Year 8, No. 77, July 2002

ENFERMEDAD DEL MILENIO

El tabaquismo en los países en vías de desarrollo (I)

Julia Valderrama, Licenciada en Medicina y Máster en Salud Pública. Ha trabajado en diferentes países en vías de desarrollo (India, Guinea Ecuatorial, Kenia, Somalia, Centroamérica, Perú y Sudán).

Francisco Soto Mas, Licenciado en Medicina y Doctor en Educación de Salud. Profesor Asistente en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Norte de Texas.

Ficha técnica del tabaquismo

Causa: tabaco
Modo de transmisión: por medio de un vector generado artificialmente (cigarrillo).
Periodo de incubación: años, favorece varias enfermedades crónicas
Tratamiento: prevención del inicio, facilitación del abandono
Estrategias de control: Multi-focal (educación de la población, política social, tratamiento del fumador).

El término Países en Vías de Desarrollo (PVD) engloba a los países clasificados por el Banco Mundial (BM) como economías de bajo y medio nivel de ingresos. El criterio para esta clasificación es el ingreso nacional bruto (INB) per capita. Así, países de bajo ingreso son aquellos con un INB menor de 755 dólares y los de medio ingreso entre 756 y 9.265 dólares. Ejemplo de PVD son Kenya, Pakistán, Armenia, Azerbaiján, Haití, Madagascar, etc. [1]. En estos países existen altas tasas de natalidad y de mortalidad prematura debida a enfermedades infecciosas. Sin embargo, en los países desarrollados nos encontramos con tasas natalidad y mortalidad bajas. El proceso de cambio de una alta natalidad y mortalidad a una situación de disminución de estas tasas se conoce como transición demográfica. Este término se superpone con el de transición epidemiológica, debido a que el control de las enfermedades infecciosas aumenta la esperanza de vida habiendo un aumento en la proporción de enfermedades crónicas. La distribución demográfica de los países desarrollados se caracteriza por una alta proporción de población en la tercera edad. La transición demográfica-epidemiológica va unida al desarrollo económico y social representado por servicios de salud efectivos que han logrado que la población tenga acceso a vacunas, antibióticos y métodos anticonceptivos; sin olvidar el acceso de la mujer a la educación y al trabajo. El desarrollo lleva consigo la exportación de modas y comportamientos que se imponen favorecidos por las campañas comerciales. En este sentido, la disminución de la tasa de natalidad en los países desarrollados produjo la expansión de las compañías de comida para bebés al Tercer Mundo. Esta industria, más interesada en obtener beneficios que en la salud, favorece la mortalidad infantil al promover la alimentación artificial. El biberón, preparado de forma inadecuada, produce infecciones gastrointestinales que en menores de dos años son fatales. Por otro lado, la leche artificial evita que el bebé se beneficie de los anticuerpos contenidos en la leche materna, haciéndolo susceptible a enfermedades infecciosas. Y Nestlé continúa intentando incrementar sus ventas en los PVD [2]. En el caso del tabaco, la globalización de la industria se produce debido a obstáculos que inhiben el aumento del tabaquismo en países desarrollados, como son las políticas de control y a la disminución de la demanda. Y en los PVD, la vulnerabilidad de la promoción del tabaco hace que se creen nuevos mercados. La penetración de la industria del tabaco en países de bajos recursos supone un aumento de la morbi-mortalidad relacionada con el tabaquismo que se traduce en una carga para los sistemas de salud y para la economía; pero, a la vez, se promociona la idea de que el consumo de tabaco genera empleo y aumenta la recaudación en impuestos.

La epidemia del tabaquismo

Durante el período de 1970 a 1994 el consumo per capita de cigarrillos disminuyó en un 10% en países desarrollados, y aumento un 67% en los PVD [3]. Asimismo, la prevalencia de fumadores en países industrializados está disminuyendo un 1% al año, sin embargo en los PVD aumenta un 3% al año [4]. Fumar será causa de la muerte de 10 millones de personas al año en el 2025. Este número representa más muertes de las que producirán de forma combinada el Sida, la tuberculosis, los accidentes de trafico, el asesinato y el suicidio [5]. El 70 % de estas muertes ocurrirán en los PVD [6].

Estos datos sobrepasan los de cualquier epidemia, y es que en efecto estamos ante una plaga. El agente causal de esta epidemia no es infeccioso, el vector es generado artificialmente y provoca muerte prematura e incapacidad a través de un amplio espectro de afecciones clínicas que incluyen cáncer

de pulmón, bronquitis crónica, enfisema, enfermedad cardiaca isquémica, enfermedad periférica vascular, muerte súbita del recién nacido, asma infantil, y otras muchas. La causa es el tabaco y el principal vector es el cigarrillo [7].

