidad social, se observó que contrario a la suposición de que estas personas no tendrían un vínculo laboral, las dos terceras partes de las mismas estaban ocupadas. Aunque sí se observa que en otras características presentaban situación de vulnerabilidad social, dado que, en su mayoría pertenecen a hogares con bajo nivel de ingresos (60% en hogares con ingresos bajos o medio bajos) y tienen bajo nivel educativo (51% no supera Ciclo Básico). La mayoría de las personas fumadoras se encuentra entre los 25 y 54 años, por lo que la incidencia del tabaquismo no está concentrada en los jóvenes. El entorno cercano a las personas que fuman es fumador. En su mayoría, los amigos más cercanos fuman y en los hogares está permitido fumar.

Los indicadores que reflejan el resultado de las políticas muestran pequeñas diferencias al considerar las características socioeconómicas de los individuos o de su entorno social. La condición de vulnerabilidad de las personas (hogares de bajos ingresos, bajo nivel educativo, desocupados, jóvenes) no está estrictamente asociada con peores resultados de las políticas, en algunos casos los individuos mejor posicionados en algunas de las características socioeconómicas presentan peores resultados.

La prohibición de fumar en el hogar incrementa la probabilidad de que los fumadores sean conscientes del daño a su salud, del daño en la salud de terceros, que planeen dejar de fumar y que no sean fumadores diarios. Contrario a esto, el sexo de las personas o que sus amigos fumaran no fueron factores determinantes en ninguno de los indicadores analizados. El nivel de ingresos, en parte, resultó determinante de que los individuos fumen todos los días o que sean conscientes del daño que provocan a terceras personas. Niveles de ingresos altos implicaron una mayor probabilidad de que los individuos fumen todos los días y una menor probabilidad de ser conscientes del daño a terceras personas. La condición de ocupación solo tiene cierta relevancia en el que se tome conciencia del daño a terceros, en



particular el ser ama de casa. La edad y el nivel educativo son factores determinantes solo a la hora de que los individuos estén preocupados por el daño a su salud. Existe mayor probabilidad de que los más jóvenes y los de mayor nivel educativo, se preocupen por el daño a su salud.

A diferencia del resto de los resultados de las políticas, el planear dejar de fumar fue el único resultado que no estuvo determinado por alguna de las características sociodemográficas de los individuos, solo estuvo determinado por la prohibición de fumar en el hogar.

Las características mencionadas resultan relevantes a la hora de pensar en los resultados de las políticas, por ende, se deberían tomar en cuenta a la hora de diseñar políticas de control de tabaco o al momento de realizar modificaciones en las actuales.

Igualmente tomando en cuenta los resultados de esta investigación, la cual muestra que los factores considerados no explican en gran medida los logros de éstas, resulta importante indagar en futuras investigaciones cuáles han sido los factores explicativos de mayor relevancia. A partir de ahí, establecer si las desigualdades sociales en la incidencia del tabaquismo responden a un efecto diferenciado de las políticas o si tales desigualdades ya estaban presentes en la incidencia del tabaquismo y las políticas no han logrado modificarlas.



Bibliografía

- Abascal, W., Esteves, E., Goja, B., González, F., Lorenzo, A., & Sica, A. (2013). Impacto de las políticas de control de tabaco en el Uruguay. 2006-2009.: Programa Nacional para Control del Tabaco. *Archivos de Medicina Interna*, 35, 1-16.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*, 94(1), 82-88.
- Bacigalupe, A. (2012). Magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el tabaquismo en la comunidad autónoma de Euskadi 1986-2007.
- Ballén, M. A., Jagua Gualdrón, A., Álvarez, D. L., & Rincón, A. (2006). EL CIGARRILLO: IMPLICACIONES PARA LA SALUD. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54, 191-205.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bardach, A., Perdomo, H. A. G., Gándara, R. A. R., & Ciapponi, A. (2016). Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40, 263-271.
- Becker, M. H. (1974). *The Health belief model and personal health behavior*. San Francisco: Society for Public Health Education.
- Bianco, E., Boado, M., & Sandoya, E. (2009). Control del tabaquismo en Uruguay. *Tendencias en Medicina*.



