

Pasando página



Mujeres, tabaco y el futuro.

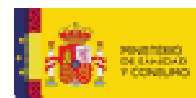


World Gender
Centre of Excellence
for Women's Health

INSTITUTO CANADIENSE DE INVESTIGACIONES EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Canada

Financial contribution
from Health Canada



CITA SUGERIDA: Greaves, L., Jategaonkar, N., y Sánchez, S. (Ed.) *Pasando página: Mujeres, tabaco y el futuro* Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica (BCCEWH) y Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco (INWAT). Vancouver: Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica; 2006

Esta publicación también está disponible en Internet en: www.inwat.org y www.bccewh.bc.ca.

Para obtener más información y copias adicionales, póngase en contacto con:
Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica
E311 – 4500 Oak Street, Box 48
Vancouver, Columbia Británica V6H 3N1, CANADÁ
Teléfono: +1 604 875 2633
Fax: +1 604 875 3716
E-mail: bccewh@cw.bc.ca

LA PREPARACIÓN DE ESTE INFORME HA SIDO POSIBLE GRACIAS A LA CONTRIBUCIÓN ECONÓMICA DE HEALTH CANADA.

Las opiniones expresadas en la presente publicación pertenecen a los autores y colaboradores. Los puntos de vista expresados en este documento no reflejan necesariamente los de Health Canada.

Julio de 2006

El Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica (BCCEWH) y sus actividades y productos son posibles gracias a la aportación económica de Health Canada. El BCCEWH está auspiciado por el Hospital y Centro de Salud de la Mujer de la Columbia Británica, una agencia de la Dirección General de Servicios Sanitarios Provinciales de la Columbia Británica (Canadá).

© Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, 2006 ISBN 1-894356-57-8

PASANDO PÁGINA:

MUJERES, TABACO Y EL FUTURO.

Lider del proyecto

Lorraine Greaves, Directora Ejecutiva

Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Coordinadoras del proyecto

Natasha Jategaonkar, Coordinadora de Investigación

Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Sara Sánchez, Coordinadora del proyecto

Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco

Profesionales Sanitarios contra el Tabaco, Suecia

AGRADECIMIENTOS

La preparación del presente informe no habría sido posible sin el apoyo económico de Health Canada. También queremos agradecer a la Sociedad Estadounidense del Cáncer la financiación de la impresión del informe y al Instituto Nacional del Cáncer (INCa) la financiación de la traducción al francés. Extendemos nuestro agradecimiento especial a los autores de todo el mundo por su valiosa contribución a este informe y su continua dedicación a cuestiones de mujeres y tabaco. Las editoras agradecen a Ethel Tungohan, Lucy McCullough y Karen Mackintosh del Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica su ayuda en el estudio de investigación, a Lionel Matecha de Graphically Speaking Services Inc. por el diseño y producción del informe y a Jacqueline Larson por su edición. Damos también las gracias a quienes realizaron la revisión del informe por su valiosa aportación: Mira Aghi, Deborah McLellan y Ann Pederson. Para finalizar, agradecemos el liderazgo y apoyo prestado por el Consejo Directivo de la Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco (2003-2006).

Las imágenes de portada fueron facilitadas por los autores y han sido reproducidas con permiso. Damos las gracias a Dean Martin (Adelaide Advertiser), Bruce Paton (Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional), Mira Aghi (Científica del Comportamiento y Asesora Independiente) y a Volker Skibbe (Dreamstime.com). Las imágenes adicionales fueron obtenidas de iStockphoto.

Índice

Página	7	Prólogo del Dr. Yumiko Mochizuki-Kobayashi, Director, Iniciativa sin Tabaco, Organización Mundial de la Salud.
Página	8	Un Mensaje de Lorraine Greaves, Directora Ejecutiva, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica.
Página	8	Un Mensaje de Margaretha Haglund, Presidenta, Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco.
Página	9	Introducción
Página	12	Capítulo 1: ¿Tabaco o Igualdad?
Página	26	Capítulo 2: El tabaco mata mujeres: Lo que sabemos acerca de los efectos nocivos para la salud.
Página	31	Capítulo 3: De los campos de cultivo al consumidor
Página	36	Capítulo 4: La salud de las mujeres es un derecho humano; el tabaco, no. Página 41:
		Capítulo 5: Avanzando: la mujer, el tabaco y el futuro.
Página	49	Capítulo 6: Recomendaciones

COLABORADORES

EDITORES

Lorraine Greaves

Directora Ejecutiva, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Natasha Jategaonkar

Coordinadora de Investigación, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Sara Sánchez

Coordinadora del Proyecto, Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco, Profesionales Sanitarios contra el Tabaco, Suecia

INTRODUCCIÓN

Lorraine Greaves

Natasha Jategaonkar

Sara Sánchez

CAPÍTULO UNO (por orden de aparición)

Lorraine Greaves

Directora Ejecutiva, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Natasha Jategaonkar

Coordinadora de Investigación, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Sara Sánchez

Coordinadora del Proyecto, Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco, Profesionales Sanitarios contra el Tabaco, Suecia

Judith Mackay

Directora, Asesoría Asiática sobre Control del Tabaco, Hong Kong

Bungon Ritthiphakdee

Coordinadora, Alianza del Sudeste Asiático para el Control del Tabaco, Tailandia

Hassan Azaripour Masooleh

Miembro, Comité Nacional Iraní para el Control del Tabaco, Irán

Mira Aghi

Científica del Comportamiento, Asesor Independiente, Nueva Delhi, India

Elif Dagli

Director, Departamento de Pulmonología Pediátrica, Universidad del Mármara, Estambul, Turquía

Simone Elias Abou-Jaoudeh

Ayudante del Proyecto, Encuesta Mundial sobre Tabaco y Juventud, Líbano

Pricilla Reddy

Investigadora, Consejo Sudafricano de Investigación Médica, Sudáfrica

Tania Cavalcante

Coordinadora, Programa Nacional de Control del Tabaco, Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Sanidad, Brasil

Jane Martin

Directora de Políticas, Centro para el Control del Tabaco Queen Victoria and VicHealth, Australia

Margaretha Haglund

Directora, Control del Tabaco, Instituto Nacional de Salud Pública, Suecia

CAPÍTULO DOS

Michele Bloch

Médico, Rama de Investigación para el Control del Tabaco, Instituto Nacional del Cáncer, EE.UU.

CAPÍTULO TRES

Mehreen Khalfan

Internista, Globalización, Crecimiento y Pobreza (GGP), Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), Ottawa, Canadá

Linda Waverley

Directora del Programa, Investigación para el Control Internacional del Tabaco (RITC), Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), Ottawa, Canadá

CAPÍTULO CUATRO

Patricia Lambert

Asesora Jurídica, Ministerio de Sanidad, Sudáfrica

CAPÍTULO CINCO

Lorraine Greaves

Directora Ejecutiva, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Natasha Jategaonkar

Coordinadora de Investigación, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Ejemplos

Maria Inés Roca

Presidenta, Fumadores Pasivos, Uruguay

Yumiko Mochizuki-Kobayashi

Director, Iniciativa sin Tabaco, Organización Mundial de la Salud

Véronique Leclézio

Directora de ViSa, Islas Mauricio

Deborah McLellan

Directora Adjunta, Instituto del Cáncer Dana-Farber, EE.UU.

Patti White

Analista, Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, Reino Unido, Miembro del Consejo Asesor para Europa de INWAT

REVISORES TÉCNICOS

Mira Aghi

Científico del Comportamiento, Asesora Independiente, Nueva Delhi, India

Deborah McLellan

Directora Adjunta, Instituto del Cáncer Dana-Farber, EE.UU.

Ann Pederson

Directora, Política e Investigación, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

PRÓLOGO

UN MENSAJE DEL DR. YUMIKO MOCHIZUKI KOBAYASHI

Director, Iniciativa Sin Tabaco
Organización Mundial de la Salud

El consumo de tabaco entre mujeres está creciendo de forma acusada en todo el mundo, mientras que entre los hombres disminuye. A pesar de que incluso la actual prevalencia total es aproximadamente cuatro veces superior entre hombres que entre mujeres en todo el mundo (48% y 12%), esta situación está cambiando con gran rapidez. Recientes estudios demuestran que las chicas jóvenes están fumando en la mayoría de países casi tanto como los chicos jóvenes, y en algunos su prevalencia ya es superior. También resulta alarmante que exista una prevalencia creciente de otras formas de consumo del tabaco, como tabaco de mascar, 'bidis' y pipas de agua.

La Iniciativa Sin Tabaco (TFI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue liderando los esfuerzos para invertir el impacto negativo que tiene el consumo de tabaco para la salud, las economías y los países. La TFI está comprometida en dar apoyo a la igualdad y a cuestiones relacionadas con la mujer en el contexto del control del tabaco. Incluye incorporar una perspectiva de género a la investigación, programación y desarrollo de políticas, especialmente durante la implantación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (FCTC).

El convenio FCTC, un instrumento legalmente vinculante para los países firmantes de todo el mundo, dice en su prólogo que "Los socios de este convenio [están]... alarmados por el aumento del consumo de tabaco en sus distintas formas entre mujeres y chicas de todo el mundo y siguen creyendo en la necesidad de una plena participación de la mujer a todos los niveles de la formulación y puesta en práctica de políticas, y en la necesidad de estrategias de control del tabaquismo específicas de género". Además, el artículo afirma que es necesario tomar medidas para afrontar los riesgos específicos de género cuando se desarrollen estrategias de control del tabaquismo. La implantación efectiva del FCTC proporciona una base para un control del tabaco amplio y de género en las iniciativas nacionales, regionales y mundiales.

El presente informe, Pasando página: Mujeres, tabaco y el futuro, facilita una perspectiva muy necesaria del consumo de tabaco entre mujeres de distintos contextos sociales, identifica los efectos para la salud que tiene el tabaco y describe el papel de la mujer en su producción y comercialización. También proporciona una directriz para evaluar y afrontar las cuestiones de género del control del tabaquismo en las políticas, programas e investigaciones y reducir los devastadores efectos que tiene el tabaco sobre las mujeres.

Hemos hecho un largo camino en los últimos años prestando atención a cuestiones relacionadas con las mujeres y el tabaco, pero no ha sido suficiente. Sólo con esfuerzos internacionales coordinados para incluir una perspectiva de género en el control del tabaquismo podemos afrontar el consumo de tabaco en la mujer y tener en cuenta su papel en la producción y comercialización de este producto. De esta forma, se puede poner freno a los índices de consumo de tabaco entre mujeres, se pueden salvar millones de vidas de mujeres y se puede evitar una debilitadora epidemia en el siglo XXI. Éste es el reto para el futuro.

UN MENSAJE DEL CENTRO DE EXCELENCIA EN SALUD DE LA MUJER DE LA COLUMBIA BRITÁNICA

Desde hace tiempo se considera que Canadá es un país líder en el control del tabaco, y por buenas razones, pues los índices de consumo se han reducido drásticamente en el país en los últimos 40 años. Las preocupaciones de las mujeres y las cuestiones de género en el control del tabaquismo figuran en los esfuerzos canadienses desde 1987, fecha en que se publicó el primer número de *Background Paper on Women and Tobacco* (Documento introductorio sobre mujeres y tabaco). Desde ese momento, se ha desarrollado una mayor conciencia de cómo se ven afectadas las mujeres por el consumo de tabaco y las políticas al respecto y cómo la aplicación de la política de Análisis Basado en el Género (GBA) de Canadá puede ayudar a mejorar las acciones y respuestas a las mujeres y al tabaco.

Desde 1996, el Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica (BCCEWH) cuenta con un sólido programa de transferencia de estudios y conocimientos relacionados con mujeres y chicas y tabaco. El BCCEWH trabaja en colaboración con muchos socios de Canadá y del resto del mundo para avanzar trabajos de investigación, prácticas y respuestas de las políticas para chicas y mujeres. Hemos promovido programas, políticas y estudios centrados en la mujer y nos hemos concentrado en ampliar el papel y el estatus de la mujer en la sociedad junto con una vida sin tabaco.

Como Directora Ejecutiva del BCCEWH, he tenido el privilegio de dar a conocer estas cuestiones por todo el mundo. Como una de las fundadoras de la Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco (INWAT) en 1990, me siento doblemente complacida en presentar este documento *Pasando página: Mujeres, tabaco y el futuro*. Junto con defensores, investigadores y responsables de formular políticas comprometidos de todo el mundo, estoy convencida de que en el siglo XXI podemos evitar o reducir el peaje del tabaco sobre las mujeres de todo el mundo.

LORRAINE GREAVES

Directora Ejecutiva, Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá
Presidenta electa, INWAT 2006

UN MENSAJE DE LA PRESIDENTA DE LA RED INTERNACIONAL DE MUJERES CONTRA EL TABACO (INWAT)

La Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco se complace de haber colaborado con el Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica en el desarrollo de esta publicación. *Pasando página: mujeres, tabaco y el futuro* plantea cuestiones muy actuales y pertinentes para el siglo XXI y está dirigido a los movimientos a favor de la salud de la mujer y de control del tabaquismo.

Son muchos los socios de INWAT en todo el mundo que han contribuido a esta publicación compartiendo su experiencia y perspectiva y revisando su contenido. El informe saca a la luz los grandísimos retos a los que nos enfrentamos para controlar el tabaco y facilita una base sobre la que desarrollar políticas, programas y estudios eficaces basados en el género para aumentar la igualdad de la mujer en las sociedades. Para afrontar estos retos, INWAT se alía con aquellos grupos cuya principal preocupación es el estatus y la salud de la mujer en la sociedad.

INWAT se fundó en 1990 y su actividad está dirigida a eliminar el consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano entre chicas y mujeres. Para la red, un desafío importante es contribuir a desarrollar y promover medidas de alta calidad para controlar el tabaquismo que estén diseñadas para las mujeres.

Ahora resulta más crítico que nunca que nuestras redes mundiales den apoyo a las acciones para reducir el consumo de tabaco entre mujeres y chicas, prohibir las prácticas comerciales explotadoras, regular unas prácticas de producción que sean seguras y equitativas y proteger a las mujeres contra la exposición al humo de segunda mano. De igual importancia es presionar para conseguir igualdad y para ampliar los derechos de la mujer. Vivir sin tabaco es uno de ellos.

MARGARETHA HAGLUND

Directora, Control del Tabaco, Instituto Nacional de Salud Pública, Suecia
Presidenta de INWAT 1997 – 2006

Introducción

Pasando Página: Mujeres, Tabaco y el Futuro.

Lorraine Greaves, Natasha Jategaonkar y Sara Sanchez

TENDENCIAS ACTUALES

El consumo de tabaco está aumentando su alcance e impacto sobre mujeres y chicas de todo el planeta. En el siglo XXI amenaza con socavar, no sólo la salud física y mental de la mujer, sino también su progreso económico y social. El presente informe describe cuestiones urgentes que rodean el consumo y producción del tabaco que afectan a mujeres de todo el mundo y ofrece orientación para prevenir y reducir el impacto de este producto sobre chicas y mujeres y sus comunidades. Impedir la total expansión de la epidemia del tabaco entre las mujeres del mundo será un factor crítico para mejorar su estatus.

Mientras las tendencias mundiales en el consumo de tabaco entre hombres están ahora en un lento declive, la epidemia entre las mujeres no alcanzará su punto álgido hasta bien entrado el siglo¹. La Organización Mundial de la Salud pronostica que la prevalencia del tabaquismo entre mujeres de todo el mundo será de un 20 por ciento en 2025², un marcado contraste con el 12 por ciento de las mujeres que fuman hoy en el planeta³. Pero incluso si los índices de tabaquismo se mantuvieran, el número de mujeres fumadoras aumentaría por la sencilla razón de que la población femenina en los países en desarrollo aumentará en 2025 en 10.000 millones aproximadamente (de los actuales 25.000 millones a 35.000 millones)¹.

Durante décadas, la industria tabaquera ha vendido el tabaco explotando la necesidad de libertad e independencia de la mujer. Este planteamiento ha sido, y sigue siendo, la base de muchas campañas publicitarias y de marketing y ha servido para cambiar creencias culturales acerca de las mujeres y de fumar. Su mensaje ha sido trágicamente irónico: aunque fumar se ha vinculado a independencia y placer, consumir cigarrillos ha tenido el efecto contrario de disminuir la salud y el bienestar material de la mujer, reduciendo al mismo tiempo su independencia y calidad de vida.

Fue hace más de ocho décadas, en 1924, cuando Philip Morris introdujo un supuesto cigarrillo para mujeres que describía “suave como el mes de mayo”. Cuarenta años después, la Dirección General de Salud Pública de Estados Unidos informaba que existían “probables” vínculos entre consumo de tabaco y cáncer en las mujeres y vínculos “definidos” entre consumo de tabaco y cáncer en los hombres⁴. Por esa época, también empezó a surgir preocupación por los efectos del tabaco durante el embarazo, aunque la mayoría se centraba principalmente en la salud del feto y no en la de la mujer.

En épocas más recientes empezaron a surgir otras cuestiones relacionadas con el tabaco. A principio de los años 80, el enorme peaje del humo de segunda mano sobre la mujer empezó a ser más evidente cuando un estudio realizado en Japón documentó los peligros de la exposición para mujeres que vivían con fumadores⁶. Mientras tanto, el gradual traslado del cultivo y procesamiento del tabaco desde América a África y Asia tuvo un creciente y negativo impacto sobre la vida de las mujeres, fueran fumadoras o no. Las mujeres y sus familias perdieron una valiosa capacidad de producción de alimentos y quedaron expuestas a distintas prácticas de explotación laboral de los productores de tabaco.

Ello llevó estos acontecimientos y la defensa de la mujer ante la comunidad científica y el público tuvo conocimiento de asuntos vinculados a chicas, mujeres y tabaco. En 1983, las mujeres fueron un grupo de “especial preocupación” en la Quinta Conferencia Mundial sobre Tabaquismo y Salud de Winnipeg (Canadá). En 1989, el “Día Mundial sin Tabaco” de la OMS asumió el lema “Mujeres y Tabaco” y un año después, en 1990, se creó la Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco (INWAT) en Perth (Australia) para desarrollar liderazgo, defensa y educación sobre cuestiones de mujeres y tabaco. En 1992 se celebró en Irlanda del Norte la primera conferencia internacional sobre mujeres y tabaco. Posteriormente, en 1999, Japón albergó la primera Conferencia Internacional de la OMS sobre Tabaco y Salud, bajo el lema “Distinguir entre tabaco y salud: Evitar la epidemia del tabaco en mujeres y jóvenes” que dio origen a la Declaración de Kobe.

En acciones relacionadas, en 1999 se lanzaron las Encuestas sobre Tabaco y Juventud (GYTS por sus siglas en inglés) desarrolladas por la OMS y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU. para recopilar datos sobre tabaquismo en chicos y chicas. En el año 2000, los países miembros de las Naciones Unidas adoptaron los Ocho Objetivos para el Milenio (MDG). Dos de esos objetivos se centran en mejorar la situación de las mujeres; la OMS ha aplicado estos objetivos para el control del tabaco.

Este trabajo inicial culminó en mayo de 2003 cuando los países miembros de la OMS adoptaron el Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC), un tratado histórico para controlar el tabaco que entró en vigor en febrero de 2005 con ramificaciones en 40 países. Este tratado internacional sobre salud pública reconoce la importancia de un enfoque de género en relación con la programación, políticas e investigaciones sobre el tabaco y expresa preocupación acerca del aumento potencial en todo el mundo del consumo de tabaco entre las mujeres.

SALUD, BIENESTAR MATERIAL E IGUALDAD

El presente informe está relacionado con la preservación de la salud de las mujeres de todo el

mundo. Sin embargo, también se preocupa por mejorar el progreso y la capacitación económica, política y social de las mujeres. Estos aspectos están inextricablemente vinculados: sin salud, las mujeres no pueden prosperar, y sin igualdad, las mujeres se encuentran en situación de desventaja para alcanzar y mantener un buen estado de salud.

De hecho, las mujeres y chicas que experimentan desigualdades de salud en los países desarrollados también tienen mayores probabilidades de estar entre los que todavía fuman, y los fumadores en los países desarrollados son los que más probabilidades tienen de estar en situación de desventaja o marginalidad. Como el acceso al poder y a los recursos es una cuestión de género, existen numerosas poblaciones femeninas que son prioritarias para el control del tabaco.

En países con menores recursos y capacidades, donde las mujeres a menudo acaban de empezar a fumar o están aumentando su tasa de tabaquismo, el consumo de tabaco imposibilitará su salud a largo plazo. En estos países, donde se está produciendo el mayor crecimiento mundial en consumo de tabaco entre mujeres, la ironía de los mensajes de quienes comercializan el tabaco vinculando fumar con independencia tiene todavía que quedar plenamente expuesta. Por eso, este informe, Pasando página: mujeres, tabaco y el futuro, aborda cuestiones de mujeres, género, consumo de tabaco, producción de tabaco y legislación, y dibuja unos vínculos importantes entre consumo y producción de tabaco y lucha de las mujeres por la igualdad.

El **Capítulo 1** describe las tendencias y contextos actuales en relación con la situación de las mujeres y el consumo de tabaco por mujeres en todo el mundo, y resalta algunos países como ejemplo. Una característica del contexto mundial es el FCTC, el primer tratado internacional sobre salud pública. El capítulo 1 presenta algunos ejemplos de países donde las tasas de tabaquismo entre mujeres son todavía bajas, lo que indica el tamaño potencial de la epidemia entre las mujeres. También presentamos ejemplos de países donde las tasas de tabaquismo entre mujeres todavía están aumentando, y bien coinciden con las tasas entre hombres o, en algunos casos, incluso las superan. Para finalizar, se presentan ejemplos de países donde el consumo de tabaco está reduciéndose en conjunto, pero grupos específicos de mujeres están todavía en grave situación de riesgo de empezar o seguir fumando. Todos estos ejemplos ilustran cuestiones específicas de chicas y mujeres en todas las fases de la epidemia del tabaco.

El **Capítulo 2** resume los conocimientos disponibles sobre el impacto que tiene el consumo de tabaco sobre la salud de las mujeres, prestando atención a los recientes descubrimientos sobre la distinta forma en que afecta a hombres y mujeres. Durante varias décadas, las investigaciones científicas han establecido muchos vínculos entre tabaquismo y salud y constantemente se exploran otros nuevos. Por ejemplo, son objeto de

escrutinio los nuevos vínculos entre fumar, humo de segunda mano y cáncer de mama. En los países en desarrollo, los efectos acumulados de las emisiones del combustible que se utiliza para cocinar, del humo de segunda mano, de la contaminación del aire y del

TRATADOS Y DECLARACIONES CLAVES RELEVANTES SOBRE MUJERES Y TABACO

Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)

La CEDAW, denominada a menudo como una declaración internacional de derechos humanos para las mujeres, fue adoptada en 1979 por la Asamblea General de Naciones Unidas. En su artículo 12, la CEDAW urge a que se tomen todas las medidas oportunas para eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la atención sanitaria. Además, las recomendaciones generales de la CEDAW manifiestan que en todas las políticas y programas que afecten a la salud de las mujeres se integre una perspectiva de género y que las mujeres deben estar implicadas en la planificación, implantación y evaluación de esas políticas y programas.

La Declaración de Kobe

La Declaración de Kobe se adoptó en 1999 en una conferencia internacional sobre mujeres y tabaco auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Kobe (Japón). Esta declaración manifiesta que las estrategias de control del tabaquismo deben integrar la promoción de la igualdad de géneros en la sociedad y que el liderazgo de las mujeres es esencial para el éxito de estas estrategias. La declaración exige además que el Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC) incluya perspectivas y consideraciones específicas de género.

Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC)

El FCTC es el primer tratado internacional sobre salud pública y fue adoptado en mayo de 2003 por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es reducir el peaje que supone el tabaco sobre las vidas de mujeres y hombres de todo el mundo y reconoce la importancia de un enfoque de género a la hora de programar, establecer políticas y realizar estudios sobre el tabaco. En su preámbulo, el FCTC menciona de manera explícita a las mujeres y expresa preocupación por el potencial aumento mundial del consumo de tabaco entre mujeres. En abril de 2006, el convenio había sido firmado por 168 países y 126 lo habían ratificado.

tabaquismo sobre la salud pulmonar de las mujeres es una cuestión de urgencia. Las investigaciones en genética aportan nuevos conocimientos sobre la

susceptibilidad femenina al tabaco y al humo de segunda mano, así como la trayectoria en mujeres de enfermedades relacionadas con el tabaco específicas de sexo.

El **Capítulo 3** examina la producción y promoción de los productos del tabaco e ilustra su impacto sobre la vida de chicas y mujeres desde los campos de cultivo hasta el consumidor femenino. Son evidentes graves amenazas para la igualdad de las mujeres cuando las compañías tabaqueras desplazan su mirada hacia países con ingresos bajos y medios para desarrollar el mercado, así como para el cultivo y producción del tabaco. La explotación de la mano de obra de mujeres y niños y la baja recompensa económica van codo a codo con unas condiciones laborales deficientes e inseguras. La pérdida de producción de alimentos a favor del cultivo de tabaco no es sólo una amenaza económica, sino que también socava la nutrición y salud de las mujeres y sus familias. Como son los hombres quienes primero empiezan a fumar, las mujeres y los niños sufren el humo de segunda mano y la inseguridad de la alimentación resultante de unos ingresos familiares disminuidos.

Los **Capítulos 4 y 5** plantean un camino para andar, esbozan acciones, políticas, estudios y argumentos para el futuro. El **Capítulo 4** resalta los vínculos entre derechos humanos, derechos de la mujer y tabaco considerando la salud como un derecho del ser humano en el contexto de los actuales tratados y legislaciones. El FCTC tiene el potencial de ser un tratado de gran importancia para las mujeres, en particular si la aplicación de sus artículos tiene en consideración el género y es específica para las mujeres. De forma similar, los tratados que esbozan objetivos y acuerdos para el progreso de las mujeres, como la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), se pueden utilizar para conseguir una menor exposición al tabaco y para mejorar las oportunidades de salud en el contexto de la igualdad de las mujeres.

Para finalizar, el **capítulo 5** facilita ejemplos de enfoques de género y enfoques específicos para mujeres en las políticas, programas y estudios sobre control del tabaco. Muchas de estas actividades se beneficiarán de más estudios y evaluaciones y de programas de vigilancia y recopilación de datos sensibles al sexo y al género. Afortunadamente, en

distintos países en todas las fases de la epidemia del tabaco aparecen nuevos ejemplos de innovación y defensa. El reto es vincular ésto con las futuras iniciativas de producción y consumo de tabaco y garantizar que estas respuestas sean realmente progresistas cuando se comparen con el objetivo de mejorar la igualdad de mujeres y chicas.

Solucionar los problemas asociados a mujeres y tabaco necesitará inspiración e innovación. También exigirá un compromiso para mejorar la situación de las mujeres y tomar interés en educar y capacitar a chicas de países de todo el mundo. Quienes comercian con el tabaco han estado alegando con falsedad que capacitación y liberación es la recompensa que da fumar a las mujeres: ya es hora de que la capacitación real de las mujeres reduzca la propagación del tabaco.

REFERENCIAS

1. Mackay, J. Prefacio. En J.M. Samet & S.Y. Yoon (Ed.). Las mujeres y la epidemia del tabaco – Retos para el s. XXI. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. Harlem Brundtland, G. Prólogo. En J.M. Samet & S.Y. Yoon (Ed.). Las mujeres y la epidemia del tabaco – Retos para el s. XXI. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
3. Shafey, O., Dolwick, S. y Emmanuel, G. Perfiles nacionales de control del tabaco (2ª ed.), Atlanta, GA: Sociedad Estadounidense del Cáncer; 2003.
4. Dirección General de Salud Pública de EE.UU. Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar de EE.UU. Tabaquismo y Salud. Introducción. 1964. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_1964/
5. Greaves, L. La pantalla del humo: Tabaquismo de mujeres y control social. Halifax, NS: Fernwood; 1996.
6. Hirayama T. Las esposas no fumadoras de fumadores empedernidos tienen un mayor riesgo de cáncer de pulmón: Un estudio de Japón. British Medical Journal (Clinical Research Ed). 17 de enero de 1981; 282(6259): 183-85

Capítulo 1. ¿Tabaco o Igualdad?

