

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 10, No. 3, 1989

INDEXED

El tabaquismo en las Américas

Antecedentes

El consumo de tabaco ha estado arraigado en el continente americano desde el período precolombino, y aún en épocas coloniales varios países mantuvieron el monopolio y promovieron la venta de tabaco. Sin embargo, el consumo de tabaco sólo comenzó a aumentar a comienzos del presente siglo (al iniciarse la producción industrial de cigarrillos) y se intensificó notoriamente después de la Primera Guerra Mundial.

Pese a que la información científica acerca de los efectos nocivos del tabaquismo comenzó a emerger alrededor de 1920, no fue sino en la década de 1950 que las consecuencias del tabaquismo mostraron las características y proporciones de una epidemia y comenzaron a causar alarma mundial. Desde entonces se ha acumulado un impresionante volumen de evidencia científica que establece, de manera incuestionable, que la exposición a la combustión del tabaco está asociada con una mayor probabilidad de ocurrencia de muerte, de enfermedad, de invalidez, de pérdida de la productividad y deterioro de la calidad de vida. En la actualidad no hay dudas de que el tabaquismo está asociado con el cáncer del pulmón, de la cavidad oral, de la laringe, de la tráquea y bronquios, del esófago, del páncreas, del riñón, de la vejiga, como también con las enfermedades isquémica del corazón, cere-

brovascular y vascular periférica, con la bronquitis crónica y el enfisema, y que puede constituir un riesgo para la reproducción humana: una mayor probabilidad de abortos espontáneos, muertes fetales, neonatales, prematuridad y bajo peso al nacer, que están a su vez estrechamente relacionadas con la morbilidad perinatal.

Por añadidura, se ha establecido también que los no fumadores que viven en la proximidad de fumadores están expuestos simultáneamente a los riesgos de salud del llamado "tabaquismo pasivo". Esto plantea tanto la necesidad de proteger a los no fumadores, como también la de hacer prevalecer el "derecho a respirar aire libre de tabaco".

A la luz de la convincente información disponible cabe preguntarse ¿por qué continúan los fumadores consumiendo tabaco? La respuesta a esta interrogante hay que encontrarla en parte en los efectos de la nicotina y otros elementos farmacológicos activos producidos en la combustión del tabaco, que determinan una adicción similar a aquellas causadas por los opiáceos y otras sustancias que generan adicción. Por otra parte la presión que ejerce la estructura de producción existente a través, entre otros, de efectivas estrategias de mercadeo, contrarrestan la aún tímida diseminación de los conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaquismo en la población.

EN ESTE NUMERO...

- El tabaquismo en las Américas
- Tipos de estudios epidemiológicos en revistas biomédicas peruanas
- Actividades de epidemiología en los países
- Capacitación en epidemiología en el terreno en América Latina, Asia y el Medio Oriente
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional
- Vigilancia del SIDA en las Américas

La epidemia

Algunos países del continente americano, al igual que varios europeos, comprobaron con estupor que en el breve lapso de tiempo transcurrido entre 1920 y 1950 la mortalidad atribuible al cáncer pulmonar se había por lo menos quintuplicado (figura 1). Un incremento tan abrupto, sin precedentes y que excedió con mucho a todas las expectativas, reúne las características de una verdadera epidemia.

