



Tabaco y pobreza

DATOS PRINCIPALES

- La epidemia de tabaquismo está desplazándose a los países de bajos y medianos ingresos.
- Las personas con bajos ingresos tienen mayores probabilidades de fumar que las de mayores ingresos.
- El dinero invertido en tabaco reduce la cantidad de dinero disponible para gastar en alimentos, atención sanitaria, vivienda y educación.
- El consumo de tabaco afecta la salud, la nutrición, la educación, el empleo y la igualdad de género de las personas de bajos ingresos.
- Al reducir el consumo de tabaco entre los pobres, el control del tabaco contribuye significativamente al cumplimiento de los `Objetivos de Desarrollo del Milenio` (ODM).



Tobacco smoking, Jakarta, Indonesia © World Lung Foundation Lung Health Image Library.

El consumo de tabaco está aumentando en los países de bajos y medianos ingresos

La epidemia de tabaquismo está desplazándose de los países de altos ingresos a los países de bajos y medianos ingresos, en gran parte debido a que las empresas tabacaleras transnacionales amplían sus negocios.^{1,2} Por ejemplo, British American Tobacco vende el 70% de sus cigarrillos en África, Asia, Europa del Este y América Latina.³

El consumo de tabaco plantea una fuerte carga en los gobiernos de los países de bajos y medianos ingresos, a través de mayores costos de atención en salud, pérdida de divisas en cigarrillos importados y uso de la tierra para el cultivo de tabaco en lugar de otras cosas.⁴ También reduce la productividad económica y aumenta el ausentismo de los empleados. Por ejemplo, el consumo de tabaco le cuesta a la sociedad china unos 5 mil millones de dólares estadounidenses cada año en costos de tratamiento médicos (1,7 mil millones de dólares estadounidenses) y en productividad perdida (3,3 mil millones de dólares estadounidenses).⁵

Las personas con menores ingresos tienen mayores probabilidades de fumar

El gasto en tabaco ensancha la brecha entre ricos y pobres porque la prevalencia del tabaquismo es mayor entre los pobres y estos gastan una proporción mayor de sus ingresos en tabaco que los ricos.^{6,7} El 20% de los hogares más pobres de México gasta casi el 11% de sus ingresos domésticos en tabaco.⁸

El gasto en tabaco representa una pérdida de dinero que, de otro modo, se podría haber gastado en necesidades básicas, como alimentos, educación y salud. En Indonesia, las familias pobres gastan el 22% de sus ingresos mensuales en cigarrillos.⁹

El consumo de tabaco afecta a las personas de bajos ingresos en muchos aspectos

Salud

Los fumadores de bajos ingresos soportan una mayor carga en su salud y sienten más agudamente los costos debidos a las enfermedades, la discapacidad y la mortalidad prematura relacionadas con el tabaquismo. Las familias de los fumadores soportan muchos de estos costos. Si el sustento en una familia no puede trabajar debido a una enfermedad relacionada con el tabaco, o si muere, los ingresos y los suministros alimentarios de la familia a menudo desaparecen. El tener que pagar por el tratamiento médico puede hacer que la familia sea todavía más pobre.⁴

¹⁰

Nutrición

El consumo de tabaco puede producir malnutrición. En Bangladesh, el dinero invertido en tabaco podría usarse para adquirir suficientes alimentos para sacar a 10,5 millones de niños de su estado actual de malnutrición. La cantidad gastada en cigarrillos por los fumadores en Vietnam (416,7 millones de dólares estadounidenses) es suficiente para alimentar a 10.6-11.9 millones de personas por año.⁶ En Camboya, el dinero invertido en tabaco podría comprar suficiente arroz para alimentar al 39% de la población que vive debajo de la línea de la pobreza.⁶

Educación

Las familias con bajos ingresos a menudo gastan más dinero en tabaco que en educación. Por ejemplo, en Vietnam se gasta 2,3 veces más dinero en tabaco que en educación,¹¹ en Bangladesh se gasta diez veces más.⁷

Empleo

Muchos países se han visto obligados a reducir o eliminar subvenciones a los tabacaleros. Esto, y la devaluación de las monedas, han hecho que los agricultores acepten los préstamos ofrecidos por las empresas tabacaleras transnacionales. Muchos de ellos se han endeudado gravemente intentando devolver los préstamos.¹² Los hombres, las mujeres y los niños que cultivan tabaco experimentan largas horas de trabajo, acoso y pobreza. En Malawi, por ejemplo, se estima que el trabajo infantil genera 10 millones de dólares estadounidenses.¹³ Las reducciones del consumo de tabaco pueden conducir a un mayor empleo así como una mejor salud y reducción de la pobreza.¹⁴

Desigualdad en materia de género

El consumo de tabaco afecta negativamente la salud de la mujer, lo que a su vez compromete sus perspectivas de igualdad económica y de género.¹⁵ Las mujeres representan un mercado clave de crecimiento para la industria tabacalera en los países de bajos y medianos ingresos.¹⁶ Actualmente, un 9% de las mujeres en los países de bajos y medianos ingresos fuman, pero, si siguen las tendencias actuales, para 2025 fumarán aproximadamente el 20% de las mujeres.¹⁷

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son ocho objetivos, acordados entre las Naciones Unidas y los Estados Miembros, para reducir la pobreza y promover el desarrollo en los países de bajos y medianos ingresos. El control del tabaco juega un rol importante en el cumplimiento de estos objetivos.