Lorraine Greaves, Natasha Jategaonkar y Sara Sanchez

EL PEAJE DEL TABACO SOBRE LAS MUJERES

En el año 2000 murieron 990.000 mujeres en todo el mundo a causa del tabaco¹. Esto significa una pérdida de aproximadamente 2.720 mujeres al día. Actualmente, esta mortalidad se concentra en las naciones desarrolladas, pero si se mantienen las actuales tendencias, la proporción de muertes debidas al tabaco en los países en desarrollo aumentará durante las próximas décadas de manera significativa². La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros colectivos consideran el consumo de tabaco como una de las diez principales amenazas para la salud mundial.

Unos 250 millones de mujeres y casi un billón de hombres son fumadores habituales³. En los hombres, los índices ya han alcanzado su punto máximo y empiezan ahora a disminuir lentamente, pero las cifras en chicas y mujeres siguen aumentando. En la actualidad, un 12% de la población femenina fuma normalmente, pero los expertos predicen que este porcentaje aumentará hasta el 20% en el año 2025⁴. Y estos estudios no tienen en cuenta otras formas de consumo, tales como el tabaco de mascar, las pipas de agua, *bidis*, *chutta*, nuez de betel

mascada y *snus* o rapé, todos ellos utilizados por mujeres como costumbre de género y en regiones específicas (en el segundo capítulo se tratan estos otros tipos de tabaco más detalladamente).

Las patrones de consumo de tabaco se han clasificado de acuerdo con las cuatro fases de la epidemia del tabaco a nivel mundial (véase la figura 1)⁵. Las fases explican los hábitos de género en el consumo de cigarrillos durante el último siglo. En un país en la fase 1, los porcentajes de tabaquismo son bajos tanto en mujeres como en hombres (p. ej., alrededor de un 10% o inferior), pero la popularidad de los cigarrillos está creciendo entre estos últimos; en la fase 2, los hombres experimentan un mayor aumento en la prevalencia del consumo de cigarrillos, mientras que las mujeres empiezan a fumar de forma gradual. En la fase

3, los índices de tabaquismo en los hombres han alcanzado su punto máximo y empiezan a reducirse, y en las mujeres comienzan a disminuir también, pero a menor velocidad; en la última fase, los porcentajes de consumo de tabaco de ambos sexos continúan descendiendo, pero la mortalidad por el tabaco sigue aumentando entre las mujeres debido a la tardía aparición de muchos de los efectos del tabaco sobre la salud.

Las medidas respecto al tabaquismo variarán asimismo dependiendo de en qué etapa considere el país en cuestión que se encuentra. Algunos países, habitualmente en la etapa 1, presentan bajos porcentajes de fumadores entre hombres y mujeres, de manera que el consumo de tabaco de la población femenina no se percibe todavía como un problema. Otros países que han alcanzado la fase 4 de la epidemia trabajan con frecuencia en cómo adaptar las intervenciones de prevención y cesación tabáquica a diferentes subpoblaciones de género específicas en las que el tabaquismo sigue siendo alto. Los países que se

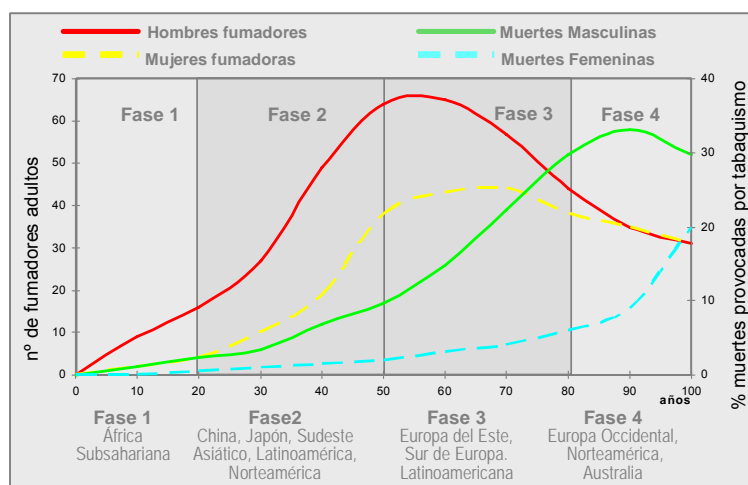


Figura 1. Fases de la epidemia mundial del tabaco. Reproducción autorizada por el grupo editorial de revistas médicas BMJ. *Control del tabaco*, 1994, 3, 242-247

encuentran entre las etapas 2 y 3 están llevando a cabo diferentes medidas, como combatir los porcentajes de consumo de tabaco, trabajar para el desarrollo de una infraestructura efectiva para su control y para adecuar los servicios sanitarios a los afectados por enfermedades relacionadas con el tabaco. Aunque ésta es la perspectiva general, hay muchos ejemplos de

subpoblaciones que presentan hábitos de consumo de tabaco diferentes a las del país en general. Sin tener en cuenta la clasificación de los países en la epidemia del tabaco, todos tienen una característica en común: ninguno de ellos ha respondido de manera conveniente a la naturaleza de género de la epidemia del tabaco.

Teniendo en cuenta este modelo, queda claro que hay una segunda interpretación para esta pauta de las fases de la epidemia: mientras las mujeres empiezan a fumar emulando a los hombres, los países en vías de desarrollo siguen el ejemplo de los países desarrollados. Con tal de asegurarse este patrón en la iniciación al tabaquismo, la industria tabaquera nos ha vendido un mensaje de modernidad, insinuando que la sociedad occidentalizada es el modelo a imitar y que el

HISTORIA DE LA MUJER Y EL TABACO

tabaco es emblema de su estilo y sus valores. El resultado ha sido una expansión mundial del cultivo y consumo del tabaco hacia muchos países en vías de desarrollo. Dado su éxito en los países desarrollados, la publicidad dirigida a las mujeres de países en vías de desarrollo insisten en mensajes aún más específicos, relacionando falsamente el consumo de cigarrillos con adquisición de poder, belleza y éxito.

EL ESTATUS DE LA MUJER

Existe la peligrosa y extendida creencia de que el tabaco es símbolo de igualdad e independencia. Desafortunadamente, los vendedores de tabaco suponen con frecuencia que potenciando la igualdad de las mujeres las impulsarán a que empiecen a fumar. Aunque la publicidad del tabaco procura crear esta conexión, sabemos que los mensajes que difunden son falsos. Mayores ingresos y educación pueden coincidir con el inicio del tabaquismo en las mujeres, pero ahora sabemos que el consumo de tabaco está asociado a largo plazo con la situación de desventaja de la mujer.

La situación de las mujeres varía significativamente de un país a otro. En el año 2000, los estados miembro de las Naciones Unidas (ONU) se comprometieron a alcanzar en el año 2015 ocho importantes Objetivos de Desarrollo del Milenio. Un objetivo clave es “promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer” a través de indicadores como, por ejemplo, la proporción de niñas con respecto a niños en todos los niveles educativos y la proporción de trabajos remunerados y de escaños parlamentarios ocupados por mujeres^{6,7}.

De acuerdo con un informe de la ONU del 2005, las diferentes regiones del mundo reflejan grandes diferencias en su progreso para alcanzar este objetivo⁷. Por ejemplo, en algunas zonas como el África subsahariana y el sur de Asia, la cantidad de niñas matriculadas en las escuelas primarias es mucho menor que la de niños, las mujeres no tienen la misma proporción de empleos remunerados y su representación en los parlamentos nacionales es baja. Si persisten las actuales tendencias, estas regiones corren el riesgo de no alcanzar los objetivos planteados para el 2015.

Por el contrario, en la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Asia y Europa se ha conseguido una igualdad en la matriculación en la escuela primaria y las mujeres ocupan la misma proporción de empleos remunerados, aunque su representación media en los parlamentos nacionales sigue siendo baja. En todo el mundo existen diversas medidas de los países para asegurar la participación de la mujer en la toma de decisiones nacionales. Por ejemplo, Sudáfrica, Eritrea y Uganda han aprobado disposiciones que reservan escaños parlamentarios a mujeres; Jordania y Túnez les han asignado cuotas en el parlamento. El objetivo de todas estas medidas es mejorar la situación de la mujer.

Un informe del Foro Económico Mundial identificó y cuantificó “la brecha mundial entre géneros” en 58 países de acuerdo con cinco criterios clave de evaluación: participación económica, posibilidades económicas, consecución de poder político, logro educativo y salud y bienestar⁸. Estos criterios permiten concluir que, aunque ningún país ha conseguido todavía la igualdad, algunos presentan diferencias de género considerablemente menores que otros. Aunque el foro incluye claramente la salud y el bienestar como indicadores clave de la igualdad de género, advierten que es un área particularmente complicada de evaluar y mejorar. Al estrechar la brecha entre géneros, la mejora de la salud y del bienestar tiene que coincidir fundamentalmente con otros factores económicos y sociales.

La Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA, por sus siglas en inglés) sostiene que cuando la situación de la mujer mejora, lo hará en consecuencia su salud⁹. Pero mientras las mujeres estén expuestas al tabaco, sus perspectivas de salud seguirán disminuyendo. Aunque ha habido cierto paralelismo entre la búsqueda de igualdad de las mujeres y su iniciación en el consumo de tabaco, es evidente que las consecuencias a largo plazo conllevan un empeoramiento de su salud, lo que a la vez pone en peligro sus perspectivas de igualdad económica, sanitaria y de género. Como afirma la CIDA, hay razones de peso para pensar que las expectativas de una mejora mundial de la situación de la mujer están directamente relacionadas con la salud.

El marketing de la industria tabaquera ha creado una peligrosa imagen que relaciona el consumo de cigarrillos de las mujeres con su igualdad a nivel mundial. Algunos ejemplos son la campaña publicitaria “Has recorrido un largo camino, nena”, lanzada por Virginia Slims en 1968, y la posterior versión de 1997 “Encuentra tu voz”. Pero nosotros sabemos que no hay nada más alejado de la realidad. La primera campaña estaba dirigida a la mujer media americana, mientras que la segunda campaña apuntaba a diversos públicos del mundo.

En el siglo XXI podemos hacer frente a la epidemia del tabaquismo femenino con la experiencia adquirida en el mundo desarrollado. Podemos proyectar el alcance y envergadura del tabaquismo en las mujeres y su posterior coste; también hemos observado que aquellos que sufren una mayor desigualdad son más propensos a ser fumadores. Así pues, para evitar la futura pérdida de mujeres hacia el mundo del tabaco es crucial relacionar su consumo con su igualdad.

En este capítulo trataremos el aumento y la expansión de la epidemia del tabaco. Los diversos desafíos a los que se enfrentan muchos países incluyen varias medidas, como la recopilación de datos adecuados para establecer los porcentajes de hombres y mujeres que fuman, teniendo en cuenta formas de

consumo de tabaco tradicionales y culturales, además de los cigarrillos; y también, la adaptación de los programas y las políticas de manera que las estrategias de prevención y cesación sean accesibles a las mujeres que más las necesitan. Tanto si los países están luchando contra el serio impacto del tabaquismo femenino y tratando de evitar su aumento o poniendo en marcha estrategias para acelerar su reducción, las mujeres fumadoras recibirán finalmente la atención que se les debería haber prestado hace mucho tiempo.

Países que representan diferentes áreas geográficas, fases de la epidemia del tabaco y diversos niveles de igualdad femenina nos sirven aquí como monografías. En países que se encuentran en las primeras fases de la epidemia, como Ghana, Tailandia y China, los porcentajes de tabaquismo entre mujeres son bajos, pero son consideradas un gran “mercado” potencial para el consumo de cigarrillos. En Irán, donde los porcentajes de mujeres fumadoras han sido tradicionalmente bajos, existen motivos de preocupación debido al incremento del consumo de cigarrillos entre chicas y mujeres jóvenes. India y Turquía son naciones con una larga tradición cultural de consumo de tabaco, pero en la actualidad, cada vez más mujeres de zonas urbanas y con mayor educación empiezan a fumar cigarrillos.

El Líbano, como país que se encuentra en el punto álgido de su epidemia del tabaco, presenta tasas de tabaquismo altas tanto entre hombres como entre mujeres, pero muchos activistas de la salud confían en que una política exhaustiva de control pueda invertir esta tendencia. Sudáfrica y Brasil están entrando en las últimas fases de la epidemia en que se dan restricciones para el consumo de tabaco y las tasas de mujeres fumadoras parecen haber alcanzado la cota máxima. Australia y Canadá representan la cuarta fase de la epidemia en la que los porcentajes de fumadores son en general bajos, pero significativamente más altos en subpoblaciones femeninas específicas, mientras que Suecia se cuenta entre un pequeño grupo de naciones en que fuman más mujeres que hombres.

En este estudio se presenta a los países en relación con dos cuestiones: cuál es la situación del consumo de tabaco de mujeres y chicas y en qué posición se encuentran ellas en cada país. La comprensión de ambos elementos nos ayudará a preparar la respuesta para prevenir o reducir el tabaquismo de las mujeres, a la vez que favorecerá la mejora de su estatus.

GHANA – CON LA VISTA PUESTA EN LA NUEVA GENERACIÓN DE MUJERES *Sara Sanchez*

Ghana se encuentra en las primeras fases de la epidemia del tabaco. Aunque en general las tasas de consumo de cigarrillos siguen siendo bajas (4% entre

mujeres y 10,8 entre hombres)¹⁰, son alarmantes los porcentajes entre jóvenes extraídos de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo y Juventud (GYTS, por sus siglas en inglés): el 18,8% de las chicas y el 19,5 de los chicos reconocieron haber probado ya algún producto del tabaco¹¹.

La alta prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes podría indicar que el consumo de cigarrillos está destinado a aumentar en Ghana. La compañía tabacalera British American Tobacco (BAT) Ghana posee la mayor parte del mercado de cigarrillos, dominando el 99,4%,¹⁰ pero oculta sus ganancias financieras bajo acciones de responsabilidad social como contribuir a la lucha contra la crisis nacional de SIDA y la recuperación de los bosques¹². Aunque el tanto por ciento de suelo agrícola destinado a la plantación de tabaco es inferior al 0,5%, Ghana produjo 2.600 toneladas métricas de hojas de tabaco en el año 2000¹⁰. Como Ghana es socio del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco que ratificó el 29 de noviembre de 2004¹³, el país tiene la oportunidad de afrontar la creciente corriente de consumo de tabaco entre los jóvenes.

La población femenina de Ghana todavía va por detrás de los hombres en cuanto a formación y logros educativos, aunque se han realizado esfuerzos para potenciar las oportunidades de la mujer. Más de la mitad de las mujeres menores de 15 años (54,3%) nunca ha ido a la escuela o es analfabeta¹⁴ y la tasa de alfabetización femenina nacional es del 67,1%¹⁵. Sin embargo, la diferencia entre la proporción de chicos y chicas en educación secundaria se está reduciendo y ahora se sitúa en el 15%¹⁶. Los programas de formación para chicas están aumentando, pero todavía continúan centrándose en trabajos tradicionalmente femeninos, como el catering y la costura¹⁴. De las mujeres económicamente activas, el 85,5% son empleadas en el sector informal¹⁶. La agricultura es un factor muy significativo para el PIB de Ghana y las mujeres contribuyen entre un 55 y un 60% a la producción agrícola total¹⁶.

Aunque las mujeres ocupan algunos puestos en el parlamento de Ghana, la proporción de mujeres en comparación con hombres permanece muy baja: entre 2000 y 2004, apenas 1 de cada 10 miembros del parlamento y del gabinete de ministros era una mujer, y ninguna desempeñaba el cargo de ministra regional¹⁷.

CHINA – ¿SOSTENDRÁN LAS MUJERES LA MITAD DEL MERCADO?

Judith Mackay

“Las mujeres sostienen la mitad del cielo” es el famoso proverbio de Mao Tse-tung (1893-1976). En China, las mujeres constituyen el 48,5% de la población, es decir, 600 millones de personas¹⁸. Las mujeres

representan el 45% de la población activa^{18,19}, pero en cuanto a posiciones de liderazgo, no hay mujeres ni en el senado y tan solo componen el 21% de la cámara baja²⁰. La tasa de alfabetización para las poblaciones femenina y masculina es alta, el 87% y el 95% respectivamente (datos del 2000 al 2004)^{21,22}. Sin embargo, de las mujeres de 24 años o más, casi un tercio (32%) son analfabetas o semianalfabetas, en comparación con el 13% de los hombres¹⁸.

Las mujeres chinas están adquiriendo más independencia y capacidad financiera, pero al mismo tiempo existe el peligro real de que los cigarrillos acaben simbolizando su demanda de una mayor igualdad.²³ Hace menos de diez años, las mujeres sólo fumaban en privado, mientras que ahora es más común verlas fumando en público. Prevenir el aumento del tabaquismo entre millones de mujeres de China es un gran desafío ya que es el país más importante en la epidemia mundial del tabaco. Uno de cada tres cigarrillos del mundo se fuma en China. Como hay 600 millones de mujeres y chicas, incluso un cambio del 1% en la prevalencia del tabaco se traduce en enormes cantidades de consumidores. Sin embargo, hasta la fecha, la epidemia en China ha estado, y todavía está, prácticamente limitada a los hombres. La última encuesta nacional de 2002 muestra que la prevalencia actual de tabaquismo entre mujeres de 15 años o más se encuentra en un 2,6%²⁴ en comparación con el 7% que se observó en el primer estudio de 1984 y el 3,8% de 1996²⁶. La tasa de mujeres fumadoras es mayor en las ciudades que en las zonas rurales. El consumo medio en China es de 10 cigarrillos diarios por persona (prácticamente todo el tabaco consumido en China es en forma de cigarrillos manufacturados). A pesar de estas tendencias, los porcentajes de tabaquismo en algunos grupos están aumentando, por ejemplo en la población de entre 15 y 24 años de ambos sexos. Además, se estima que un 54,6% de mujeres están expuestas al humo del tabaco ambiental, con un 90% de estas mujeres expuestas al tabaquismo por miembros de sus familias²⁷.

Además de las campañas publicitarias dirigidas a las mujeres por las compañías tabaqueras multinacionales, ha habido una publicidad y un patrocinio similares por parte de la industria tabaquera china²⁸. Por ejemplo, en el año 2000, el Concurso Internacional de Diseño de Moda Femenino "Zhonghua Cup" fue patrocinado por el Grupo Tabaquero de Shanghai²⁹.

Aunque todas las encuestas informan de datos que difieren entre géneros, el control del tabaco en la China continental (incluyendo la educación sobre la salud y consejos para abandonar el hábito) no contiene medidas específicas para cada género. El tabaquismo entre los hombres se considera como un problema incontenible: casi el 60% de los hombres son fumadores habituales. El dato más desconcertante es que tres

cuartas partes de los consumidores y consumidoras de tabaco afirman que no tienen intención de dejar de fumar³⁰. China (incluyendo Hong Kong y Macao) ratificaron el FCTC de la OMS el 11 de octubre de 2005 y es uno de los 100 socios del tratado.

TAILANDIA – ¿SE MANTENDRÁ EL BAJO PORCENTAJE DE MUJERES FUMADORAS? *Bungon Ritthiphakdee*

Las mujeres tailandesas juegan un papel vital en el desarrollo social y económico del país. De acuerdo con su constitución, las mujeres tienen derechos en todas las áreas pactadas para los ciudadanos tailandeses, especialmente el derecho a la educación y el derecho a la participación en la población activa remunerada. La oficina nacional de estadística informó de que en 1992, de los 32,9 millones de personas de la población activa, 15,2 (46,1%) eran mujeres, y también ocupaban el 54,4% de los cargos de funcionario del gobierno³¹. El número de mujeres trabajadoras ha estado aumentando de forma muy rápida durante los últimos 20 años.

Afortunadamente para las mujeres tailandesas, no están tan bien representadas en las cifras de fumadores. Sólo el 5% de los 9,6 millones de fumadores habituales son mujeres³². El porcentaje de fumadoras es muy bajo, con una media nacional inferior al 2,1%, en comparación con el 37% de los hombres³³. En el norte de Tailandia, principal área de plantación de tabaco del país, los índices de tabaquismo de las mujeres son los más altos (6%), particularmente entre las mujeres de edad avanzada, que fuman cigarrillos liados a mano³⁴. Naturalmente, el porcentaje más alto de tabaquismo se refleja en el elevado número de casos de cáncer de pulmón, el tipo más común de esta enfermedad en las mujeres del norte de Tailandia.

La prevalencia del tabaquismo en Tailandia parece estar en declive como resultado de la programación y de las exhaustivas políticas de control del tabaco. Tailandia fue uno de los primeros 40 países en ratificar el FCTC y ha puesto en práctica la mayoría de las recomendaciones de la OMS. En 1998, el 53% de los hombres fumaba, comparado con el 4,8% de mujeres; pero en 2004 las cifras eran del 37% y 2,1% respectivamente³⁵. A pesar de estas tendencias, el tabaquismo entre las mujeres jóvenes ha estado creciendo en los últimos tres años. La tendencia al alza fue identificada por primera vez en un estudio de 1997 que mostraba que cerca del 5% de las estudiantes de instituto y de formación profesional eran fumadoras. Aunque en Tailandia un cigarrillo en los labios de una mujer es tradicionalmente motivo de desprecio, este aumento puede estar asociado con el creciente predominio de marcas extranjeras, ya que casi el 70% de estas jóvenes expresaron su preferencia por Marlboro³⁶. La industria del tabaco ha etiquetado a

Tailandia como un campo fértil para futuras ventas, debido al crecimiento económico del país. En su intento por abrir los mercados tabaqueros de Asia aprovechando la ley de comercio de EE.UU., la industria tabaquera ha identificado a Tailandia como uno de sus objetivos, entre otros países.

IRÁN – EL TABAQUISMO ENTRE MUJERES Y CHICAS EN

AUMENTO

Hassan Azaripour Masooleh

El último sondeo nacional de 1999 en Irán mostraba que el 1,7% de las mujeres de 15 años o más eran fumadoras y que la prevalencia del uso de la pipa de agua era del 3,7%, sin diferencias entre hombres y mujeres³⁷. Pero desafortunadamente, otras encuestas más recientes indican que la prevalencia del tabaquismo está creciendo entre las mujeres jóvenes y chicas con educación^{38,39}. Este hecho genera una particular preocupación ya que más del 70% de la población femenina de Irán son jóvenes, de 29 años de edad o menores³⁷. Un estudio de 1999 sobre la prevalencia del tabaquismo entre estudiantes universitarios en Teherán indicaba que el 26,9% de las estudiantes habían probado los cigarrillos, pero que solo un 1% de ellas eran fumadoras habituales⁴⁰. Sin embargo, una encuesta diferente llevada a cabo el mismo año mostraba que el 5% de las estudiantes eran fumadoras. Además, este estudio reveló que la prevalencia de tabaquismo aumentaba espectacularmente desde el primer año de estudios universitarios hasta el último (2,7% frente a 7,8%, respectivamente). La edad de inicio al tabaco era de 16 años para los estudiantes de primer curso y de 20 para los de último año³⁸.

La Encuesta Mundial sobre Tabaco y Juventud de 2002 apoyaba esta información. Mostraba un cambio dramático en la prevalencia del tabaquismo en los jóvenes de Irán. De las chicas de entre 13 y 15 años, el 9,8% consumía algún producto del tabaco, comparado con el 21% de los chicos de la misma edad. Un 1,3% de chicas y un 4,8% de chicos fuma cigarrillos, mientras que el 9,5% de ellas y el 18,9% de ellos consume otros tipos de tabaco, principalmente pipas de agua. Existen también indicaciones alarmantes de que el 9,7% de chicas que nunca había fumado cuando se realizó la encuesta era susceptible de empezar a fumar en el próximo año. Menos del 30% de las chicas habían sido informadas de los peligros del tabaco y más de la mitad de las que fumaban habitualmente pensaba que las hacía parecer más atractivas³⁹.

Las multinacionales tabaqueras se valen de las tradiciones iraníes para introducir sus productos a los jóvenes de Irán. Las pipas de agua las utilizaban tradicionalmente las mujeres de edad de la parte sur de Irán, pero ahora son comunes en las cafeterías frecuentadas por chicos y chicas. Irán podría sin duda

hacer frente a una abrumadora epidemia del tabaco entre los jóvenes en un futuro muy próximo. Afortunadamente, el país ya ha dado pasos para afrontar el inminente problema, incluyendo la ratificación del FCTC de la OMS el 6 de noviembre de 2005 y una ley nacional de control de tabaco en 2006.

Irán cuenta con un número reducido de mujeres empleadas en los organismos gubernamentales, incluyendo un 4,4% de mujeres que son delegadas parlamentarias islámicas⁴⁰. No obstante, las tasas de alfabetización de las mujeres se encuentran alrededor del 81,8% en los núcleos urbanos y el 65,4% en las zonas rurales⁴¹. De acuerdo con los últimos informes, aproximadamente un 60% de los actuales estudiantes universitarios en Irán son mujeres⁴⁰. El 10,5% de las mujeres de las ciudades y el 19,5% de las de áreas rurales forman parte de la población activa⁴². En cuanto al acceso a la sanidad, la mayoría de las mujeres en Irán hace uso de los programas de planificación familiar y acude como mínimo a dos citas de atención prenatal durante el embarazo⁴³.

INDIA – MIENTRAS EL TABACO TRADICIONAL SE MANTIENE, EL CONSUMO DE CIGARRILLOS SE DISPARA ENTRE LAS MUJERES URBANAS

Mira Aghi

Las mujeres fueron creadas iguales a los hombres según las antiguas mitologías de la India. Manu, el gran legislador, dijo que “donde se honre a las mujeres, allí residirán los dioses,” cosa que puede explicar por qué la esposa es llamada *Ardhangani*, una palabra del sánscrito que significa “la mitad del cuerpo”. Esto implica que en el matrimonio, la mujer sea equivalente al hombre, ya que cada uno constituye la mitad de una única entidad.

Desgraciadamente, la posición de la mujer en la India se deterioró debido a motivos históricos. En la India contemporánea, el 54% de las mujeres están alfabetizadas⁴⁴ y cerca de un millón han sido elegidas en organismos locales del gobierno⁴⁵. Aunque desde los días de Mahatma Gandhi se ha producido un aumento en la conciencia sobre los derechos de la mujer, la sociedad india es más bien una mezcla de actitudes progresivas y regresivas hacia la población femenina. Los hábitos de consumo de tabaco en las mujeres indias reflejan esta mezcla de actitudes. Cuando las aspiraciones de algunas mujeres ambiciosas e independientes coincidieron con lo que las compañías tabaqueras promovían, éstas empezaron a fumar cigarrillos. Al mismo tiempo, muchas mujeres pobres y sin educación encontraron consuelo en algo que ellas podían definir como propio, a saber, la carterita donde guardan su parafernalia para el tabaco de mascar (tabaco, nuez de areca, lima, etc.).

Los resultados de dos encuestas nacionales

1971 Liggett manufactura por primera vez los cigarrillos Eve, que compiten con Virginia Slims. “Eve” utiliza tácticas de marketing que asocian el consumo de cigarrillos a la conducta propia de una señora, como se demuestra en su eslogan “Un cigarrillo maravilloso para una maravillosa mujer.”

1977 La Campaña de Educación Sanitaria (HEC por sus siglas en inglés) de Gran Bretaña pone en marcha su primera acción a escala nacional para la cesación tabáquica de la mujer.⁹

muestran el predominio general de tabaquismo en mujeres entre un 10,3 y un 13%^{46,47}. Las estimaciones de la prevalencia de consumo femenino habitual en la India oscilan entre el 2,4% y el 2,6%. Las mujeres representan entre el 8,6% y el 12% de los consumidores de tabaco sin humo. El tabaco se usa en una gran variedad de formas: fumado, mascado, colocado en nariz o boca, aspirado y haciendo gárgaras. Por lo tanto, hay disponible una amplia gama de productos de tabaco, algunos manufacturados comercialmente y otros que los puede preparar la misma consumidora. Aunque la prevalencia del consumo de cigarrillos es actualmente baja entre las mujeres, lleva camino de aumentar debido a la agresiva publicidad y a la globalización. La prevalencia de tabaquismo es más alta entre las mujeres de las zonas rurales, que fuman *bidis*.

El tabaquismo entre las mujeres urbanas de la India es a menudo entendido como un símbolo de emancipación y modernidad. Pero en general, las mujeres consumen tabaco sin humo, que está menos asociado con el estigma del tabaquismo. El consumo de tabaco en mujeres embarazadas es similar al de las mujeres no gestantes de la misma edad⁴⁸.

