



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Kuri Morales, Pablo Antonio; González Roldán, Jesús Felipe; Hoy, María Jesús; Cortés Ramírez,
Mario

Epidemiología del tabaquismo en México

Salud Pública de México, vol. 48, núm. Su3, 2006, pp. S91-S98

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10600310>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Epidemiología del tabaquismo en México

Pablo Antonio Kuri-Morales, M en C,⁽¹⁾ Jesús Felipe González-Roldán, M en C,⁽¹⁾
María Jesús Hoy, M en C,⁽¹⁾ Mario Cortés-Ramírez, M en C.⁽¹⁾

Kuri-Morales PA, González-Roldán JF,
Hoy MJ, Cortés-Ramírez M.
Epidemiología del tabaquismo
en México.
Salud Publica Mex 2006;48 supl 1:S91-S98.

Kuri-Morales PA, González-Roldán JF,
Hoy MJ, Cortés-Ramírez M.
Epidemiology of tobacco use
in Mexico.
Salud Publica Mex 2006;48 suppl 1:S91-S98.

Resumen

El consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es la segunda causa principal de muerte en el mundo, con casi cinco millones de defunciones anuales. Se requiere contar con información y análisis sobre el consumo de tabaco para tener éxito en la lucha contra el tabaquismo y así orientar de mejor manera las medidas de prevención y control. En este artículo de revisión, realizado en México en 2006, se presenta un análisis comparativo de la información de la prevalencia del tabaquismo de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en relación con los resultados obtenidos en encuestas anteriores. También se presenta la información de los fumadores jóvenes y los pasivos, el consumo de tabaco en la profesión médica y el efecto sobre la mortalidad, así como aspectos relevantes de análisis de esta epidemia. Tal información epidemiológica se observa en el contexto del componente tabaquismo del Plan de Acción de Tabaquismo y el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

Palabras clave: tabaquismo; epidemiología; México

Abstract

Tobacco use is a worldwide public health problem. According to the World Health Organization (WHO), smoking is the second principal cause of death in the world, with almost five million deaths annually. Information about tobacco consumption is essential in order to improve the focus of prevention and control measures and thereby succeed in the struggle against tobacco use. This literature review, carried out in Mexico in 2006, presents a comparative analysis of information about smoking prevalence from the National Addictions Survey 2002, as it relates to results obtained in previous surveys. This review also presents information about youth and passive smoking, tobacco consumption in the medical profession and impact on mortality as aspects relevant to the analysis of this epidemic. Epidemiological information is viewed in the context of the tobacco use component of the Plan of Action on Addiction and the WHO Framework Convention on Tobacco Control.

Key words: tobacco use; epidemiology; Mexico

(1) Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México

Fecha de aprobado: 6 de abril de 2006

Solicitud de sobretiros: Jesús Felipe González Roldán. Dirección General de Epidemiología.
Francisco de P. Miranda 177, 4° piso, colonia Merced Gómez, 01480 México DF, México.
Correo electrónico: jfgonzalez@dgepi.salud.gob.mx

Un problema de salud pública mundial es el consumo de tabaco. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año. Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2020 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes.¹ Esta elevada cifra contrasta de forma notable con las cifras que publicó hace seis años la propia OMS, basadas en el consumo de aquel tiempo; en esa oportunidad se señalaba que en el año 2020 habría 8.4 millones de muertes anuales por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. En cuanto al número mundial de fumadores, alrededor de 1 300 millones de personas consumen tabaco; casi 1 000 millones son hombres y 250 millones son mujeres.²

