

Tabaquismo en Guatemala: Situación Actual

Dr. Jose Carlos Monzón¹, Dr. Rodrigo Arévalo¹, Dr. Joaquín Barnoya^{1,2}

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es una de las principales causas de enfermedad crónica y la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial. De no abordarse de manera urgente, para el año 2030 podría llegar a matar a 8 millones de personas anualmente, 80% de estas muertes ocurriendo en países de mediano/bajo ingreso. Los datos sobre la prevalencia de tabaquismo en Guatemala son escasos, según la "Encuesta Global del Tabaco" en el 2008, en los primeros grados de secundaria hay una prevalencia de tabaquismo de 19.7% para hombres y 13.3% para mujeres. (**Revista Medicina Interna de Guatemala Vol.17, supl 1, 2013, pag:s08-s11**)

Palabras Clave: Tabaco. Fumar. Tabaquismo.

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), smoking is a major cause of chronic disease and the leading cause of preventable death globally. If not addressed urgently, 2030 might get to kill 8 million people annually, 80% of these deaths occurring in middle / low income. Data on smoking prevalence are scarce in Guatemala, according to "Global Survey of Tobacco" in 2008, in the early grades of school is a smoking prevalence of 19.7% for men and 13.3% for women. (**Revista Medicina Interna de Guatemala Vol.17, supl 1, 2013, pag:s08-s11**)

Keywords: Tobacco. Smoke.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es una de las principales causas de enfermedad crónica⁽¹⁴⁾ y la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial⁽²³⁾. De no abordarse de manera urgente, para el año 2030 podría llegar a matar a 8 millones de personas anualmente (80% de estas muertes ocurrirán en países de mediano/bajo ingreso)⁽²³⁾.

Guatemala atraviesa por una transición epidemiológica. Mientras las enfermedades infecciosas y desnutrición son aún prevalentes en el país, las enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, diabetes, etc.) aumentan considerablemente.

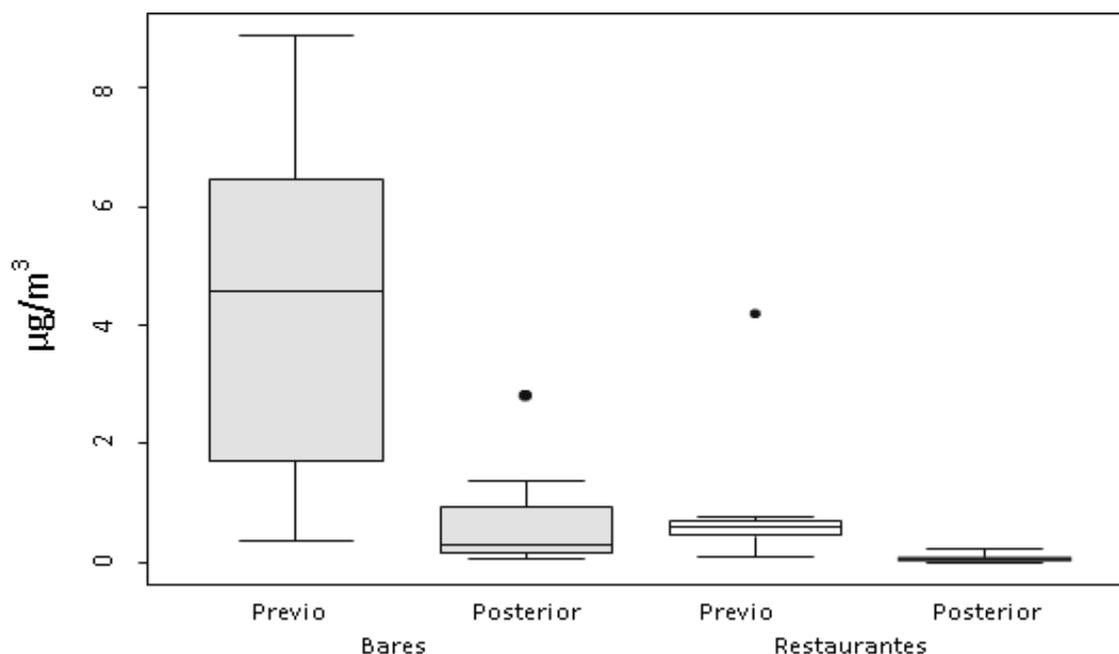
Los datos sobre la prevalencia de tabaquismo en Guatemala son escasos. Según la "Encuesta Global del Tabaco" en el 2008, en los primeros grados de secundaria (escolares de 13-15 años) hay una prevalencia de tabaquismo de 19.7% para hombres y 13.3% para mujeres.⁽⁸⁾ Adicionalmente, el reporte de la OMS en el 2009 indica que al menos un 11.2% de la población ha estado expuesto a algún tipo de producto del tabaco.⁽¹⁷⁾ En el área rural, un estudio realizado en 7 departamentos de Guatemala, estimó una prevalencia de fumadores del 22.5%, con un promedio de consumo de 2.5 (\pm 4.0) cigarros diarios.⁽¹⁶⁾ También se encontró que entre todos los trabajadores encuestados, el 74.24% de los

cortadores de caña fuman, en contraste con los trabajadores de agroindustria donde solo el 12.2% lo hacía. El problema del tabaquismo está presente en todos los niveles socioeconómicos del país e influye en las desigualdades de salud y económicas existentes.