Características de la epidemia del tabaquismo en los PVD

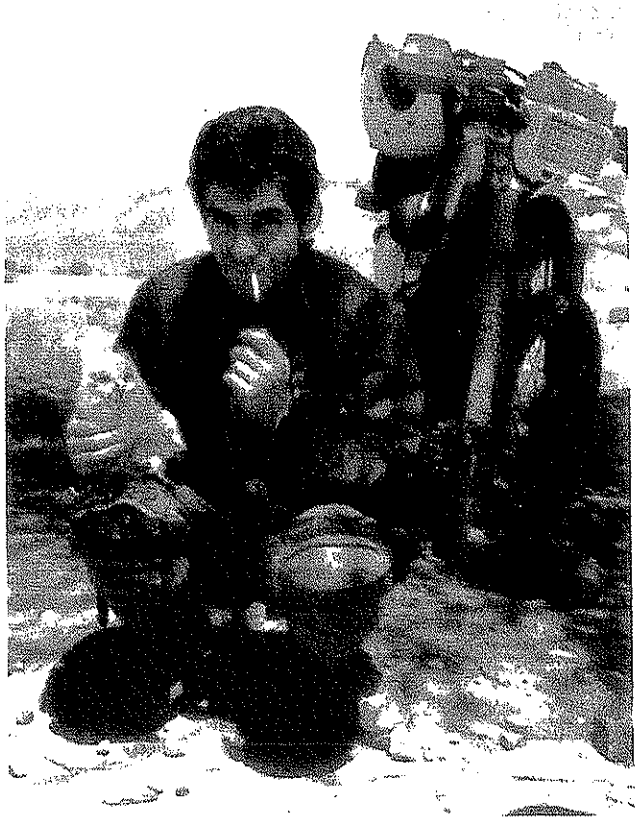
La epidemia de tabaquismo en los PVD sigue el mismo curso que en el mundo occidental. Lo que separa estos mundos, más que la distancia, es el tiempo. Así en los PVD, el tabaquismo se afianza primero en la población masculina y años después en las mujeres. La causa hay que buscarla en factores socio-culturales que mantienen a la mujer en un segundo plano en la sociedad. Los adolescentes son víctimas fáciles debido a una personalidad vulnerable y anhelante de una imagen de seguridad, coherente con la de su grupo. Esta imagen la proporciona la propaganda del tabaco. Fumar cigarrillos da seguridad.

El Informe del Estado Global de Salud, de la Organización Mundial de la Salud, contiene los perfiles de todos los países clasificados por regiones [8]. En muchos PVD vienen registradas medidas para el control del tabaco como la prohibición en lugares públicos o la venta a menores, pero estas medidas no se hacen cumplir de forma rigurosa, por lo que la población no toma conciencia de la magnitud del problema. Por ejemplo, las etiquetas informativas adheridas a los paquetes de cigarrillos advierten del efecto nocivo del tabaco de una forma sutil [9].

Así, tanto la falta de datos y de información, y la ausencia de una metodología estandarizada y de una comunicación efectiva, como la falta de capacidad para la investigación hacen muy difícil la comparación entre países [10]. La monografía Perfiles de países para el control de tabaco representa un esfuerzo para establecer la base del sistema de información para el control del tabaco. Aunque los datos no son generalizables, en esta monografía se menciona que el consumo de tabaco es menor en África que en el sudeste asiático, América o la región europea. Esto se justifica por el reducido poder adquisitivo del consumidor [11].

La migración a zonas urbanas en los PVD aumenta la exposición de la población al tabaquismo, debido al aumento del poder adquisitivo y a que la propaganda tiene mayor alcance. De la misma manera, la inestabilidad política, la corrupción y la poca experiencia de los gobiernos de los PVD en frenar a las compañías tabaqueras transnacionales representan factores de riesgo para el control del tabaquismo [12].

"la prevalencia de fumadores en países industrializados está disminuyendo un 1% al año, sin embargo en los países en vías de desarrollo aumenta un 3% al año".



El problema más impactante que actualmente sufre el mundo en desarrollo es el Sida. Esta enfermedad ha disminuido la esperanza de vida en muchas regiones. En África del sur la esperanza de vida era de 44 años en la década de los 50, de 50 años en la de los 90 y se estima que disminuirá a 45 años entre el 2001 y el 2010. En India se estima que hay más de cuatro millones infectados por el virus de inmunodeficiencia humana [13] y en Europa del este la atención también se centra en estrategias para controlar el sida.

Referencias

1. The World Bank Group. Classification of economies. http://www.worldbank.org/data/databytopic/class.htm#. Septiembre, 2001.
2. Babymilkaction. The resource center. http://www.babymilkaction.org/resources/yqsanswered/yqasindex.html. Septiembre, 2001.
3. Kingman S. Tobacco sales soar in developing countries. British Medical Journal. 1995; 1311-1321.
4. Chelala C. New York Tobacco corporations set up invasion of developing countries. The Lancet. 1998; 351-889.
5. Editorial. Exporting tobacco addiction from the USA. The Lancet. 1998; 351-1597.
6. Makary M, Kawachi I. The International Tobacco Strategy. JAMA. 1998; 280:1194-1195.
7. Britton J. Tobacco: the epidemic we could all avoid. Thorax. 1997;52(12):1021-1022.
8. WHO. Tobacco or Health: A Global Status Report. 1997.
9. Lhatoo Yonden. Emerging tobacco hazards in China: Double standards apply with importation of tobacco into developing countries. BMJ. 1999;318-1555.
10. Baris E, Bridgen LW, Prindiville J, da Costa e Silva VL, Chitanondh H, Chandiwana S. Research priorities for tobacco control in developing countries; a regional approach to a global consultative process. Tobacco Control. 2000; 9(2):217-23.
11. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds). Tobacco Control Country Profiles, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2000. http://tobacco.who.int/en/statistics/TCCP.html. Septiembre, 2001.
12. Mackay J, Crofton J. Tobacco and the developing world. British Medical Bulletin. 1996;(52):206-201.
13. Press Release WHO/66. 23 November 1999. http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-66.html. Septiembre, 2001.