Además de la magnitud de la epidemia deben agregarse los costos elevados consecutivos al consumo de tabaco, en particular en países en vías de desarrollo. Estos costos incluyen los de la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, la muerte en edades productivas y la disminución de la productividad en los enfermos, entre otros. Sin embargo, el panorama es aún más sombrío al considerar la relación estrecha entre el tabaquismo y la pobreza, ya que de acuerdo con la OMS, las familias de escasos recursos ocupan hasta 10% del gasto familiar para adquirir tabaco, lo que a su vez modifica la dinámica familiar al disponer de menores recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud.¹ En México la información se obtuvo de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares de Vázquez-Segovia y colaboradores, en la cual se advierte que los hogares con menor ingreso emplearon una mayor proporción de éste en el consumo de tabaco.³ El estudio, que se realizó en hospitales de referencia de la Secretaría de Salud, calculó un costo anual por atención médica (para la institución) de 1 464 dólares para enfermedades cardiovasculares, 628 dólares para el cáncer de pulmón y 210 dólares para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.⁴

Hoy en día la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestra que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud y que la nicotina es una sustancia que induce adicción, por lo que el combate a su consumo se ha convertido para todos los sistemas de salud del mundo en una prioridad, toda vez que el tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte. En este panorama mundial, se reconoce como un logro sin precedentes el establecimiento por la OMS del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que permite a los países suscritos conjuntar políticas, directrices, esfuerzos y recursos para combatir el tabaco en todo el mundo. México fue el pri-

mer país en América Latina en refrendar el Convenio Marco para el Control del Tabaco tras reconocer la magnitud del problema que ocasiona el consumo de tabaco, tanto en adultos como en menores de edad.³ Este convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005, luego de que lo ratificaron más de 40 países. Mediante esta firma se demuestra que los gobiernos de los países del mundo están comprometidos con la disminución del tabaquismo y sus efectos sobre la salud de sus poblaciones.⁵

Para el éxito de la lucha contra el tabaquismo es indispensable contar con información y análisis permanentes, con objeto de orientar las medidas de prevención y control que fortalezcan la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo, evitar el acceso de los adolescentes al producto, suministrar información de manera permanente a la población sobre los daños, ofrecer opciones de tratamiento a los fumadores y propiciar la sustitución de cultivos.

Material y métodos

En el periodo de noviembre de 2005 a enero de 2006 se llevó a cabo una revisión de diversas fuentes de información para realizar un análisis histórico de la evolución que la epidemia del tabaquismo ha tenido en México, con el propósito de señalar diferencias fundamentales que ha mostrado esta epidemia y orientar la toma de decisiones. De igual forma, se revisaron aspectos fundamentales vinculados con el tabaquismo pasivo y los grupos específicos de población: adolescentes y médicos.

Distribución del tabaquismo en México

Desde 1988 México ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de las adicciones, lo cual permite contar con una visión más clara del tabaquismo en el país. De esta manera es posible idear mejores lineamientos para detener la epidemia. Se cuenta con información periódica sobre el tabaquismo desde 1988, a partir de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), encuestas en grupos poblacionales específicos y estudios de accesibilidad al producto por menores de edad, entre otras fuentes. Las Encuestas Nacionales de Adicciones de 1988, 1993 y 1998 se llevaron a cabo en personas de 12 a 65 años de edad de áreas urbanas. Estas encuestas se basan en un diseño muestral probabilístico, polietápico y estratificado por conglomerados. De manera adicional, se dispone de información de la Encuesta de Adicciones 2002, que incluye datos de las áreas urbana y rural, pero utiliza una metodología diferente a las anteriores, ya que posee un marco muestral de representación estadística

nacional.^{4,6-9} En 1990 se estableció de manera formal en México el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), con el propósito de conocer la conducta de la población sobre el consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Sin embargo, es hasta el año 2001 cuando se incorpora en este sistema la información proveniente de las clínicas de tabaco, como parte de la producción de información y vigilancia periódica de la epidemia del tabaquismo en México.¹⁰

Los datos de la ENA 2002 indican que casi 14 millones (26.4%) de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadoras activas. A pesar de que se observa con claridad un incremento del número de fumadores, de nueve millones en 1988 a casi 14 millones en 2002, la prevalencia sólo muestra un discreto aumento, de 25.8% en 1988 a 26.4% en 2002. Además, en este último año se identificó un número mayor de individuos que nunca han fumado y menos exfumadores. En contraste, la mayoría de las personas en el área rural de 12 a 65 años de edad corresponde a no fumadores (70.7%). Sólo 14.3% (2.4 millones) de los sujetos fuma (cuadro I, figura 1).