El consumo de tabaco en familias pobres (que son la mayoría en nuestro país) es sumamente perjudicial pues destinan un porcentaje considerable de sus ingresos a esta adicción. Estos ingresos podrían utilizarse para educación o salud. Por lo tanto el tabaco también se considera una causa de pobreza.⁽¹⁵⁾ El fácil acceso a productos del tabaco, tanto en la economía formal como informal, limita el posible control de la epidemia de tabaco. La mayor parte (76%) de las tiendas y vendedores ambulantes en la capital y departamentos aledaños, venden paquetes de cigarros y de éstos el 91% también venden cigarros sueltos.⁽¹¹⁾ La venta de cigarros sueltos perjudica principalmente a las personas de escasos recursos ya que pueden mantener niveles bajos de consumo comprando cigarros sueltos pero terminan gastando más pues el precio de 20 cigarros sueltos es significativamente mayor que el de una cajetilla.⁽¹⁹⁾ Además la venta de cigarros sueltos permite a fumadores regulares seguir fumando, aquellos que están intentando dejarlo les cuesta más, y propicia a menores de edad a empezar a fumar.⁽¹³⁾

1.- Departamento de Investigación, Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala (UNICAR)

2.- Division of Public Health Sciences, Department of Surgery. Washington University in St. Louis, USA.



Gráfica 1. Concentración de nicotina ambiental previa y posterior a la implementación de la ley de Ambientes Libres de Humo de Tabaco en la Ciudad de Guatemala. *Líneas horizontales dentro de los rectángulos indican la mediana. Rango intercuartil (IQR): Rectángulos. Línea superior e inferior de los rectángulos, valores dentro de 1,5 veces el IQR. Puntos: Valores aislados.*

La disponibilidad de cigarrillos ilegales también es un problema que complica más el control de tabaco. En 21 de los 22 departamentos del país, se venden cigarrillos ilegales y la diferencia de precio con los legales, es significativamente menor (cajetilla de legales Q14.99 vs, cajetilla de ilegales Q5.99, $p < 0.001$).⁽¹⁾

La publicidad es un factor determinante y explotado por la industria tabacalera para promover sus productos. Se ha probado que un 60% de tiendas en la capital tienen alguna publicidad del tabaco. Particularmente en sectores socio-económicos bajos, ésta se encuentra a la vista desde el exterior del establecimiento. Además estas tiendas se encuentran próximas a centros educativos lo que aumenta la exposición de jóvenes a la publicidad del tabaco. En contraste, en los sectores socio-económicos altos, la publicidad aumenta sobre todo en gasolineras o tiendas de conveniencia en donde el tipo de publicidad es mayor y mejor elaborado.⁽⁶⁾

La exposición al humo de segunda mano es tan dañina para el fumador pasivo como el humo de tabaco en el fumador, principalmente en el sistema cardiovascular, aumentando el riesgo de enfermedad coronaria en un 30%.^(4,5) Además los ambientes libres de humo de tabaco han probado que disminuyen la incidencia de infartos agudos al miocardio desde un 6%

hasta un 47%.⁽¹⁸⁾ Esto demuestra que la protección al humo de segunda mano es una medida más efectiva y más barata que otras medidas de protección cardiovascular como el uso de beta-bloqueadores posterior a un infarto agudo al miocardio la cual disminuye la mortalidad solamente en un 23%.⁽¹²⁾ Por lo tanto y al igual que otros países, en el año 2009 se implementó la ley de Ambientes Libres de Humo de Tabaco que prohíbe fumar en todos los lugares de trabajo, incluyendo bares y restaurantes que es donde existe más exposición.⁽⁷⁾ Seis meses después su implementación la concentración ambiental de nicotina en bares y restaurantes había disminuido significativamente.⁽²⁾ (ver Gráfica 1).

Sin embargo, la falta de monitorización y cumplimiento de la ley por parte del Ministerio de Salud Pública y la ausencia de sanciones han provocado que la ley este perdiendo su impacto. En el 2010, durante el mes del mundial de fútbol de Sudáfrica se observaron bares y restaurantes para monitorizar si se infringía la ley. Solo durante este mes, si el Ministerio hubiera enviado inspectores se habrían recolectado como mínimo US\$ 88,294 (Q706,000) por conceptos de multas a los establecimientos y fumadores que violaron la ley.⁽⁹⁾ La única estrategia para el control de tabaco aprobada por el Congreso de la República no se cumple y este estudio demostró la pérdida de ingresos monetarios que se pudiera recaudar

para invertir en otras medidas de control de enfermedades crónicas.