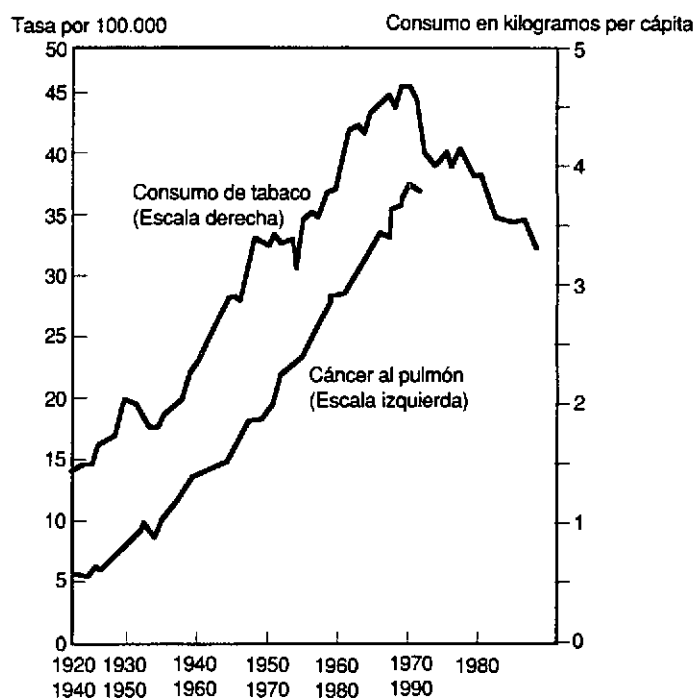
Aún cuando inicialmente se pensó que el incremento era artificial, y debido tal vez a nuevos medios diagnósticos, o a errores de codificación, fué posible establecer que el aumento de la mortalidad era real. Además de otras posibles asociaciones, las atenciones se centraron en torno al incremento que se había observado concomitantemente en el consumo de tabaco. En la figura 1 se puede apreciar que, aún teniendo en consideración un intervalo de aproximadamente 20 años, ambas tendencias, la del consumo del tabaco y la de mortalidad atribuida al cáncer pulmonar tuvieron en el Canadá una similitud notable. Se considera que la magnitud del efecto del consumo de tabaco sobrepasa en una gran medida el de todos los otros posibles factores causales.

La evidencia sobre causalidad

Obviamente, la similitud y la correlación entre ambas tendencias no establecen por sí solas una relación de causa y efecto. Sin embargo, la cuantiosa experiencia acumulada posteriormente, que proviene de estudios clínicos, toxicológicos, epidemiológicos (tanto descriptivos, analíticos e intervenciones comunitarias), cumple con todos los criterios aceptados actualmente para establecer causalidad. Tal evidencia confirma que la asociación entre el tabaquismo y la mayor probabilidad de ocurrencia de las diversas condiciones enumeradas anteriormente es no sólo estadísticamente significativa, sino que es también suficientemente fuerte, consistente, específica, y coherente. Además, reúne los requisitos de ser científicamente plausible y de observar una relación de precedencia temporal y de dosis/ respuesta con la exposición a los diversos compuestos tóxicos producidos durante la combustión del tabaco.

Más aún, la observación durante varios años de determinadas cohortes ha demostrado que los fumadores tienen una probabilidad entre 2 y 3 veces más alta de morir prematuramente que los no fumadores (riesgos relativos de 1,86 a 3,00, según el grado de exposición al tabaco). Teniendo además una prevalencia de consumo superior al 30%, el tabaquismo alcanza lo que se ha denominado un "riesgo atribuible poblacional" muy elevado. Este indicador, también llamado "fracción de impacto potencial", mide el impacto que a largo plazo puede tener la eliminación de un riesgo, y señala que para el tabaquismo tal impacto puede ser más elevado que el de cualquier otra medida preventiva aislada.

Figura 1. Consumo de tabaco en el hábito de fumar (1) 1920-1985 y tasas de mortalidad por cáncer al pulmón (2), Canadá, 1940-1985.



(1) El consumo de tabaco en el hábito de fumar se calculó en Kg. per cápita (basado en la población mayor de 15 años) e incluyó y rapé mascar tabaco.

(2) Las tasas de mortalidad son estandarizadas por edad a la población canadiense. Canadá 1971 e incluye muertes en todos los grupos de edad.

Fuente: División de Salud, Estadísticas Canadá, y Vigilancia y División Análisis de Riesgo, Salud y Bienestar Canadá.

Además, se está reuniendo gradualmente la información que ha permitido confirmar las predicciones previas, en el sentido de que la reducción del tabaquismo es posible y que, después de un período de latencia, produce también una disminución significativa de la mortalidad cardiovascular.

Se cuenta entonces ahora mismo con información más que suficiente para resolver favorablemente los problemas causados por el tabaquismo.

