INEQUIDAD EN SALUD Y CONSUMO DE TABACO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Mejía R. Inequidad en salud y
consumo de tabaco. *Rev Arg Med*
2021;9(3):187-190

ARK CAICYT: [http://id.caicyt.gov.ar/
ark:/s26184311/ac14yax8d](http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/ac14yax8d)

Recibido: 6 de agosto de 2021.

Aceptado: 28 de agosto de 2021.

¹ Jefe del Programa de Medicina
Interna General, Hospital de Clínicas,
UBA. Investigador titular del CEDES.
Investigador adjunto del Conicet.

INEQUALITY IN HEALTH CARE AND TOBACCO CONSUMPTION

Raúl Mejía¹

RESUMEN

En Argentina fuman el 22,2% de los adultos y el 20% de los adolescentes. Se ha demostrado en diferentes investigaciones la asociación entre el consumo de tabaco y el bajo nivel socioeconómico. Para enfrentar la epidemia de tabaquismo, es necesario incluir el análisis de las inequidades en salud en las estrategias que se desee implementar para disminuir el consumo de tabaco en las comunidades más vulnerables. El objetivo de este artículo es describir brevemente el concepto de inequidad en salud y algunos factores relacionados con ella, así como describir estudios locales que han analizado la relación entre inequidad en salud y el consumo de tabaco, y esbozar ideas sobre cómo incluir el estudio de las disparidades en salud en el control de tabaco. Se mencionan modelos traslacionales con foco en el *marco transcreacional* para crear e implementar intervenciones antitabaco, basadas en la evidencia de que sean aceptadas por la comunidad y se sostengan en el tiempo.

PALABRAS CLAVE. Tabaco, inequidad en salud, disparidad en salud.

ABSTRACT

In Argentina, 22.2% of adults and 20% of adolescents smoke. The association between tobacco consumption and low socioeconomic status has been demonstrated in different studies. In order to tackle the tobacco epidemic, it is necessary to include the analysis of health inequalities in the strategies to be implemented to reduce tobacco consumption in the most vulnerable communities. The aim of this article is to briefly describe the concept of health inequity and some factors related to it, along with describing local studies that have examined the relationship between health inequity and tobacco use, and outlining ideas on how to include the study of health disparities in tobacco control. Translational models are mentioned with a focus on the transcreational framework for creating and implementing evidence-based, community-accepted and sustained anti-tobacco interventions.

KEY WORDS. Tobacco consumption, health inequities, health disparities.

El autor manifiesta no poseer conflictos de intereses.

CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA

Correo electrónico: raulmejia@cedes.org

En la Argentina, el 22,2% de los adultos fuma (el 26,1% de los varones y el 18,6% de las mujeres) (1), asimismo fuma el 20% de los adolescentes. Se estima que el consumo de tabaco ocasiona el 13% de las muertes anuales (2). Existe evidencia de que las personas de bajos recursos que viven en países ricos tienen más probabilidades de sufrir las consecuencias del consumo de tabaco (muerte prematura o incapacidad) que las personas de mayor nivel socioeconómico (3). Esto no parecería ser una excepción en la Argentina, por lo que es necesario incluir el análisis de las inequidades en salud en las estrategias que se desee implementar para disminuir el consumo de tabaco en las comunidades más vulnerables. El objetivo de este artículo es describir el concepto de inequidad en salud, su relación con el consumo de tabaco y esbozar ideas sobre cómo incluir el estudio de las disparidades sanitarias en el control del tabaco.

Inequidad en salud

Disparidades en salud e inequidad en salud son términos que se utilizan cada vez con mayor frecuencia en salud pública, pero que rara vez están claramente definidos. Ambos términos comenzaron a utilizarse en la década de 1980 en los países desarrollados. Existen distintas definiciones para el término *disparidad en salud*; en este ensayo se considerará que es “un tipo particular de diferencia de salud que está estrechamente vinculada a una desventaja social, económica y/o ambiental. Las disparidades sanitarias afectan a grupos de personas que han experimentado sistemáticamente mayores obstáculos en salud en función de su grupo racial o étnico; religión; situación socioeconómica; género; edad; salud mental; discapacidad cognitiva, sensorial o física; orientación sexual o identidad de género; ubicación geográfica, u otras características históricamente vinculadas a la discriminación o a la exclusión” (4). Esta definición se refiere a un tipo especial de diferencia en la salud entre grupos más o menos privilegiados; estas diferencias son estructurales y no ocasionales y se basan en jerarquías sociales definidas por características sociales que denotan privilegios o estigmatización (5). Existen diferentes modelos teóricos que explican la relación entre características demográficas y el estado de salud. En resumen, el mal estado de salud es la consecuencia de distintos factores que interactúan entre sí, a veces en el mismo sentido y a veces en sentido contrario (6):

1. *Herencia*, cada persona nace con características genéticas que la predisponen a tener una enfermedad y/o la protegen de contraer otra.
2. El *medio ambiente* al que las personas están expuestas tiene un efecto directo sobre la salud.
3. El *ambiente social* puede exponer a los individuos a situaciones de violencia personal o institucional, acceso desigual a la educación, y puede generar grupos con distinto capital social.