Las terapias farmacológicas para dejar de fumar tampoco están disponibles con facilidad, en la ciudad Capital, se ha encontrado que solo un 23% de farmacias tienen algún tipo de terapia para dejar de fumar aunque también se encontró que 6% venden cigarros. Estas terapias eran promocionadas únicamente en el 1.7% de ellas mientras que la propaganda para cigarros estaba en el 72% de las farmacias.⁽²¹⁾ Además, los medicamentos se encontraban con mayor frecuencia en cadenas de farmacias y no en farmacias comunitarias o independientes. El costo promedio de la terapia más barata encontrada fue de Q 120.00 (25-75 percentil, Q.96.16 – Q.157.00)⁽²¹⁾, cantidad equivalente a 2 salarios mínimos diarios. Por lo tanto, si alguien quiere dejar de fumar con ayuda farmacológica es muy difícil encontrarla y cuando la encuentra es muy onerosa.

Los hospitales nacionales cuentan con consejería para dejar de fumar pero carecen de tratamientos farmacológicos o grupos de ayuda para dejar de fumar. En un estudio sobre servicios preventivos de salud en los hospitales públicos de Guatemala, se reportó que aunque los médicos preguntan al paciente si es fumador activo o si piensan dejar de fumar, no se proporciona la ayuda necesaria y ninguno de los hospitales investigados cuenta con terapias farmacológicas.⁽⁹⁾ Esto dificulta el tratamiento del tabaquismo por parte de los médicos.

CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO

En el año 2003, en respuesta a la globalización de la epidemia del tabaquismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró el "Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) siendo el primer tratado internacional negociado con los auspicios de la OMS. El CMCT es un instrumento basado en pruebas científicas que reafirma el derecho de todas las personas al goce máximo de salud, mandando a los países firmantes a tomar medidas efectivas para el control del tabaco a nivel local a través del cumplimiento de los artículos del CMCT.⁽²⁴⁾ Guatemala firmó y ratificó el CMCT en el año 2003 y 2005, respectivamente. Hasta Agosto del 2013 solamente la Ley de Ambientes Libres de Humo de Tabaco ha sido aprobada y algunas propuestas discutidas en el Congreso sobre el empaquetado y etiquetado de las cajetillas de cigarros (la última en el 2013) van conforme los

lineamientos del CMCT (artículo 8 y 11 respectivamente). El resto de artículos (5.3, 6, 13, 14, 15, 17, 18) del CMCT no se cumplen en Guatemala y no existe ninguna iniciativa para implementarlos. Por lo tanto, más evidencia y apoyo por parte del gobierno es necesario para la creación de leyes que respondan a los artículos del CMCT y así crear un precedente en la región e iniciar un abordaje efectivo para contener la epidemia del tabaquismo.

Guatemala como parte del CMCT está en la obligación de extender y maximizar esfuerzos para cumplir con estos artículos y lograr alcanzar las metas propuestas. Es fundamental tener el apoyo de las entidades de salud del país y que la comisión antitabaco del Ministerio de Salud Pública sea estructurada de una manera funcional y radical para el adecuado cumplimiento de las medidas que poco a poco logremos alcanzar con este tema. Además de esto, es necesario que la cultura de investigación se establezca desde la universidad y que existan modelos a seguir para que los estudiantes aspiren a generar evidencia útil y coherente con la realidad nacional para permitir la creación de políticas costo-efectivas para el control de las enfermedades crónicas y la epidemia del tabaquismo en Guatemala.

Desafortunadamente los médicos (incluyendo cardiólogos y neumólogos) y sus asociaciones han sido poco activos en la lucha contra el tabaco.⁽³⁾ Inclusive es común ver a médicos (incluyendo cardiólogos y neumólogos) violando la ley de ambientes libres de humo de tabaco ignorando el beneficio que esta tiene para sus semejantes y pacientes. Por lo tanto, se recomienda que los cardiólogos y las Asociación Guatemalteca de Cardiología tome un rol activo en la lucha contra el tabaco en Guatemala y contribuya de manera significativa a la salud cardiovascular de los guatemaltecos.

Referencias Bibliográficas:

1. Arevalo, R, Barnoya, J. (2012). Characteristics of illegal and legal cigarette packs sold in Guatemala. Paper presented at the Annual Public Health Conference on Challenges of the 21st Century, St. Louis, Missouri. 2012.
2. Barnoya, J., Arvizu, M., Jones, M. R., Hernandez, J. C., Breyse, P. N., & Navas-Acien, A. (2011). Secondhand smoke exposure in bars and restaurants in Guatemala City: before and after smoking ban evaluation. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Cancer Causes Control*, 22(1), 151-156. doi: 10.1007/s10552-010-9673-8
3. Barnoya, J, & Glantz, S. (2004). Secondhand smoke and cardiologists: the missing link.