La situación en las Américas

Un reducido número de países de la Región ha experimentado durante las últimas dos décadas un marcado descenso en la prevalencia del tabaquismo.

En los Estados Unidos de América (EUA), entre 1965 y 1987 la prevalencia del tabaquismo entre los adultos de 20 años de edad y más disminuyó de 50,2% a 31,7% entre los hombres y de 31,9% a 26,8% entre las mujeres. Las cifras disponibles para el Canadá son semejantes, e indican también una reducción de aproximadamente 1% de los fumadores por año para los hombres y de aproximadamente 0,7% por año para las mujeres. La venta per cápita de cigarrillos también muestra un descenso de 26% para hombres y mujeres en EUA, entre 1963 y 1987, a lo que debe agregarse un descenso del contenido de alquitrán y nicotina de los cigarrillos consumidos en Norte América.

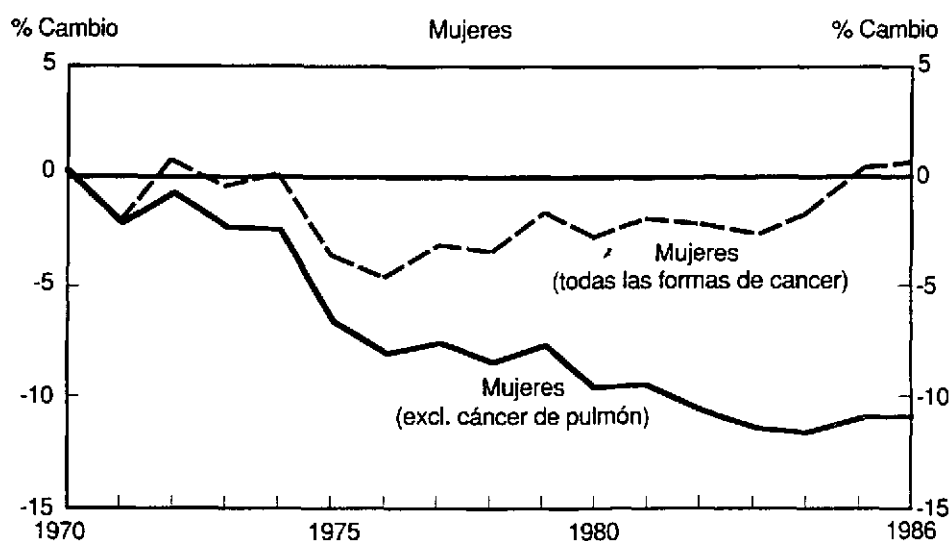
Este descenso en la prevalencia y en el consumo se ha debido predominantemente a que un creciente número de adultos fumadores, particularmente los más educados, está abandonando el tabaquismo. Para 1987 se estima que 44,8 por ciento de los adultos que han consumido tabaco alguna vez en su vida dejaron de hacerlo. Lamentablemente la proporción de adolescentes y adultos jóvenes que inicia el consumo de tabaco cada año y la edad promedio de comienzo permanecen casi invariables. Aún más, entre los 18 y los 19 años de edad, más del 30% de los adolescentes son ya fumadores diarios, pero las mujeres adolescentes lo son en mayor proporción que los hombres. En estos grupos de edad las tasas de cesa-

ción son muy escasas pero aumentan gradualmente con la edad. Hasta el momento no ha sido posible encontrar una explicación satisfactoria para este patrón de consumo del sexo femenino, pero se sabe que, en la medida en que el tabaquismo aumenta entre grupos de mujeres, el cáncer pulmonar también está aumentando aceleradamente (y en algunas comunidades está superando en frecuencia al cáncer de la mama). La mortalidad para los demás tipos de cáncer parece estar experimentando un descenso (figura 2).

La información referente a la prevalencia del tabaquismo en América Latina y el Caribe es limitada, más bien fragmentaria y salvo escasas excepciones, no permite hacer comparaciones a lo largo del tiempo. Los datos incluidos en el cuadro 1 provienen de muy diversas fuentes no estrictamente comparables entre sí. Aún cuando hay una gran dispersión entre las cifras de prevalencia de tabaquismo (que fluctúan entre el 28% y el 69% para la población adulta masculina), la mayoría, sin embargo, está en las cercanías del 45%, es decir por encima de las cifras actuales de prevalencia para Norte América.