4. La adopción de estilos de vida menos saludables tales como fumar, realizar poca actividad física o consumir alimentos no saludables se encuentra fuertemente influenciada por los dos factores 2. y 3.
5. El efecto tóxico sobre la salud que tiene el *estrés crónico* asociado a la falta de recursos económicos o sociales o la discriminación se conoce como *carga alostática*. Este concepto se refiere a las respuestas neuroendocrinas, cardiovasculares y emocionales que se activan persistentemente en los individuos sometidos a estrés crónico (7).
6. El *acceso al cuidado de la salud* de calidad y oportuno es la vía final común de las disparidades en salud. Las fallas en el acceso a la salud se deben a múltiples deficiencias del sistema de salud entre las que se pueden mencionar déficits estructurales como la distribución de hospitales o consultorios, pero también suele haber fallas en los procesos interpersonales asociados a las dificultades en el lenguaje, la discriminación y la inadecuación del sistema al nivel de alfabetización en salud de los usuarios.

La inequidad en salud no sólo es un problema social, sino que está íntimamente relacionado con los derechos humanos y la justicia social, ya que el acceso a la salud es un derecho humano universal, y esto quiere decir que todos los integrantes de una sociedad tienen derecho a recibir el mismo cuidado de la salud que recibe el segmento más privilegiado. Para lograr esto, en primer lugar es indispensable reconocer e identificar las inequidades en salud, y explorar e identificar los factores de su persistencia y cómo interactúan entre sí. A la vez, es necesario desarrollar instrumentos de medición que permitan estandarizar las variables y los desenlaces que se consideren indispensables para el estudio de un determinado problema de salud y las inequidades potencialmente comprometidas en él; y por último, es necesario desarrollar intervenciones a medida de las necesidades de las comunidades para vencer las barreras que ocasionan o perpetúan las inequidades (8).

Consumo de tabaco e inequidad

En la Argentina no hay mucha información sobre los determinantes de la inequidad en salud y el consumo de tabaco. A continuación, se describirá la asociación entre consumo de tabaco y algunos de los determinantes de la inequidad sanitaria en la Argentina.

La asociación entre el tabaquismo y la pobreza es evidente en todos los niveles. En primer lugar, las personas con menor poder adquisitivo tienen mayor prevalencia de consumo de tabaco y también en el nivel individual fuman más cigarrillos que las personas con mayor nivel socioeconómico. También, el riesgo de que un joven empiece a fumar es mayor en los grupos menos privilegiados (9). Las tasas de abandono son menores en los grupos de menor capacidad

socioeconómica y en los que viven en zonas socialmente desfavorecidas (10). Por último, el riesgo de morir por tabaquismo es significativamente mayor en los grupos socioeconómicos más bajos que los más altos (11).

En adultos la 4ª. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo mostró que en la Argentina se constatan los hallazgos internacionales. Al analizar el consumo de tabaco, según el nivel de ingresos económicos se observó que la prevalencia en el quintilo de menores ingresos era del 24,5%, mientras que en el quintilo de mayores ingresos, el 20,3%. Diferencias similares se observaron en la exposición al humo de tabaco ajeno (31,2% y 20,3%) y en las intenciones de dejar de fumar en los próximos 12 meses (47,8% y 35,2%) (1). Diferencias similares se encuentran en la comparación según el nivel educativo, que en muchas ocasiones se encuentra asociado al nivel adquisitivo y se utiliza como un indicador de este último.

En adolescentes, Linetzky (12) encontró que los adolescentes que asistían a escuelas ubicadas en barrios con necesidades básicas insatisfechas fumaban con mayor frecuencia y tenían actitudes más positivas hacia el tabaco que los que asistían a escuelas en barrios de mayor nivel socioeconómico. Estudios posteriores confirmaron este hallazgo tanto en el plano individual como en el de las escuelas: al comparar <7 años de educación con >12 años de educación, el riesgo de posibilidades (OR, su sigla en inglés) = 0,41: 0,24-0,68 (13,14). Una consideración aparte merece el concepto de *alfabetización en medios (media literacy)*, definida como “la capacidad de analizar y evaluar los mensajes de los medios de comunicación”, ya que los jóvenes con menor alfabetización en medios fuman más que los demás (15).