La India ratificó el FCTC el 5 de febrero de 2004 e introdujo una intensiva legislación de control de tabaco el 18 de mayo de 2003. Junto con esta firme legislación, el Ministerio de Sanidad también está trabajando para prohibir la aparición del tabaco en las películas, cosa que le proporcionaría el liderazgo mundial en esta área. No obstante, se necesita un esfuerzo nacional para educar a las mujeres en cuanto a los efectos del consumo de tabaco. De hecho, muchas mujeres de las zonas rurales creen que el tabaco tiene múltiples propiedades mágicas y medicinales, desde mantener limpia la boca y curar las enfermedades dentales, hasta controlar el malestar matutino y para el relajamiento de los dolores del parto.

TURQUÍA – EL CONSUMO DE CIGARRILLOS SE DISPARA FRENTE AL ANTIGUO USO DE LA PIPA DE AGUA *Elif Dagli*

Tradicionalmente, en Turquía sólo solían fumar los hombres; era casi inaceptable ver a una mujer con un cigarrillo. Pero durante las últimas dos décadas, Turquía ha experimentado un rápido aumento en los porcentajes femeninos. En 1998, la prevalencia de mujeres fumadoras era del 24%⁴⁹, pero desde entonces, la rápida urbanización y las actividades de la industria tabaquera multinacional han llevado a un ascenso de la popularidad de los cigarrillos, particularmente entre las mujeres educadas, mujeres urbanas con mejor estatus socioeconómico. El porcentaje femenino es ahora similar al de los hombres, con entre un 30 y un 50% de profesionales sanitarios y profesores fumadores⁵⁰. Un estudio reciente muestra porcentajes de tabaquismo de entre el 30 y el 37% en mujeres de hasta 49 años y un 15% en madres de 50 años o más. Los cigarrillos son el

producto de tabaco más consumido, a pesar de la erupción de cafés donde se fuma en pipa de agua⁵¹.

El monopolio del tabaco turco, que nunca contó con publicidad, no consiguió una gran expansión en el mercado. Sin embargo, con la introducción de una economía de mercado liberal en la década de los 80, Turquía experimentó las agresivas estrategias de marketing de la industria tabaquera multinacional y perdió una proporción sustancial de su mercado en el país y en el extranjero⁵².

Aunque las mujeres en Turquía tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, están en clara desventaja con respecto a ellos en cuanto a ingresos per cápita y educación. Existe también una diferencia en la alfabetización de hombres y mujeres (91,3 y 76,1% respectivamente), pero se está reduciendo de forma rápida. Las mujeres consiguieron el derecho al voto en 1933 y en aquel momento obtuvieron el 4,5% de los escaños totales de la asamblea legislativa. Aunque una mujer fue elegida presidente en 1996, en la actualidad las mujeres tienen una representación muy baja en el parlamento turco, tan solo un 4,4%.⁵³

Aproximadamente el 27% de la población económicamente activa está formada por mujeres, con una buena representación en el mundo profesional. Por ejemplo, el 29% de abogados, el 32% de puestos académicos de la universidad, el 39% de los arquitectos y el 70% de los licenciados en medicina eran mujeres en el 1995. Turquía ratificó la "Convención relativa a la Igualdad de Salarios entre Hombres y Mujeres por Trabajo de Igual Valor"⁵⁴. La tasa de desempleo es del 6,1% entre las mujeres⁵⁵ y no existen disposiciones legales específicas en cuanto a la discriminación en el trabajo por razón de sexo.

En lo que se refiere a la sanidad para las mujeres, Turquía tiene una cobertura de seguridad social y libre acceso a los servicios sanitarios a mujeres que estén generando ingresos en el sector formal o sean dependientes de un familiar que trabaje en este sector. No obstante, casi la mitad de las mujeres urbanas del país están trabajando en el sector informal y no tienen acceso a la seguridad social⁵⁶.

LÍBANO – EN LA COTA MÁS ALTA DE MUJERES FUMADORAS *Simone Elias Abou-Jaoudeh*

En contraste con otros países árabes, el predominio del consumo de cigarrillos en el Líbano es alto tanto en mujeres como en hombres⁵⁷. El Líbano ha experimentado un gran crecimiento del consumo de cigarrillos desde principios del siglo XX, así como la reaparición del consumo de tabaco en pipa de agua, como una tendencia moderna para ambos sexos.⁵⁸ Un estudio de 1999 realizado sobre adultos de un suburbio de Beirut mostró que el 31% de las mujeres y el 42% de los hombres fumaba cigarrillos, mientras otro 34% de mujeres y un 27% de hombres fumaba en pipa de agua⁵⁹. Un estudio alternativo informó que el 20% de las

mujeres fumaba durante el embarazo.⁵⁶

La alta prevalencia de tabaquismo no se limita a los adultos. En 2001, una encuesta realizada a estudiantes universitarios indicaba que el consumo de cigarrillos era mayor en los hombres (61,7%) que en las mujeres (41,9%)⁶¹. El uso de cachimbos parece estar aumentando de forma rápida entre los estudiantes universitarios: el 43% de los alumnos que entran en la universidad afirmó haber consumido tabaco en 2002⁶², un 30% más que en 1998⁶³.

Los datos de estudiantes escolares recogidos por la Encuesta Mundial sobre Tabaco y Juventud indican una clara preferencia por otras formas de consumo, como las pipas de agua. El consumo de cigarrillos parece haber disminuido levemente, del 7,4% de chicas y el 16,1% de chicos en 2001⁶² al 6,7% y el 14,8% en 2005 respectivamente⁶⁴. En contraste, el 38% de las chicas y el 51% de los chicos afirmó consumir de forma habitual algún tipo de tabaco en el 2001 (principalmente en pipa de agua)⁶², cifra que aumentó hasta el 54,7% de chicas y el 64,1% de chicos en 2005⁶⁴. Pero se espera que estos porcentajes puedan invertirse, especialmente con la reciente ratificación del Líbano del FCTC de la OMS el 7 de diciembre de 2005.

El clima social y político del Líbano refleja algunas contradicciones en los indicadores de igualdad de género. Por ejemplo, las mujeres obtuvieron el derecho a votar en 1953, y en marzo de 1993, el Líbano ratificó la "Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer" (CEDAW, por sus siglas en inglés), pero con reservas en lo relacionado a los conflictos con la legislación religiosa. Además, el Líbano ha experimentado significativos progresos hacia la consecución de la igualdad de género en el campo de la educación⁶⁵.

A pesar de este progreso, las mujeres libanesas todavía no tienen las mismas oportunidades económicas y políticas que los hombres. Constituyen tan solo el 29% de la población activa. Además de que su acceso a la toma de decisiones y la participación política permanecen muy débiles. La presencia femenina es más reducida en los puestos administrativos de toma de decisiones más importantes: el porcentaje de mujeres en los cargos superiores no excede el 6,1%⁶⁶. Sólo 6 de 128 escaños parlamentarios están ocupados por mujeres y desde 2005 solo ha habido una mujer ministra.

El consumo de tabaco continúa siendo una amenaza para las mujeres jóvenes del Líbano. Como su oportunidad para participar con los hombres en algunos aspectos de la vida permanece limitada, las multinacionales no dudarán en seguir aprovechándose de las contradicciones de igualdad de género en el Líbano.

SUDÁFRICA – DESCENSO DEL TABAQUISMO EN LAS

MUJERES

Priscilla Reddy

Las Encuestas Mundiales sobre Tabaco y Juventud de 1999 y 2002 mostraron que la prevalencia del consumo de cigarrillos en las chicas estaba al 17,5% y 21,6% respectivamente. La exposición a la publicidad del tabaco aumentó del 40,2% en 1999 al 65,5% en 2002⁶⁷. Estas alarmantes tendencias pueden amenazar el progreso conseguido en la prevención y reducción del consumo de tabaco en Sudáfrica.

La Encuesta Demográfica y de Salud realizada en Sudáfrica el 1998 informó de una prevalencia de fumadores del 11% entre las mujeres y el 43% entre los hombres⁶⁸. Se observaban algunas diferencias entre los porcentajes de las mujeres de color (39%) (de padres de distinta raza) y de las mujeres negras (6,4%). Sin embargo, el porcentaje de tabaquismo en Sudáfrica declinó a un ritmo constante en la década de los 90⁶⁹. Las iniciativas de control de tabaco tomadas durante este período continúan protegiendo a mujeres y hombres de la publicidad y del tabaquismo pasivo; mientras tanto, las intervenciones adaptadas deberían ayudar a mantener las bajas cifras de tabaquismo predominantes entre las mujeres negras.

Un estudio reciente sobre mujeres negras en Ciudad del Cabo mostró que las que fumaban cigarrillos eran mayores y menos educadas que las que no consumían tabaco. La mayoría de las encuestadas (72%, consumidoras de tabaco incluidas) estuvo de acuerdo en que el fumar en las mujeres estaba visto como un tabú vergonzoso y desagradable. El tipo de producto de tabaco usado por las mujeres de Sudáfrica parece variar según la edad. Las mujeres más mayores usan el rapé como medio para aliviar el dolor y no conocen la amenaza que supone el tabaco para la salud⁷⁰. Otro estudio indicó que la mayoría de mujeres eran conscientes del daño causado por el consumo de tabaco pero que creían que era un medio para perder peso⁷⁰.

En general, la representación femenina en los parlamentos y gobiernos africanos es inferior al 8%: aunque se presentan candidatas mujeres, no tienen éxito en las elecciones⁷¹. En contraste, en Sudáfrica aproximadamente el 32% de los miembros del parlamento elegidos son mujeres⁷². Si bien Sudáfrica eligió a su primera vicepresidenta mujer en 2005, la población femenina todavía no está representada adecuadamente en las estructuras locales y regionales.⁷³

En términos de asistencia sanitaria, muchos sudafricanos se han beneficiado de la reciente construcción y mejora de clínicas de salud, de la reasignación de recursos financieros y de la introducción del servicio sanitario gratuito. Sin embargo, el acceso a la atención sanitaria para las mujeres y familias que residen en las afueras de las ciudades o en

áreas rurales continúa siendo un gran obstáculo⁷⁴.

BRASIL – EL CULTIVO DE TABACO PROSPERA, PERO EL CONSUMO SE TAMBALEA
Tania Cavalcante

Brasil es el segundo mayor productor de tabaco del mundo y país líder en exportaciones de tabaco. Las mujeres participan en gran parte del proceso de cultivo: la producción y el cultivo tienen lugar normalmente en redes de familias campesinas que están integradas en una cadena de producción controlada por compañías multinacionales. Unas 200.000 familias cultivan tabaco en la zona sur de Brasil^{75,76}.

A pesar del número de personas involucradas en la producción de tabaco, el predominio de fumadores entre los adultos brasileños descendió significativamente entre 1989 y 2003. El tabaquismo masculino disminuyó del 36 al 22,7%, y el femenino, del 24 al 16%^{77,78}. Una muestra de adolescentes encuestados en las 12 ciudades más importantes de Brasil revela que la prevalencia de fumadores varía entre el 11 y el 27% en los chicos y entre el 9 y el 24% en las chicas⁷⁹. Los porcentajes de tabaquismo son mayores en los grupos con un nivel de educación bajo.

Desde 1987, el Ministerio de Salud de Brasil, a través del Instituto Nacional del Cáncer, ha coordinado junto con representantes de organizaciones no gubernamentales un programa de control del tabaco a nivel nacional y ha construido una red de trabajo que incluye oficinas sanitarias en 26 estados, el Distrito Federal y casi 4.000 municipios. Esta red ha estado desarrollando actividades educativas por todo el país para promover los espacios libres de humo y la cesación tabáquica, fomentando así un ambiente positivo para impulsar la legislación de control del tabaco.

Por ejemplo, en el año 2000, nuevas restricciones en la publicidad del tabaco forzaron la eliminación de sofisticados anuncios de tabaco (la mayoría de ellos dirigido a la mujer) de la televisión, revistas y otros medios de comunicación. En 2002, una ley federal hizo obligatoria la inserción de advertencias sanitarias con imágenes en los paquetes. Algunas de estas advertencias tratan cuestiones de género. Impulsado por la negociación del FCTC, el gobierno de Brasil ha ampliado su aproximación al control del tabaco creando una comisión interministerial nacional para planificar la implantación de las previsiones del FCTC y construir un plan de control del tabaco que tenga en cuenta los aspectos de género del consumo.

Todo esto está teniendo lugar en un país marcado todavía por las desigualdades de género. Aunque el 67,2% de los hombres y el 44,5% de las mujeres son económicamente activos, los ingresos medios de las mujeres son solo un 69,6% de los de los hombres⁸⁰. La desigualdad refleja el hecho de que la posición de la mujer en el mercado laboral está concentrada en los

trabajos de menor cualificación y sueldos más bajos⁸⁰. Más del 50% de las mujeres brasileñas vive en áreas rurales en circunstancias económicas precarias.

En la familia, se considera normalmente a las mujeres como “ayudantes del marido” y todavía tienen un desigual acceso a créditos públicos para llevar a cabo actividades agrícolas⁸⁰. Con el fin de hacer frente a estas desigualdades, el gobierno de Brasil ha creado el Secretariado de Políticas Especiales para la Mujer⁸¹ y ha formalizado un plan nacional para tratar estos temas. Una ley reciente asigna una cuota para la participación femenina en el campo legislativo e impulsa la participación de las mujeres en política.

AUSTRALIA – LAS MUJERES DESFAVORECIDAS TIENEN MAYOR RIESGO DE FUMAR
Jane Martin

Australia ha puesto en práctica una serie de políticas de control del tabaco durante los últimos 30 años que se han ocupado de reducir la prevalencia del tabaquismo, particularmente entre los adultos⁸². Pero, de acuerdo con las pautas descritas en la cuarta fase de la epidemia del tabaco, el porcentaje de reducción de la prevalencia de tabaquismo femenino se ha producido a un ritmo más lento que entre los hombres.

La prevalencia del tabaquismo entre las mujeres australianas alcanzó el 33% a mitad de la década de los 70 y desde entonces ha estado en declive, llegando al 17,5% en el 2004, en comparación con el 20,6% de los hombres⁸³⁻⁸⁵. Los hombres y las mujeres de edades comprendidas entre 20 y 29 presentan la mayor prevalencia, con un 25,5% de mujeres fumadoras⁸⁵.

Sin embargo, estas tendencias no son iguales en toda Australia. Los australianos indígenas tienen porcentajes de tabaquismo bastante mayores que la población en general. En 2002, el 47% de las mujeres indígenas eran fumadoras, para los hombres el porcentaje era del 51%, y los índices eran más altos en los grupos de entre 25 y 44 años.⁸⁶ En las comunidades indígenas, las tasas de tabaquismo en mujeres embarazadas rondaban el 50%⁸⁷.

Las familias monoparentales son la estructura familiar con un crecimiento más rápido en Australia, con más del 80% de estas familias con una mujer a la cabeza^{88,89}. Las madres solteras están íntimamente relacionadas con situaciones de desventaja y constituyen la prevalencia global de tabaquismo, alrededor del 46%, con las madres de entre 18 y 29 años representando la mayor prevalencia en un 59%. Una investigación australianas indica que las madres solteras son un indicador independiente del tabaquismo⁹⁰. La industria tabaquera se ha dirigido de forma activa a las mujeres a través de estrategias relacionadas con regalos, eventos de moda, Internet y colaboraciones con compañías que venden productos para mujeres. Por ejemplo, la marca de mentolados de Philip Morris llamada Alpine es consumida casi

exclusivamente por mujeres. Y además ha sido el pilar de una discreta y sofisticada campaña de marketing que utiliza modelos y productos de maquillaje para promover la marca en un entorno donde, por otra parte, la publicidad del tabaco está prohibida^{91,92}.

Australia firmó el FCTC de la OMS en diciembre del 2003 y la ratificó en octubre de 2004⁹³. Todas las jurisdicciones australianas, excepto la del Territorio Norte, han aprobado una legislación para prohibir fumar en lugares públicos como hoteles, bares, restaurantes y lugares de trabajo⁹⁴. En marzo de 2006 se puso en marcha la introducción de catorce advertencias con gráficos e imágenes que cubren el 90% del reverso de los productos de tabaco y el 30% de la parte delantera⁹⁵. En 2005, las compañías de tabaco eliminaron los términos "light" y "suave" de los paquetes (términos dirigidos especialmente a las mujeres)⁹⁶.

El porcentaje de mujeres trabajadoras continúa creciendo y se encuentra al 56%, sumando el 45% de la población activa total⁹⁷. Las mujeres constituyen la mayoría de trabajadores a tiempo parcial y eventuales, siendo el 71% de los empleados a tiempo parcial en 2005⁹⁸. Sin embargo, las mujeres que trabajan a jornada completa ganan, como media, el 84% que los hombres. En el listado de la Bolsa de Valores Australiana de 2004, sólo cuatro de los directores ejecutivos de las 200 principales compañías eran mujeres⁹⁷.

SUECIA – FUMAN MÁS MUJERES QUE HOMBRES

Margaretha Haglund

Suecia es uno de los cinco países del mundo donde el tabaquismo es más predominante entre mujeres que entre hombres. Pero actualmente, las mujeres están abandonando el hábito al mismo ritmo que los hombres, y en algunos grupos de edades específicas, incluso más rápido que ellos. Como consecuencia de exhaustivas actividades de control del tabaco y de sensibilización de género, Suecia tiene ahora porcentajes de tabaquismo del 17% para las mujeres y el 13% para los hombres, las cifras más bajas de Europa⁹⁹.

Las mujeres constituyen más de la mitad de los 9 millones de personas que viven en Suecia y casi la mitad de la población activa. La proporción de mujeres trabajadoras de entre 20 y 64 años aumentó del 60% en 1970 a casi el 80% de la actualidad. La representación de las mujeres en el parlamento se ha duplicado desde 1973 hasta el 45% de 2002¹⁰⁰. De acuerdo con el informe del Foro Económico Mundial de 2005 que evaluaba las diferencias de género a nivel mundial, ningún país ha conseguido la igualdad, pero Suecia estaba por encima de los otros 57 países de la lista. Suecia ganó puntos gracias a unos servicios sanitarios accesibles y asequibles, a largas bajas por maternidad y a los grandes logros en educación de la mujer¹⁰⁰.

El progreso hacia una mayor igualdad económica y social en Suecia comenzó en la década de 1930 y se

aceleró después de la Segunda Guerra Mundial. Pero en muchos ámbitos, esta igualdad era aparente y superficial, ya que las mujeres eran contratadas principalmente en ocupaciones y sectores que reflejan roles tradicionales de género, como el cuidado de niños o la enfermería. Y durante este período, la industria tabaquera presentó el tabaco como un símbolo de la liberación de la mujer y de la igualdad de género¹⁰¹.

Los primeros datos de la prevalencia del tabaquismo datan de 1946, e indicaban que el 9% de las mujeres y casi el 50% de los hombres eran fumadores. Después de un gran aumento, particularmente en los años 60, el número de mujeres fumadoras empezó a disminuir a finales de la década siguiente. En la actualidad, la fumadora típica es una mujer de entre 45 y 64 años o una madre soltera¹⁰².

Además de los cigarrillos, en Suecia también es común el *snus* (un tipo de tabaco de consumo oral sin humo), más entre los hombres que entre las mujeres. Actualmente, el 22% de los hombres y el 4% de las mujeres lo consumen. Sin embargo, la industria del tabaco está realizando un gran esfuerzo para aumentar su cuota de mercado entre las mujeres¹⁰³.

A pesar de la eficacia de las políticas de control del tabaco (como los altos precios, las prohibiciones de publicidad y promoción y centros de trabajo, bares y restaurantes libres de humo¹⁰⁴), la experiencia de Suecia indica que se necesitan medidas de sensibilización de género para influir en el consumo de tabaco. También parece que las mujeres, comparadas con los hombres, son más receptivas a los mensajes sobre los peligros del tabaquismo pasivo y están más inclinadas a usar los servicios de ayuda disponibles para dejar de fumar. Por ejemplo, la gran mayoría de quienes llaman a esta línea de ayuda son mujeres¹⁰⁵. Suecia ratificó el FCTC de la OMS el 7 de julio de 2005 y es uno de los 100 socios del tratado.

CANADÁ – LA DISMINUCIÓN GENERAL OCULTA LAS POBLACIONES PRIORITARIAS FEMENINAS

Natasha Jategaonkar

La prevalencia de fumadores entre los canadienses de 15 años o más ha disminuido a aproximadamente el 17% en las mujeres y el 22% en los hombres. Los porcentajes de los últimos 20 años reflejan un descenso significativo en la prevalencia de tabaquismo en grupos de todas las edades.¹⁰⁶ La disminución ha sido en gran parte atribuida a la puesta en práctica de diversas políticas de control de tabaco basadas en la población, como las restricciones en la venta, el aumento de los precios y los impuestos, y los esfuerzos por "anormalizar" el consumo de tabaco. Aunque la reducción general parece ser prometedora, estas estadísticas ocultan el hecho de que subpoblaciones específicas de mujeres y hombres todavía presentan porcentajes con altos niveles.

Los actuales fumadores canadienses ocupan a

menudo una posición social de desventaja o marginación relacionada con la edad, el estatus socioeconómico, el estatus aborigen, la orientación sexual o experiencias como traumas, enfermedades mentales y consumo de otras sustancias. El género es un determinante clave en la salud y actúa en concierto con estos elementos para influir en la situación del tabaquismo. Por ejemplo, los canadienses que cuentan con ingresos más bajos son más propensos a fumar. En 1996-97, aproximadamente el 35% de las mujeres y el 41% de los hombres con los niveles de renta más bajos eran fumadores. En contraste, en la población con mayores ingresos, la prevalencia de tabaquismo era del 18% para las mujeres y del 22% para los hombres¹⁰⁷. Como término medio, las mujeres de Canadá ganan un salario más bajo que los hombres y es más probable que vivan por debajo del umbral de ingresos bajos¹⁰⁸. Los jóvenes aborígenes también presentan altos porcentajes de tabaquismo. En la provincia de la Columbia Británica por ejemplo, los niveles de consumo de tabaco entre las adolescentes aborígenes son los más altos entre los otros grupos de género étnico-culturales de la provincia¹⁰⁹.

En todas estas subpoblaciones está garantizada la atención a asuntos específicos de mujeres. Por ejemplo, a menudo se considera responsabilidad de las mujeres el proveer de atención y alimento a los niños y de mantener espacios libres de humo para ellos. Esto puede resultar complicado cuando el espacio, el dinero y los recursos pueden no estar bajo el control femenino. También hay otras demandas para las mujeres fumadoras en comparación con los hombres cuando se presentan estas responsabilidades, particularmente para las madres solteras. En Canadá, éstas son mucho más propensas a fumar que las madres con pareja: un informe mostraba la prevalencia del tabaquismo en el 52,8%¹¹⁰. En comparación con las madres de 25 años o más, es más probable que las madres jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 24 fumen durante el embarazo (21% y 7% respectivamente)¹¹¹.

La Comisión sobre el Estatus de la Mujer en Canadá es una agencia del gobierno federal creada para promover la igualdad de género. Su trabajo se centra en mejorar el bienestar de las mujeres y en favorecer el progreso de sus derechos humanos. En uno de sus documentos recientes, la Comisión identificó la atención a los niños, la violencia contra las mujeres y la desigualdad de salarios como los tres temas más importantes a tratar para mejorar la vida de la población femenina de Canadá¹¹².

Health Canada, el departamento federal con el mandato de ayudar a los canadienses a mantener y mejorar su salud, ha desarrollado una estrategia para la mujer que cumple con los documentos internacionales de la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer y la Plataforma de Acción de Beijing, así como del Plan Federal por la

Igualdad de Género¹¹³. Las agencias federales del gobierno proporcionan formación en Análisis Basado en el Género (GBA), una herramienta para los responsables de formulación de políticas de los partidos, los proveedores de programas y los investigadores. Canadá firmó el FCTC el 15 de julio de 2003 y lo ratificó el 26 de noviembre de 2004.

CONCLUSIÓN

Los perfiles de los países descritos aquí son sólo una pequeña representación de los múltiples y complejos asuntos que se encuentran en la encrucijada de controlar el tabaco y mejorar el estatus de las mujeres y chicas. Aunque las prioridades varían de un país a otro según en qué fase de la epidemia del tabaco considere cada uno que está afrontando o de cuáles sean las tendencias

regionales, en todos los países es fundamental el reconocimiento y la respuesta al impacto del tabaco sobre la vida de las mujeres y el desarrollo de mecanismos y políticas de sensibilización que las capaciten para vivir sin tabaco.