- Black, D., Townsend, P., & Davidson, N. (1982). *Inequalities in health : the Black report* (G. B. W. G. o. I. i. Health. Ed.). Harmondsworth: Penguin Books.
- Black, S. D. (1982). *Inequalities in health: the Black report*.
- Blaxter, M., Paterson, E., & Bethel, S. M. (1982). *Mothers and Daughters: A Three-Dimensional Study of Health Attitudes and Behaviour* (Vol. 5): Ashgate Publishing Company.
- Boado, M., & Bianco, E. (2010a). Primera encuesta nacional de tabaquismo - Uruguay 2008. *Tendencias en Medicina*, 36, 26 - 31.
- Boado, M., & Bianco, E. (2010b). Tabaquismo y ambientes libres de humo en el Uruguay 2008. *Tendencias en Medicina*, 37.
- Boado, M., & Rodriguez, D. (2014). Trabajadores y tabaquismo en el Uruguay. In U. FCS-DS. (Ed.), *El Uruguay desde la Sociología* (Vol. XII).
- Borrell, C. (1996). Les desigualtats socials en la salut. *Barcelona: Institut Municipal de la Salut*.
- Borrell, C., & Benach, J. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gac Sanit*, 20(5), 396-406.
- Borrell, C., Rodriguez, M., Pérez, G., & Garcia-Altés, A. (2008). Las desigualdades sociales en salud en el Estado español. *Aten Primaria*, 40, 59-60.
- Breilh, J. (1997). *Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad*.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Cardona, D., Acosta, L. D., & Bertone, C. L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gac Sanit*, 27(4), 292-297. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.007>



- CDC. (2001). Global Youth Tobacco Survey.
- CDC. (2014). Global Youth Tobacco Survey.
- CIET. (2008). Uruguay y el Convenio Marco para el Control del Tabaco.
- Chamberlain, K., & O'Neill, D. (1998). Understanding social class differences in health: A qualitative analysis of smokers' health beliefs. *Psychology & Health, 13*(6), 1105-1119. doi: 10.1080/08870449808407453
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm: Institute for future studies.*
- de la Hera, A. B., & Roncero, U. M. (2007). Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del País Vasco.
- Díez, E., & Peirò, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit, 18*, 158-167.
- Eriksen, M., Mackay, J., & Ross, H. (2015). Atlas del Tabaco. 2015. *American Cancer Society, Atlanta.*
- Escolar, A. (2011). Sobremortalidad por cáncer en El Campo de Gibraltar. El medio social, la piedra clave.
- Esteves, E., Rossi, M., Sandoya, E., & Triunfo, P. (2013). ¿ Quiénes fuman en Uruguay? *Documento de Trabajo/FCS-DE; 3/13.*
- Fong, G., Bianco, E., Boado, M., Quah, A., Tait, M., & McNally, M. (2014). Informe Nacional del Estudio ITC Uruguay. Resultados de los Relevamientos 1 a 4 de la Encuesta (2006-12): Universidad de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canadá; Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo; Universidad de la República Uruguay.
- Fong, G., Cummings, K., Borland, R., Hastings, G., Hyland, A., Giovino, G., . . . Thompson, M. (2006). The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC)



- Policy Evaluation Project. *Tob Control*, 15 Suppl 3, iii3-11. doi: 10.1136/tc.2005.015438
- Font-Mayolas, S., & Planes Pedra, M. (2000). Efectos del modelado por parte de la familia, pareja y amigos en la conducta de fumar de jóvenes universitarios. *2000*, 12(4), 11. doi: 10.20882/adicciones.657
- Garrido, P., Castillo, I., Benavides, F., & Ruiz, I. (1994). Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal. *Gac Sanit*, 8(42), 128-132. doi: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(94\)71184-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(94)71184-5)
- Graham, H. (1987). Women's smoking and family health. *Soc Sci Med*, 25(1), 47-56.
- Honjo, K., Tsutsumi, A., Kawachi, I., & Kawakami, N. (2006). What accounts for the relationship between social class and smoking cessation? Results of a path analysis. *Soc Sci Med*, 62(2), 317-328. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.011
- Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (Vol. 398): John Wiley & Sons.
- Hyypä, M. T., & Mäki, J. (2001). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med*, 32(2), 148-155.
- INE. (2014). Principales Resultados de la Encuesta Continua de Hogares. <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37924/ECH+2014/808d35b5-f9df-44e6-86af-e4bec9f761a8>
- INE. (2017). *Encuesta Continua de Hogares*.
- Jiménez, M. (2010). Consumos de tabaco y género.
- Johnell, K., Merlo, J., Lynch, J., & Blennow, G. (2004). Neighbourhood social participation and women's use of anxiolytic-hypnotic drugs: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(1), 59-64.
- Joossens, L., Saso, A., Salvador, T., & Villalbí, J. R. (1999). Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Rev Esp Salud Publica*, 73, 3-11.



- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health, 87*(9), 1491-1498.
- Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A., & Subramanian, S. (2004). Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *Int J Epidemiol, 33*(4), 682-690.
- Kawachi, I., Subramanian, S., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health, 56*(9), 647-652.
- Kuri-Morales, P. A., González-Roldán, J. F., Hoy, M. J., & Cortés-Ramírez, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México, 48*, s91-s98.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud, 2*(1), 7-25.
- Leon, D. A., Walt, G., & Gilson, L. (2001). Recent advances: International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ (Clinical research ed.), 322*(7286), 591-594. doi: 10.1136/bmj.322.7286.591
- Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ: British Medical Journal, 320*(7243), 1200.
- Llambí, M. L., Esteves, E., Blanco, M. L., Barros, M., Parodi, C., & Goja, B. (2008). Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Revista Médica del Uruguay, 24*(2), 83-93.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ: British Medical Journal, 322*(7296), 1233.
- Mathers, C. D., & Schofield, D. J. (1998). The health consequences of unemployment: the evidence. *Med J Aust, 168*(4), 178-182.
- Míguez, H., & Magri, R. (1995). Estudio nacional de hábitos tóxicos en el Uruguay. *Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat, 41*(1), 13-23.



- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93.
- MSP. (2017). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS). http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=09a14fa0-9cbf-40bb-a55a-a29892240d7a&groupId=10181
- Murray, C. J., Gakidou, E. E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bull World Health Organ*, 77(7), 537.
- OECD. (2000). *Human and Social Capital and Sustained Growth and Development: Reconciling New Economies and Societies : the Role of Human and Social Capital*: OECD.
- OMS. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*: World Health Organization.
- OMS. (2003a). *Convenio marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco*: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2003b). Framework convention on tobacco control. *Rev Esp Salud Publica*, 77(4), 475-505.
- OMS. (2008a). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: plan de medidas MPOWER.
- OMS. (2008b). Iniciativa librarse del tabaco. Juventud libre de tabaco Informe de un Grupo Científico de la OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco*: World Health Organization.
- OMS. (2017). World Health Organization (WHO) report on the global tobacco epidemic 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies.
- OPS. (2018). Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas, 2018: Organización Panamericana de la Salud.



- Ortún, V., Meneu, R., & Peiró, S. (2004). El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. *Más recursos para la salud*, 173-204.
- ODJ, J. (1998). *Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas*. Junta Nacional de Drogas de Uruguay. Retrieved from <https://www.gub.uy/jnd/comunicacion/publicaciones/ii-encuesta-nacional-de-hogares-sobre-consumo-de-drogas-1998>
- ODJ, J. (2016). VI encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas: informe de investigación. http://www.infodrogas.gub.uy//images/stories/pdf/201609_VI_encuesta_hogares_ODJ_ultima_rev.pdf
- Pathania, V. (2011). Las mujeres y la epidemia de tabaquismo: cambiar la tendencia. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]*, 89(3).
- Peruga, A. (2002). Tres medidas fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(2), 72-75.
- Regidor, E., Gutierrez-Fisac, J., Calle, M., Navarro, P., & Domínguez, V. (2001). Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med*, 33(4), 241-248.
- Rico, A. (2002). Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa. *Documentación social*, 127, 15-44.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change 1. *J Psychol*, 91(1), 93-114.
- Roncero, U., & de la Hera, A. (2009). Estructura social y salud en Euskadi: clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*(45), 59-72.
- Schaap, M. (2010). *Socioeconomic Inequalities in Smoking in Europe*. (Ph.D. thesis), Erasmus University Rotterdam. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/19570>