Las diferencias de género son significativas tanto en adultos, grupo en el cual fuman más los varones que las mujeres, como en los adolescentes, donde se da la situación inversa. Por otra parte, en la región del noroeste argentino, las adolescentes que adscriben a roles de género más igualitarios fuman más que las que no lo hacen (OR = 1,25; intervalo de confianza del 95% [IC del 95%]: 1,09-1,44) (16). Es importante considerar que la relación entre varones y mujeres fumadores en cada país depende del momento que estén atravesando de la epidemia de tabaquismo (17).

En la Argentina no hay muchos estudios que aborden el tema de consumo de tabaco y origen étnico. En Jujuy, los adolescentes que se reconocen como indígenas tienen más probabilidades de fumar que los que se reconocen como blancos o de origen europeo (OR: 1,9; IC del 95% = 1,1-3,3) (18). El origen étnico está estrechamente relacionado con la discriminación, y en la misma provincia se observó que los jóvenes que habían recibido insultos raciales tenían más chances de fumar que los que no los habían recibido: ascendencia guaraní (OR = 3,8; IC del 95%: 1,4-10,4), ascendencia indígena no especificada (OR = 1,8; IC del 95%: 1,1-2,8) (19).

En EE.UU. el consumo de tabaco en la comunidad LGBTIQ+ es entre el 20% y el 30% mayor que en la población general.

No se ha encontrado información relacionada en la Argentina, pero es probable que también sea elevado. Sobre las personas que viven con VIH/sida también hay poca información pero se estima que el 50% consume tabaco (20).

Intervenciones para disminuir el consumo de tabaco

Existen numerosas intervenciones destinadas a disminuir el consumo de tabaco que han demostrado ser efectivas en múltiples estudios. Algunas intervenciones son políticas públicas, como la prohibición de la publicidad de productos de tabaco, la venta de tabaco en sus distintas presentaciones a menores de edad, la prohibición de fumar en espacios públicos o ambientes laborales, la limitación al número de cigarrillos por paquete, las modificaciones en el etiquetado que incluyen la inclusión de advertencias sanitarias y en países con legislación más avanzada, como Uruguay, la implementación del etiquetado neutro, el aumento de los impuestos al tabaco, entre otras. Otras intervenciones están destinadas a facilitar el abandono del consumo de tabaco en el plano individual, entre las que se encuentran la publicidad en contra del tabaco, gráfica o en medios audiovisuales, la implementación de líneas telefónicas de ayuda a fumadores, sistemas de ayuda basados en Internet, el uso de mensajes de texto por teléfono celular, las aplicaciones para teléfonos móviles, las intervenciones breves en la consulta médica, etcétera.

Todas estas intervenciones se crearon, probaron e implementaron en otros países, con diferentes adaptaciones según los contextos. La Argentina no es la excepción, y la aplicación de muchas de estas medidas ha logrado reducir el número de fumadores el 10% en los últimos veinte años. Sin embargo, el número de fumadores continúa siendo excesivamente alto, y esto nos obliga a reflexionar sobre la mejor manera de implementar estas intervenciones en nuestro país.

En la actualidad, hay una gran distancia entre la producción de intervenciones para disminuir el consumo de tabaco y su utilización en la práctica. La investigación en implementación tiene como objetivo desarrollar estrategias que lleven estas intervenciones al mundo real, a fin de mejorar el acceso y el uso de estas. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, la investigación en implementación describe “el estudio científico de los procesos utilizados para aplicar iniciativas, así como los factores contextuales que afectan esos procesos” (21). Sin embargo, la mayoría de las intervenciones basadas en la evidencia que se propone aplicar han sido desarrolladas y evaluadas en contextos académicos y en la población general, y no se ha evaluado su aceptabilidad o desempeño en comunidades donde se considere que existen situaciones de disparidad en salud.

Para abordar las disparidades sanitarias, es necesario contar con modelos traslacionales que puedan abordar los problemas especiales de las comunidades que experimentan esas disparidades, y que proporcionen directrices metodológicas a los investigadores en implementación. Los métodos para transferir los conocimientos científicos a los programas para reducir las disparidades sanitarias han empezado a recibir atención y se han propuesto diferentes modelos. Uno de los modelos que reúne elementos de otros anteriores es el *marco transcreacional (transcreation framework for community-engaged behavioral interventions to reduce health disparities)* descrito por A. Nápoles (22). Los autores definen la *transcreación* como los procesos de planificación y ejecución de intervenciones para reducir las disparidades en salud de manera que tengan eco en la comunidad a la que van dirigidas, y que, al mismo tiempo, consigan los resultados sanitarios deseados. Este modelo sugiere trabajar desde los comienzos con la comunidad.