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

- **ODM 1.** Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- **ODM 2.** Lograr la enseñanza primaria universal
- **ODM 3.** Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- **ODM 4.** Reducir la mortalidad infantil
- **ODM 5.** Mejorar la salud materna
- **ODM 6.** Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades (incluyendo la tuberculosis).
- **ODM 7.** Garantizar el sustento del medio ambiente
- **ODM 8.** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

El control del tabaco puede ayudar a cumplir los ODM de varias maneras:

- Reduciendo la cantidad de dinero invertido en tabaco en lugar de alimentos (ODM 1).
- Fomentando cambios en el gasto familiar hacia las necesidades familiares de salud y educación básicas en lugar de tabaco (ODM 1, 2, 3, 4, 5).
- Reduciendo la cantidad de niños que no asisten a la escuela debida al cultivo de tabaco o la manufactura de productos del tabaco (ODM 2).
- Reduciendo el número de mujeres que fuman y que están expuestas al humo de tabaco ajeno (ODM 3).
- Reduciendo la exposición de todas las personas, especialmente niños y embarazadas, al humo de tabaco ajeno (ODM 4 y ODM 5).
- Reduciendo las defunciones por infección por VIH/sida y tuberculosis que se relacionan con el consumo de tabaco (ODM 6).
- Reduciendo el daño hecho al medio ambiente mediante el cultivo, curado, consumo y desecho del tabaco y sus productos (ODM 7).
- Estableciendo coaliciones eficaces para el control del tabaco (ODM 8).
- Estableciendo coaliciones eficaces para el control del tabaco (ODM 8).

El mejoramiento del estatus sanitario, social, ambiental y económico de todas las personas mediante políticas eficaces de control del tabaco contribuye a la iniciativa mundial para implementar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹⁸ De las políticas de control del tabaco incluidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT), el aumento de los impuestos (y el precio general del tabaco) ha demostrado reducir significativamente el consumo de tabaco y el gasto en productos del tabaco entre los pobres.¹⁹ Al proporcionar “un marco para la implementación de medidas de control del tabaco para ser implementadas a nivel nacional, regional e internacional”, el CMCT describe los pasos necesarios para que los gobiernos adopten políticas eficaces de control del tabaco y reduzcan la pobreza.

Esta hoja informativa se desarrolló en colaboración con la Global Smokefree Partnership

Si desea más información, visite www.theunion.org www.tobaccofreeunion.org
tobaccofreeunion@theunion.org

08

¹ Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The tobacco atlas (3rd ed.). Atlanta, GA: American Cancer Society, 2009. www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_TobaccoAtlas_3rd_Ed.asp

² Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: The World Bank, 1999. www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm

³ Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. Bull World Health Organization 2000;78:902-10 www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10994263&dopt=Abstract (Abstract).

⁴ Tobacco and poverty: a vicious circle. World Health Organization, Geneva. 2004. www.ingcat.org/linkedfiles/Poverty_en.pdf

⁵ Hu T-w, Mao Z, Shi J, Chen W. Tobacco taxation and its potential impact in China. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2008. www.tobaccofreeunion.org/content/en/217/

⁶ The collaborative funding program for Southeast Asia tobacco control research regional research. Report on tobacco. Southeast Asia Tobacco Control Alliance, 2007. www.seatca.org

⁷ Efroymson D, Ahmed S, Townsend J, Alam S, Dey A, Saha R et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco on the poor in Bangladesh. Tob Control 2001;10:212-217. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11544383

⁸ WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html

⁹ National Health Survey 2008 (Susenas 2008), National Institute for Health Research and Development, Ministry of Health, Jakarta, Indonesia.

¹⁰ Hu T-w, Mao Z, Shi J, Chen W. Tobacco taxation and its potential impact in China. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2008. www.tobaccofreeunion.org/content/en/217/

¹¹ Hoang M, Thu L, Tuan T, Van Kinh H, Efroymson D, FitzGerald S. Tobacco over education: an examination of the opportunity losses for smoking households. HealthBridge Vietnam, 2005.

¹² Golden leaf, barren harvest. The costs of tobacco farming. Campaign for Tobacco-free Kids. Washington, DC, 2001. <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/FCTCreport1.pdf>

¹³ Arcury T, Quandt S. Health and social impacts of tobacco production. J Agromedicine 2006;11:71-81

¹⁴ Warner, K. The economics of tobacco: myths and realities. Tob Control 2000;9:78-89. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1748316/pdf/v009p00078.pdf

¹⁵ Greaves L, Jategaonkar N, Sanchez S. (Eds). Turning a new leaf: women, tobacco and the future. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCEWH) and International Network of Women Against Tobacco (INWAT). Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2006. www.bcewh.bc.ca/publications-resources/documents/Turning_New_Leaf06-28-06_000.pdf

¹⁶ Kaufman N, Nichter M. The marketing of tobacco to women: global perspectives. In: Samet J, Yoon S (Eds). Women and the tobacco epidemic; Challenges for the 21st century. World Health Organization, 2001. www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf

¹⁷ Amos A, Haglund M. From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. Tob Control 2000;9:3-8. www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1748294&blobtype=pdf

¹⁸ United Nations Millennium Development Goals 2015 <http://www.un.org/millenniumgoals/>

¹⁹ The Framework Convention Alliance for Tobacco Control. www.fctc.org