REFERENCIAS

1. Lopez, A.D. y Ezzati, M. Estimaciones de mortalidad mundial por tabaquismo. *Lancet* 2003; 362(9387): 847-52.
2. Mackay, J. y Ericksen, M. *El atlas del tabaco*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. pág. 36.
3. Guidon, G.B. y Bolsclair, D. *Tendencias pasadas, presentes y futuras en el consumo de tabaco*. 2003; Banco Mundial. Disponible en: <http://www1.worldbank.org/tobacco/publications.asp>
4. Harlem Brundtland, G. Prólogo. En J.M. Samet & S.Y. Yoon (Ed.). *Mujeres y la epidemia del tabaco – Retos para el s. XXI* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
5. López et al. Un modelo descriptivo de la epidemia de los cigarrillos en países desarrollados. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-47.
6. Naciones Unidas. *Declaración del milenio de Naciones Unidas*. Ginebra: Asamblea General, Naciones Unidas; 2000. Disponible en: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf
7. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos. *Progresos hacia los objetivos de desarrollo del milenio, 1990-2005*. Ginebra: Naciones Unidas; 2005. Disponible en: http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_coverfinal.htm
8. Lopez-Claros, A. y Zahidi, S. *Capacitación de las mujeres: midiendo la brecha de género en el mundo*. Ginebra: Foro Económico Mundial; 2005.
9. Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. *Estrategia de salud*. Ottawa: CIDA; 1996.
10. Shafey, O., Dolwick, S. y Guindon, G.E. *Perfiles nacionales de control del tabaco* (2ª ed.). Atlanta, GA: Sociedad Estadounidense del Cáncer; 2003.
11. Wellington E. *Encuesta Mundial sobre Tabaco y*

- Juventud*: Hoja de datos: Descargado el 10 de marzo de 2006 de http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/2000/ghana_factsheet.htm
12. British American Tobacco. *Informe Social 2004/05*. Recuperado el 10 de marzo de 2006 de <http://www.bat.com>
 13. Organización Mundial de la Salud. *Iniciativa sin Tabaco*. Situación actualizada del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Recuperado el 10 de marzo de 2006 de <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/index.html>
 14. Servicios Estadísticos de Ghana. *Censo de población 2000: Resumen del informe final de resultados*. Marzo de 2002.
 15. Agencia Central de Inteligencia (CIA – EE.UU.). *The world factbook. Ghana*. Recuperado el 10 de marzo de 2006 de <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/gh.html>
 16. Ministerio de la Mujer y la Infancia. *Segundo informe de progresos de Ghana sobre la implantación de la plataforma de acción de África y Beijing e informe de revisión para Beijing +10*. Recuperado el 10 de marzo de 2006 de <http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/responses/GHANA-English.pdf>
 17. Gobierno de Ghana. *Miembros del Parlamento*. Recuperado el 10 de marzo de 2006 de http://www.parliament.gh/member_parlmemb.php
 18. Departamento de Desarrollo Sostenible. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Recuperado el 21 de enero de 2006 de <http://www.fao.org/sd/WPdirect/WPre0107.htm>
 19. Banco Mundial. *Indicadores de Desarrollo Mundial 2005*. Recuperado el 21 de enero de 2006 de <http://devdata.worldbank.org/wd2005/Section2.htm>
 20. Mujeres 'on-line' en política. *Red 'on-line' de Asia-Pacífico de mujeres en política, gobierno y liderazgo transformativo*. Recuperado el 21 de enero de 2006 de <http://www.onlinewomeninpolitics.org/statistics.htm>
 21. UNICEF. *De un vistazo: China*. Recuperado el 21 de enero de 2006 de: http://www.unicef.org/infobycountry/china_statistics.html
 22. Banco Mundial. *Indicadores de Desarrollo Mundial 2005*. Recuperado el 21 de enero de 2006 de <http://devdata.worldbank.org/wdi2005/Section2.htm>
 23. Morgan, B. Mujeres chinas echando humo a la cara del patriarcado. *The Star*. 27 de noviembre de 2003. Disponible en <http://www.thestar.co.za>
 24. Yang, G.H., Ma, J.M., Liu, N. y Zhou, L.N. Tabaquismo y tabaquismo pasivo en chinos, 2002. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* [Revista China de Epidemiología] 2005 Febrero; 26(2): 77-83. [Artículo en chino].
 25. Weng, X.Z., Hong, Z.G. y Chen, D.Y. Prevalencia del tabaquismo en chinos a partir de 15 años de edad. *Chinese Medical Journal* 1987; 100(11): 886-92.
 26. Academia China de Medicina Preventiva, Asociación China de Tabaquismo o Salud. *Tabaquismo y salud en China: 1996 Estudio nacional sobre prevalencia de los patrones de tabaquismo*. Beijing: China Science and Technology Press; 1996.
 27. Yang G.H., Ma, J.M., Liu, N. y Zhou, L.N. Tabaquismo y tabaquismo pasivo en chinos. *Chinese Journal of Epidemiology* 2002; 26(2): 77-83.
 28. Hui L. Los fumadores chinos se dan a los cigarrillos. *World Tobacco* 11 July 1998.
 29. *Tobacco China Online*. Disponible en <http://www.tobaccochina.com/englishnew>
 30. Yang, G.H., Ma, J., Chen A., Zhang, Y., Samet, J.M., Taylor, C.E. y Becker, K. Cesación tabáquica en China: Conclusiones del estudio nacional sobre prevalencia 1996. *Tobacco Control (Control del Tabaco)* 2001; 10: 170-74.
 31. Oficina del Primer Ministro. *Tailandia en los noventa*. Bangkok, Oficina Nacional de Identidad; 1995.
 32. *Informe del estudio nacional 2004 sobre comportamiento tabáquico*. Bangkok, Oficina Nacional de Estadísticas; 2004.
 33. *Informe del estudio sobre salud y bienestar social*. Bangkok, Oficina Nacional de Estadísticas; 2004.
 34. *Estudio nacional sobre consumo de tabaco y alcohol*. Bangkok, Oficina Nacional de Estadísticas; 2003
 35. *Informe del estudio nacional 2004 sobre comportamiento tabáquico*. Bangkok, Oficina Nacional de Estadísticas; 2004.
 36. Khanasa, Y. *Comportamiento tabáquico entre chicas estudiantes de 6 institutos y escuelas profesionales*. Bangkok, Mahidol University, Facultad de Salud Pública; 1997.
 37. Mohammad, K., Noorbala, A.A. et al. Tendencias de la prevalencia del tabaquismo en Irán entre 1991 y 1999 basadas en dos estudios nacionales de salud y enfermedad. *HAKIM Research Journal* 2000; 3(4): 290-97.
 38. Masooleh, H.A. y Masjedi, M.R. Prevalencia del tabaquismo entre estudiantes universitarios de Teherán. *Journal of Medical Council de la República Islámica de Irán*, Invierno 2003; 20: 283-87
 39. Azaripour Masooleh, H., Farshad, A.A. et al. *Encuesta Mundial sobre Tabaco y Juventud (GYTS) 2002*, Teherán. Informe final de la encuesta enviado a la Organización Mundial de la Salud. No publicado.
 40. Ziaee, P. y Hatamizadeh, N. Evaluación de la prevalencia del tabaquismo entre estudiantes de instituto en Teherán, 1999. *Hakim Research Journal*, Centro Nacional de Investigación de Ciencias Médicas, R.I. de Irán 2001; 4(2): 78-85.
 41. Centro para la Participación de las Mujeres. *Informe Nacional sobre la Situación de la Mujer en la República Islámica de Irán*. 2005. Disponible en <http://www.women.org.ir>
 42. Subsecretariado de Salud, Ministerio de Sanidad y Educación Médica, R.I. de Irán. *Estudio de demografía y salud*. Con UNFPA, UNICEF y el Centro Estadístico de la R.I. de Irán; 2000.
 43. Departamento General de Salud Familiar y Reproducción. *Informe nacional sobre población y el programa de planificación familiar en la R.I. de Irán*. Subsecretariado de Salud, Ministerio de Sanidad y Educación Médica, R.I. de Irán con la colaboración de UNFPA; 2000.
 44. Censo de la India. Totales Provisionales de Población, Serie 1, India, Documento 1 de 2001. Capítulo 7. Nueva Delhi, Ministerio del Interior; 2001. Disponible en: <http://www.censusindia.net>
 45. Centro Internacional de Investigaciones para el

- Desarrollo. *Una década de capacitación de las mujeres a través de gobiernos locales en la India*. Informe del taller. Nueva Delhi: Instituto de Ciencias Sociales, South Asia Partnership Canada; 2003.
46. Rani, M., Bonu, S., Jha, P., Nguyen, S.N. y Jamjoum, L. Consumo de tabaco en la India: Prevalencia y elementos de predicción del consumo de tabaco (fumado y mascado) en un estudio nacional de hogares. *Control del Tabaco* 2003; 12: e4.
 47. Organización Nacional de Muestreos (NSSO). Resumen de conclusiones. En *Consumo de tabaco en la India, 1993-1994*. NSS 50th Round (Julio 1993 - Junio 1994). (Informe n.º 427, págs. 10-35). Nueva Delhi, NSSO, Departamento de Estadísticas, Gobierno de la India; 1998.
 48. OMS, Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar, Gobierno de la India, Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Prevalencia del consumo de tabaco entre mujeres. En K.S. Reddy y P.C. Gupta (Eds.), *Informe sobre control del tabaco en la India*. Págs. 57-60. Ginebra: OMS; 2004.
 49. PIAR. *Dimensión del tabaquismo en Turquía y factores causales*. Ministerio de Sanidad de Turquía; 1989.
 50. Ministerio de Sanidad de Turquía. Disponible en <http://www.saglik.gov.tr>
 51. Bilir, N., Dogan, B.C. y Yildiz, A.N. *Comportamiento y actitudes tabáquicos*. Ankara, Fundación de Salud Pública y Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; 1997.
 52. Dagli, E. *¿Son los países de rentas bajas objetivo de la industria tabaquera?* Ponencia plenaria presentada en la conferencia sobre Salud Pulmonar Mundial y asamblea anual de 1997 de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares, Palacio de Congresos, París, Francia, 1-4 Octubre de 1997. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 1999; 3(2): 113-18.
 53. Esmer, Y., Fields, G., Heper, M., Karatas, C. y Shorter, F. *Informes sobre desarrollo humano: Turquía 1996. Asentamientos humanos y erradicación de la pobreza*. Nueva York: Programa de Desarrollo de Naciones Unidas; 1996.
 54. Anil, E., Arin, C., Berkay Hazırmirzaoğlu, A., Bingöllü, M. y Yıkkaracan, P. *El nuevo estatus legal de las mujeres en Turquía*. Estambul, Mujeres por los Derechos Humanos de la Mujer; 2002. Disponible en: <http://www.wwhr.org/images/newlegalstatus.pdf>
 55. Estudio sobre Población Activa Doméstica. Instituto Estatal de Estadísticas; 1998.
 56. Dikbayir, G. y Karaduman Ta, A. *Mujeres y seguro de salud: La situación de dependencia de las mujeres en Turquía*. Ankara, División de Estadísticas sobre Estructura Social y Género, Instituto Estatal de Estadísticas; 2003. Disponible en: <http://www.cicred.org/Eng/Publications/Books/TunisHealthWomen/TunisDikbayir.pdf>
 57. Afifi Soweid, R., Nakkash, R., Nehlawi, N., Khogali, M. et al. *Juntos por la salud del corazón: Una iniciativa para la prevención y control comunitario de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares*. Beirut, Unión Europea; 2002.
 58. Afifi Soweid, R. Lebanon: El conducto de las pipas de agua hacia la juventud (análisis de noticias). *Control del Tabaco* 2005; 14: 363-64.
 59. Chaaya, M., Awwad, J., Campbell, O., Sibai, A. y Kaddour, A. Perfil demográfico y psicosocial del tabaquismo entre mujeres embarazadas del Líbano: Implicaciones de salud pública. *Maternal and Child Health Journal* 2003; 7: 179-86.
 60. Shediach-Rizkallah, M., Afifi-Soweid, R., Farhat, T.M. et al. Comportamientos relacionados con la salud de adolescentes en el Líbano de la posguerra: Conclusiones entre estudiantes de la Universidad Americana de Beirut. *International Quarterly of Community Health Education* 2001; 20: 115-31.
 61. Chaaya, M., El Roueiheb, Z., Chemaitelly, H. et al. Consumo de tabaco en pipa de agua entre estudiantes universitarios: Una nueva epidemia de tabaco. *Nicotine and Tobacco Research* 2004; 6(3): 457-63
 62. Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) *Encuesta Mundial sobre Tabaco y Juventud en Líbano (GYTS) 2001*, Atlanta, GA: Programa Mundial de Control y Prevención del Tabaquismo CDC, un Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control y Prevención Mundial del Tabaquismo; 2001.
 63. Tamim, H., Musharrafieh, U. y Almawi, W. Tabaquismo entre adolescentes en un país en desarrollo. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2001; 25: 18-19.
 64. Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) *Encuesta Mundial sobre Tabaco y Juventud en Líbano (GYTS) 2005*, Atlanta, GA: Programa Mundial de Control y Prevención del Tabaquismo CDC, un Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control y Prevención Mundial del Tabaquismo; 2005.
 65. Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe sobre Líbano, Septiembre de 2003*. Disponible en <http://www.un.org.lb/un/awms/uploadedFiles/MDGR%20English.pdf>.
 66. Khalaf, M.S. *Evaluación de la situación de la mujer libanesa a la luz de la Plataforma de Acción de Beijing*. Amman, Jordón: UNIFEM Oficina Regional de los Estados Árabes; 2002.
 67. Swart, D., Reddy, S.P., Panday, S., Philp, J.L., Naidoo, N. y Ngobeni N. *La Encuesta Mundial sobre Tabaco y Juventud 2002 (GYTS): La 2ª GYTS en Sudáfrica (SA) – Una comparación entre la GYTS (SA) de 1999 y la GYTS (SA) de 2002*. Ciudad del Cabo: South African Medical Research Council; 2004.
 68. *Encuesta Demográfica y de Salud de Sudáfrica – 1998*. Ministerio de Sanidad. Disponible en: www.doh.gov.za/facts/1998/sadhs98
 69. Steyn, K., Bradshaw, D., Norman, R., Laubscher, R. y Saloojee, Y. Consumo de tabaco por sudafricanos durante 1998: La primera encuesta demográfica y de salud. *Journal of Cardiovascular Risk* 2002; 9(3): 161-70.
 70. Seidel Marks, A., Steyn, K. y Ratheb, E. *Consumo de tabaco por mujeres negras en Ciudad del Cabo*. Informe de Política n.º 1. 2001; Recuperado el 30 de enero de 2006 de <http://archive.idrc.ca/tobacco.htm>
 71. Manuh, T. *Mujeres en el desarrollo de África: Superando obstáculos, empujando para progresar*. Documento Informativo sobre la Recuperación de África. Nueva York: Recuperación de África.

- Departamento de Información Pública; 1998.
72. Unión interparlamentaria. Mujeres en la Base de Datos del Parlamento Nacional. Recuperado el 30 de abril de 2006 de: <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>
 73. Motsei, M. *Informe nacional sobre la situación sanitaria de la mujer 1994-2004, Inqoxo Zamakhozikazi*. Pretoria: Ministerio Nacional de Sanidad; 2005.
 74. Shisana, O. y Davids, A. *Género y VIH/SIDA: Foco en África del Sur*. Documento no publicado. Ciudad del Cabo: Human Sciences Research Council; 2004.
 75. Almeida, G.E.G. *Fumo servidão moderna e violação dos direitos humanos*. Terra de Direitos – Organização Civil pelos Direitos Humanos (org). Curitiba/Paraná; 2005.
 76. DESER (Departamento de Estudios Socioeconómicos Rurales). Una cadena productiva del humo. *Contexto Rural* Julio de 2005: 5(5): 30-31.
 77. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). *Encuesta nacional sobre salud y nutrición*. Brasília, 1990.
 78. Brasil, Ministério Da Saúde/Instituto Nacional De Câncer/Secretaria De Vigilância Em Saúde. *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Rio de Janeiro*; 2004.
 79. Brasil, Ministério Da Saúde/Instituto Nacional De Câncer. *Vigilância de tabagismo em escolares. Dados de 12 capitales brasileiras*. Vol 1. Rio de Janeiro; 2004. Disponible en <http://www.inca.gov.br/vigescola/>
 80. Instituto de Geografía y Estadísticas de Brasil (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais*; 2004. Rio de Janeiro; 2005. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2004/default.shtm>
 81. Presidencia de la Republica Secretaria Especial de Políticas as Mulheres. Disponible en <http://www.presidencia.gov.br/spmulheres>
 82. Chapman, S. y Wakefield, M. Defensa del control del tabaco en Australia – Observaciones sobre treinta años de progreso. *Educación en la Salud y Comportamientos*, Junio de 2001; 28(3): 274-89.
 83. Woodward, S.D., Winstanley, M.W. y Walker, N. *El tabaco en Australia – Realidades y cuestiones*. Melbourne: Programa de Tabaquismo y Salud en Victoria; 1995.
 84. White, V., Hill, D., Siahpush, M. y Bobevski, I. ¿Cómo ha cambiado la prevalencia del consumo de cigarrillos entre los adultos australianos? Tendencias en la prevalencia del tabaquismo entre 1980 y 2001. *Control del Tabaco*, Septiembre de 2003; 12: 67-74.
 85. Instituto de Salud y Bienestar de Australia. 2004 *Encuesta nacional sobre estrategias ante las drogas: Detalle de las conclusiones*. (AIHW Drug Statistics Series No. 16; cat. N° PHE 66). Canberra, AIHW; 2005.
 86. Oficina de Estadísticas de Australia. *Encuesta social nacional de Aborígenes e Isleños del Estrecho de Torres 2002*. (N° Cat. 4174.0). Canberra, Comunidad de Naciones de Australia; 2004.
 87. Edwards, E. y McIntosh, P. *Entender el problema. Tabaquismo y embarazo en comunidades indígenas*. Resultados de un seminario nacional consensuado sobre tabaquismo y embarazo, 17 de junio de 1998. Canberra, Australian Medical Association; 1999.
 88. Oficina de Estadísticas de Australia. *Tendencias sociales en Australia. Familia y comunidad. Ser desempleado, padre/madre único/a o emigrante recién llegado*. (N° Catálogo 4102). Canberra, AGPS; 2004.
 89. Oficina de Estadísticas de Australia. *Proyecciones domésticas y familiares, Australia, 2001-2006*. (N° Catálogo 3236.0). Canberra, AGPS; 2004.
 90. Siahpush, M. ¿Por qué está tan asociada al tabaquismo la maternidad en solitario? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2004; 28: 37-42.
 91. Harper, T. La vida del marketing después de las prohibiciones sobre la publicidad. *Tobacco Control (Control del Tabaco)* 2001; 10: 196-98.
 92. Harper, T. y Martin, J. En el radar – Cómo se dirige la industria tabaquera a los jóvenes de Australia. *Drug and Alcohol Review* 2002; 21: 387-92.
 93. Organización Mundial de la Salud. *Iniciativa sin Tabaco* Situación actualizada del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaquismo. Recuperado el 31 de enero de 2006 de <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/index.html>
 94. Acción sobre Tabaquismo y Salud (ASH) Australia. *Leyes antitabaco, estados australianos y el mundo*. Recuperado el 31 de enero de 2006 de <http://www.ashaust.org.au/SF'03/law.htm>
 95. Comunidad de Naciones de Australia. *Tabaco – Precauciones sanitarias*. Departamento de Salud y Envejecimiento de la Comunidad de Naciones, Gobierno de Australia. Recuperado el 31 de enero de 2006 de <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-publhlth-strateg-drugs-tobacco-warnings.htm>
 96. Comisión Australiana de la Competencia y el Consumidor (ACCC). ACCC toma una resolución sobre la investigación de cigarrillos 'light' y 'mild' con Imperial Tobacco. Recuperado el 31 de enero de 2006 de <http://www.accc.gov.au/content/index.phtml/itemId/713217/fromItemId/2332>
 97. Comunidad de Naciones de Australia. *Igualdad de Oportunidades para la Mujer en las Agencias de Empleo*. Recuperado el 31 de enero de 2006 de http://www.eowa.gov.au/About_Equal_Opportunity/Key_Agenda_Items.asp
 98. Comisión de Derechos Humanos e Igualdad de Oportunidades. *Encontrar el equilibrio: Mujeres, hombres, trabajo y familia*. Sydney, Australia, HEREOC; 2005. Recuperado el 31 de enero de 2006 de: http://www.hreoc.gov.au/sex_discrimination/strikingbalance/docs/STB_Final.pdf
 99. Instituto Nacional Sueco de Salud Pública. Menor consumo de tabaco - ¿Hemos llegado lejos? <http://www.fhi.se/tobak>
 100. Instituto Sueco. Igualdad entre mujeres y hombres. 2004. Disponible en: <http://www.si.se>
 101. Haglund, M. Tendencias de desarrollo en tabaquismo entre mujeres de Suecia – Un análisis. En M. Aoki, S. Hisamichi y S. Tominaga (Eds.). *Tabaquismo y salud 1987 (Congreso Internacional, serie 780)*. Amsterdam, Excerpta Medica; 1988.

102. Haglund, M. y Amos, A. De tabú social a "antorcha de libertad": El marketing de los cigarrillos para mujeres. *Control del Tabaco* 2000; 9: 3-8.
103. Haglund, M. Suecia: Combatiendo a la bestia - Los éxitos traen nuevos retos. En K. Hakala y M. Waller (Eds.). *Control nórdico del tabaco: Hacia unas sociedades sin humo*. Copenhague: Consejo Nórdico de Ministros; 2003. p. 47
104. Christofides, N. Cómo hacer políticas más sensibles al género. En J.M. Samet y S. Y. Yoon (Eds.). *Mujeres y la epidemia del tabaco – Retos para el s. XXI*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2001. págs. 165-67.
105. Helgason, A.R, Tomson, T., Lund, K.E., Galanti, R., Ahnve, S. y Gilljam, H. Factores relacionados con la abstinencia en una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar. *European Journal of Public Health* 2004; 13(3): 306-10.
106. Health Canada. *Estudio de control sobre el consumo de tabaco en Canadá (CTUMS): Resumen de resultados del primer semestre de 2005*. Ottawa, Health Canada, Programa de Control del Tabaco; 2005.
107. Statistics Canada. *Encuesta Nacional de Salud, 1996-97*. Ottawa, Statistics Canada; 1999
108. O'Donnell, V., Almey, M., Lindsay, C., Fournier-Savard, P., Mihorean, K., Charmant, M., Taylor-Butts, A., Johnson, S., Pottie-Bunge, V. y Aston, C. *Mujeres en Canadá: Un informe estadístico basado en el género (5ª Ed.)* Statistics Canada; 2005. Disponible on-line en: <http://www.statcan.ca/english/freepub/89-503-XIE/0010589-503-XIE.pdf>
109. Johnson, J.L., Tucker, R.S., Ratner, P.A., Bottorff, J.L., Prkachin, K.M., Shoveller, J. y Zumbo, B. Correlaciones sociodemográficas del consumo de cigarrillos entre estudiantes de instituto: Resultados de la encuesta de juventud de British Columbia sobre tabaquismo y salud. *Canadian Journal of Public Health* 2004; 95: 268-71.
110. Young, L.E., James, A.D. y Cunningham, S.L. Maternidad en solitario y riesgo de enfermedad cardiovascular: Encuesta Nacional de Salud (NPHS), 1998-99. *Canadian Journal of Public Health* 2004; 95(5): 329-35.
111. Estudio de control sobre el consumo de tabaco en Canadá (CTUMS), Health Canada. Resumen de Resultados Anuales para 2004, Tabla 7. Disponible en http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hecs-sesc/pdf/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctumsesutc/2004/table-2004_e.pdf
112. Status of Women Canada. *Informe de las consultas on-line a Women Canada sobre igualdad de género*. Ottawa: Status of Women Canada; 2005. Disponible en: http://www.swc-cfc.gc.ca/index_e.html
113. Health Canada. *Estrategia de salud de la mujer*. Ottawa: Health Canada; 1999.

HISTORIA DE LA MUJER Y EL TABACO - REFERENCIAS

- <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/9/1/3#F1>
- Ernster, V. Mensajes mezclados para mujeres: Una historia social del consumo de cigarrillos y la publicidad. *New York State Journal of Medicine* 1985; 85: 335-40. <http://www.quit.org.au/quit/FandI/fandi/c16s6.htm>
- <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/9/1/3#F1>
- Departamento de Educación para la Salud, Reino Unido *El tabaco: una historia breve*. Julio de 1996. <http://www.ash.org.uk/html/schools/keydates.html>
- <http://www.ash.org.uk/html/schools/keydates.html>
- <http://www.viable-herbal.com/health27.htm>
- <http://tobacowall.ucsf.edu/1960.html>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Virginia_Slims
- <http://www.ash.org.uk/html/schools/keydates.html>
- <http://govpubs.lib.umn.edu/guides/surgeongeneral.phtml>
- <http://tobacowall.ucsf.edu/1980.html>
- http://www.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History_20-2.html
- http://en.wikipedia.org/wiki/Capri_%28cigarettes%29
- <http://www.viable-herbal.com/health27.htm>
- <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
- <http://www.fctc.org/treaty/index.php>

Capítulo 2. El Tabaco Mata a la Mujer: lo que Sabemos Acerca de los Efectos Nocivos para la Salud

Michele Bloch

Durante muchos años, el impacto del tabaquismo sobre la salud de las mujeres no se comprendió plenamente porque para conocer todos los efectos del consumo de tabaco sobre una población se requieren varias décadas hasta que se hacen evidentes. Como reflejo de las tendencias de género en la respuesta ante el tabaco, primero se conoció el impacto sobre la salud de los hombres, por lo que los problemas para la población masculina se convirtieron en el patrón de referencia para evaluar los efectos del consumo de tabaco. Sin embargo, gracias a la continua investigación acerca de los efectos específicos del tabaquismo sobre las mujeres, hoy en día conocemos los efectos negativos del tabaquismo sobre casi todos los sistemas del cuerpo de la mujer.

Los cigarrillos han cambiado significativamente con los años, pero los riesgos de enfermedad a causa del tabaquismo no lo han hecho¹. En los años 50, los fabricantes de tabaco agregaron filtros; a principios de los 60, comenzaron a comercializar los cigarrillos con valores inferiores de alquitrán y nicotina medidos por máquinas (los así llamados cigarrillos *light* o bajos en alquitrán). Los anuncios publicitarios de estas nuevas marcas pretendían tranquilizar a los fumadores preocupados por los riesgos para la salud y retrasar su cesación tabáquica. Muchas mujeres empezaron a fumar estas nuevas marcas con la esperanza de reducir los riesgos, pero más tarde sabrían que su exposición a componentes nocivos, así como su riesgo de padecer enfermedades, se mantenía esencialmente sin cambios.

Aunque se sabe que el tabaco es perjudicial para la salud, todavía se requiere una mejor comprensión de cómo el impacto del consumo de tabaco y la exposición al mismo sobre la salud de los fumadores pasivos difiere entre hombres y mujeres y si estas diferencias se deben a distintos patrones de consumo o a diferencias biológicas subyacentes. Asimismo, se requiere una mejor comprensión de los daños específicos para las mujeres causados por el tabaco *bidi*, las pipas de agua y los productos del tabaco no fumado. Una mejor comprensión de las diferencias de género nos ayudará a entender cómo el tabaquismo continuado afecta a la progresión y tratamiento de las enfermedades causadas por el tabaco.

Una cosa es cierta, y son buenas noticias para las mujeres que utilizan productos del tabaco: la cesación tabáquica salva vidas. Mientras que los beneficios son mayores para la salud de aquéllas que cesan a edades más tempranas, toda mujer que cesa observa mejorías enormes e inmediatas en su salud. Además, cada año

sabemos algo más acerca de cómo ayudar a las mujeres para que cesen para siempre con éxito. En este capítulo exploramos el impacto del consumo de tabaco sobre la salud de las mujeres y la exposición al mismo de las fumadoras pasivas, así como los beneficios específicos de la cesación tabáquica para la salud.

EL TABAQUISMO Y SU IMPACTO GENERAL SOBRE LA SALUD

El tabaquismo reduce significativamente la esperanza de vida de la mujer y las mujeres fumadoras son mucho más susceptibles de morir prematuramente que aquellas que no lo son. Los científicos han demostrado que cerca de la mitad de todos los fumadores, especialmente aquellos que comenzaron a fumar durante la adolescencia, morirán a causa del consumo de tabaco y que uno de cada cuatro fumadores morirá de forma prematura². El riesgo de muerte aumenta con el número de años como fumador y el número diario de cigarrillos fumados.

Numerosos estudios demuestran que, tanto las mujeres como los hombres fumadores, tienden a calificar su estado de salud con una puntuación más baja que los no fumadores³. Los fumadores presentan mayores índices de absentismo laboral, son más susceptibles de ser hospitalizados y suponen un gasto médico más elevado que los no fumadores⁴.

EL CÁNCER

Debido a las docenas de carcinógenos (sustancias químicas causantes del cáncer) que contienen los cigarrillos, el tabaquismo puede producir cáncer en muchas partes del cuerpo. Sin embargo, el índice más alto de riesgo de cáncer se encuentra en las partes del cuerpo con mayor y más intensa exposición al tabaco, como los pulmones, la garganta y la boca.

El cáncer de pulmón es el más típico entre los fumadores y es la causa más común de muerte por cáncer entre los hombres de todo el mundo. Mientras que el cáncer de mama es la mayor causa de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo en un número cada vez mayor de países desarrollados, el cáncer de pulmón está superando al de mama como la mayor causa de muerte por cáncer⁵. En la mayoría de países en desarrollo, los índices femeninos de cáncer de pulmón son reducidos actualmente, pero se espera que aumenten a medida que se incrementa el índice de tabaquismo femenino. Al contrario que muchos otros tipos de cáncer, el cáncer de pulmón es raramente curable. En EE.UU., cinco años después del diagnóstico, cerca del 90 por ciento de las mujeres con cáncer de mama continúan vivas, mientras que el 85 por ciento de las mujeres con cáncer de pulmón ha muerto⁶.

Aún existen muchas preguntas acerca de cómo el cáncer de pulmón difiere entre hombres y mujeres. Durante muchos años, la tendencia de hombres y mujeres fue desarrollar distintos tipos histológicos de cáncer de pulmón: carcinoma de las células espinales

en los hombres, adenocarcinoma en las mujeres. Esta diferencia se atribuyó en parte a la introducción de cigarrillos con filtro y bajos en alquitrán y nicotina, lo que facilitaba la inhalación profunda del tabaco hacia los pulmones, donde se desarrollan los adenocarcinomas. Dichos cambios en los cigarrillos coincidieron con un incremento del tabaquismo entre las mujeres. Hoy en día, el adenocarcinoma es el tipo histológico más común de cáncer de pulmón, tanto para hombres como para mujeres, lo que probablemente refleja las similitudes en los tipos de cigarrillos que fuman los hombres y las mujeres⁷. Algunas investigaciones sugieren que, posiblemente, el diagnóstico de cáncer de pulmón entre las mujeres se produce a edades más tempranas que entre los hombres; otros estudios indican que las mujeres tienen mayor capacidad de supervivencia que los hombres para la misma etapa de diagnóstico⁸. Claramente, un mejor conocimiento de las diferencias de sexo y género en la incidencia y resultados del cáncer de pulmón contribuirá a una mejor prevención y tratamiento.

Además del cáncer de pulmón, el tabaquismo incrementa el riesgo de las mujeres de padecer cáncer de boca, garganta, caja vocal (laringe), esófago, estómago, páncreas, hígado, riñón, cuello del útero y útero. Como ha indicado el reciente informe del Consejo de Recursos del Aire de California, los datos también “respaldan una asociación causal entre el tabaquismo activo y el elevado riesgo de padecer cáncer de mama”⁹. El riesgo de padecer cáncer de pulmón disminuye de forma estable con la cesación tabáquica; entre 10 y 15 años después de la cesación, el riesgo de una mujer es similar al de un no fumador. El riesgo de padecer otros cánceres también disminuye sustancialmente después de la cesación tabáquica¹⁰.