El modelo propone crear una coalición académico-comunitaria con representantes de la comunidad que implementará

la intervención. Esta coalición debería identificar los factores culturales, prácticos, organizativos y contextuales que afectan el diseño, el éxito y la sostenibilidad de la intervención para así crear e implementar una intervención basada en la evidencia que sea aceptada por la comunidad y se sostenga en el tiempo.

Conclusión

Las estrategias para disminuir el consumo de tabaco deberían diseñarse teniendo en cuenta las disparidades en salud relacionadas con el tabaco desde el punto de vista de la epidemiología, la biología, el contexto cultural y las estructuras sociales, y no exclusivamente en torno al paradigma de la adicción a la nicotina, como se ha hecho en los últimos treinta años (23). Comenzar a utilizar estas aproximaciones seguramente contribuirá a disminuir el consumo de tabaco en las poblaciones con más desventajas. **RAM**

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. *4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*. Buenos Aires, Argentina: INDEC, Ministerio de Salud; 2019
2. Pichon-Rivière A, Bardach A, Augustovski F, et al. Financial impact of smoking on health systems in Latin America: A study of seven countries and extrapolation to the regional level. *Rev Panam Salud Pública* 2016;40(4):213-21
3. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life-course. *Soc Sci Med* 1997;44(6):809-19
4. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Disparities, Washington, DC. Disponible en: <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities>
5. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4):254-8
6. Grumbach K, Braveman P, Adler N, Bindman A. Vulnerable populations and health disparities: An overview. En: King T, Wheeler M, editores. *Medical management of vulnerable and underserved patients*. EE.UU: McGraw-Hill; 2007
7. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch Intern Med* 1993;153(18):2093-101
8. Duran DG, Pérez-Stable EJ. Science visioning to advance the next generation of health disparities research. *Am J Public Health* 2019;109(S1):S11-3
9. Mathur C, Stigler MH, Perry CL, et al. Differences in prevalence of tobacco use among Indian urban youth: the role of socioeconomic status. *Nicotine & tobacco research. Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2008;10(1):109-16
10. Bauld L, Judge K, Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tobacco control* 2007;16(6):400-4
11. Jha P, Peto R, Zatonski W, et al. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet* 2006;368(9533):367-70
12. Linetzky B, De Maio F, Ferrante D, et al. Sex-stratified socio-economic gradients in physical inactivity, obesity, and diabetes: evidence of short-term changes in Argentina. *Int J Public Health* 2013;58(2):277-84
13. Morello P, Pérez A, Pena L, et al. Risk factors associated with tobacco, alcohol and drug use among adolescents attending secondary school in three cities from Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría* 2017;115(2):155-8
14. Braun S, Abad-Vivero EN, Mejía R, et al. Predictive validity of the tobacco marketing receptivity index among non-smoking youth. *Addictive Behaviors* 2018;80:150-3
15. Salgado MV, Pérez-Stable EJ, Primack BA, et al. Association of media literacy with cigarette smoking among youth in Jujuy, Argentina. *Nicotine & tobacco research. Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2012;14(5):516-21
16. Mejía R, Kaplan CP, Alderete E, et al. Influence of gender role attitudes on smoking and drinking among girls from Jujuy, Argentina. *Prev Med* 2013;57(3):194-7
17. López MC. Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002-2030. *Ann Trop Med Parasitol* 2006;5-6(100):481-99
18. Alderete E, Kaplan CP, Gregorich SE, et al. Smoking behavior and ethnicity in Jujuy, Argentina: evidence from a low-income youth sample. *Subst Use Misuse* 2009;44(5):632-46
19. Alderete E, Monteban M, Gregorich S, et al. Smoking and exposure to racial insults among multiethnic youth in Jujuy, Argentina. *Cancer Causes Control* 2012;23(Suppl 1):37-44
20. Biscione F CD, Ambrosioni J, Bianchi M, et al. Nocardiosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Emerg Infect Microbiol Clin* 2005;7(23):419-23
21. Peters D, Tran N, Adam T. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Una guía práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014
22. Nápoles AM, Stewart AL. Transcreation: an implementation science framework for community-engaged behavioral interventions to reduce health disparities. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):710
23. US National Cancer Institute. A socioecological approach to addressing tobacco related health disparities. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 22. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2017