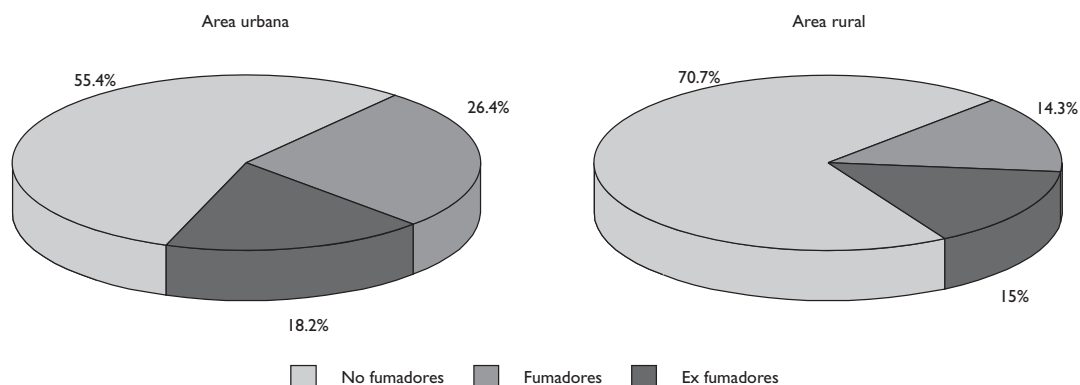
Asimismo, desde 1988 se observa en el área urbana la misma tendencia de fumadores por sexo y son sobre todo los hombres los que fuman más (66.4% de hombres y 33.6% de mujeres en 2002). Sin embargo, se observa un mayor consumo de tabaco en las mujeres, ya que en 1988 sólo 29% de los fumadores correspondía a mujeres. De manera similar, en el área rural casi todos los fumadores son masculinos (86.5% de hombres y 13.5% de mujeres).

En cuanto a la edad de inicio, se advierte que el consumo de tabaco comienza a una edad cada vez más temprana. Al considerar la proporción de fumadores que iniciaron el consumo de tabaco antes de los 18 años, se reconoce una tendencia creciente entre los años 1988, 1993 y 1998 (52.2, 56.8 y 61.4%, respectivamente). Para 2002 esta proporción mostró una discreta disminución, alrededor de 58%. De modo adicional, se puede señalar que en la ENA 2002 se observa un desplazamiento de la edad hacia inicios cada vez más tempranos (figura 2), en comparación con la ENA 1988. Datos de las clínicas de tabaco del SISVEA señalan que en 2003, 55% de los individuos que acudieron comenzaron el hábito entre los 10 y 14 años de edad; para el año 2004, 80% inició el consumo de tabaco antes de los 18 años.¹⁰

Cuadro I
PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ENCUESTAS
NACIONALES DE SALUD.
MÉXICO, 1988, 1993, 1998 Y 2002

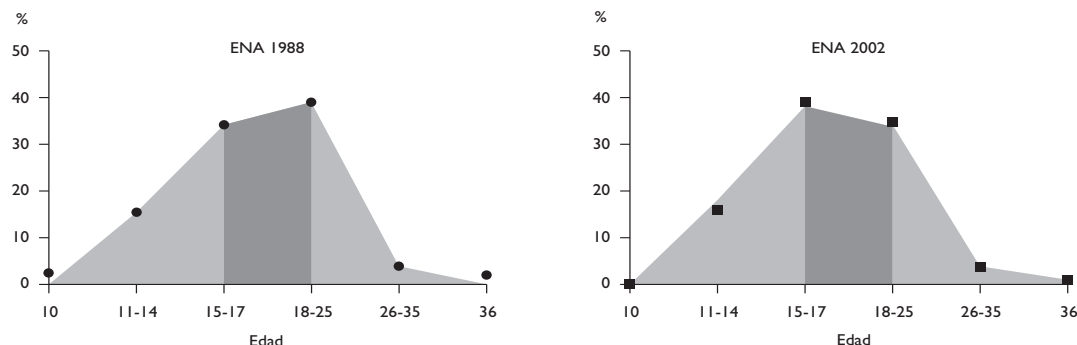
Encuestas Nacionales de Adicciones	Fumadores (área urbana)	Prevalencia	
		Por sexo	
		Hombres	Mujeres
1988	25.8%	38.3%	14.4%
1993	25.1%	38.3%	14.2%
1998	27.7%	42.9%	16.3%
2002	26.4%	39.1%	16.1%

Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones/SSA, 1988, 1993, 1998 y 2002



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/SSA 2002

FIGURA 1. PREVALENCIA SEGÚN EL PATRÓN DE CONSUMO DE TABACO (MÉXICO, 2002)



Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones/SSA, 1988 y 2002

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE INICIO DE LOS FUMADORES (MÉXICO, 1988 Y 2002)

Tabaquismo en adolescentes

El inicio del consumo de tabaco a edad temprana implica la integración de un grupo de fumadores muy jóvenes, cuyo estudio se separó en la ENA 2002 para diferenciarlo de la situación de los adolescentes (el consumo ilegal) y los adultos. Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años en área urbana son fumadores (10.1%), con una mayor prevalencia en los hombres (15.4%) respecto de las mujeres (4.8%). En el área rural, la prevalencia de fumadores menores de edad es menor (6.1%); se observa el mismo patrón de mayor consumo en los varones (11.3% en hombres contra 1% en mujeres). La facilidad del acceso al tabaco por los menores de edad se refleja en México en la información disponible de consumo de tabaco en adolescentes, a pesar de la legislación vigente.

En cuanto a la edad de inicio, casi la mitad de los adolescentes (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, y en el área rural esta cifra es aún mayor (50.5%). Además, en ambas áreas se advierte que 10% de los hombres comenzó el hábito antes de los 11 años; ninguna mujer inició el hábito a esta edad.

La mayoría de los adolescentes sólo fuma 1-5 cigarros (86.5%); la prevalencia de consumo de un mayor número de cigarros es menor. En el área rural, todos los adolescentes fumadores consumen sólo 1-5 cigarros cada día. Sin embargo, el estudio que publicaron Lotrean y colaboradores en 2005 en jóvenes en Morelos señala que existe cinco veces la posibilidad de fumar más de cinco cigarros por día, en relación con la permisibilidad social de su entorno.¹¹

Los fumadores adolescentes del área urbana refieren un mayor grado de escolaridad (preparatoria en 35.4%) que los del área rural (preparatoria en 1.4%).

Pese a ello, desde la primaria, y en los siguientes grados escolares, se incluye información sobre el tabaco, las adicciones y la importancia de no consumir drogas. Sin duda, otros factores como la curiosidad y la presión de los amigos tienen un papel importante en el inicio del consumo de tabaco.

Tabaquismo en adultos

En cuanto a los fumadores adultos de 18 a 65 años de edad, la prevalencia es de 30.2% (12.9 millones) en el área urbana. La prevalencia por sexo es de 45.3% en hombres y 18.4% en mujeres. En el área rural, 16.6% (2.2 millones) es fumador (32.3% de hombres y 4.2% de mujeres).

En cuanto a la edad de los fumadores actuales del área urbana, casi todos son jóvenes de 18 a 29 años de edad (40.8%). En el área rural, la mayor parte de los fumadores se encuentra en los extremos de la vida: 28.8% en el grupo de 18 a 29 años y 27.1% en los de 50 a 65 años.

La edad de inicio de los adultos fumadores en áreas urbanas tuvo lugar a temprana edad, cuando eran menores: 41.1% entre los 15 y 17 años. Sólo 3.7% inició entre los 26 y 35 años y 1.3% a edades mayores de 35 años. Para el área rural, 39.7% comenzó entre los 18 y 25 años. Una proporción similar en las dos áreas empezó entre los 11 y 14 años de edad (12% en el urbano y 15% en el rural). Puede agregarse que la edad de inicio por sexo muestra algunas diferencias. Los hombres, en las áreas urbana y rural, inician el hábito a edades más tempranas en comparación con las mujeres.