Las cifras de consumo per cápita disponibles para América Latina y el Caribe son en general más bajas que las de Norte América, pero hay evidencia indirecta de que están aumentando aceleradamente. Puesto que el contenido de alquitrán y de nicotina de los cigarrillos consu-

Figura 2. Cambio porcentual de tasas de mortalidad (1) para todas las formas de cáncer y excluyendo cáncer de pulmón, mujeres, Canadá, 1970-1986.



(1) Tasas ajustadas a la distribución por edad de la población mundial.

Fuente: Sección de Estadísticas Vitales y Estado de Salud, Div. Salud, Estadísticas Canadá.

Cuadro 1. Prevalencia de fumadores en la población adulta, según sexo, en países seleccionados de las Américas, entre 1970 y 1980.

País	Hombres %	Mujeres %	Año	Fuente
Argentina	58	18	1970-80	(1)
(Buenos Aires)	39,1	27,2	1981	(2)
Bolivia	62,3	37,5	1986	(3)
Brasil	54	37	1970-80	(1)
	33	20,3	1970	(2)
	50	46	1980	(2)
	59	53	1980	(4)
	41	37	1988	(5)
Canadá	37	33	1986	(6)
Chile	45	26	1970-80	(1)
Colombia	52	18	1970-80	(1)
	56,2	31,4	1977-80	(3)
	37	18	1988	(5)
Costa Rica	33	9	1986	(7)
	35	20	1988	(5)
Cuba	40	...	1970-80	(1)
Ecuador	39	16	1988	(5)
El Salvador	38	12	1988	(5)
Estados Unidos de América	29,5	23,8	1986	(8)
Guatemala	36	10	1970-80	(1)
(Zona urbana)	30	10	1972	(9)
Guyana	48	4	...	(4)
Honduras	36	11	1988	(5)
Jamaica	56	14	1970-80	(1)
	43	27	1988	(5)
México	45	18	1970-80	(1)
	37	17	1988	(5)
Perú	34	7	1970-80	(1)
	28	17	1988	(5)
Uruguay	60	32	1970-80	(1)
	44	23	1988	(5)
Venezuela	45	26	1970-80	(1)
	32	23	1988	(5)

(1) Organización Mundial de la Salud. *Informe del Director General. Programa de la OMS sobre Tabaco y Salud*. 77a. Reunión del Consejo Directivo. Ginebra, 1985.

(2) Organización Panamericana de la Salud. *Control del hábito de fumar*. Taller Subregional para el Cono Sur y Brasil. Washington, D.C., 1986.

(3) Organización Panamericana de la Salud. *Control del hábito de fumar*. Taller Subregional para el Área Andina. Washington, D.C., 1987.

(4) Organización Mundial de la Salud. *El tabaco o la salud. Informe del Director General*. 41a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 23 marzo 1988, anexo 2.

(5) The Gallup's Organization, Inc. *The incidence of smoking in Central and Latin America*. 1988.

(6) Federal Prevention Committee on Smoking. *National program to reduce tobacco use in Canada*. Ottawa, 1988, pag. 6.

(7) Cartín y Vargas. *Prevalencia del fumador en Costa Rica*. San José, UCR-CCSS, 1986.

(8) U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: nicotine addiction*. Rockville, DHHS publ. 88-8406, 1988, pag. 566.

(9) Organización Mundial de la Salud - Agencia Internacional de Investigación en Cáncer. *Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans*. Lyon, IARC, Vol. 38, 1986, pag. 77.

midos son en general considerablemente más bajos en Norte América, las cifras de consumo per cápita no son estrictamente comparables.

En varios países de América Latina y del Caribe se percibe un aumento de la expectativa de vida con un cambio de la estructura demográfica y al mismo tiempo la emergencia acelerada de problemas de salud de conocida asociación con el tabaquismo, tales como cáncer,

enfermedades cardiovasculares y respiratorias. En la última década, en algunos países estas afecciones causaban ya el 60% de todas las muertes, y en otras han aumentado en un 105% entre 1970 y 1980.

