

The NCD Alliance

Putting non-communicable diseases
on the global agenda



EL TABAQUISMO: UN OBSTÁCULO PARA EL DESARROLLO

No obstante ser ampliamente reconocido que el uso de tabaco es un problema de salud, su impacto sobre la pobreza particularmente en los países en desarrollo es menos conocido. Esto es de gran importancia debido a que las campañas de mercadeo de la industria tabacalera tienen como efecto el incremento creciente de las tasas de tabaquismo en muchos países de ingreso medio y bajo, especialmente en aquellos donde la aplicación de medidas clave para el control del tabaco es lenta.

El uso de tabaco es mayor entre los pobres.¹ El tabaquismo es por mucho la mayor causa de muertes entre fumadores, muchas de las cuales ocurren durante los años productivos de la vida (30-69 años de edad),² reduciendo los ingresos familiares y con ello la posibilidad de proporcionar educación a las/los hijos. En las unidades familiares el gasto en tabaco significa recortar en otras áreas, generalmente otras necesidades. Para las familias que viven con ingreso muy bajo, incluso desviar pequeñas cantidades de recursos en la compra de tabaco puede tener un impacto significativo en su salud y nutrición.³

- En 2005, las unidades familiares con fumadores en Indonesia gastaron 11.5% del ingreso familiar en productos de tabaco, en comparación con 11% de su gasto en pescado, carne, huevo y leche combinados.⁴
- Los cigarrillos significaron en promedio 6.5% del gasto familiar en las unidades familiares en el suroccidente de China en 2002, mientras que los hogares en zonas rurales utilizaron en compra de cigarrillos 11.3% de su gasto total.^{5,6,7} Entre más gasten en la compra de cigarrillos, los hogares gastarán menos en alimentos y educación.⁸
- En México, 20% de los hogares más pobres gastan casi 11% de su ingreso familiar en tabaco.⁹

Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y las muertes prematuras imponen costos de productividad muy altos en las/los fumadores, sus familias y la economía, en efecto, con mayor frecuencia las/los fumadores no pueden laborar debido a enfermedades, asimismo trabajan durante menos años a lo largo de su vida productiva que es más corta. La pérdida de oportunidades económicas como resultado de altas tasas de tabaquismo puede ser particularmente severa en la medida que la mayor parte de las muertes relacionadas con el tabaquismo suceden durante los principales años productivos.¹⁰ En Rusia, por ejemplo, se estima que se perdieron 24.7 mil millones de dólares estadounidenses en productividad en 2006, debido a las muertes prematuras ocasionadas por el tabaquismo.¹¹

Las familias pobres quedan en una situación particularmente vulnerable cuando un miembro de la familia cae enfermo o fallece joven. Los costos médicos asociados con el tratamiento de enfermedades relacionadas con el tabaco, como las enfermedades cardíacas y cáncer, pueden empobrecer aún más a las unidades familiares.^{12,13} A menos que consigamos vencer la epidemia del tabaquismo, las sociedades enfrentarán la doble carga de responder a crecientes tasas de enfermedades no transmisibles vinculadas con el tabaquismo al mismo tiempo que se esfuerzan por mantener el avance en el tratamiento de las enfermedades transmisibles.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Durante la Cumbre del Milenio de 2000, los dirigentes mundiales adoptaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas mediante la cual comprometieron a sus naciones con una nueva acción colectiva para reducir la extrema pobreza. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), formulados poco después,

es un conjunto de metas para reducir la extrema pobreza para 2015. El uso del tabaco impide la consecución de cada uno de los objetivos:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Reducirse el uso de tabaco permitirá que las familias tengan más dinero para bienes esenciales como alimento y educación.

Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo tienen altos costos de atención a la salud cuya carga recae en los individuos y en los gobiernos.

Objetivo 2: Educación primaria universal

En países con sectores sustanciales dedicados al tabaco, la pobreza y el trabajo infantil en la industria tabacalera no permiten que los niños asistan a la escuela.

LA FALSA PROMESA DEL CULTIVO DEL TABACO

Por decenios, las empresas tabacaleras han promovido el cultivo del tabaco como una inversión productiva, ofreciendo estímulos y préstamos a los agricultores para que inicien el cultivo, frecuentemente con base en predicciones optimistas poco realistas en cuanto a precios y rendimientos. Cuando los precios se desploman, es frecuente que los agricultores se encuentren en un ciclo de endeudamiento con las empresas tabacaleras.¹⁴ Además, el cultivo del tabaco acarrea consigo riesgos de salud. En efecto, cultivar y curar hojas de tabaco puede ocasionar enfermedades serias,¹⁵ poniendo en duda que los productores puedan sostener a sus familias.