Los fumadores adultos muestran un patrón de consumo de cigarros similar al de los adolescentes en las zonas urbana y rural. En la primera, 64% fuma 1-5 ci-

garros; y en la segunda 52.6%. Otros estudios han proporcionado más información sobre el número de cigarros fumados. En 1999 se llevó a cabo un estudio en fumadores para identificar los niveles en saliva de cotinina, el principal metabolito de la nicotina, y la relación con el número de cigarros fumados; en estas investigaciones se estableció que existía una relación positiva entre ellos y se encontró que el número de cigarros era de 10.2 para los hombres y 5.8 para las mujeres, con niveles de cotinina de 160 (DE = 14) y 117 (DE = 8.2), respectivamente.¹²

La escolaridad de los fumadores adultos del área urbana fue mayor respecto del área rural: 26.6% ha cursado la secundaria en la zona urbana, mientras que en el área rural sólo 18 y 16.8% carece de toda educación formal.

Tabaquismo pasivo

En la actualidad se conocen bien los daños a la salud consecutivos al tabaco; empero, en los últimos años también se han documentado los trastornos que puede provocar el tabaquismo pasivo. Un fumador involuntario es el sujeto no fumador que se expone al humo del tabaco de personas fumadoras al convivir con éstas; se considera que el humo ambiental del tabaco contiene en esencia las mismas sustancias carcinógenas y los agentes tóxicos que inhalan directamente los fumadores.

Datos de las ENA señalan que en 1988, 42.5% de la población era fumador pasivo expuesto al humo del tabaco en su casa. Cinco años después, 41% de la población era fumador involuntario, casi todos sin antecedentes de fumar (71%) y del sexo femenino. De estos fumadores pasivos, 31% tenía menos de 18 años. Para 1998 se calculó que 52.6% de la población era fumador pasivo, en su mayoría mujeres, y para 2002 los fumadores pasivos representaron sólo 36.1%.

Pese a que la prevalencia de los expuestos involuntariamente al humo del tabaco ha disminuido en apariencia, el número total de expuestos se ha incrementado. De igual modo, existe la posibilidad de que estas cifras sean aun mayores dado que los menores de 12 años no se incluyeron en estas encuestas ni tampoco los mayores de 65 años.^{4,6-9}

Sin embargo, existen evidencias que corroboran lo anterior. En otras encuestas, por ejemplo la que se realizó en el 2000 en jóvenes de los tres años de secundaria en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, se ha evaluado además el tabaquismo pasivo en este grupo poblacional. Se han identificado los siguientes datos: en 12% de los casos fuman ambos padres; en 28% sólo lo hace el padre y en 8% sólo la madre; más de la mitad (58%) tiene amigos

cercanos que fuman, con la consecuente mayor probabilidad de exponerlos al humo del tabaco.*

Tabaquismo y personal de salud

En México se han realizado desde hace 25 años estudios del consumo de tabaco en el personal de salud. En 1986, Puente Silva efectuó una encuesta en el personal médico de siete hospitales de tercer nivel y señaló que por lo menos siete de cada 10 habían fumado alguna vez en su vida.¹³ Otro estudio que condujo en 1997 Tapia-Conyer señala que la prevalencia de consumo de tabaco entre los médicos era de 27%, es decir, casi uno de cada tres médicos es fumador, seis de cada 10 médicos lo hacen de manera cotidiana y más de 50% fuma, en promedio, uno a cinco cigarros por día, como en la población general.¹⁴ En 1998 se aplicó una encuesta a los trabajadores de los Institutos Nacionales de Salud con el propósito de conocer la prevalencia de fumadores, la cual fue de 28%.¹⁵ En otro estudio realizado en 2004 en el personal de sanidad militar del tercer nivel de atención se encontró una prevalencia de tan sólo 14.8%, lo cual es inferior a las cifras de estudios similares aplicados en personal de salud no militar.¹⁶