LA SALUD PULMONAR

La inhalación de grandes cantidades de humo hacia los pulmones de forma regular daña el tejido pulmonar, puede afectar al crecimiento y la función de los pulmones y produce disfunciones pulmonares graves y crónicas; las chicas fumadoras presentan un crecimiento pulmonar insuficiente y las mujeres adultas fumadoras presentan una disminución temprana de la función pulmonar mayor que aquellas que no fuman.

El tabaquismo es una causa grave de padecer enfisema y bronquitis crónica, que son enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Ambas son enfermedades graves que, con frecuencia, derivan en la muerte o en una discapacidad. Además, el tabaquismo aumenta el riesgo de desarrollar graves y serias enfermedades debido a una capacidad respiratoria inferior, como la neumonía y la bronquitis, y empeora el asma.

En muchas partes del mundo en desarrollo, el tabaquismo se agrega además a otras cargas pulmonares, como la alta polución en el aire de muchas ciudades y la exposición a gases de cocinas y sistemas de calefacción con combustibles sólidos, como carbón, madera y residuos agrícolas¹¹. Recientemente, los científicos han vinculado el tabaquismo a un incremento

en la incidencia de tuberculosis clínica, una causa importante de muerte en muchas partes del mundo¹².

LA SALUD CARDIOVASCULAR

En los países desarrollados, y cada vez más en los países en desarrollo, las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos son una causa importante de muerte para las mujeres. El tabaquismo incrementa drásticamente el riesgo de padecer aterosclerosis (endurecimiento de las arterias) y enfermedades cardíacas. Los riesgos son mayores para las mujeres muy fumadoras y para aquellas que han fumado durante más años. Incluso las mujeres que sólo fuman entre uno y cuatro cigarrillos al día presentan el doble de riesgo de padecer enfermedades cardíacas que las mujeres que nunca han fumado³. Las mujeres que fuman y toman contraceptivos orales simultáneamente (“la píldora”) incrementan aún más su riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El tabaquismo también puede producir paros cardíacos, una causa importante de muerte y discapacidad en la mujer. Un estudio basado en EE.UU. indica que en mujeres menores de 65 años, el tabaquismo supuso más de la mitad de las muertes (55%) por paro cardíaco¹³. Una mujer que deja de fumar disminuirá su riesgo de padecer enfermedades cardíacas coronarias en un 50 por ciento entre uno y dos años¹⁴.

LA SALUD REPRODUCTIVA, LA MENSTRUACIÓN Y LA MENOPAUSIA

El tabaquismo tiene un impacto significativo sobre los patrones hormonales de las mujeres (algunos estudios demuestran que las mujeres fumadoras presentan un mayor riesgo de padecer dismenorrea o menstruación dolorosa) y periodos menstruales irregulares. Adicionalmente, el tabaquismo puede provocar una reducción de la fertilidad en las mujeres y también disminuye las posibilidades de reproducción ya que, normalmente, se aconseja a las mujeres fumadoras que no utilicen métodos anticonceptivos orales^{15,16}.

El tabaquismo es una causa importante de embarazos insatisfactorios. Las mujeres que fuman durante el embarazo aumentan su riesgo de dar a luz prematuramente (es decir, una gestación inferior a 37 semanas) y de dar a luz a un bebé con peso bajo; ambos problemas suponen para el bebé un mayor riesgo de discapacidad y muerte. El tabaquismo durante el embarazo también aumenta el riesgo de embarazo ectópico, aborto, parto con feto muerto y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL, muerte de cuna). Las mujeres fumadoras son menos susceptibles de poder amamantar a sus bebés, tienden a destetar a los bebés más prematuramente y tienen menor producción de leche que las no fumadoras. La cesación tabáquica de las mujeres antes del embarazo, o muy pronto durante el mismo, puede proteger al feto de muchos de estos efectos adversos para la salud³.

La menopausia se produce uno o dos años antes en las mujeres fumadoras, lo que significa que estas mujeres viven menos años con los efectos de protección de las hormonas de los ovarios. Asimismo, las mujeres fumadoras pueden experimentar más síntomas de menopausia (p. ej., “golpes de calor”) en comparación con aquellas que no lo son¹⁵.

LA ADICCIÓN, LA SALUD MENTAL Y LOS TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Los productos del tabaco son adictivos porque contienen nicotina, que “activa” el circuito cerebral que regula los sentimientos de placer¹⁷. Los cigarrillos y otras formas del tabaco fumado son especialmente eficaces a la hora de transportar nicotina al cerebro. La acción de la nicotina en el cerebro es similar a las de otras drogas adictivas, como la cocaína y la heroína. La dependencia del tabaco también implica factores sensoriales y ambientales, como el olor y el sabor del humo, así como otros impulsos que producen recuerdos en la persona fumadora; la investigación sugiere que estos factores pueden ser más importantes para las mujeres que para los hombres³. Además, las mujeres son susceptibles de justificar su tabaquismo como arma para “sobrepasar” (para liberarse del estrés, la furia, la ansiedad, el aburrimiento o los sentimientos de infelicidad)¹⁸.

Los trastornos de salud mental (entre los que se incluyen la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia), así como el abuso de sustancias, son comunes tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo y las mujeres con estos problemas son mucho más susceptibles de fumar que aquellas sin dichos problemas¹⁹⁻²¹. Los trastornos de depresión y ansiedad son aproximadamente el doble de comunes entre mujeres que entre hombres²². Esto hace que la asociación entre tabaquismo y trastornos mentales sea un problema grave para la salud de las mujeres. Debido a su importancia, los científicos continúan estudiando los motivos por los que el tabaquismo es más común entre mujeres con algún trastorno de salud mental. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que fumar cigarrillos puede contribuir al desarrollo de ciertos trastornos de ansiedad²³. Otros estudios han demostrado que los trastornos de salud mental son un factor de riesgo de convertirse en fumador y que un tratamiento temprano de salud mental puede reducir el riesgo de convertirse en fumador²⁴.

OTROS EFECTOS DEL CONSUMO DE TABACO IMPORTANTES PARA LA SALUD

Muchas mujeres saben que el consumo de tabaco es perjudicial. Sin embargo, muy pocas conocen la enorme variedad de problemas para la salud y el grado de riesgo al que se enfrentan los fumadores. Por ejemplo, en los hombres de cierta edad, fumar puede reducir la densidad de los huesos e incrementar el riesgo de fractura de cadera. Debido a que fumar expone la boca al humo del tabaco, puede producir

periodontitis (inflamación de los tejidos bucales) que puede derivar en una enfermedad de las encías y a la pérdida de los dientes¹³. Los estudios también sugieren que fumar contribuye al riesgo de padecer cataratas y a la degeneración macular relacionada con la edad, causas importantes de pérdida visual y ceguera³.

EL COSTE ECONÓMICO PARA LAS MUJERES Y SUS FAMILIAS

El consumo de tabaco puede perjudicar a las mujeres de otras formas, ya que el gasto en el tabaco disminuye los recursos económicos de las familias. El gasto familiar en productos del tabaco significa menos dinero para comprar alimentos, educación, productos del hogar, atención sanitaria y otros productos y servicios de valor. Las enfermedades causadas por el tabaco pueden derivar en un aumento de los costes en atención sanitaria para la familia o incluso en la muerte prematura de un miembro cuyos ingresos son necesarios para mantener a la familia. Las consecuencias económicas del tabaco para las mujeres son de especial preocupación en los países con escasos recursos donde, con frecuencia, la situación económica de las familias es cercana a la economía de supervivencia

LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS FUMADORES PASIVOS

En la actualidad, numerosos estudios demuestran que los adultos y los niños que no fuman pero que están expuestos al humo de otros pueden sufrir un daño real. Hoy en día se sabe que el humo que respiran los fumadores pasivos (también denominado tabaquismo medioambiental, tabaquismo pasivo y tabaquismo involuntario) produce cáncer de pulmón y enfermedades cardíacas en los adultos, así como enfermedades graves en bebés y niños. Asimismo, muchos de los estudios más recientes sobre fumadores pasivos han evaluado el peligro para la salud de la esposa no fumadora de un hombre fumador. El informe reciente del Consejo de Recursos del Aire de California ha revelado que las fumadoras pasivas en la etapa premenopausal presentan una mayor incidencia de cáncer de mama⁹.

LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE OTROS PRODUCTOS DEL TABACO

Tal y como se ha descrito en el capítulo 1, las mujeres de todo el mundo utilizan comúnmente otras formas de tabaco distintas a los cigarrillos. Por ejemplo, los *bidis*, que son cigarrillos pequeños, finos, que se lían manualmente y que consisten en tabaco envuelto en la hoja de *tendu* o de la planta *temburni*, al que, en ocasiones, se añade sabor. Los estudios llevados a cabo en India han demostrado que sus efectos para la salud son similares a los de los cigarrillos. Los *bidis* se han vinculado a un aumento del riesgo de padecer

cáncer de pulmón, boca, estómago y esófago, así como enfermedades cardíacas y bronquitis crónica^{25, 26}.

Las pipas de agua son dispositivos que queman el tabaco y después pasan el humo a través de agua antes de que el usuario lo inhale; estos dispositivos tienen varios nombres según la región, como *hookah*, *shisha*, *narghile* y otros. El tabaco de pipa de agua parece contener, al menos, algunos de los componentes tóxicos presentes en el humo de los cigarrillos, incluidos el monóxido de carbón, la nicotina, los metales sólidos y otros constituyentes. Las evidencias preliminares vinculan el humo de las pipas de agua a muchos de los peligros graves para la salud identificados con el humo del tabaco, incluido el cáncer, las enfermedades pulmonares, las enfermedades cardíacas y las complicaciones durante el embarazo²⁷.

El tabaco sin humo (a veces llamado tabaco de mascar) se comercializa en muchas formas y contiene nicotina, carcinógenos y otras sustancias químicas perjudiciales; es adictivo y puede producir cáncer oral. Los estudios llevados a cabo en India revelan que el tabaco de mascar que se utiliza durante el embarazo reduce el peso del feto al nacer y duplica su riesgo de morir^{28, 29}.

LA CESACIÓN TABÁQUICA SALVA VIDAS

El tabaco es una amenaza para la salud de toda mujer que lo utiliza y, en ocasiones, para la salud de su familia y amigos. La cesación no es nunca fácil, pero en todo el mundo, decenas de millones de mujeres lo han logrado. Ayudar a las mujeres a dejar de fumar es especialmente importante en los países en desarrollo, donde la cesación continúa siendo algo poco común³⁰. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha subrayado la importancia de la cesación e indica que es la única intervención con el potencial necesario para reducir la mortalidad global a corto y medio plazo. La OMS indica que muchos de los consumidores de tabaco requerirán apoyo para dejar de fumar y que es necesario ayudarles a cambiar su comportamiento y abordar los factores del entorno que fomentan y apoyan el consumo de tabaco³¹.

CONCLUSIÓN

En todo el mundo, los productos del tabaco son una de las amenazas más importantes contra la salud de las mujeres. Como resultado de décadas de amplio consumo de cigarrillos por parte de mujeres del mundo desarrollado, tenemos una comprensión clara de las devastadoras consecuencias del humo del tabaco para la salud de las mujeres. Nuestros conocimientos acerca de los peligros de otros productos del tabaco para la salud de las mujeres están menos definidos, pero se conoce lo suficiente para afirmar con certeza que todos los productos del tabaco son perjudiciales. Especialmente en el mundo en desarrollo, el consumo de tabaco tiene el potencial de suponer un enorme peligro adicional para la salud de las mujeres cuya salud ya esté afectada debido a otras enfermedades

existentes, a la malnutrición, a la pobreza y a otras desigualdades.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional del Cáncer. *Riesgos asociados al consumo de cigarrillos con bajos resultados de nicotina y alquitrán medidos con máquina*. (Monografía sobre Tabaquismo y Control del Tabaco, n° 13, NIH Publ. N.º 02-5074). Bethesda, MD: Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de EE.UU., Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional del Cáncer; Octubre de 2001.
2. Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., Thun, M. y Heath, C. *Mortalidad por tabaquismo en países desarrollados, 1950-2000. Estimaciones indirectas a partir de las Estadísticas Nacionales de Vida*. Oxford: Oxford Medical Publication; 1994.
3. Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de EE.UU. *Mujeres y Tabaquismo: Un informe de la Dirección General de Salud Pública*. Rockville, MD: Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de EE.UU.; 2001.
4. Robbins, A. [Oficina de Prevención y Servicios de Salud] *Los fumadores pierden más jornadas de trabajo que los no fumadores*. Washington, DC: Acción sobre Tabaquismo y Salud (ASH); 2000. Disponible en: <http://www.no-smoking.org/dec00/12-05-00-4.html>
5. Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. *La carga mundial de enfermedad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. págs. 183-84.
6. Ries, L.A.G., Eisner, M.P., Kosary, C.L., Hankey, B.F., Miller, B.A., Clegg, L., Mariotto, A., Feuer, E.J. y Edwards, B.K. (Eds.). *Revisión de estadísticas de cáncer SEER, 1975-2002*. Bethesda, MD: Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en http://seer.cancer.gov/csr/1975_2002/
7. Minna, J.D. y Gazdar, A.F. Cigarrillos, sexo y adenocarcinoma de pulmón. *Journal of the National Cancer Institute* 1997; 89: 1563-65.
8. Fu, J.B., Kau, T.Y., Severson, R.K. y Kalemkerian, G.P. Cáncer de pulmón en mujeres. *Chest: The Cardiopulmonary and Critical Care Journal* 2005; 127: 768-77.
9. State of California Air Resources Board. Propuesta de Identificación del Humo de Tabaco en el Medio Ambiente como Contaminante Tóxico en el Aire. Disponible en <http://www.arb.ca.gov/regact/ets2006/ets2006.htm>
10. Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de EE.UU. *Los beneficios para la salud de dejar de fumar*. (DHHS, Publicación n.º CDC-90-8416). Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Servicio de Salud Pública, Centros de Control de Enfermedades, Centro de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud; 1990.
11. Organización Mundial de la Salud. *Informe de salud mundial 2002: Reducir riesgos, promocionar una vida sana*. Ginebra: OMS; 2002. págs. 68-70.
12. Gajalakshmi, V., Peto, R., Santhanakrishna, T. y Jha, P. Tabaquismo y mortalidad por tuberculosis y otras enfermedades en India: Estudio retrospectivo de 43.000 muertes de hombres adultos y 35.000 controles. *Lancet* 2003; 362: 507-15.
13. Departamento de Sanidad y Servicios Humanos de EE.UU. *Las consecuencias del tabaquismo para la salud: Un informe de la Dirección General de Salud Pública*. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Centro de Prevención de Enfermedades

- Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud; 2004.
14. Bello, N. y Mosca, L. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular en mujeres. *Progresos en Enfermedades Cardiovasculares* 2004; 46: 287-95.
 15. British Medical Association. *Tabaquismo y vida reproductiva: El impacto del tabaquismo sobre la salud sexual, reproductiva e infantil*. Londres, Reino Unido: BMA Publications Unit; 2004. Disponible on-line en: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/smokingreproductivelifefile/smoking.pdf>
 16. Sparrow, M.J. Fallos del método de la píldora en mujeres que solicitan aborto: Catorce años de experiencia. *New Zealand Medical Journal* 1998; 111: 386-88.
 17. Instituto Nacional sobre Abuso de las Drogas, Serie de Informes de Investigación. *Adicción a la nicotina*. (NIH, Publicación número 01-4342). Bethesda, MD: Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas; 1998.
 18. Greaves, L. *La criba del humo: Tabaquismo de la mujer y control social*. Halifax, NS: Fernwood; 1996.
 19. Consorcio Mundial de Estudios de Salud Mental de la OMS. Prevalencia, gravedad y necesidades no satisfechas para el tratamiento de desordenes mentales en los Estudios Mundiales de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 2004; 291: 2581-90.
 20. Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., et al. Tabaquismo y enfermedad mental. Un estudio sobre prevalencia basado en la población. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 2000; 284: 2606-10.
 21. McNeill, A. Tabaquismo y salud mental – Una revisión de la literatura. Diciembre de 2001. Programa Londres sin Humo. Disponible en: <http://www.ash.org.uk/html/policy/menlitrev.html>
 22. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental de la mujer: Una revisión basada en las evidencias*. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf
 23. Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., et al. Asociación entre fumar cigarrillos y desordenes de ansiedad durante la adolescencia y primera edad adulta. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 2000; 284: 2348-51.
 24. Breslau, N., Novak, S.P. y Kessler, R.C. Desordenes psiquiátricos y fases del tabaquismo. *Biological Psychiatry* 2004; 55: 69-76.
 25. Weijia, W., Song, S., Ashley, D.L. y Watson, C.H. Valoración de nitrosaminas específicas del tabaco en el humo del tabaco y el humo dominante de cigarrillos 'bidi'. *Carcinogenesis* 2004; 25: 283-87.
 26. Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Información sobre el Tabaco y Fuentes de Prevención. *Datos y realidades de los 'bidis' y 'kreteks'*. Noviembre de 2005. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tobacco/factsheets/bidisandkreteks.htm>
 27. Maziak, W., Ward, K.D., Soweid, R.A.A. y Eissenberg, T. Consumo de tabaco con pipa de agua: Una cepa que vuelve a emerger en una epidemia mundial. *Control del Tabaco* 2004; 13: 327-33.
 28. Gupta, P.C. y Sreevidya, S. Consumo de tabaco sin humo, peso al nacer y edad de gestación: Un estudio de cohorte prospectivo basado en una población de 1.217 mujeres de Mumbai, India. *British Medical Journal* 2004; 328: 1538-40.
 29. Gupta, P.C. y Subramoney, S. Consumo de tabaco sin humo y riesgo de mortinato. Un estudio de cohorte en Mumbai, India. *Epidemiology* 2006; 17: 47-51.
 30. Jha, P. y Chaloupka, F.J. *Alcanzando el pico de la epidemia*. Washington, DC: Banco Mundial; 1999.
 31. Organización Mundial de la Salud. *Herramientas para hacer avanzar el control del tabaco en el s. XXI. Recomendaciones para políticas de cesación tabáquica y tratamiento de la dependencia del tabaco*. Herramientas de Salud Pública. 2003. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf

Capítulo 3. De los Campos de Cultivo al Consumidor

Mehreen Khalfan y Linda Waverley

Ahora se sabe que el uso y el consumo de tabaco, incluido el tabaquismo pasivo, son unas de las principales causas de muerte evitables en el mundo¹. Sin embargo, los efectos negativos del tabaco sobre mujeres, chicas y sociedades no se deben sólo a su consumo; empiezan en la fase de cultivo, se agudizan por las desigualdades de género y tienen un gran impacto sobre la salud, la educación, la mano de obra y la seguridad de la alimentación, así como sobre la pobreza económica y ecológica. En este capítulo se aplica un análisis basado en el género a la dinámica del cultivo, procesamiento y comercialización del tabaco para ilustrar cómo la desigualdad de género intensifica los efectos negativos del tabaco para las mujeres.

El tabaco es la cosecha no de alimentos más ampliamente cultivada del mundo; incluso en el año 2000, sólo cuatro multinacionales dominaban el mercado mundial del tabaco, ostentando el 70 por ciento de la cuota de mercado². A medida que la industria tabaquera internacional se hace incluso más poderosa y consolidada, la barata (o a menudo gratuita) mano de obra de las mujeres es un factor clave que garantiza los grandes márgenes de beneficios de las multinacionales.

Como en los países desarrollados aumenta la regulación de las compañías tabaqueras y las medidas antitabaco, estas compañías están concentrando más sus actividades en los países en vías de desarrollo. Aunque las oficinas centrales de las principales

La mano de obra de mujeres y niñas resulta clave en la producción mundial de tabaco, desde el cultivo al procesamiento, fabricación y comercialización. En estos procesos, las mujeres se enfrentan a condiciones de trabajo desafiantes y a menudo sin gratificación.

tabaqueras siguen estando en países industrializados, desde los años sesenta, el grueso de la producción de tabaco se ha desplazado a América, África y Asia³. En la actualidad, el tabaco se cultiva en cerca de 80 países en vías de desarrollo, los cuales producían en 1996 más de las cuatro quintas

partes de la cosecha mundial⁴. Cada vez con mayor frecuencia, las compañías se aprovisionan de tabaco mediante acuerdos de cultivo por contrato en los que las compañías prestan los materiales y equipos a los agricultores, pero después acuerdan comprar su cosecha sólo si ésta cumple ciertos estándares⁵. Otras

actividades claves también se subcontratan a países en desarrollo, incluido el procesamiento del tabaco y la producción de cigarrillos³.

MUJERES TRABAJANDO EN EL CULTIVO DE TABACO

Se han demostrado unos claros vínculos entre cultivo del tabaco, mala salud, pobreza y degradación de los recursos naturales, aspectos que afectan a chicas y mujeres de formas muy particulares.

PELIGROS PARA LA SALUD Y LA SEGURIDAD DEL CULTIVO DEL TABACO

Las estimaciones sugieren que las mujeres realizan en todo el mundo más labores agrícolas que los hombres y aunque siguen siendo las principales responsables de la producción de cosechas para la propia alimentación y de las labores domésticas, cada vez desempeñan un papel más importante en los cultivos que se traducen en dinero⁶.

Los cultivos “que se traducen en dinero” (como tabaco, algodón, café y té) se diferencian de los cultivos “de subsistencia”: su destino es el mercado y a menudo son para la exportación. El cultivo de tabaco, al exigir una mano de obra excepcionalmente intensiva, se basa principalmente en el trabajo de las mujeres (y a menudo de los niños), que por otro lado quedan expuestas a los peligros que implican la manipulación y procesamiento del tabaco en bruto. En un creciente número de comunidades se han observado enfermedades, muertes y malformaciones congénitas, incluido un mayor riesgo de desarrollar cáncer y cirrosis hepática^{7,8}. Los niños también pueden experimentar raquitismo⁹.

Muchos de los peligros del cultivo del tabaco recaen especialmente en las mujeres y chicas pobres y más vulnerables, como agricultoras, empleadas y emigrantes, grupos que caen habitualmente bajo el radar de mecanismos que crean incentivos para que las compañías muestren la responsabilidad social corporativa.

La enfermedad del tabaco verde (GTS), que es una importante enfermedad laboral entre los trabajadores del tabaco, se contrae por la absorción de nicotina a través de la piel por el contacto con las hojas húmedas de tabaco. Los síntomas de la GTS pueden incluir náuseas, vómitos, debilidad, dolor de cabeza, mareos, calambres abdominales, dificultad para respirar y fluctuaciones de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco⁷. Un reciente estudio realizado en trabajadores emigrantes hispanos en Carolina del Norte sugiere que el 41 por ciento de los trabajadores contrae la GTS una vez como mínimo durante la estación de la cosecha⁷. Además, la planta del tabaco

exige grandes y frecuentes aplicaciones de pesticidas, como Aldicarb, Clorpirifos, y 1,3-Dicloropropeno⁷, productos altamente tóxicos que han sido asociados a daños en vías respiratorias, nervios, piel, hígado y riñón⁹. Un estudio entre indígenas de la tribu Huichole que trabajaban en plantaciones de tabaco en Méjico resaltó los peligros de una exposición crónica a los pesticidas: desde malformaciones congénitas extremas en niños de mujeres que habían trabajado en los campos hasta incidencias de muertes por anemia aplásica, una enfermedad de la sangre asociada a la exposición crónica a pesticidas organoclorados⁷.

La GTS y otras enfermedades relacionadas con el cultivo tienen mayor prevalencia donde son escasas las instalaciones que permitan verter los compuestos químicos de forma segura y donde la regulación de las compañías tabaqueras para la protección de los agricultores es más laxa, es decir, en las regiones más pobres y en los países en desarrollo. Debido a los costes prohibitivamente altos y a la falta de conocimientos relacionados con las prendas y equipos de protección, muchos trabajadores de esas regiones no utilizan estas medidas de seguridad⁸.

EL CULTIVO DEL TABACO AUMENTA LA POBREZA Y LA VULNERABILIDAD

A pesar de que a menudo se ha promocionado como un cultivo que produce unos buenos ingresos, el tabaco ofrece unos beneficios netos menores que otros muchos cultivos⁷ y los precios que se pagan a los productores siguen cayendo debido al exceso de oferta en todo el mundo; entre 1985 y 2000, el precio real del tabaco cayó un 37 por ciento¹⁰. La infravaloración de la mano de obra familiar, la de mujeres y niños en las granjas familiares, forma parte de esta ilusoria percepción de que el tabaco resulta lucrativo. Un estudio económico sobre el cultivo de tabaco en Bangladesh reveló que “casi el 50% del coste económico total de la mano de obra es atribuible a mano de obra doméstica. Cuando se tiene en cuenta el valor imputable a ello, el tabaco pierde la mayor parte de su rentabilidad”¹¹. Los bajos ingresos que aporta a los agricultores son también debidos parcialmente al coste de los préstamos para los grandes volúmenes de pesticidas, herbicidas y fertilizantes necesarios. En consecuencia, los agricultores se encuentran a menudo en deuda con las compañías tabaqueras o no pueden conseguir un precio decente por sus cosechas¹². Por ejemplo, en Brasil, en el año 1998, aproximadamente el 35 por ciento de los cultivadores de tabaco acabó la cosecha debiendo más dinero a las compañías tabaqueras que el que había ganado⁷.

El nivel más oculto en el que las mujeres y chicas estén probablemente afectadas por el tabaco es dentro de los hogares en las comunidades donde se cultiva tabaco. Su labor, aunque esencial, a menudo no recibe compensación. En muchos países donde las mujeres no tienen los mismos derechos para acceder y poseer

tierras, la ley de la costumbre significa que los hombres tienen mayor probabilidad de controlar las tierras de cultivo y la mano de obra familiar¹³. Los cultivos que se traducen en dinero como el tabaco, a menudo se consideran dominio masculino, siendo el hombre quien recibe el pago de las cosechas. Sin embargo, está muy demostrado que no todos los ingresos generados por el trabajo familiar se utiliza en beneficio de todos los miembros de la familia, y que las mujeres y niños pueden no beneficiarse por igual de los denominados ingresos familiares cuando son entregados a los hombres¹⁴. A pesar de ello, los responsables de formular las políticas y los planificadores a menudo siguen poniendo énfasis en que los hogares son unidades de producción, asumiendo que, especialmente en las granjas familiares, “los hombres son los principales agricultores, ayudados por mujeres y niños”¹⁴. Las políticas de algunos estados han considerado explícitamente que los “buenos” agricultores son los hombres con varias esposas que pueden controlar un gran volumen de mano de obra familiar¹⁵, y en algunos países, las compañías que contratan la producción rechazan habitualmente firmar contratos con hombres solteros⁵. Un trabajo familiar mal pagado o no pagado garantiza al contratista un suministro grande y barato de una mercancía que exige un gran trabajo y donde un sistema de contratación explota un trabajo doméstico no remunerado gracias a la división del trabajo por géneros¹⁶.

Otro nivel en el que intervienen las desiguales relaciones de poder es entre los agricultores y la industria tabaquera. Por ejemplo, el precio que recibe el agricultor por la cosecha de tabaco depende de la valoración que haga la propia compañía de la calidad del producto. Como una sola compañía controla normalmente el mercado del tabaco para toda una región, los agricultores tienen generalmente poco poder de negociación y deben aceptar precios inadecuados y cambios arbitrarios en los estándares de la calidad¹². Además, los agricultores no cuentan con ningún seguro contra daños o malas cosechas, lo que puede significar un precio bajo o no obtener nada por la cosecha¹⁷. Por el contrario, la contratación o aprovisionamiento de tabaco en países en desarrollo, especialmente donde hay mucha tierra y mano de obra, resulta especialmente ventajoso para las multinacionales, que no asumen ni los riesgos que plantea el cultivo, el clima o los accidentes, ni la responsabilidad de dar una recompensa justa por el trabajo.