- Schaap, M., & Kunst, A. E. (2009). Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health*, 123(2), 103-109. doi: 10.1016/j.puhe.2008.10.015
- Shaw, M., Dorling, D., & Smith, G. D. (1999). Poverty, social exclusion, and minorities. *Social determinants of health*, 2, 196-223.
- Siahpush, M., McNeill, A., Hammond, D., & Fong, G. (2006a). Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*, 15 Suppl 3, iii65-70. doi: 10.1136/tc.2005.013276
- Siahpush, M., McNeill, A., Hammond, D., & Fong, G. (2006b). Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*, 15(suppl 3), iii65-iii70.
- Stansfeld, S. A. (1999). Social support and social cohesion. En: Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*: Oxford: Oxford University Press.
- Stronks, K., Mheen, H. D., Looman, C. W., & Mackenbach, J. P. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociol Health Illn*, 18(5), 653-674.
- Stronks, K., van de Mheen, H. D., Looman, C. W., & Mackenbach, J. P. (1997). Cultural, material, and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Prev Med*, 26(5 Pt 1), 754-766. doi: 10.1006/pmed.1997.0174
- Thrasher, J. F., Chaloupka, F., Hammond, D., Fong, G., Borland, R., Hastings, G., & Cummings, M. (2006). Evaluación de las políticas contra el tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Pública de México*, 48, s155-s166.
- UW, & CIET. (2014). Informe National ITC Uruguay. Resultados de los Relevamientos 1 a 4 de la Encuesta (2006-12).



-
- van de Mheen, H., Stronks, K., Looman, C., & Mackenbach, J. P. (1998). Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(1), 15-19.
- Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyles, J., & Elliott, S. (2005). Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health. *Soc Sci Med*, 60(12), 2799-2818.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol*, 34(3), 610-622.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ*, 80(2), 97-105.
- Waterston, T., Alperstein, G., & Brown, S. S. (2004). Social capital: a key factor in child health inequalities. *Archives of disease in childhood*, 89(5), 456-459.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22(3), 429-445. doi: 10.2190/986l-lhq6-2vte-yrrn

Anexos

Cuadro 9. Variables utilizadas en los modelos de regresión logística.

Relación lógica de la variable	Variable	Categorías
Independiente	Edad	18 a 24
		25 a 39
		40 a 54
		55+
Independiente	Sexo	Hombre
		Mujer
Independiente	Ingreso del hogar	bajos (menor a \$15.001)
		medios bajos (de \$15.001 a \$30.000)
		medios (de \$30.001 a \$40.000)
		medios altos (de \$40.001 a \$60.000)
Independiente	Nivel educativo	altos (más de \$60.001)
		Primaria o menos
		Ciclo básico
		Secundaria técnica
		Bachillerato
Independiente	Estatus ocupacional	Terciaria
		Ocupado
		Desocupado
		Jubilado o Pensionista
		Estudiante
Independiente	Prohibido fumar dentro de la casa	Ama de casa
		No
Independiente	Sus amigos fuman	Si
		No
Dependiente (mediador psicosocial y resultado de la política)	Daña a los no fumadores	Si
		No
Dependiente (mediador psicosocial y resultado de la política)	Preocupado por el daño a su salud	Si
		No
Dependiente (mediador psicosocial y resultado de la política)	Planea dejar de fumar	Si
		No
Dependiente (resultado de la política)	Fuma todos los días	Si
		No

Fuente: Elaboración propia en base a información de ITC 2014.



Cuadro 10. Colinealidad de variables independientes medida a través de los coeficientes de diagnóstico de Multi-colinealidad VIF.

Variables	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7	Modelo 8
	VIF							
Edad	1,589680	1,651953	1,652799	1,685587	1,551501	1,599815	1,702712	1,655535
Sexo	1,162942	1,154003	1,160877	1,161795	1,180298	1,197394	1,217515	1,225791
Ingreso	1,608365	1,637757	1,595482	1,600252	1,062663	1,684955	1,611602	1,639185
Nivel educativo	1,648713	1,673029	1,602263	1,605414	1,639156	1,640756	1,609086	1,667529
Condición de ocupación	1,878468	1,940215	1,922457	1,959389	1,829373	1,865146	2,086463	1,957028
Prohibido fumar en casa	1,035238	1,059783	1,033588	1,043650	1,030813	1,049416	1,034498	1,037034
Amigos fuman	1,057620	1,056352	1,069238	1,076180	1,069889	1,075197	1,049948	1,051497
Daño a terceros		1,046934		1,040044		1,066638		
Daño a salud propia		1,211465		1,041604				1,207800
Planea dejar		1,177165				1,027968		1,183059

Fuente: Datos del Proyecto ITC 2014. Uruguay.

Nota 1: el VIF (Variance Inflation Factor) es el estadístico utilizado para analizar la multicolinealidad de las variables del modelo.

Nota 2: En los primeros modelos se incluye solo a las variables estrictamente independientes, en los segundos modelos se incluyen a aquellas variables dependientes pero que también pueden ser independientes o intervinentes en la relación entre las variables.