- [Comment Letter]. *Int J Cardiol*, 93(2-3), 331; author reply 333. doi: 10.1016/S0167-5273(03)00195-5
4. Barnoya, J., & Glantz, S. A. (2005). Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Circulation*, 111(20), 2684-2698. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.492215
 5. Barnoya, J., & Glantz, S. A. (2006). Cardiovascular effects of second-hand smoke help explain the benefits of smoke-free legislation on heart disease burden. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *J Cardiovasc Nurs*, 21(6), 457-462.
 6. Barnoya, J., Mejia, R., Szeinman, D., & Kummerfeldt, C. E. (2010). Tobacco point-of-sale advertising in Guatemala City, Guatemala and Buenos Aires, Argentina. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Tob Control*, 19(4), 338-341. doi: 10.1136/tc.2009.031898
 7. Barnoya, J., Mendoza-Montano, C., & Navas-Acien, A. (2007). Secondhand smoke exposure in public places in Guatemala: comparison with other Latin American countries. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 16(12), 2730-2735. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-0229
 8. CDC-WHO. (2008). Global Youth Tobacco Survey - Fact sheet. Retrieved from www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/tobacco_atlas/pdfs/part3.pdf website
 9. Corral, J. E., Arnold, L. D., Argueta, E. E., Ganju, A., & Barnoya, J. (2012). Clinical preventive services in Guatemala: a cross-sectional survey of internal medicine physicians. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *PLoS One*, 7(10), e48640. doi: 10.1371/journal.pone.0048640
 10. Corral, J. E., Comejo, J. A., & Barnoya, J. (2011). Bars' and restaurants' compliance with the Guatemalan smoke-free law during the 2010 Soccer World Cup: a missed opportunity. [Letter Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Tob Control*, 20(6), 445-446. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050053
 11. de Ojeda, A., Barnoya, J., & Thrasher, J. F. (2012). Availability and Costs of Single Cigarettes in Guatemala. *Nicotine & Tobacco Research*. doi: 10.1093/ntr/nts087
 12. Freemantle, N., Cleland, J., Young, P., Mason, J., & Harrison, J. (1999). beta Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. [Meta-Analysis]. *BMJ*, 318(7200), 1730-1737.
 13. Landrine, H., Klonoff, E. A., & Alcaraz, R. (1998). Minors' access to single cigarettes in California. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Prev Med*, 27(4), 503-505. doi: 10.1006/pmed.1998.0326
 14. Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., . . . Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, N.I.H., Intramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Lancet*, 380(9859), 2224-2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8
 15. Majra, J. P., & Gur, A. (2009). Poverty, tobacco, and health: an Indian scenario. *J Health Popul Nutr*, 27(3), 316-318.
 16. Mirón, R, Barnoya, J. (2009). Smoking prevalence, attitudes about tobacco and secondhand smoke in rural Guatemala. Paper presented at the National Cancer Institute Seminar, Guatemala City, Guatemala.
 17. OMS. (2009). Observatorio mundial de la salud Retrieved 27-7-2013, 2013, from <http://www.who.int/countries/gtm/es/>
 18. Secondhand Smoke Exposure and Cardiovascular Effects: Making Sense of the Evidence. (2010). The National Academies Press.
 19. Smith, K. C., Stillman, F., Bone, L., Yancey, N., Price, E., Belin, P., & Kromm, E. E. (2007). Buying and selling "loosies" in Baltimore: the informal exchange of cigarettes in the community context. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Urban Health*, 84(4), 494-507. doi: 10.1007/s11524-007-9189-z
 20. Thrasher, J. F., Villalobos, V., Dorantes-Alonso, A., Arillo-Santillan, E., Cummings, K. M., O'Connor, R., & Fong, G. T. (2009). Does the availability of single cigarettes promote or inhibit cigarette consumption? Perceptions, prevalence and correlates of single cigarette use among adult Mexican smokers. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Tob Control*, 18(6), 431-437. doi: 10.1136/tc.2008.029132
 21. Viteri, E, Barnoya, J, Hudmon, K. S., & Solorzano, P. J. (2012). Smoking cessation medications and cigarettes in Guatemala pharmacies. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Tob Control*, 21(5), 477-481. doi: 10.1136/tc.2011.044040
 22. WHO. (2004). Tobacco and Poverty: A vicious circle Tobacco Free Initiative.
 23. WHO. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Executive summary W. H. Organization (Ed.) (pp. 8). Retrieved from http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/index.html
 24. WHO (Ed.). (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>: World Health Organization.