EL TABACO PROVOCA POBREZA ECOLÓGICA

El cultivo del tabaco también ha sido vinculado a una considerable degradación medioambiental. Algunos efectos secundarios identificados de los fertilizantes, herbicidas y pesticidas utilizados incluyen la contaminación de los cursos de agua y la destrucción de la biodiversidad debido a las

escorrentías de los productos químicos⁸. Además, en el procesamiento del tabaco se crean ingentes cantidades de residuos químicos y de la fabricación⁸. Otro aspecto de la insostenibilidad de la producción de tabaco es la pérdida asociada de fertilidad del suelo y una deforestación radicalmente acelerada. El tabaco en bruto se seca habitualmente mediante la combustión de madera en un granero en un proceso que provoca en términos mundiales la pérdida de 200.000 hectáreas de bosque cada año, con una deforestación anual asociada al tabaco que oscila del 16 por ciento en Zimbabue al 45 por ciento en República de Corea y 30 por ciento en Brasil^{3,11}. A pesar de que las compañías alegan que tienen en marcha programas de plantación de árboles, la deforestación sigue prevaleciendo en las regiones donde se cultiva tabaco. Incluso cuando existe reforestación, las compañías tabaqueras sustituyen habitualmente las especies autóctonas de árboles cortadas por plantaciones homogéneas de árboles de rápido crecimiento, normalmente eucalipto, una especie significativa por el estrés que pone en los niveles freáticos y sobre la fertilidad del suelo⁸, algo que compromete todavía más la biodiversidad y sostenibilidad del medio ambiente.

El estrés sobre la fertilidad del suelo, las aguas y los bosques tiene especiales implicaciones para las mujeres, que en muchas regiones son responsables tradicionalmente de suministrar alimentos y recoger agua y madera para cocinar. Las mujeres que tienen que enfrentarse a la deforestación y a aguas y suelos contaminados tienen que andar cada vez más lejos y trabajar más horas y más duro para cumplir las responsabilidades del trabajo doméstico⁷.

MAYORES IMPLICACIONES DE LA PRODUCCIÓN DE TABACO

No de forma casual, las regiones donde el tabaco ocupa una cantidad importante de tierra son también a menudo bolsas de pobreza¹². En todo el mundo, el cultivo de tabaco cubre 5,3 millones de hectáreas, una tierra que con otros usos podría alimentar entre 10 y 20 millones de personas⁹. El tabaco es un producto importante en muchos países que han estado sufriendo una inseguridad crónica de alimentos y que confían en las importaciones para el suministro de alimentos esenciales, incluidos Malawi y Zimbabue.

Además, existe una relación inversa entre ingresos y consumo de tabaco; los pobres gastan por lo general una gran parte de sus ingresos en tabaco¹². El poder de adicción es tan grande que se puede obviar la nutrición y la educación. Un estudio sobre el impacto económico del tabaco en Bangladesh demostró que el dinero que se gasta en tabaco podría salvar de la muerte por malnutrición cada día a 350 niños menores de 5 años si se utilizara en comida¹⁸.

El cultivo y el consumo de tabaco tienen unos evidentes efectos negativos sobre los niveles de

desarrollo y pobreza que inciden de formas muy particulares sobre mujeres y chicas, tanto si se considera en términos puramente económicos o de ganancia en desarrollo sostenible. Cuando se tienen en cuenta las pérdidas en salud y en productividad laboral, seguridad de la alimentación, educación de los niños, deforestación y degradación del medio ambiente se comprueba el verdadero coste del cultivo del tabaco. Igual que ocurre con el consumo, muchos de los costes de su cultivo son “absorbidos”, no por la industria tabaquera, sino por personas y sociedades.

PROCESAMIENTO Y FABRICACIÓN

Antes de que llegue al consumidor, el tabaco supera varios procesos en los que mujeres y chicas están muy implicadas, empezando por el secado de las hojas de tabaco. El secado puede tardar entre 7 y 10 días por lote; en ese proceso, en los hornos se quema madera durante las 24 horas del día⁴. Existen muchos informes sobre niños que son sacados de la escuela para ayudar en el proceso^{7,11}, tiempo durante el que se enfrentan al riesgo de la continua inhalación de las partículas y humos del tabaco.

En un amplio estudio realizado recientemente por la Organización Mundial del Trabajo (OMT) se analizó la escala y condiciones de trabajo mal pagado y trabajo informal de mujeres y chicas en el sector ‘bidi’ de la India. Aunque los bidis se fabrican tanto en fábricas como en los hogares¹⁹, las mujeres y chicas a menudo realizan un trabajo casero irregular en regiones donde los factores sociales alientan que las mujeres trabajen dentro del hogar²⁰.

En el sector bidi de la India, aproximadamente la mitad de los trabajadores realizan su trabajo en casa sin contar con un salario regular o una nómina. El 81 por ciento de los trabajadores en estas condiciones son mujeres. Los trabajadores infantiles (de los que el 93 por ciento son niñas) contabilizan el 11 por ciento de la cifra total de trabajadores¹⁹. El trabajo de liado de los bidis, especialmente entre trabajadores en casa, está marcado por unos bajos ingresos y largas jornadas de trabajo que hacen que compaginar trabajo y educación sea prácticamente imposible¹². Los compradores de bidis se benefician del bajo estatus de la mujer y fuerzan a que los salarios sean bajos y se nieguen prestaciones sociales para las mujeres trabajadoras²⁰. No obstante, el liado de los bidi es una de las pocas oportunidades de generar ingresos para muchas mujeres. La necesidad de proteger su sustento puede complicar los esfuerzos para mejorar las condiciones. Por ejemplo, en respuesta a una propuesta reciente del gobierno de la India, la Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas (SEWA) se opuso a la idea de un aumento de los impuestos en el sector de la fabricación de los bidis ya que emplea a muchas mujeres, incluso si esa medida de control del tabaquismo pudiera mejorar en última instancia la salud de las mujeres²¹.

Los problemas de salud más comunes entre los trabajadores en casa del bidi están provocados, en primer lugar, por la inhalación de tabaco, y en segundo lugar, porque el trabajo exige estar sentado en una misma posición durante horas. Los problemas son principalmente respiratorios, como asma y tuberculosis, dolores de espalda y de ojos, dolor de cabeza, espondilitis, hinchazón de las extremidades inferiores y problemas digestivos, así como problemas relacionados con la menstruación y el embarazo, incluidos abortos espontáneos¹⁹. En las fábricas, el trabajo infantil es mucho más barato que el de los adultos, y debido a la pobreza reinante, ello asegura que no se implanten completamente medidas legales en contra del trabajo infantil. En las fábricas, las mujeres también reciben a menudo un salario inferior al de los hombres²². En resumen, parece que en muchas actividades del procesamiento del tabaco, al igual que en su cultivo, el trabajo femenino *informal o mal pagado* resulta clave para reducir los costes y responsabilidades de la industria tabaquera.

A un nivel ejecutivo más visible y de forma paradójica, las compañías tabaqueras intentan presentarse como que propugnan la igualdad al situar a más mujeres en puestos claves en las oficinas centrales de las corporaciones. British American Tobacco encabezó la lista en un prominente sitio Web de Reino Unido "Donde las mujeres desean trabajar" y Philip Morris International afirma que lucha para que en los puestos directivos importantes hayan más mujeres²⁴.

COMERCIALIZACIÓN

Con el paso del tiempo, las compañías tabaqueras han refinado sus tácticas de marketing desarrollando el reconocimiento de la marca y el atractivo físico de sus productos para grupos nicho diferenciados por clase, género, poder adquisitivo y etnia. Aunque estas compañías se están centrando más que nunca en ampliar sus mercados a países en desarrollo, siguen comercializando para grupos específicos en los países industrializados. Su uso del estilo de vida, que se articula sobre las aspiraciones del consumidor hacia un estatus social y otras cualidades deseables (habitualmente, muy definidas por el género), ha sido hábil.

Durante décadas, el consumidor femenino ha sido un objetivo primordial de la publicidad del tabaco, estimulando el desarrollo de las denominadas marcas para mujeres promocionadas como "slim," "light," o bajo en alquitrán, aunque éstas no son más seguras que los cigarrillos normales. El marketing dirigido a las mujeres ha reforzado a menudo un vínculo entre fumar y controlar el peso, una creencia que cada vez se sostiene más en los países en desarrollo. Kaufman y Nichter señalan de esta tendencia que "en la cultura del consumidor mundial, tener el cuerpo correcto se convierte en algo central para la identidad de una mujer. Utilizando cuerpos de mujer como forma de

vender cigarrillos, la industria tabaquera refuerza una sólida asociación entre los dos conceptos"²⁵.

Resulta notable que se utilice el cuerpo de la mujer en una publicidad que se dirige a hombres y mujeres; en cualquier caso, la táctica se utiliza para vincular el fumar con las expectativas relacionadas con el papel de cada género. Para los hombres, poner mujeres en la publicidad denota habitualmente admiración del fumador masculino e intenta así establecer el fumar como un símbolo de éxito sexual, poder, masculinidad y estatus. Por ejemplo, en Hanoi se contrata habitualmente a mujeres jóvenes y atractivas para regalar muestras gratuitas por la calle, mientras que en Surasia, las mujeres hacen lo mismo en los clubes nocturnos y centros comerciales²⁵. Utilizar el cuerpo de la mujer como estrategia de marketing dirigida hacia hombres no se limita a los países en desarrollo; Benson and Hedges contrata chicas de los "Gold Club" para distribuir sus productos en funciones privadas; la única diferencia es el escenario: promoción en las calles y eventos en locales cerrados²³.

De forma similar, la publicidad dirigida a mujeres vincula el fumar con una imagen de la mujer cuyos atributos se considera que vale la pena conseguir, como la modernidad de occidente, la belleza y el 'glamour'. En esta publicidad son normales mensajes de emancipación e individualismo.

Además, la publicidad del tabaco a menudo crea vínculos con imágenes de salud y vitalidad que minimizan los peligros para la salud y oscurecen irónicamente los efectos incapacitantes del consumo de tabaco con mensajes de mayor poder y promoción social. Al enfrentarse a un mayor control de la publicidad, las tabaqueras están concentrando recursos extra sobre medios alternativos de marketing, como el patrocinio de conciertos, acontecimientos deportivos, equipos deportivos y atletas, incluso concursos de talentos y ferias de moda⁹. La colocación de cigarrillos en las películas se ha practicado durante décadas, a menudo con escenas montadas para asociar de forma positiva el fumar como respuesta a ciertos momentos emocionales, desde ansiedad y estrés a los lazos de unión de un grupo de amigos.

La expansión de la producción y fabricación del tabaco en países en desarrollo y el siempre cambiante desarrollo de su marketing produce un impacto sobre mujeres y chicas de todo el mundo de formas muy particulares, algo que se debe abordar mediante tratados específicos, investigaciones e intervenciones en forma de políticas, como se detalla en los siguientes capítulos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Datos y realidades de género, salud y tabaco*. Ginebra: OMS, Departamento de Género y Salud de la Mujer; 2003. Disponible en: http://www.who.int/gender/documents/Gender_Tobacco_2.pdf
2. Joossens, L. De salud pública a derecho internacional: Posibles protocolos para inclusión en el FCTC. *Boletín*

- de la OMS. *The International Journal of Public Health* 2000; 78(7): 930-38.
3. Mackay, J., & Ericksen, M. *El atlas del tabaco*. Ginebra: OMS; 2002.
 4. Madeley, J. British American Tobacco: The Smokescreen. *Hambrientos de poder: El impacto de las corporaciones multinacionales sobre la seguridad alimentaria* (págs. 80-89). Londres: UK Food Group; 1999.
 5. Reynolds, L.T. Salarios para esposas: Renegociación de las relaciones de género y producción en la agricultura por contrato en la República Dominicana. *World Development* 2002; 30 (5): 783-98.
 6. Madeley, J. *Alimentos para todos: ¿Se puede reducir el hambre a la mitad?* Londres: Panos Institute; 2001.
 7. Campaña para unos niños sin tabaco *Hoja dorada, cosecha estéril: El coste de cultivar tabaco*. Disponible en: www.tobaccofreekids.org/campaign/global/FCTCreport1.pdf
 8. Rimmer, L. *La gran triquiñuela de BAT: El informe social y medioambiental alternativo de British American Tobacco*. Acción sobre Tabaquismo y Salud, Christian Aid and Friends of the Earth. 2004. Disponible en <http://www.christian-aid.org.uk/indepth/404bat/batbigwheeze.pdf>
 9. Esson, K.M. y Leeder, S.R. *Los objetivos de desarrollo del milenio y el control del tabaco: Una oportunidad para la asociación mundial*. Ginebra: OMS; 2005.
 10. Jacobs, R., Gale, H.F., Caphart, T.C., Zhang, P. y Jha, P. Los efectos sobre la cadena de suministro de las políticas de control del tabaco. En P. Jha & F.J. Chaloupka (Eds.). *El control del tabaco en los países en desarrollo*. Cap. 13. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press; 2000.
 11. Efrogmson, D. (Ed.). *Tabaco y pobreza: Observaciones desde India y Bangladesh*. Dhaka: PATH Canada; 2002.
 12. Organización Mundial de la Salud. *Tabaco y pobreza: Un círculo vicioso* [Folleto. 2004]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/en/wntd2004_brochure_en.pdf
 13. Grigsby, W.J. La naturaleza de género de la subsistencia y sus efectos sobre la tenencia tradicional de la tierra. *Society and Natural Resources* 2004; 17: 207-22.
 14. Deere, C.D. ¿Qué diferencia supone el género? Reconsiderando los estudios sobre el campesinado. *Feminist Economics* 1995; 1 (1): 53-72.
 15. Njihia, 1984, cita en Turner, T.M., Kaara, W.M. y Brownhill, L.S. Reconstrucción social en el África rural: Un análisis de clases por género de la resistencia de las mujeres a exportar cosechas en Kenia. *Canadian Journal of Development Studies* 1997; 18: 231.
 16. Little, P.D. y Watts, M.J. *Vivir bajo contrato: Agricultura de contrato y transformación agraria en el África Subsahariana*. Madison: University of Wisconsin Press; 1994.
 17. Oyaro, K. Muerte prematura por secar tabaco: La mayoría de agricultores no fuma, pero estar en hornos les provoca cirrosis hepática. *The Daily Nation* [Nairobi] 12 de agosto de 2003.
 18. Efrogmson, D. y Saifuddin, A. *Hambre a causa del tabaco: Un análisis del impacto económico de los pobres en Bangladesh*. Dhaka: PATH Canada; 2000.
 19. Oficina Internacional del Trabajo. *Hacer que los extremos se toquen: Trabajadores del 'bidi' en la India de hoy: un estudio de cuatro estados*. Documento de trabajo. Ginebra; 2003.
 20. Raghavan, P. Trabajadores del 'bidi' en Ahemdabad, India: Trabajo monótono, salario bajo. En D. Efrogmson (Ed.). *Tabaco y Pobreza: Observaciones desde India y Bangladesh*. Dhaka: PATH Canada; 2002. Disponible en: http://wbb.globalink.org/public/tobacco_poverty.PDF
 21. *Indian Express Newspapers* (Mumbai) Ltd. Un placer barato de alto riesgo para los fumadores de 'bidi'. 2 de enero de 2006. Recuperado el 4 de enero de 2006 de: <http://www.indianexpress.com>
 22. Blanchet, T. Trabajo infantil en la industria de los 'bidi', Bangladesh. En D. Efrogmson (Ed.). *Tabaco y pobreza: Observaciones desde India y Bangladesh*. Dhaka: PATH Canada, 2002. Disponible en: http://www.globalink.org/public/tobacco_poverty.PDF
 23. Aurora GCM Limited. *Donde las mujeres quieren trabajar: Carreras profesionales en organizaciones progresistas*. Recuperado el 9 de diciembre de 2006 de <http://www.www2wk.com>
 24. Philip Morris International. Recuperado el 9 de diciembre de 2004 de www.philipmorrisinternational.com/pages/eng/ourbus/our_employees.com
 25. Kaufman, N.J. y Nichter, M. El marketing del tabaco para mujeres: Perspectivas globales. En J.M. Samet & S. Y. Yoon (Eds.). *Las mujeres y la epidemia del tabaco: Retos para el siglo XXI*. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: <http://www.inwat.org/pdf/whoreport.pdf>
 26. Physicians for a Smoke-Free Canada. *Filtros: Una revisión del marketing de cigarrillos en Canadá*. (4ª edición). Invierno de 2003. Recuperado el 22 de marzo de 2006 en <http://www.smoke-free.ca/filtertips04/goldclub.htm>

Capítulo 4. La Salud de las Mujeres es un Derecho Humano; el Tabaco, no

Patricia Lambert

El coste que tiene para las mujeres el consumo y producción del tabaco en todo el mundo es muy alto. Sin intervenciones eficaces, las tasas de consumo de tabaco entre mujeres pueden dispararse en el s. XXI. Además de mejorar el control del tabaco y hacerlo de forma sensible al género, es necesario un trabajo continuo para establecer tratados y mejorar los derechos de las mujeres. Uno de estos planteamientos implica articular derechos humanos, derechos de las mujeres y derecho a la salud y consagrar estos principios en tratados vinculantes a beneficio de las mujeres.

El 22 de abril de 1946, dos años antes de que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptara la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la agencia de Naciones Unidas especializada en la salud, declaraba en su constitución que un derecho básico de todo ser humano es el disfrute de los más altos estándares de salud alcanzables. La salud se define en la constitución de la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias”².

NUEVO IMPULSO PARA QUE LA SALUD SEA UN DERECHO HUMANO

No fue hasta mayo de 2000 (54 años más tarde) cuando el comité para el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR)³ clarificaba la naturaleza y contenido del derecho a la salud emitiendo un comentario general¹⁴. En él, el comité interpretaba el derecho a la salud como un derecho inclusivo, que se extiende no sólo a una atención sanitaria apropiada, sino también a los determinantes subyacentes de la salud, como “condiciones laborales y medioambientales higiénicas y acceso a educación e información relacionadas con la salud”. Reconoce que el derecho a la salud está íntimamente relacionado con, y depende de, muchos otros derechos humanos, incluido el derecho al disfrute de “los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones”⁴.

El Pacto pone énfasis en la salud de la mujer: el párrafo 20 recomienda que los socios integren una perspectiva de género (incluida la disgregación de datos sanitarios y datos socioeconómicos según el sexo) en sus políticas, planes, programas e investigaciones relativas a la salud a fin de promover una mejor salud para mujeres y hombres; y el párrafo

21 recomienda que para eliminar la discriminación contra las mujeres se deben desarrollar estrategias que promuevan su derecho a la salud durante toda su vida⁴.

LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO PARA LA MUJER

La Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), adoptada en 1979 por la Asamblea General de Naciones Unidas, a menudo se describe como una carta internacional de derechos humanos para las mujeres⁵. La CEDAW ha sido ratificada por 181 países. Esta cifra representa más del 90 por ciento de los miembros de Naciones Unidas.

La CEDAW, en su artículo 12, requiere a los socios a que eliminen la discriminación contra las mujeres en todos los aspectos de la atención sanitaria. Aunque el tabaco no se menciona expresamente en la convención (ya que durante las negociaciones no se planteó como una cuestión especial de salud), los esfuerzos para controlar el tabaco y las medidas de salud pública basadas en las evidencias han progresado desde entonces a un ritmo asombroso. Sólo 17 años después de que finalizaran las negociaciones de la CEDAW, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing en 1995, el consumo de tabaco por la mujer se consideró una cuestión sanitaria de gran importancia; en consecuencia, se menciona específicamente en los párrafos 100 y 107 de la Plataforma de Acción de Beijing, la agenda internacional para la capacitación de las mujeres adoptada por la conferencia⁶. El comité de la CEDAW, cuya misión es la implantación de la convención y de la Plataforma de Acción de Beijing, incrementó sus esfuerzos para hacer responsables a los socios de informar de forma precisa sobre mujeres y control del tabaco en cumplimiento del artículo 12⁷.

Además de todas las disposiciones adicionales del artículo 12, otros dos artículos de la CEDAW son de especial importancia para la salud de las mujeres: el artículo 7 les otorga el derecho a participar en la vida pública y en la toma de decisiones y el artículo 11 contempla unas condiciones de trabajo seguras para ellas.

¿CÓMO INFLUYE EN EL CONTROL DEL TABACO UN PLANTEAMIENTO DE LA SALUD BASADO EN LOS DERECHOS?

En términos de directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), utilizar un enfoque de la salud basado en los derechos significa, como mínimo, que debemos usar los derechos humanos como marco para evaluar el desarrollo sanitario y abordar las implicaciones para los derechos humanos de cualquier política, programa o legislación sanitaria; y darle a los derechos humanos una dimensión integral del diseño, implantación, supervisión y evaluación de políticas y

programas relacionados con la salud en todas las esferas, incluidas la política, económica y social. Según la OMS, cada país del mundo es ahora socio como mínimo de un tratado sobre derechos humanos que aborda cuestiones relacionadas con la salud⁸.

En conjunto, la constitución de la OMS, comentario general 14, y las disposiciones pertinentes de la CEDAW argumentan la idea (sobre una base legal firme) de que el control del tabaco no puede consistir simplemente en tratamiento de enfermedades y dolencias relacionadas con el tabaco, sino debe incluir también todos los demás aspectos del control que puedan contribuir al logro de un estado de completo bienestar físico, mental y social. El control del tabaco es por tanto, no sólo una materia de salud pública, sino también de derechos humanos fundamentales.

Aplicando una óptica de género a todo ello queda claro que, en relación con las mujeres y el control del tabaco (entre otras cosas), las mujeres tienen derecho a participar activa y directamente en el diseño e implantación de políticas, programas y legislación de control del tabaco. Las mujeres tienen derecho a una protección específica de género contra la exposición al humo del tabaco en el hogar y en el puesto de trabajo, la publicidad, promoción y esponsorización de productos del tabaco, la información engañosa sobre ellos y contra los efectos perjudiciales de su producción y procesamiento. Las mujeres tienen derecho a una educación, formación y conciencia pública sensible al género y proactiva sobre el tabaco y la salud pública.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁹, aunque no son un tratado vinculante legalmente, representan un esfuerzo internacional único para esbozar ocho metas muy ambiciosas para la paz y prosperidad del mundo que se tienen que alcanzar en 2015. Esbozadas por los 191 miembros de las Naciones Unidas en Nueva York entre el 5 y el 8 de septiembre de 2000, dos de las metas mencionan directamente a las mujeres y las ocho metas están relacionadas con el control del tabaco, como se define en la reciente publicación de la OMS sobre control del tabaco y los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹⁰.

EL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC) de la OMS¹¹ es la base de una estrategia internacional para hacer frente a la creciente epidemia mundial de enfermedades y muertes relacionadas con el tabaco. El objetivo del convenio, como se refleja en el artículo 3, es “proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, medioambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco”.

Las negociaciones para el FCTC empezaron en octubre de 2000 bajo los auspicios de la OMS. Fue la primera vez que la OMS utilizó la legislación internacional y su poder legal internacional para

abordar un problema de salud pública mundial. El ente negociador intergubernamental que esbozó el convenio se reunió seis veces entre octubre de 2000 y primeros de marzo de 2003. El FCTC se hizo llegar a los 192 países miembros de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2003 para su aprobación, que fue unánime. El FCTC entró en vigor el 27 de febrero de 2005. Es el primer convenio mundial que aborda una cuestión de salud pública.

La persona que inició el camino hacia la negociación y adopción del FCTC, la Dra. Gro Harlem Brundtland, entonces directora general de la OMS, se dirigió a la 59 Comisión sobre Derechos Humanos en marzo de 2003 poco después de que finalizaran las negociaciones. En su discurso, la doctora calificó el FCTC como “un nuevo mecanismo vital para proteger y promover el derecho a la salud de las personas”. Afirmó que la salud como derecho humano ha sido obviada y que los derechos humanos se deben ver, no simplemente como un marco de inspiración, sino como útiles herramientas de análisis y acción sobre cuestiones de salud pública¹².

La primera asamblea de socios de la conferencia del FCTC tuvo lugar en Ginebra en febrero de 2006 y desde entonces son 124 los países que se han hecho socios del convenio, lo que representa en conjunto el 70 por ciento aproximadamente de la población mundial. El FCTC pretende crear una armonización internacional de medidas de control del tabaco. Pero en relación con esta armonización, el artículo 2 deja claro que el convenio no debe impedir que los socios adopten medidas nacionales de control más estrictas que las que aparecen en el FCTC. En otras palabras, en relación con el control del tabaco, el convenio es el “suelo” y no el “techo”.

El FCTC ya contiene muchas disposiciones sustantivas de la legislación internacional sobre control del tabaco, como requisitos para el embalaje y etiquetado de productos del tabaco (artículo 11) y una amplia prohibición sobre su publicidad, promoción y esponsorización (artículo 13). Además, igual que otros convenios marco, el FCTC establece claramente un proceso continuo para desarrollar más las disposiciones legales básicas contenidas en el convenio mediante la negociación de protocolos sobre cuestiones específicas conectadas con el control mundial del tabaco (artículo 33). Como se decidió en la primera conferencia de socios del FCTC en febrero de 2006, los protocolos que se están desarrollando actualmente incluyen uno sobre comercio ilícito de productos del tabaco (artículo 15) y uno sobre publicidad, promoción y esponsorización internacional (artículo 13.8).

Los futuros protocolos podrían incluir cuestiones como las ventas ‘duty-free’ de productos del tabaco, responsabilidad de la industria por los perjuicios provocados por sus productos o mujeres y control del tabaco. Todos los protocolos serían de hecho nuevos tratados. Sólo los socios del FCTC pueden ser socios de sus protocolos. Cada protocolo será de aplicación exclusivamente en aquellos países que acepten estar

obligados por él a través de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación formal o adhesión. Las legislaciones efectivas nacionales y el FCTC plantean serias limitaciones a las actividades de la industria tabaquera. Como esta industria ha intentado persistentemente interferir en ambas, y seguirá haciéndolo, todos los países deben estar vigilantes y ser proactivos a este respecto.

En su preámbulo, el FCTC incorpora específicamente disposiciones de la CEDAW, del ICESCR y de la Convención sobre los Derechos del Niño, tratados internacionales que se refuerzan mutuamente gracias a los socios que se han comprometido con ellos. En concierto, se pueden utilizar para fortalecer las políticas, leyes y actividades de control del tabaco y para facilitar una base para supervisarlas y evaluarlas.

EL FCTC Y EL GÉNERO

Además de incorporar disposiciones de la CEDAW, el FCTC reivindica su propia y clara perspectiva de género. En el preámbulo expresa la alarma por el incremento del consumo de tabaco entre mujeres y chicas, refuerza la necesidad de que las mujeres participen en la formulación de políticas sobre control del tabaco y su implantación a todos los niveles, reclama estrategias de control específicas de género y pone énfasis en la especial contribución que hacen las organizaciones no gubernamentales, incluidos los grupos feministas, a los esfuerzos nacionales e internacionales de control del tabaco. Entre los principios directrices existe una referencia a la legítima expectativa de que cuando se desarrollen estrategias de control del tabaco se aborden los riesgos específicos de género. El preámbulo y los principios directrices sustentan el FCTC y se deben leer en todas sus disposiciones sustantivas.

EL FCTC Y EL DESARROLLO

El FCTC contiene una clara perspectiva de desarrollo. Expresa preocupación por el incremento en el consumo de tabaco entre los pueblos indígenas, en los países en desarrollo y en países con economías en transición; identifica la carga que el consumo de tabaco supone para las familias, para los pobres y para los sistemas nacionales de salud. Ello es notable, no sólo para el desarrollo, sino también para las mujeres, en particular, las mujeres pobres, pues soportan y sostienen muchas familias indígenas, así como familias de los países en desarrollo y de economías en transición. El FCTC también reconoce que para implantar las medidas de control del tabaco, los socios de los países en desarrollo y de países con economías en transición necesitarán ayuda económica y técnica. Ésta se identifica como una tarea importante que debe ser emprendida por el secretariado de la conferencia de socios.

LAS DISPOSICIONES SUSTANTIVAS DEL FCTC DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

En su preámbulo, el FCTC reconoce la especial contribución que los miembros de la sociedad civil, incluidos grupos feministas, ya han realizado en los esfuerzos del control del tabaco a escala nacional e internacional y pone énfasis en la vital importancia de su continua participación en los esfuerzos por controlar el tabaco. A continuación se encuentra una perspectiva basada en el género sobre algunos artículos claves del convenio, con breves ejemplos de cómo las mujeres y grupos feministas pueden implicarse activamente en un control efectivo del tabaco basado en el género^{13,14}.