Asimismo, en protocolos efectuados en aspirantes a la residencia médica, cuyo propósito fue conocer la prevalencia, así como su intervención ante el consumo de tabaco de sus pacientes, se observó que 20% era fumador actual, 34% ex fumador y 46% no fumador, y la edad promedio de inicio fue de 16 años y más de dos terceras partes de ellos fumaba de 1-5 cigarros por día (fumadores menores). En cuanto a su intervención ante el consumo de tabaco, seis de cada 10 (62%) de los médicos fumadores no les preguntaban a sus pacientes si fuman y sólo tres de cada 10 (33%) ha instituido tratamiento especializado en algún paciente fumador.¹⁷

Es indudable el liderazgo que tiene el personal de salud en su comunidad y la relevancia que éste adopta a través de cualquiera de sus recomendaciones. Es también notable que, si bien el personal de salud dispone de la suficiente información acerca del daño que el tabaco provoca en la salud, su comportamiento adictivo es similar al del resto de la población. Por este motivo, es importante retomar las medidas preventivas durante el proceso formativo del personal de salud para lograr la concientización y cambio de actitud en beneficio de su salud y la de sus pacientes.

* Kuri-Morales P, González-Roldán JF. Reporte de la Encuesta Mundial sobre Juventud y Tabaco aplicada en Monterrey, México. Documento no publicado.

Morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaquismo

Se conoce desde hace varios años que el consumo de tabaco y la exposición al humo inducen una elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades, en particular del sistema circulatorio y respiratorio, entre ellas las neoplasias.¹⁸ La relación entre el consumo del tabaco y el incremento del riesgo de padecer cáncer es significativa; desde 1950, Richard Doll y Bradford Hill, al analizar el incremento de muertes por cáncer pulmonar en médicos en Inglaterra, reconocieron en el tabaco la causa directa de dicho aumento;¹⁹ esto lo confirmó el primer *Surgeon General Report* de Estados Unidos, según el cual el tabaquismo era un importante factor de riesgo prevenible de enfermedad y muerte.²⁰ La OMS señala que el tabaquismo causa por lo menos 80% de los cánceres de pulmón en los países desarrollados.²¹

El efecto del tabaquismo en la población mexicana como problema de salud pública se basa en las tasas de morbilidad y mortalidad de padecimientos relacionados con su consumo. Desde hace varios años en México, la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos de pulmón, bronquios y tráquea ocupan los primeros lugares en la mortalidad general.²² Si bien en este país es incipiente la determinación del riesgo atribuible al consumo del tabaco en trastornos como la afección isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer,^{23,24} un estudio de mortalidad proporcional y determinación de fracción atribuible realizado en la Delegación Coyoacán en la Ciudad de México ofrece información al respecto. En este protocolo se encontró que 30% de las personas que fallecieron en 1998 en dicha delegación había fumado durante los últimos 10 años de su vida y que 18% fumó durante el año anterior al deceso. Se calculó un riesgo atribuible por tabaquismo de 45% en la población general para las enfermedades del sistema circulatorio (angina de pecho, hemorragia cerebral, aterosclerosis, embolia y trombosis arteriales), de 60% para las enfermedades del sistema respiratorio y de 85% para las neoplasias.²⁵ Estos resultados no son muy diferentes en comparación con las cifras del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para cada padecimiento relacionado con el consumo de tabaco.²⁶

A partir de esta evidencia se han realizado cálculos de la mortalidad preliminar de 2004 para medir los efectos de la epidemia por el consumo de tabaco en México. El número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades concomitantes es de más de 60 mil (165 muertes al día), 38% de éstas (22 778 defunciones) consecutivo a enfermedad isquémica del corazón, 29% (17 390 muertes) a enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva

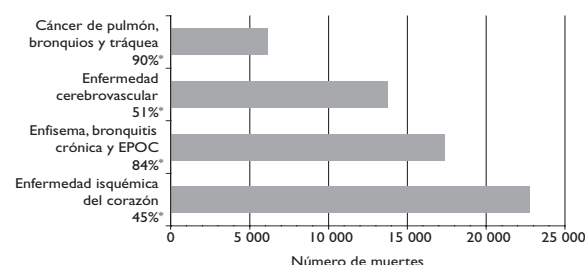
crónica (EPOC), 23% (13 751 defunciones) a enfermedad cerebrovascular y 10% a cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (6 168 muertes) (figura 3).