El cultivo del tabaco es muy intensivo en trabajo y por lo general en pequeñas parcelas de tierra. Frecuentemente toda la familia tiene que trabajar para levantar una cosecha, incluyendo los niños. Cuando los niños se encuentran en los campos de hoja de tabaco, dejan de asistir a la escuela, haciendo que el ciclo de pocos años de escolaridad y pobreza sea más severo. Niñas y niños también participa en la producción de los puros enrollados a mano en el sur de Asia: el bidis. En India, no obstante que está prohibido el uso de mano de obra infantil, se estima que 10% de las mujeres y 5% de los hombres trabajadores en la producción de bidi son menores de 14 años de edad. Muchas y muchos de estos niños jamás van a la escuela.¹⁶ En Bangladesh, niños en edades de 5-15 años que trabajan en la industria del bidi enrollado a mano no pueden asistir a la escuela: 53% no va a ningún tipo de escuela y 40% en su vida han asistido a la escuela.¹⁷

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y empoderar a las mujeres

Evitar la epidemia del tabaquismo entre las mujeres en países de ingreso bajo y medio es una medida fundamental para su salud, escolaridad y progreso.

Objetivos 4 y 5: Reducir la mortalidad de los niños y mejorar la salud materna

El dinero que se gasta en tabaco evita que las madres y los bebés tengan nutrición apropiada lo mismo que atención a la salud. La exposición al humo de segunda mano ocasiona por lo menos 600 mil muertes al año entre los no fumadores.¹⁸ Casi la mitad de estas muertes ocurre entre mujeres y una cuarta parte entre niños menores de cinco años.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades

El tabaquismo ocasiona complicaciones para las personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades.

Objetivo 7: Sostenibilidad del medioambiente

El uso de insecticidas y la deforestación ocasionada por el cultivo y cura de la hoja de tabaco van en detrimento del medioambiente.

Objetivo 8: Fomentar asociación mundial para el desarrollo

Muchas agencias de desarrollo internacional como el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos reconocen que las enfermedades vinculadas con el tabaco son una carga para la pobreza y respaldan el control del tabaco como un método para aliviar dicha carga.

El uso de tabaco es el factor de riesgo que comparten los cuatro principales grupos de ENT. Acelerar la aplicación del CMCT es una manera básica de atacar dichas enfermedades y salvar vidas.

1 Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D et al. (2011) *Systematic review of the link between tobacco and poverty*. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Argentine Cochrane Centre IECIS Iberoamerican Cochrane Network for WHO. Geneva: World Health Organization.

2 Peto R, (1994) *Smoking and death: the past 40 years and the next 40*. British Medical Journal 309 (6959) 937-9.

3 Ciapponi A et al. (2011) op. cit.

4 Barber S, Adioetomo S, Ahsan A, et al. (2008) *Tobacco economics in Indonesia*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

5 Wang H. (2006) *The impact of tobacco expenditure on household consumption patterns in rural China*. Social Science Medicine 62:1414-1426.

6 Hu TW, Mao Z, Liu Y, de Beyer J et al. (2005) *Smoking, standard of living and poverty in China*. Tobacco Control. 14:247-250. 7, 8 *ibid*.

9 Sesma-Vázquez S et al. *Tobacco demand in México: 1992-1998*. Salud Publica de Mexico 2002; 44 Suppl 1:s82-s92.

10 World Health Organization (2009) *WHO report on the global tobacco epidemic 2008, The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.

11 Ross H et al. (2008) *Economics of tobacco taxation in Russia*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

12 Liu Y, Rao K, Hu T, et al. (2006) *Cigarette smoking and poverty in China*. Social Science & Medicine. 63(11):2784-2790.

13 Thankappan K, Thresia (2007) *Tobacco use & social status in Kerala*. Indian Journal Med Res. 126:300-308.

14 Ahsan A, Widodo P, Wiyppn N, Fadri P, Nuzul B. (2008) *Socio-economic conditions of tobacco framers and laborers in Indonesia: A case study of three provinces of tobacco main producers*.

15 NIOSH Agricultural Health & Safety Center (1996) *Southeast Center Studies Ways To Prevent Green Tobacco Sickness*. News. 4 August 1996.

16 Brands A and Prakash R. Bidis and bidi workers. *Observations in India*. Geneva, World Health Organization Report, 2002 (unpublished).

17 Etroymson D, ed. *Tobacco and Poverty, observations from India and Bangladesh*. PATH Canada, October 2002.

18 Oberg M, Maritta J, Woodward A, et al.(2010) *Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries*. The Lancet. Published Online November 26, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8.