Year 8 - No. 78. Aug-September 2002

ENFERMEDAD DEL MILENIO

El tabaquismo en los países en vías de desarrollo (II)

Julia Valderrama, Licenciada en Medicina y Máster en Salud Pública. Ha trabajado en diferentes países en vías de desarrollo (India, Guinea Ecuatorial, Kenia, Somalia, Centroamérica, Perú y Sudán).

Francisco Soto Mas, Licenciado en Medicina y Doctor en Educación de Salud. Profesor Asistente en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Norte de Texas.

El Sida amenaza el desarrollo y el tabaco va en paralelo a él. Teniendo en cuenta que el 50% de los africanos son menores de 15 años [14], que el Sida está disminuyendo la esperanza de vida y aumentando la incidencia de enfermedades infecciosas, nos encontramos con que la transición demográfica y epidemiológica no se va a producir. Habrá una gran proporción de adolescentes, y las estrategias de control tendrán que desafiar las escasas expectativas de esta población joven. Por otro lado, la distribución de recursos seguirá concentrada en la lucha contra las enfermedades infecciosas, debido a la agresividad con que se desarrollan en individuos inmunodeprimidos.

El control del tabaquismo

El control del tabaquismo en el mundo occidental ha sido posible gracias a las campañas anti-tabaco que han aumentado el conocimiento sobre sus efectos nocivos, y a políticas de control y económicas. También es muy importante el apoyo de los profesionales de salud, ya que ellos pueden contribuir a la educación de la población y a favorecer el desarrollo de políticas sociales [7]. Pero no hay datos disponibles sobre las actitudes de los profesionales de la salud hacia el tabaquismo en los PVD. Habría que preguntarse si, dada la situación actual en los PVD, el control del tabaquismo es una prioridad para ellos.

Conclusión

Es necesario dedicar recursos para investigar el tabaquismo en los PVD. La información es un instrumento fundamental para dar a conocer la naturaleza y el alcance de la epidemia. Los profesionales de salud son un recurso fundamental en este sentido, y a la vez son trascendentales a la hora de influenciar la política de salud. Las estrategias para el control del tabaquismo que han mostrado efectividad en el mundo occidental pueden no ser efectivas en los PVD [15], por ello es aconsejable realizar estudios y diseñar campañas adaptadas al entorno.

A pesar de que las enfermedades crónicas están aumentando en los PVD [16] el devastador impacto de la epidemia de Sida acapara la atención de la Comunidad Internacional.

Estados Unidos tiene gran experiencia en el control del tabaquismo habiendo invertido muchos recursos en investigación, vigilancia y evaluación. Igualmente, este país ha sido precursor en regularizar el control del tabaquismo, imponiendo medidas rigurosas para hacer cumplir la prohibición de venta a menores y demandando a las compañías de tabaco para hacerlas responsables de sus acciones [17]. La experiencia canadiense ha demostrado que la normativa de salud, social, económica y agrícola puede cambiar la disposición para el consumo de tabaco [18].

Un esfuerzo coordinado de los actores implicados en salud internacional, donadores, agencias internacionales y sus trabajadores, y los gobiernos de los PVD es la clave para controlar la epidemia del tabaco. Pero a la vez hay que reconocer que la coordinación es una de las áreas más débiles en cooperación internacional. El control del tabaco sólo va a ser posible si la iniciativa parte de los gobiernos de los PVD y éstos son apoyados por la Comunidad Internacional.

Referencias

14. Regional Summary for the African Region http://tobacco.who.int/en/statistics/Summaries\AFRO.pdf Accedido Septiembre, 2001.
15. Chantornvong S, Collin , Dodgdon R, Lee K, McCargo D, Seddon D, Vaughan P, Woelk G. Bulletin of the World Health Organization. 2000;78(7):913-9.
16. Ribeiro AB, Ribeiro MB. Epidemiological and demographic considerations. Hypertension in underdeveloped countries. Drugs.1986;Suppl 4:23-8.
17. Satcher D. UIT 4 million deaths per year attributable to smoking: Why We Need an International Agreement on Tobacco Control. American Journal of Public Health. 2001; 91(2):191-193.
18. Philips A, de Savigny D, Law Maureen. CMAJ.JAMC.1995;153:1111-1114.