Lo anterior reitera la necesidad de instituir campañas preventivas permanentes con el propósito de sensibilizar a la sociedad en relación con la importancia de prevenir el consumo de tabaco y, en su caso, abandonarlo por completo.

Conclusiones

Las principales tendencias que el tabaquismo ha mostrado en México son una relativa estabilidad en la prevalencia, inicio a más temprana edad en el consumo de tabaco, mayor número de menores de edad que fuman y un incremento de la prevalencia en mujeres. También se cuenta ahora con información sobre tabaquismo en el área rural donde se observan patrones diferentes a los del área urbana, lo cual debe tomarse en cuenta para asegurar el éxito de las medidas aplicadas y así proteger a grupos poblacionales cada vez más susceptibles de adquirir esta adicción.

El comienzo del hábito a edades cada vez más tempranas señala que no se han vigilado las medidas reguladoras con éxito, como la venta de cigarros a menores de edad. En este caso, a pesar de contar con una legislación que lo prohíbe, existe evidencia de la fácil accesibilidad del adolescente al producto. De igual forma, el incremento del consumo de tabaco en mujeres indica la necesidad de crear, emprender y reforzar acciones preventivas dirigidas a ellas. Asimismo, es importante vigilar que la normatividad se cumpla y concientizar a los fumadores acerca de los daños a su salud, además de ofrecerles alternativas terapéuticas.



* = porcentaje de riesgo atribuible

Fuente: Secretaría de Salud/INEGI/ Información Preliminar Mortalidad 2004.

FIGURA 3. CIFRAS DE MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO (MÉXICO, 2004)

De igual manera, es necesario complementar la información existente con datos del efecto económico y social del consumo de tabaco para evaluar la magnitud del problema de salud pública en el contexto del Convenio Marco para el Control de Tabaco. En este sentido, las recomendaciones que emite la OMS buscan, sobre todo, detener el consumo del tabaco y que el control de éste sea una prioridad de las políticas públicas de los gobiernos.²⁷ La OMS señala que las medidas de control más efectivas en relación con el costo son lineamientos públicos poblacionales, como la eliminación de la publicidad indirecta y directa de tabaco, el incremento de los impuestos y los precios del tabaco, ambientes públicos y de trabajo libres de humo de tabaco y mensajes de salud de gran tamaño y claros en las cajetillas de cigarros.¹

Sin embargo, la industria tabacalera en México se integra en particular con empresas transnacionales con enormes recursos para enfrentar las disposiciones de salud pública. Por este motivo, las medidas para luchar contra el tabaquismo activo y pasivo se formalizaron en el componente tabaquismo del Plan de Acción: Adicciones de la Secretaría de Salud.²⁸ Aquí se señala que el principal objetivo es reducir el número de fumadores en México, con objetivos específicos enfocados en las tendencias de la epidemia de tabaquismo en México: retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, incrementar la protección a los no fumadores, disminuir el consumo de tabaco y fomentar la cesación.

Este ensayo muestra un panorama epidemiológico global del tabaquismo en México; en él, si bien se han conseguido avances importantes, aún existen retos y oportunidades de consolidar la información disponible para enfrentar la epidemia con mayor éxito. Una forma de hacerlo es la disposición de datos de la fracción atribuible de mortalidad, sustentada en información nacional y no en cifras de otros países. En consecuencia, resulta necesario incrementar y fortalecer la investigación en materia del consumo de tabaco. En este sentido, es fundamental enfocar el desarrollo de estudios de efectos económicos y sociales, así como impulsar éstos en los planos estatal y municipal para reforzar las políticas públicas y abatir el consumo de tabaco en México.