ARTÍCULO 6: PRECIO Y MEDIDAS FISCALES PARA REDUCIR LA DEMANDA DE TABACO

El precio de los productos de tabaco, incluido el grado en que son penalizados fiscalmente, juega un importante papel en la reducción de su consumo. Cuanto más caros son estos productos, menos probabilidad hay de que la gente (especialmente, la gente joven) los compre. Es importante que las mujeres, y en particular quienes formulan las políticas y los legisladores, así como las organizaciones de mujeres, entiendan con claridad cómo funciona el sistema fiscal y de precios. Con este conocimiento se puede ejercer presión sobre los funcionarios de los gobiernos para que utilicen los impuestos obtenidos de los productos del tabaco a actividades específicas de control que beneficien a las mujeres y otros grupos desfavorecidos.

ARTÍCULO 8: PROTECCIÓN ANTE LA EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

La ciencia dice que la exposición al humo del entorno aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, especialmente entre los no fumadores. Esto afecta a las mujeres en el hogar y en el puesto de trabajo. Como las mujeres no tienen frecuentemente la posibilidad de negociar que sus hogares y puestos de trabajo sean espacios sin humo, muchas mujeres, especialmente aquellas involucradas en la industria de la hostelería, quedan expuestas al humo del tabaco con consecuencias catastróficas para su salud. Por ello, no sólo resulta crucial para las mujeres saber que se encuentran en situación de riesgo, sino también es importante que sepan cómo funciona la legislación laboral en sus países y cómo pueden utilizar la ley para protegerse en el lugar de trabajo. Por ejemplo, una mujer canadiense, la difunta Heather Crowe, que no había fumado nunca, desarrolló cáncer de pulmón como consecuencia de su exposición al humo del tabaco mientras trabajaba como camarera durante muchos años. En 2002 reclamó una compensación al Consejo de Ontario sobre Seguridad en el Puesto de Trabajo (WSIB) por sus gastos médicos, así como por su discapacidad y otras minusvalías. No sólo prosperó

su reclamación, sino que el consejo también le concedió algunas prestaciones por pérdida de ingresos¹⁵. Este caso resalta el hecho de que puede ser extremadamente útil llevar sentencias de la legislación laboral relacionadas con el tabaco a la atención de organizaciones que puedan ayudar a las mujeres a financiar demandas legales para protegerse a sí mismas, sus trabajos y sus medio de vida.

ARTÍCULO 11: EMPAQUETADO Y ETIQUETADO DE PRODUCTOS DE TABACO

El tratado obliga a los socios a adoptar e implantar en los productos del tabaco avisos y mensajes de salud grandes, claros, visibles y alternantes. Estos avisos deben ocupar como mínimo el 30 por ciento de la zona visible del paquete y pueden ser en forma de imágenes. Además, el tratado prohíbe el uso de descripciones que pueden inducir a error, como 'light', 'mild' o 'bajo en nicotina', descripciones engañosas que estaban especialmente dirigidas a mujeres y conducían a muchas a la falsa creencia de que estaban consumiendo productos de tabaco más seguros. En conjunto, estas disposiciones del FCTC podrían jugar un papel importante en asegurar que mujeres y chicas no empiecen a utilizar productos de tabaco o que los abandonen. Los mensajes en forma de imágenes pueden tener un gran impacto, especialmente en países en desarrollo donde los niveles de analfabetismo entre las mujeres son causa de preocupación.

ARTÍCULO 12: EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN, FORMACIÓN Y CONCIENCIA PÚBLICA

La importancia de la educación, formación y conciencia pública sobre los peligros de los productos del tabaco, así como sobre los engaños en que entra la industria tabaquera, son un aspecto esencial de las actividades de control del tabaco en las que pueden estar al frente los gobiernos y la sociedad civil. Resulta vital que las mujeres estén implicadas directamente en preparar esta información, incluida la contrapublicidad, especialmente cuando está dirigida a mujeres y chicas.

ARTÍCULO 13: PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y ESPONSORIZACIÓN DEL TABACO

La industria tabaquera ha dirigido sus campañas publicitarias hacia mujeres de distintos ámbitos socioeconómicos de maneras diferentes. La amplia prohibición sobre la publicidad, promoción y esponsorización contenida en el FCTC (o restricciones donde, por motivos constitucionales, los países no pueden aplicar prohibiciones) protegerá a las mujeres de esta clase de publicidad de la industria tabaquera.

ARTÍCULO 14: MEDIDAS PARA REDUCIR LA DEMANDA EN RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA Y CESACIÓN TABÁQUICA

Las mujeres como individuos, junto con los grupos de defensa de la salud de las mujeres y grupos feministas, tienen que estar directamente implicadas en prestar y sostener actividades para ayudar a las mujeres a dejar de utilizar productos del tabaco. Resulta vital que las especiales necesidades de las mujeres y sus circunstancias sean consideradas conscientemente en el diseño e implantación de los programas de cesación.

ARTÍCULO 16: VENTAS A MENORES Y POR MENORES

Las mujeres pueden desempeñar un importante papel en la prevención de la venta de productos de tabaco a y por parte de chicas que sean menores. Una buena base de conocimientos será esencial para entender por qué fuman las chicas y las circunstancias en que ellas venden estos productos, especialmente en países en desarrollo, a fin de implantar este artículo desde una perspectiva de género.

ARTÍCULO 17: PRESTACIÓN DE APOYO PARA ACTIVIDADES ALTERNATIVAS VIABLES ECONÓMICAMENTE

En particular en los países en desarrollo, las mujeres se ven envueltas a menudo en gran número en el cultivo del tabaco, así como en la producción y venta de sus productos. Estas mujeres necesitarán apoyo económico y técnico para empezar a adoptar alternativas viables económicamente a los cultivos de tabaco.

ARTÍCULO 18: PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y DE LA SALUD DE LAS PERSONAS

Las mujeres y chicas de los países en desarrollo que participan en el cultivo del tabaco están expuestas a productos químicos que son nocivos para su propia salud y para el medio ambiente. Resulta crucial que sean conscientes de los peligros que implica el cultivo y producción del tabaco y que reciban asistencia para contrarrestar su exposición a los productos químicos y otros contaminantes.

ARTÍCULO 19: RESPONSABILIDAD

El FCTC alienta a los socios a que den pasos, incluidos litigios legales, para responsabilizar a las corporaciones por sus acciones y prácticas perjudiciales, así como por la naturaleza nociva de sus productos. Las mujeres y los grupos feministas deben identificar posibilidades de litigio contra la industria tabaquera, deben alentar a las mujeres (en casos apropiados) a que denuncien y deben prestar el respaldo económico necesario.

ARTÍCULOS 20 – 22: COOPERACIÓN CIENTÍFICA Y TÉCNICA Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN

Es de vital importancia que las investigaciones sobre el consumo del tabaco y el control del tabaco reflejen las perspectivas y problemas de las mujeres, incluidas las de comunidades indígenas y en países en desarrollo. También es necesario que todos los informes que se realicen para la conferencia de socios en cumplimiento del convenio tengan una debida perspectiva de género.

EL CAMINO POR DELANTE

El FCTC es un instrumento clave de los derechos humanos para un control efectivo del tabaco a escala nacional e internacional. Sin embargo, para que sus disposiciones tengan un efecto verdaderamente perceptible sobre la vida de las personas, incluidas las mujeres de todo el mundo, los gobiernos y miembros de la sociedad civil por igual tendrán que promocionarlas activamente. Para que el FCTC cumpla su promesa a las mujeres es esencial una participación plena y significativa de las mujeres en este proceso. Las mujeres y los grupos feministas, a todos los niveles y en todas las esferas de la sociedad, deben conocer su derecho a la salud en relación con el tabaco. Además, pueden tener necesidad de crear las infraestructuras necesarias para garantizar que sus derechos, así como sus responsabilidades, se puedan ejercer en los lugares donde viven y trabajan. No podemos permitirnos ser complacientes. Podemos (y debemos) utilizar el FCTC para exigir nuestro derecho a la salud a medida que nos movemos hacia un mundo sin tabaco.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Nueva York; 1948. Disponible en: <http://www.un.org/Overview/rights.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 estados (Registros Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, n.º 2, pág. 100) que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Disponible en: <http://www.who.int/about/definition/en/>
3. Naciones Unidas. *Acuerdo Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York; 1966. Disponible en: http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm
4. Naciones Unidas. Comité sobre derechos económicos, sociales y culturales. *El derecho al estándar de salud más alto alcanzable: 11/08/2000*. Nueva York; 2000. Disponible en: <http://www.unhchr.org/english>
5. Naciones Unidas. *Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. Nueva York; 1979. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
6. Naciones Unidas. *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Nueva York; 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>
7. Abaka, C.C. Reforzamiento de los convenios internacionales. En J.M. Samet & S. Y. Yoon (Eds.). *Las mujeres y la epidemia del tabaco* (págs. 201-08). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
8. Organización Mundial de la Salud. *25 Preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. (Health and Human Rights Publication Series, No. 1). Ginebra: OMS; Julio de 2002.
9. Naciones Unidas. *Objetivos del Milenio*. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/background.html>
10. OMS. *El control del tabaco y el milenio*. Recuperado el 22 de marzo de 2006 de http://www.who.int/tobacco/publications/mdg_final_for_web.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. *FCTC*. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/framework/download/en/index.html>
12. Harlem Brundtland, G. Ponencia, FCTC. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/dg/speeches/2003/commissionhumanrights/en/>
13. Yoon, S.Y. Un marco de trabajo para los derechos humanos, género y tabaco. *La Red, Red Internacional de Mujeres contra el Tabaco 2004; Otoño: 4-6*. Disponible en: <http://www.inwat.org/inwatnewsletter.htm>
14. Sánchez S. Mejor salud para las mujeres del mundo cuando entre en vigor el FCTC de la OMS. *La Red, Red Internacional de Mujeres contra el Tabaco 2005; Marzo-Agosto: 1-7*. Disponible en: <http://www.inwat.org/inwatnewsletter.htm>
15. Physicians for a Smoke-Free Canada. *Campaña Heather Crowe*. Disponible en: <http://www.smoke-free.ca/heathercrowe/FAQ.htm#2>

Capítulo 5. Avanzando: la Mujer, el Tabaco y el Futuro.

Lorraine Greaves y Natasha Jategaonkar

La prevención y la reducción de la epidemia del tabaco entre las chicas y mujeres del siglo XXI es un gran reto. La salud, la igualdad y el consumo de tabaco

son factores interrelacionados para las mujeres. A medida que abordamos estos retos vinculados para mejorar la salud de las mujeres y reducir el impacto del tabaco sobre ellas, debemos preocuparnos igualmente por la mejora de su estatus. Tal y como hemos visto, en algunos países, las mujeres figuran entre las poblaciones más vulnerables al consumo continuado del tabaco. En otros países, donde la población femenina no ha comenzado a fumar, las empresas tabaqueras perciben a las mujeres como un enorme mercado sin explotar y por lo tanto, constituyen un gran grupo de consumidores potenciales de tabaco. Mientras que las tasas de consumo de tabaco entre hombres han llegado globalmente a su punto más alto y se están reduciendo¹, la posibilidad de explotación de las tasas femeninas por parte de las empresas tabaqueras es una importante amenaza contra la salud física, mental y económica de las mujeres. Para prevenir o reducir este riesgo, exigimos con urgencia un esfuerzo coordinado que trate el control del tabaco y la igualdad de la mujer.

También hemos observado un cambio drástico en la producción de tabaco de los países desarrollados hacia los países en desarrollo. Este cambio ha traído consigo amenazas adicionales contra la salud, así como presiones económicas y del entorno contra las mujeres, las familias y las comunidades. Las mujeres, y las chicas en particular, forman parte importante de una población activa que trabaja en condiciones de explotación, y cuando la producción y consumo de tabaco se introducen en sus

comunidades, sufre una reducción de sus ingresos y repercute negativamente en la nutrición de sus familias.

Afortunadamente, existen oportunidades que nos permitirán tratar más adecuadamente el tema de las mujeres y el tabaco en el futuro. El Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC), junto con la Declaración de Kobe y la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra

la Mujer (CEDAW) ofrecen nuevas plataformas para el diseño de enfoques de control del tabaco que estén centrados en la mujer y sean sensibles al género, agrupándose en un plan global para mejorar el estatus de las mujeres. Estas tres iniciativas hacen hincapié en la importancia del género para lograr sus objetivos, así como en la importancia específica de garantizar mejoras de salud e igualdad para las mujeres. Un reto clave, tanto para la sociedad civil como para los gobiernos internacionales y nacionales, es actuar conjuntamente para vincular de forma más eficaz estos tratados y declaraciones con miras futuras.

Se requerirán políticas globales para el control del tabaco, así como políticas sociales y económicas progresistas en busca de la igualdad. Mientras que la industria del tabaco ha actuado con rapidez para comprender y explotar las implicaciones del género en el marketing del tabaco, las políticas, programas e investigaciones para el control del tabaquismo han sido lentos en adoptar enfoques basados en el género y sensibles a las mujeres. De manera similar, las amplias políticas sociales y económicas se han quedado atrás a la hora de garantizar un acceso igual para mujeres y chicas a los recursos y capacitación en todo el mundo.

Las experiencias recientes de los países que se encuentran en la fase 4 de la epidemia del tabaco vinculan claramente la desigualdad a la vulnerabilidad frente al consumo de tabaco entre mujeres y chicas.

Los esfuerzos globales para el control del tabaco siempre han intentado contener su impacto desde múltiples ángulos: prevención y reducción del consumo de tabaco, ayuda en la cesación para aquellos que

Uruguay: las mujeres en el control del tabaco contraatacan

María Inés Roca

La epidemia del tabaco ha alcanzado a las mujeres en Uruguay, donde el 27 por ciento de la población femenina es fumadora³¹ y las chicas de entre 13 y 17 años presentan unas tasas de tabaquismo superiores a las de los chicos del mismo grupo de edad (el 34,3 % frente al 25,2 %)³². Las tasas femeninas de cáncer de pulmón se han duplicado entre 1990 y 2000, pasando del 3 al 6 por ciento y continúan creciendo³³. A pesar de estas tendencias alarmantes, las mujeres han desempeñado un papel de vital importancia en el movimiento uruguayo para el control del tabaco, especialmente desde la asociación Fumadores Pasivos Uruguayos o FPU, pero también desde las organizaciones sanitarias y de pacientes. El incremento de la participación de las mujeres en el control del tabaco ha dado mayor fuerza al movimiento de las organizaciones no gubernamentales.

Los principales objetivos de la FPU para el año 2006 son: 1) ayudar a conseguir que Uruguay sea el primer país sin humo de América Latina (objetivo logrado el 1 de marzo de 2006) 2) celebrar una reunión nacional sobre las mujeres y la epidemia del tabaco como herramienta para el aumento de la concienciación de las mujeres e iniciar una red de control del tabaquismo femenino en Uruguay y 3) fomentar el respeto del FCTC. No existe ninguna duda: el tabaco es un problema para las mujeres uruguayas y lucharemos contra él.

fuman, cambio de actitudes y prácticas que afectan al consumo, prohibición de fumar y regulación de la publicidad y el marketing vinculados al consumo y promoción del tabaco. Sin embargo, para prevenir el aumento de la epidemia del tabaco entre chicas y mujeres en el siglo XXI se debe matizar la aplicación de estos principios y vincularse al género en superior medida para llegar a aquellas mujeres en mayor situación de riesgo. Asimismo, será necesario ir más allá en el terreno del control tradicional del tabaco y establecer vínculos con los derechos humanos y las prioridades de los derechos de las mujeres para efectuar el cambio.

Existen retos a largo plazo para el control del tabaco, entre los que se incluyen aspectos como las estrategias de la publicidad y la producción, así como la globalización del comercio, el marketing y las comunicaciones. En el capítulo 4 se ha descrito cómo podemos utilizar varios tratados (que no estaban disponibles hace algunas décadas, cuando la epidemia del tabaco comenzó a afectar a las mujeres en el mundo desarrollado) para garantizar el derecho a la salud de mujeres y chicas y mejorar su estatus en todo el mundo. Concretamente, el FCTC expresa su inquietud en cuanto al género y las mujeres y promueve medidas para el control del tabaco que prometen respetar los aspectos del género, así como trabajar para prevenir de forma activa la epidemia de género en el consumo de tabaco. Al trabajar según estos marcos también será necesario crear políticas y programas eficaces para mujeres y chicas.

El Análisis Basado en el Género (GBA) es una herramienta que ayuda a formular preguntas de forma sistemática acerca de todos los elementos de investigación, política y programación, ya sea para el control del tabaco como en cualquier otro campo^{2,3,4}. Al aplicar los esfuerzos para el control del tabaco del GBA deberíamos formular las siguientes preguntas: ¿Benefician las políticas y los programas a las mujeres? ¿Afectan de forma distinta a grupos diferentes de mujeres? ¿Tienen consecuencias no previstas para las mujeres? o ¿Tienen otros efectos sobre el estatus de mujeres y chicas? ¿Están los programas y las políticas diseñados pensando en los hombres únicamente y no en las mujeres? ¿Se basan los esfuerzos para el control del tabaco en datos que reflejan la situación de mujeres y hombres, grupos diversos y chicas y chicos? Esta clase de preguntas son intrínsecas del análisis basado en el género y nos ayudarán a personalizar nuestros esfuerzos para el control del tabaco y lograr así que programas, políticas e investigaciones sean más eficaces y adecuados para las chicas y las mujeres.

PROGRAMACIÓN: ¿CÓMO PODEMOS REDUCIR LA DEMANDA DE TABACO?

Existen muchas y muy variadas formas de reducir la demanda de tabaco entre mujeres y hombres. La

programación de enfoques incluye las campañas de

Japón: dar ejemplo abordando el tabaquismo entre las enfermeras

Yumiko Mochizuki-Kobayashi

Tradicionalmente, las tasas de mujeres fumadoras en Japón son muy bajas aunque, en ciertos subgrupos, el consumo de tabaco es elevado. Por ejemplo, actualmente, las tasas de tabaquismo entre las enfermeras son cerca del doble de la tasa femenina media. Dado que la mayoría de las enfermeras en Japón son mujeres, sus índices de tabaquismo son alarmantes, especialmente desde que, como profesionales de la sanidad, sirven de modelo para pacientes y comunidades. Debido a estas altas tasas, la Asociación de Enfermería de Japón inició una campaña nacional para adoptar medidas de cuatro formas: en primer lugar, para recomendar políticas sanitarias entre las que se incluyen el control del tabaco en la sociedad en general; en segundo lugar, para ayudar a las enfermeras a dejar de fumar; en tercer lugar, para establecer premisas sanitarias libres de tabaco; y en cuarto lugar, para educar a los estudiantes de enfermería en la prevención y la cesación tabáquica. Esto es sólo un ejemplo que se puede repetir en otras partes del mundo, donde los índices de consumo de tabaco son altos entre las profesiones predominantemente ejercidas por mujeres. Además, mientras que un único compromiso sincero de la profesión para el control del tabaco mejora la vida de sus miembros, también puede movilizar al resto de la sociedad hacia la consecución de una política más activa para el control del tabaco.

los medios de comunicación, las líneas telefónicas de asesoramiento para dejar de fumar (o “líneas de asistencia para dejar de fumar”), así como las ayudas especializadas integradas en colegios y centros de trabajo, todas diseñadas para prevenir el interés por el tabaco y/o reducir la dependencia del mismo. En función de la etapa de la epidemia de tabaco en la que se encuentre un país, la programación utilizada es distinta.

En los países que se encuentran en etapas más tempranas, donde las mujeres aún no han alcanzado altas tasas de tabaquismo y todavía fuman menos que los hombres, el enfoque de la programación se centra en la prevención del interés hacia el mismo de forma más general, para garantizar que los modelos a seguir, como médicos, enfermeras y profesores, reducen el consumo de tabaco (véase el ejemplo de Japón). Las campañas de educación sanitaria transmiten a chicas y mujeres información acerca del tabaquismo (véase el ejemplo de Islas Mauricio), presentan el mensaje

acerca de los peligros del tabaquismo durante el embarazo y de forma simultánea, intentan desarrollar las recomendaciones mediante grupos de voluntarios y cambios de políticas en los departamentos gubernamentales (véase el ejemplo de Uruguay).

Para los países que se encuentran en etapas posteriores de la epidemia, como Reino Unido y EE.UU., las tasas globales de consumo de tabaco han llegado a su punto más alto. En esta situación, el enfoque se centra en la reducción de la demanda entre los subgrupos vulnerables de las poblaciones, apoyando la prevención dirigida y la cesación entre chicas y mujeres con bajo poder adquisitivo, fumadoras embarazadas, adolescentes y ciertos grupos étnicos o culturales específicos. Los enfoques personalizados incluyen aspectos como el diseño de programas culturalmente pertinentes para comunidades específicas⁵ o la oferta de terapias de sustitución de la nicotina, ya sean gratuitas o subvencionadas, para las mujeres con bajo poder adquisitivo⁶. Dichas estrategias dirigidas se integran en amplios programas existentes para la población en general.

El reto clave es garantizar que los programas de prevención y cesación para mujeres tenga éxito y logren reducir el consumo de tabaco sin comprometer los objetivos de igualdad y capacitación. ¿Cómo pueden nuestros enfoques transformar las relaciones de género y mejorar el estatus de las mujeres para no utilizar injustamente las aspiraciones de las mismas?⁷ Los mensajes de los medios de comunicación y la contrapublicidad deben integrar recomendaciones positivas acerca de la libertad y la liberación del tabaco para impedir que las empresas tabaqueras continúen en posesión del mensaje de que fumar es igual a liberación.

Allí donde la producción de tabaco implique un aumento del número de mujeres y chicas fumadoras, la programación debe ir más allá de los problemas del consumo y tratar las necesidades e inquietudes de las mujeres implicadas en su cultivo, fabricación y comercialización. En estos escenarios, las campañas de información a través de diversos medios de comunicación, como radio y pósters, son importantes para hacer llegar el mensaje directamente a las mujeres acerca de la seguridad laboral y las potenciales consecuencias del cultivo y procesamiento del tabaco para su salud. Además, la información acerca de la industria tabaquera, el derecho del trabajador a un trabajo seguro, los salarios equiparados y unas condiciones de trabajo que no sean de explotación es de vital importancia para la protección de chicas y mujeres contra los efectos perjudiciales de trabajar en el sector del tabaco. Esta información basada en la comunidad y en las familias, así como las intervenciones de la educación, se deben dirigir en el formato adecuado a las mujeres (y a las madres en particular), así como a sus familias y a otros grupos vulnerables.

Islas Mauricio: hacer correr la voz acerca de las mujeres y el tabaco

Véronique Leclzio

En el Día Mundial de la Salud celebrado en 2005, durante una conferencia de prensa se presentó un folleto dedicado a los problemas de la mujer y el tabaco. El Ministerio para la Protección de los Derechos de la Mujer y las organizaciones no gubernamentales (ONG) repartieron miles de copias. En un programa conjunto de ViSa Mauricio (una ONG dedicada al control del tabaco) y la rama local de la Asociación Soroptimist International Ipsae (que dirige una guardería para niños desfavorecidos), se distribuyeron estos materiales en colegios, centros de salud para jóvenes, centros de la comunidad y público en general tras las charlas de ViSa sobre el control del tabaco.

Esta iniciativa se adoptó en el momento oportuno, ya que el tabaquismo entre las mujeres de Islas Mauricio aún se encuentra en etapas tempranas. Culturalmente, la mayoría de las mujeres de Islas Mauricio son no fumadoras. Sin embargo, los estudios más recientes sobre enfermedades no transmisibles en Islas Mauricio llevados a cabo en 2004 demuestran que el tabaquismo entre mujeres aumentó del 3 al 5,1 por ciento entre 1998 y 2004, mientras que el porcentaje entre hombres se redujo significativamente durante el mismo periodo. Se prevé un rápido crecimiento de la tasa de tabaquismo entre las mujeres de Islas Mauricio si no existen iniciativas adicionales para tratar estos

POLÍTICA: ¿CÓMO PUEDEN LAS POLÍTICAS AYUDAR A LIMITAR LA PROPAGACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO ENTRE CHICAS Y MUJERES Y MEJORAR SU VIDA?

Las políticas globales contra el tabaquismo son un componente clave para la prevención y reducción del consumo de tabaco entre las mujeres. En estas políticas se incluyen el control del precio y los impuestos a los productos del tabaco, la regulación sobre el empaquetado, la prohibición de su publicidad, la limitación de representaciones de situaciones de tabaquismo en los medios de comunicación, las restricciones del tabaco en ciertos lugares y la legislación sobre la venta, entre otras estrategias, que han demostrado ser muy eficaces a nivel de la población. El grado de puesta en práctica de dichas políticas variará de un país a otro en función de la etapa de la epidemia del tabaco en que se encuentre cada uno. Sin embargo, independientemente de los elementos utilizados, ha habido poco reconocimiento

de cómo las políticas para el control del tabaco podrían afectar de forma distinta a hombres y mujeres y de cómo los efectos también podrían variar entre diversos grupos de mujeres. La evidencia disponible indica que existen diferencias que se pueden tomar en consideración, pero también debemos trabajar duro para incluir esta pregunta en todos los desarrollos y análisis adicionales de las políticas (véase el ejemplo de Europa). La incorporación de análisis basados en el género (GBA) y la diversidad en estos procesos ha ayudado a identificar áreas de prioridad en países que se encuentran en la fase 4, y podrían reducir la epidemia del tabaco entre mujeres y chicas de los países que se encuentran en etapas más tempranas. La aplicación de un completo análisis basado en el género requiere que se tomen en consideración todos los aspectos de la vida de las mujeres, incluidos los biológicos y los psicosociales. Esta diversidad de experiencias contribuye claramente a la iniciación, mantenimiento y cesación tabáquica al tiempo que crean respuestas diferenciales ante las intervenciones y políticas para el tabaquismo^{8,9}. Por ejemplo, la investigación europea indica que existe una acumulación de múltiples desventajas que ejercen una influencia sobre la iniciación y la cesación¹⁰. La vulnerabilidad debida al poder adquisitivo, la educación y otros factores sociales y biológicos interactuará con las desigualdades de género para traducirse en mayores retos para las mujeres.

En Alemania, por ejemplo, la cesación tabáquica ha sido más lenta entre los grupos que están experimentando de forma simultánea una reducción de su poder adquisitivo, un bajo nivel de escolarización y una reducida participación en el mercado laboral¹¹. Las mujeres con diagnósticos de problemas de salud mental también son vulnerables ante el consumo de tabaco, especialmente cuando combinan la nicotina con otras drogas o la utilizan para calibrar su propio estado bioquímico^{12,13,14}. Los hijos de mujeres fumadoras son más propensos a convertirse también en fumadores debido a las predisposiciones biológicas que se establecen durante el desarrollo fetal si las mujeres fumaron durante el embarazo^{15,16} y también por los efectos de los modelos a imitar^{17,18}.

Las restricciones en las ventas. Si tomamos en consideración los aspectos relacionados con el sexo, el género y la diversidad en las respuestas a las recomendaciones del FCTC, tales como la regulación de la venta a menores (artículo 16) y las cargas fiscales (artículo 6), salen a la luz cuestiones que se deben abordar para lograr una mayor eficacia de las políticas globales para el control del tabaco. Las restricciones sobre la venta de tabaco a los jóvenes pueden ser eficaces para reducir la venta de cigarrillos y otros productos a los niños, en especial cuando las restricciones se hacen respetar con regularidad. No obstante, si el intento de un niño de comprar tabaco tiene éxito o no depende de numerosos factores. La comprensión de los problemas que afectan a la interacción entre vendedor y comprador será útil en el

desarrollo de políticas en aquellos países donde la venta a menores o por parte de menores aún no se ha regulado.

Por ejemplo, las evidencias de EE.UU. sugieren que tanto el género como el origen étnico de los adolescentes, así como el género del vendedor, podrían influir en la venta o no de tabaco a un menor de edad. Un estudio sugiere que las mujeres tienen menos propensión a vender cigarrillos a los jóvenes que los hombres; las chicas menores de edad tienen menos inclinación a comprar cigarrillos que los chicos¹⁹. Un estudio llevado a cabo en 1997 por Klonoff y otros en EE.UU. demostró que los adolescentes latinos eran significativamente más susceptibles de comprar cigarrillos en comparación con los adolescentes de raza blanca y que las chicas latinas eran cuatro veces más susceptibles que los jóvenes latinos¹⁹. Sin embargo, es importante mencionar que muchos niños y adolescentes no acudirán a una tienda a comprar cigarrillos y otros productos del tabaco. Las evidencias de países que se encuentran en la etapa 4 sugieren que las chicas en particular tienen más tendencia a conseguir cigarrillos de amigos y familiares que a intentar comprarlos^{20,21}. **Los impuestos y las políticas de precios.** El aumento de la carga fiscal, cuando se combina con otras estrategias de control, se ha relacionado con la reducción del consumo de tabaco. En los estudios llevados a cabo en países que se encuentran en la etapa 4 que han examinado el incremento de la carga fiscal o del precio como medida para el control del tabaco, las evidencias indican que los desincentivos económicos son una estrategia eficaz para reducir sustancialmente el tabaquismo entre la población general y también entre la población con bajo poder adquisitivo, aunque resultados contradictorios en distintos países han hecho que la respuesta a si (y de qué forma) las mujeres podrían diferenciarse de los hombres ante dichas estrategias sea confusa²²⁻²⁷. La diversidad étnica dentro de una población también influye, a pesar de que los motivos para ello no están claros²⁸.