Los obstáculos para el control

La información precedente deja la impresión de que hay en la Región de las Américas una situación de agudo

contraste. Por una parte en Norte América se percibe una mejoría y por la otra se observa que en América Latina y el Caribe hay, con muy pocas excepciones, un cuadro grave del problema. La ocurrencia simultánea de estas dos tendencias contrapuestas no es simplemente el producto del azar. Ellas son aparentemente la consecuencia de dos fenómenos, uno de carácter económico y otro de carácter político, cuyos efectos no sólo se potencian entre sí, sino que también se suman a otros factores socioculturales concomitantes. El primer fenómeno se refiere a la llamada "transnacionalización" de la producción y comercialización del tabaco. El segundo se refiere a la "parsimonia" de algunos gobiernos, para emprender una acción decidida contra el tabaquismo.

Los conglomerados transnacionales que controlan la casi totalidad de la producción y comercialización del tabaco, han logrado compensar la disminución de las ventas en los países desarrollados debido a las restricciones al consumo de tabaco impuestas por esos gobiernos. En cambio han dirigido estos esfuerzos hacia la penetración de mercados más débiles: los adolescentes, las mujeres jóvenes y las economías en desarrollo.

Muchos de los gobiernos que han sido objeto de tales penetraciones económicas no han adoptado acciones regulatorias, basados tal vez en la percepción de que la producción y comercialización del tabaco estimula la expansión de la economía, generando empleos e impuestos cómodos. Muchos gobiernos continúan persuadidos de que los programas antitabáquicos son ineficaces y extemporáneos, frente a las inaplazables necesidades creadas por otros problemas de salud considerados más prioritarios.

Las perspectivas de control

Los países que han demostrado éxito en reducir la prevalencia del tabaquismo han pasado a través de varias etapas sucesivas en sus esfuerzos por resolver el problema. Como consecuencia de ello, se ha comenzado a percibir gradualmente el tabaquismo como "socialmente inaceptable" y se ha comenzado a poner en tela de juicio la legalidad de la venta, y aún de la promoción de un producto reconocidamente "dañino para el consumidor". Más aún, a la luz de los hallazgos sobre los efectos del tabaquismo pasivo, se está comenzando a exigir el derecho a respirar aire libre de tabaco.

Quizás la conclusión más relevante que puede inferirse de estos hechos es que en la práctica la prevención y el control del tabaquismo demostraron ser técnica y económicamente factibles, como también social y políticamente viables.

El problema del tabaquismo es complejo, no puede resolverse a corto plazo ni menos con soluciones simplistas. Requiere del esfuerzo concertado, sostenido de muchos participantes, en un ámbito intersectorial y macropolítico.

Se plantea así la necesidad de formular políticas y programas nacionales con amplia participación, cuyos objetivos deben orientarse hacia:

- Proteger la salud y los derechos de los no fumadores.
- Ayudar a los no fumadores a respirar aire libre de tabaco.
- Concientizar a los fumadores acerca de los riesgos y ayudarles a abandonar el consumo de tabaco.

En la medida en que los programas de control adquieran mayor impulso, se deberán definir directrices estratégicas de mayor efectividad:

- Promoción de legislación para prohibir la publicidad del tabaco y su consumo en lugares públicos; imponer el uso obligatorio de advertencia acerca de sus peligros y carácter adictivo y reducir el contenido de nicotina y alquitrán.
- Promoción de programas masivos, informativos y educativos a escolares y grupos específicos de alto riesgo.
- Promoción de servicios de cesación y consejería.
- Desarrollo de intervenciones económicas para incrementar la lucratividad de cultivos alternativos, y generar impuestos que al aumentar los precios, desestimen el consumo del cigarrillo.
- Promoción de la investigación que posibilite conocimientos en áreas tales como: factores que inducen a iniciar el hábito, eficacia de los servicios de cesación y riesgos del tabaquismo pasivo.

(Fuente: Programa de Salud del Adulto, OPS/OMS.)