Referencias

1. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. Why is tobacco a public health priority? Disponible en http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/print.html
2. American Cancer Society Inc, World Health Organization, and the International Union Against Cancer. The Tobacco Control Country Profiles. 2nd ed. Atlanta: 2003:7-12.
3. Vázquez-Segovia LA, Sesma-Vázquez S, Hernández-Ávila M. El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares 1984-2000. *Salud Publica Mex* 2002;44(supl 1):S76-S81.
4. Valdés-Salgado R, Lazzano-Ponce EC, Hernández-Ávila M. Primer Informe sobre el Combate al Tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco, México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
5. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Disponible en http://www.who.int/tobacco/dgo_statement_04Nov05/en/print.html
6. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1988 (ENA-88). México: Dirección General de Epidemiología, 1988.
7. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1993 (ENA-93). México: Dirección General de Epidemiología, 1993.
8. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (ENA-98). México: Dirección General de Epidemiología, 1999.
9. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA-2002). México: INEGI.
10. Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Clínicas de Tabaco. Dirección General de Epidemiología. Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>
11. Lotrean LM, Sanchez-Zamorano LM, Valdes-Salgado R et al. Consumption of higher numbers of cigarettes in Mexican youth: the importance of social permissiveness of smoking. *Addict Behav* 2005;30(5):1035-41.
12. Campuzano JC, Hernandez-Avila M, Jaakkola MS et al. Determinants of salivary cotinine levels among current smokers in Mexico. *Nicotine Tob Res* 2004;6(6):997-1008.
13. Puente-Silva FG. Tabaquismo en México. *Bol Oficina Sanit Panam* 1986;101(3):234-246.
14. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Rosa B et al. Cigarette smoking: knowledge and attitudes among Mexican physicians. *Salud Publica Mex* 1997;39:507-512.
15. Sansores RH, Villalba CJ, Herrera KL, et al. Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health. *Salud Publica Mex* 1999;41:381-388.
16. Ayar-Hernández CB, Barradas-Huesca EA, Maldonado-Rodríguez D et al. Tabaquismo activo en personal del tercer nivel de atención del Servicio de Sanidad Militar. *Rev Sanid Milit* 2004;58(6):428-433.
17. Hoy-Gutiérrez M, Kuri P, Camacho-Solis R et al. Encuestas en aspirantes a residencias médicas. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México: Secretaría de Salud, 2000:69-70.
18. Bobadilla J, Frenk J, Lozano R et al. The epidemiologic transition and health priorities. En: Jamison D, ed. *Disease control priorities in developing countries*. Nueva York: Oxford University Press, 1993.
19. Doll R, Hill A. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *BMJ* 1950;2:739-748.
20. U.S. Department of Health and Human Services. Surgeon General Report: Reducing the Health Consequences of Smoking 1964, USA. Disponible en <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>
21. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. 1999. Disponible en <http://www.who.int/tobacco/en/>
22. Secretaría de Salud. INEGI Anuarios de Mortalidad. 1990-2003, 2004 (preliminar). México.
23. Tovar-Guzmán VJ, Barquera S, López-Antuñano FJ. Tendencias de mortalidad por cánceres atribuibles al tabaco en México. *Salud Publica Mex* 2002;44(supl 1):S20-S28.
24. Tapia Conyer R, Kuri Morales P, Meneses González F. Smoking attributable mortality-Mexico 1992. *Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44:372-381.

25. Kuri P, Alegre-Díaz J, Mata-Miranda MP et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. *Salud Publica Mex* 2002;44(supl 1):S29-S33.
26. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking and Health in the Americas. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1992; DHHS Publication No. (CDC) 92-8419.
27. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Disponible en http://www.who.int/tobacco/surveillance/about_surveillance/en/print.html
28. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Adicciones, el tabaquismo. México: Secretaría de Salud, 2000.