Las políticas laborales y de protección medioambiental. Allí donde las mujeres están cada vez más implicadas en el sector de la producción del tabaco, es necesario prestar atención a otras formas de desarrollo de políticas. Se requiere una regulación más exhaustiva para las empresas del sector tabaquero sobre cuestiones relacionadas con la protección del medio ambiente y la seguridad laboral de las familias dedicadas a la producción (especialmente mujeres y niños) para tratar los efectos del trabajo en este sector que se, detallan en el capítulo 3. La degradación medioambiental, la pérdida de cultivos de alimentos y la seguridad nutricional, así como los efectos de los pesticidas y de las prácticas del sector agrícola, afectan a mujeres y chicas en formas que podrían ser específicas del sexo y del género y por lo tanto, que requieren respuestas específicas. Por ejemplo, las políticas podrían requerir

formación e información para las familias dedicadas al sector agrícola en asuntos de seguridad laboral específicos del sexo, así como información sobre las consecuencias para la salud de la producción y procesamiento del tabaco. Además, es posible que los gobiernos y las ONG no estén interesados en ejercer presión para la creación de más programas e investigaciones para la diversificación de los cultivos.

INVESTIGACIÓN: ¿QUÉ DEBEMOS SABER PARA REDUCIR EL IMPACTO DEL CONSUMO DE TABACO ENTRE LAS CHICAS Y MUJERES DE TODO EL MUNDO?

Todavía hay mucho por conocer acerca del consumo de tabaco y la salud en relación con el género. En especial, existe una clara necesidad de mejorar los sistemas de recopilación de datos y el seguimiento continuado, así como la información y la innovación de los asuntos de investigación. El control del tabaco, al igual que muchas prácticas sanitarias, ha tendido a desarrollar programas y políticas antes de desarrollar plenamente los sistemas de investigación²⁹. Esto se debe a las necesidades de individuos y países a medida que se ha extendido la epidemia del tabaco. Sin embargo, en este momento tenemos una oportunidad para reflexionar más ampliamente acerca de las intersecciones entre el consumo de tabaco y las desigualdades en distintas situaciones en todo el mundo. Por ejemplo, existen muchas preguntas sin respuesta acerca de desventajas concretas y efectos del consumo de tabaco por parte de chicas y mujeres, así como su respuesta ante políticas y programas (véase el ejemplo de EE.UU.). Todos debemos asegurarnos de que cada política y programa emergente incorpore en su desarrollo aspectos relacionados con el género.

Es necesario llevar a cabo un trabajo considerable para tratar las lagunas de conocimiento sobre las diferencias de sexo y la influencia del género en el consumo y control del tabaco. Décadas de estudio para tratar el consumo de tabaco como un problema de salud masculino han llevado a la adquisición de conocimientos científicos pertinentes para los hombres, así como a la prevención, intervenciones y políticas sensibles con la población masculina que, con frecuencia, se presentaron y aplicaron de forma genérica.

Asimismo, más allá del consumo del tabaco, se requieren datos para evaluar el alcance del trabajo realizado por la mujer en familias dedicadas al sector agrícola, así como las más amplias implicaciones del trabajo de las mujeres en los campos de tabaco y el trabajo de los niños (especialmente de las niñas) en el cultivo y el procesamiento del tabaco. Además, se requiere una investigación cualitativa para complementar estos datos y esclarecer los diversos asuntos específicos basados en el género en relación con las chicas y mujeres que trabajan en la producción y cultivo del tabaco. Estos informes añadirán

consistencia y detalle para poner de relieve los problemas de la explotación y la desigualdad a los que se enfrentan chicas y mujeres.

Existen oportunidades para que los estudios presten su apoyo al FCTC y a otros tratados que se pueden desarrollar de forma simultánea en todas las regiones del mundo. Una de ellas es un nuevo análisis (o un análisis secundario) de grandes grupos de datos para identificar los conocimientos diferenciados por sexos sobre el consumo y la producción del tabaco

EE.UU.: Abordar el impacto de las políticas de control del tabaco sobre las mujeres y chicas desfavorecidas

Deborah McLellan

En 2003, el Instituto Nacional del Cáncer y la Fundación del Legado Norteamericano de EE.UU. establecieron la TReND (*Tobacco Research Network on Disparities* o Red de Investigación de las Disparidades en el Tabaquismo) para eliminar las disparidades sanitarias relacionadas con el tabaco a través de una investigación interdisciplinar que permitiera el avance de la ciencia, tradujera los conocimientos en prácticas e informara las políticas públicas. Reconociendo los efectos de la clase social y el género, TReND apoya un proyecto que explora el impacto de la política del control del tabaco sobre las mujeres y chicas con un estatus socioeconómico bajo (son escasos los documentos empíricos que han examinado estos efectos). En respuesta a una petición de resúmenes, los investigadores presentaron nuevas averiguaciones cualitativas y cuantitativas en la reunión celebrada en septiembre de 2005 titulada "Políticas para el control del tabaco: ¿suponen una diferencia para mujeres y chicas con un estatus socioeconómico bajo?" Los documentos de la reunión se publicarán en un número especial del *Journal of Epidemiology and Community Health* (Diario de epidemiología y salud de la comunidad) en 2006. Asimismo, a lo largo de 2006 se publicará un informe de investigación. Las estrategias para divulgar estas conclusiones también se están desarrollando.

Este proyecto es el primer esfuerzo nacional de investigación de su clase en EE.UU. centrado en este tema. Prevemos que la publicación del número especial del diario y el informe de investigación estimularán la realización de trabajos de investigación y colaboraciones adicionales, para aumentar así las evidencias científicas disponibles y, finalmente, para ayudar a desarrollar estrategias eficaces para reducir el tabaquismo entre las poblaciones femeninas con un estatus socioeconómico bajo.

que podrían existir en la actualidad pero que no se reconocen o no se publican. Una segunda oportunidad es el desarrollo de un programa de investigación plenamente informado que se ocupe, no sólo de las diferencias de sexo y las influencias del género, sino también de la interacción entre sexo y género en la medida que afecta al consumo de tabaco y a las respuestas ante las intervenciones. No obstante, para completar esta visión y tomar en consideración todas las circunstancias de las mujeres, debemos centrar la atención en la diversidad de todos los estudios futuros, tanto dentro de cada país y región como entre los mismos.

El desarrollo de un programa global de investigación del tabaquismo sensible al género ayudará a reducir la epidemia del tabaco en los países con una renta per cápita baja. Dadas las investigaciones (históricas y continuadas) sensibles al sexo, género y diversidad llevadas a cabo por las multinacionales tabaqueras, es de vital importancia que cualquier investigación adicional sobre el tabaco se diseñe de forma similar. A pesar de que el mundo desarrollado se equivocó al no tratar las diferencias de género y sexo en el consumo de tabaco hasta bien desarrollada la epidemia, los países con renta per cápita media y baja tienen ahora oportunidad de hacerlo, con la ventaja de contar con esta información, para adoptar un enfoque mucho más eficaz. También se requieren investigaciones en los ámbitos local y comunitario. En muchos países, la información básica acerca del consumo de tabaco y actitudes de la comunidad hacia el mismo será muy importante para la detección de tendencias tempranas en relación con el tabaquismo y otros usos del tabaco en las mujeres y las chicas. Un mayor compromiso de la población femenina en esta investigación permitirá el desarrollo de concienciación, habilidades y capacidad para mejorar su salud mediante la prevención y el control del tabaco.

Sin embargo, también es importante hacer el seguimiento de los indicadores de progreso y capacitación de la mujer. El seguimiento del progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio es una fuente clave de estadísticas continuadas, al igual que las muchas bases de datos globales y nacionales sobre la educación y la participación en el mercado laboral de la mujer, así como los entornos políticos que les afectan. La vinculación de estos aspectos en futuras investigaciones es la clave para definir intervenciones, mensajes de los medios de comunicación, políticas y programas de éxito para reducir el consumo global de tabaco entre mujeres y chicas, al tiempo que se garantiza su progreso, igualdad y capacitación.

CONCLUSIONES

¿Cuáles son los requisitos para "pasar página" en relación con las mujeres y el tabaco? Es necesario realizar urgentemente un esfuerzo concertado para

Europa: en busca de políticas sensibles al género

Patti White

A pesar de que las tendencias en el tabaquismo de las mujeres no son uniformes en toda Europa, la mayoría de países europeos no ha logrado desarrollar políticas para el control del tabaco que aborden las necesidades de la mujer fumadora. La rama europea de la Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco (INWAT) ha emprendido tres proyectos para hacer recomendaciones a los responsables de la formulación de políticas y a los defensores del control del tabaco para tratar estas deficiencias. En 1999, un seminario celebrado en Londres examinó este problema y detectó una falta importante de datos, incluidas investigaciones biomédicas básicas en relación con el impacto del tabaco sobre la salud de las mujeres, lo que dificultaba la formulación de políticas sensibles al género y basadas en la evidencia. El informe resultante: *¿Parte de la solución? Políticas para el control del tabaco y mujeres*³⁴ estableció un marco para el desarrollo de estrategias de control del tabaco adecuadas para la mujer. Otro resultado de ese seminario fue una preocupación creciente en torno al problema de que el tabaquismo en Europa se concentra cada vez más en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Así, un seminario celebrado en Berlín en 2002 tomó en consideración las implicaciones del género en las políticas específicas para el control del tabaco. El informe, *En busca de la solución: mujeres, tabaquismo y desigualdades en Europa*³⁵, pone de relieve asuntos clave, como lugares públicos y privados sin humo, cargas fiscales y precio, intervención de los medios de comunicación y la comunidad, marketing, apoyo para dejar de fumar y creación de alianzas, y hace recomendaciones acerca de la investigación y la personalización de las políticas para que sean más sensibles al género. Un seminario celebrado en Barcelona en 2005 examinó el problema de las políticas de género y la erradicación del tabaco en los lugares públicos de ámbito europeo, así como la exposición al humo de los fumadores pasivos en sus hogares. El comité consultivo de INWAT-Europa continúa asesorando a los responsables de la toma de decisiones en los aspectos pertinentes relacionados con las mujeres y el tabaco en Europa.

prevenir o reducir el alcance de la epidemia del tabaco

entre las mujeres de todo el mundo. Este objetivo no se puede alcanzar de forma aislada, ni a través de pasos y programas no vinculados. En su lugar, se requieren mejoras en el estatus de las chicas y mujeres, innovaciones basadas en la igualdad en los programas y políticas de los sectores sanitario, social y económico, así como políticas verdaderamente globales en relación con el tabaco. El Convenio Marco para el Control del Tabaco es una herramienta de vital importancia para alcanzar estos objetivos. Su claro compromiso con los aspectos relacionados con el género, las mujeres y las chicas establece las bases de acción para el siglo XXI. Mientras que el artículo 4 del FCTC establece que en el tratado y en su aplicación se debe considerar el género, continúa siendo difícil evaluar el significado real de lo anterior. ¿Sabrán los estados que ratifican el FCTC cómo aplicar estos artículos dentro de un marco centrado en las mujeres que respete tanto los aspectos de sexo como de género? Nos encontramos con la emergente evidencia de que las mujeres y las chicas se ven afectadas de forma distinta por muchos de los aspectos tratados en los artículos del FCTC. A pesar de la necesidad de mayores evidencias, podemos continuar utilizando aquellas de las que disponemos para avanzar con mayor sensibilidad y personalizar nuestros esfuerzos en función del género.

Algunos países ya han avanzado hacia políticas sensibles al género. Por ejemplo, en la actualidad, el Gobierno Federal de Canadá exige un análisis basado en el género en todas sus políticas y programas³⁰. En cualquier país, los responsables de la formulación de políticas y los evaluadores necesitan tener una formación continuada para lograr que este análisis funcione, pero instituyendo una política progresista de análisis basado en el género de ámbito nacional, o incluso internacional, a través de la OMS, que es un paso importante y esencial para pasar página en el problema del tabaquismo. Estas políticas crean oportunidades para formar y sensibilizar a la población acerca de los asuntos relacionados con el género y las mujeres, al tiempo que garantizan el desarrollo de políticas y programas de mayor calidad para tratar el control del tabaco de las chicas y las mujeres.

Es de vital importancia lograr que las políticas para el control del tabaco sean más sensibles al género, pero la prevención o la reducción del alcance e impacto de la epidemia del tabaco en el siglo XXI implicarán algo más que el conjunto tradicional de políticas para el control del tabaco. Sabemos que las mujeres se benefician de una serie de iniciativas y programas políticos que mejoran su estatus económico y social, así como su salud. De igual forma, es de esperar que estas mejoras también refuercen su resistencia frente al tabaco o permitan dejar de consumirlo.

Para las mujeres fumadoras, las políticas sociales, de vivienda y económicas pueden garantizar una menor vulnerabilidad frente al tabaquismo debido al estrés, la carga de trabajos dobles o triples o la

maternidad monoparental. La garantía de unos ingresos adecuados para las mujeres y un apoyo suficiente para la atención de niños y personas dependientes también son importantes para asegurar la salud de las mujeres y reducir su vulnerabilidad ante el consumo de tabaco. Para las chicas, su permanencia en el sistema escolar (o su acceso al mismo), junto con modelos a imitar positivos y el acceso a actividades de fomento de la salud (como el deporte y la actividad física) también ayudan a la lucha contra el consumo de tabaco. Aunque en el pasado estos problemas se percibían con frecuencia como ajenos a la cuestión del control del tabaco, esto ya no es así ni mucho menos. Un reto clave para la salud de las mujeres es ampliar los esfuerzos para que el movimiento de control del tabaco incluya perspectivas de justicia social y derechos humanos. Un reto clave para el control del tabaco es el compromiso del movimiento en pro de la salud femenina de respetar el objetivo de capacitación de las mujeres.

Para las mujeres que trabajan en el sector de la producción del tabaco se requiere urgentemente una legislación laboral de protección que fomente la salud laboral. Y no sólo eso, sino que las mujeres necesitan alternativas de supervivencia económica más saludables y productivas que trabajar en los campos de cultivo, ser manipuladas y tratadas como objetos por el marketing o trabajar directamente en él.

El control del tabaquismo entre las mujeres y las chicas se encuentra en una encrucijada. ¿Cómo utilizaremos el Convenio Marco para el Control del Tabaco para garantizar que se avanza hacia la igualdad de género al tiempo que se reduce el consumo de tabaco y que no se explotan las relaciones existentes de desigualdad entre géneros? ¿Cómo podemos garantizar el avance de mujeres y chicas y la erradicación del tabaco en nuestro mundo? Éste es el reto del siglo XXI.

REFERENCIAS

1. Mackay, J. Prólogo en J.M. Samet & S.Y. Yoon (Eds.). *Las mujeres y la epidemia del tabaco: Retos para el siglo XXI*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. Eichler, M. Metodología feminista. *Sociología actual* 1997; 45(2): 9-36.
3. Health Canada. *Explorando conceptos de género y salud*. Ottawa: Health Canada; 2003.
4. Jackson, B.E., Pederson, A. y Boscoe, M. *Análisis basados en el género y tiempos de espera: Nuevas preguntas, nuevos conocimientos*. Toronto: Women and Health Care Reform Group; 2006.
5. Ma, G.X., Shive, S.E., Tan, Y., Thomas, P. y Man, V.L. Desarrollo de un programa de cesación tabáquica culturalmente apropiado para jóvenes chino-americanos. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35: 206-16.

6. Miller, N., Frieden, T.R., Liu, S.Y., Matter, T.K., Mostashari, F., Deitcher, D.R., Cummings K.M., Chang, C., Bauer, U. y Bassett, M.T. Eficacia de un programa de distribución a gran escala de parches de nicotina gratuitos: Una posible evaluación. *Lancet* 2005; 365(9474): 1849-54.
7. Interagency Gender Working Group. *El informe "¿entonces qué?". Una mirada sobre si integrar una perspectiva de género en los programas marca alguna diferencia en los resultados*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2004.
8. Greaves, L., Johnson, J., Bottorff, J., Kirkland, S., Jategaonkar, N., McGowan, McCullough, L. y Battersby, L., *Reducir el perjuicio: Una revisión de las mejores prácticas de las políticas antitabaco y poblaciones vulnerables*. Vancouver, BC: Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica; 2004.
9. Greaves, L. y Jategaonkar, N. Políticas antitabaco y chicas y mujeres vulnerables: Hacia un marco de trabajo para el desarrollo de políticas sensibles al género. *Journal of Epidemiology and Community Health*; en imprenta.
10. Kunst, A., Giskes, K. y Mackenbach, J. *Desigualdades socioeconómicas en el tabaquismo en la Unión Europea. Aplicar una lente de igualdad a las políticas de control del tabaco*. Para la Red UE sobre Actuaciones para Reducir las Desigualdades Socioeconómicas en Salud. Rotterdam, Países Bajos: Departamento de Salud Pública, Centro Médico Erasmus; 2004. Disponible en: <http://www.ensp.org/files/socio.pdf>
11. Helmert, U., Shea, S. y Bammann, K. Correlaciones sociales de la cesación en el consumo de cigarrillos: Conclusiones de la encuesta de microcenso 1995 en Alemania. *Reviews on Environmental Health* 1999; 14(4): 239-49.
12. Gamberino, W.C. y Gold, M.S. Neurobiología del consumo de tabaco y otros desórdenes adictivos. *Psychiatric Clinics of North America* 1999; 22(2): 301-12.
13. Levine, M.D., Marcus, M.D. y Perkins, K.A. Una historia de depresión y resultados de la cesación tabáquica entre mujeres preocupadas por la ganancia de peso tras la cesación. *Nicotine and Tobacco Research* 2003; 5(1): 69-76.
14. Dirección General de Salud Pública. *Reducir el consumo de tabaco: Un informe de la Dirección General de Salud Pública*. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.; Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Centro de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud; 2000.
15. Kandel, D.B., Wu, P. y Davies, M. Fumar durante el embarazo y consumo de tabaco por hijas adolescentes. *American Journal of Public Health* 1994; 84(9): 1407-13.
16. Niaura, R., Bock, B., Lloyd, E.E., Brown, R., Lipsitt, L.P. y Buka, S. Transmisión materna de la dependencia a la nicotina: Factores psiquiátricos, neurocognitivos y prenatales. *American Journal on Addictions* 2001; 10(1): 16-29.
17. Chassin, L., Presson, C., Rose, J., Sherman, S.J. y Prost, J. Cesación tabáquica de los padres y tabaquismo adolescente. *Journal of Pediatric Psychology* 2002; 27(6): 485-96.
18. Faucher, M.A. Factores que influyen en el tabaquismo de chicas adolescentes. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2003; 48(3): 199-205.
19. Klonoff, E.A., Landrine, H. y Alcaraz, R. Un análisis experimental de las variables socioculturales en la venta de cigarrillos a menores. *American Journal of Public Health* 1997; 87(5): 823-26.
20. Hinds M.W. Impacto de una ordenanza local que prohíbe la venta de tabaco a menores. *Public Health Reports* 1992; 107(3): 355-58.
21. Castrucci, B.C., Gerlach, K.K., Kaufman, N.J. y Orleans, C.T. Adolescentes: adquisición de cigarrillos a través de fuentes no comerciales. *Journal of Adolescent Health* 2002; 31(4): 322-26.
22. Biener, L., Aseltine, R.H. Jr., Cohen, B. y Anderka, M. Reacciones de fumadores adultos y quinceañeros al impuesto sobre el tabaco en Massachusetts. *American Journal of Public Health* 1998; 88(9): 1389-91.
23. Chaloupka, F.J. y Wechsler, H. Precio, políticas de control del tabaco y tabaquismo entre adultos jóvenes. *Journal of Health Economics* 1997; 16(3): 359-73.
24. Laugesen, M. y Swinburn, B. Programa de control del tabaco de Nueva Zelanda 1998. *Tobacco Control* 2000; 9(2): 155-62.
25. Farrelly, M.C., Bray, J.W., Pechacek, T. y Woollery, T. Respuesta de adultos a los aumentos de precio de cigarrillos por características sociodemográficas. *Southern Economic Journal* 2001; 68(1): 156-65.
26. Townsend, J.L. Impuestos sobre los cigarrillos, bienestar económico y patrones de tabaquismo por clase social. *Applied Economics* 1987; 19(3): 355-65.
27. Stephens, T., Pederson, L.L., Koval, J.J. y Macnab, J. Amplias políticas de control del tabaco y comportamiento tabáquico de adultos canadienses. *Tobacco Control (Control del Tabaco)* 2001; 10(4): 317-22.
28. Farrelly, M. y Bray, J. Respuestas a los aumentos de precio de cigarrillos por raza/etnia, ingresos y grupos de edad—Estados Unidos, 1976-1993. *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad* 1998; 47(29): 605-09.
29. Warner, K.E. Política de control del tabaco: De la acción a la evidencia y vuelta atrás. *American Journal of Preventative Medicine* 2001; 20(Sup. 2): 2-5.

30. Health Canada. *Política de análisis basado en el género de Health Canada*. (Cat. H34-110/2000.) Ottawa: Ministerio de Sanidad; 2000.
31. Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas. Año 2001. Junta Nacional.
32. Drogas. *Consumo en Estudiantes de la Enseñanza Media. Informe de Investigación*. Junta Nacional de Drogas. Mayo 2004. 2.
33. *Atlas de Incidencia del Cáncer en Uruguay*. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Año 2001.
34. INWAT Europa. *¿Parte de la solución? Políticas de control del tabaco y mujeres*. Londres: Departamento de Educación para la Salud; 1999.
35. Bostock, Y. *En búsqueda de la solución: Mujeres, tabaquismo y desigualdades en Europa*. Londres: INWAT Europa/ Agencia de Desarrollo de la Salud; 2003

Capítulo 6 Recomendaciones

RECOMENDACIONES DE INVESTIGACIÓN

Dada la falta de información sobre las distintas formas en que el tabaco afecta a las mujeres es necesario:

1. Establecer o ampliar los actuales datos diferenciando tasas de consumo de tabaco entre mujeres y hombres.
2. Ampliar los informes sobre indicadores de la situación de las mujeres y resultados de enfermedades.
3. Desarrollar una comprensión más exacta de la situación de la mujer en relación con el consumo de tabaco.
4. Realizar más estudios sobre sexo y género y los efectos para la salud de los productos del tabaco distintos a cigarrillos.
5. Desarrollar mejores medidas de exposición a humo de segunda mano que sean sensibles al sexo y al género.
6. Desarrollar una comprensión más precisa del efecto adictivo de una exposición múltiple al humo de cigarrillos y de otros factores de riesgo que provocan problemas respiratorios y otras consecuencias para la salud de la mujer.
7. Desarrollar una comprensión más exacta del papel de mujeres y chicas en las familias que cultivan tabaco y las implicaciones para la salud, educación, economía y seguridad de alimentación.
8. Fijar estándares y realizar análisis basados en el género del desarrollo de programas y políticas junto con la implantación del FCTC.
9. Capacitar e implicar a mujeres y chicas en la realización de estudios sobre el tabaco.

RECOMENDACIONES PARA POLÍTICAS

Para crear una infraestructura amplia con el fin de reducir el consumo de tabaco y mejorar la situación de las mujeres es necesario:

1. Firmar, ratificar e implantar el FCTC. Este convenio incluye amplias disposiciones para agudizar el control del tabaco, bajo el auspicio del preámbulo legalmente vinculante que identifica preocupaciones específicas sobre mujeres y chicas.
2. Promocionar políticas sensibles al género en beneficio de la salud, incluidos espacios público sin humo y prohibiciones sobre la venta de cigarrillos a y por menores.
3. Promocionar políticas que sustenten la igualdad mediante la introducción de normas más duras para las compañías tabaqueras en cuestiones

relacionadas con la protección del medio ambiente y la seguridad laboral de mujeres agricultoras y sus familias.

4. Diseñar y promover contramensajes de capacitación y publicidad para mejorar la salud de las mujeres.
5. Promocionar amplios marcos de políticas sobre el tabaco para las mujeres que incluyan políticas sociales, de atención a la infancia y económicas, así como políticas sanitarias.

RECOMENDACIONES DE PROGRAMACIÓN

Una programación, con base local o nacional, es a menudo el componente más visible de una estrategia amplia. Existe necesidad de:

1. Diseñar a medida programas para los contextos específicos en que se produce el consumo de tabaco, teniendo en cuenta cuestiones de género e igualdad.
2. Crear programas centrados en las mujeres para afrontar el consumo de tabaco durante el embarazo y puerperio.
3. Implantar estrategias de prevención y cesación tabáquica específicas de género y de edad.
4. Facilitar información y formación a mujeres agricultoras sobre seguridad laboral y las potenciales consecuencias para la salud del cultivo de tabaco.
5. Implicar a la mujer en el diseño y prestación de servicios y programas.
6. Crear oportunidades de liderazgo y orientación entre mujeres y chicas

EL CENTRO DE EXCELENCIA EN SALUD DE LA MUJER DE LA COLUMBIA BRITÁNICA

Lorraine Greaves

Directora Ejecutiva

Ann Pederson

Directora, Políticas e Investigación

Janet Neely

Coordinadora de Comunicaciones

Programa de Investigación sobre el Tabaquismo

Natasha Jategaonkar

Coordinadora de Investigación e Intercambio de Conocimientos

Kirsten Bell

Coordinadora de Investigación sobre el Tabaquismo

Lucy McCullough

Ayudante de Investigación

Karen Mackintosh

Ayudante de Investigación

RED INTERNACIONAL DE MUJERES CONTRA EL TABACO (INWAT)- CONSEJO DE DIRECCIÓN 2003-2006

Presidenta

Margaretha Haglund

Directora, Control del Tabaco
Instituto Nacional de Salud Pública - Suecia

Vicepresidenta

Lorraine Greaves

Directora Ejecutiva
Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica, Canadá

Secretaria

Gabriela Regueira

Psicóloga - Argentina

Tesorera

Trudy Prins

Presidenta
Asociación Holandesa de Servicios Comunitarios de Salud

Ex Presidenta

Deborah McLellan

Directora Asociada
Instituto del Cáncer Dana Farber – EE.UU.

África – Representante Regional

Nicola Christofides

Investigadora Principal
Proyecto Salud de la Mujer - Sudáfrica

Asia Pacífico – Representante Regional

Jane Martin

Directora de Políticas
Quit Victoria VicHealth – Australia

Europa – Representante Regional

Patti White

Analista
Instituto Nacional de Excelencia Clínica - Reino Unido

Estados Unidos – Representante Regional

Victoria Almquist

Directora, Programa de Acción Directa, Representante Regional
Campaña para unos niños sin tabaco - EE.UU.

América del Sur – Representante Regional

Beatriz Champagne

Directora Ejecutiva
Fundación Interamericana del Corazón – EE.UU.

Sur y Sudeste Asiático – Representante Regional:

Mira Aghi

Científica del Comportamiento, Asesora Independiente
– India

El Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica (BCCEWH) está comprometido en mejorar la salud de las mujeres a través de la investigación y la traslación de investigaciones en práctica clínica, programas y políticas. El BCCEWH está particularmente interesado en mejorar la salud de las mujeres y chicas marginadas debido a factores como la situación socioeconómica, la raza, la cultura, la edad, la orientación sexual, la geografía, la incapacidad y la adicción.
www.bccewh.bc.ca

La Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco (INWAT) es una red mundial dedicada a lograr una mejor salud y mayor igualdad afrontando las complejas cuestiones sociales, culturales, de salud y económicas del tabaco que afectan a mujeres y chicas. La red funciona para poner en contacto a mujeres y chicas que trabajan en cuestiones de mujer y tabaco para llevar a cabo investigaciones, programas de educación y actividades en colaboración, y para compartir información.
www.inwat.org