

TABACO Y POBREZA. UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN POBLACIÓN URBANA. TEGUCIGALPA, HONDURAS. 2009

Tobacco and poverty. An epidemiological study in urban population. Tegucigalpa, Honduras. 2009

María Félix Rivera.¹

¹Máster en Salud Pública, Profesora del Departamento de Fisiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Médico Asistencial del Centro Odontopediátrico (CODOPA), Región Metropolitana de Salud de Tegucigalpa de la Secretaría de Salud.

RESUMEN. Introducción: La relación entre el tabaco y diversas enfermedades está documentada, no así, la vinculación entre tabaco y pobreza especialmente en nuestro país donde no existe estudios al respecto. La tendencia es que sean los más pobres los que consuman más tabaco esto hace que sean aún más pobres al perder ingresos, reducir su productividad, enfermar y finalmente morir. Por lo que este estudio tiene como objetivo determinar las condiciones socioeconómica de las familias donde existe un padre varón fumador. **Pacientes y Métodos:** tipo de estudio transversal, analítico. Se evaluaron 2,010 expedientes de los niños que asistieron en el año 2009 a la consulta odontológica en el Centro Odontopediátrico (CODOPA) de la Región Metropolitana de Salud de Tegucigalpa de la Secretaría de Salud. Sólo 672 (33.6%) expedientes contaban con padre varón como jefe de familia y de estos el 14.58% (98) habían reportado ser fumadores. Se investigaron variables socioeconómicas. El procesamiento de los datos se realizó en EPIINFO versión 3.5.1 para Windows. **Resultados:** las familias de padres fumadores vivían en viviendas cuyos materiales eran de mala calidad, tenían para disposición de excretas una letrina, uno de cada seis fumadores tenía menos de siete años de escolaridad y la mayoría tenía trabajo, pero, sólo la mitad poseía un trabajo fijo. Las condiciones socioeconómicas de las familias donde el padre no era fumador eran significativamente mejores. **Conclusiones:** los más pobres están fumando más en detrimento de sus necesidades básicas, se hace necesaria la implementación de medidas para la prevención del tabaquismo en especialmente en personas pobres que permita incidir el círculo vicioso de la pobreza.

Palabras clave: Tabaco, pobreza, población urbana.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es hoy en día uno de los principales problemas mundiales de salud pública. En la actualidad, las estadísticas recientes publicadas revelan que la prevalencia de tabaquismo ha crecido, la edad de inicio descendió y aumentó la proporción en mujeres. Aún cuando se han realizado múltiples esfuerzos para reducir el consumo de tabaco, la prevalencia de éste varía entre los diferentes países o regiones; en algunos de ellos permanece estable respecto al tiempo y en otra muestra variaciones muy amplias.¹⁻³

La exposición al tabaco ha contribuido a elevar la mortalidad por neoplasias, enfermedades cardio-respiratorias y elevando el riesgo atribuible de enfermedades cardiovasculares.⁴⁻⁷ Existe una proyección para el período de 2025 al 2030 que de seguir así, en países en desarrollo, morirán cerca de siete millones de personas por daños a la salud atribuibles al consumo de tabaco que se pudieron evitar.⁸

La relación entre tabaco y la muerte prematura y diversas enfermedades está más que documentado,^{9,10} sin embargo, hasta la fecha se ha prestado escasa atención al vínculo que existe entre tabaco y pobreza. La tendencia es que sean lo más pobres los que consuman más tabaco. Esto a su vez, hace que sean aún más pobres al perder sus ingresos, reducir la productividad, enfermar y

finalmente morir. En suma, el tabaco y la pobreza forman un círculo vicioso del que a menudo resulta difícil salir. La prevalencia de consumo de tabaco en los hombres tiende a ser superior en los países que cuentan con ingresos medios y bajos.¹¹

En países desarrollados, se observa una disminución del consumo de tabaco en población con un mayor ingreso per cápita y alto nivel educativo, por lo contrario en países en desarrollo, donde el ingreso es menor, la prevalencia tiene una tendencia creciente. En México, el consumo entre los jóvenes va en aumento, demostrando una relación inversa entre el consumo de tabaco y el ingreso, a mayor consumo de tabaco, menor ingreso.^{3,12}

Honduras se encuentra dentro de los países más pobres del continente americano de acuerdo al método de la línea de la pobreza. El 60.2% de los hogares se encuentran en condiciones de pobreza, ya que sus ingresos se encuentran por debajo del costo de una canasta básica de consumo que incluye alimentos, otros bienes y servicios básicos,¹³ y se desconocen estudios a nivel nacional sobre tabaquismo en población adulta, por que se visualizó la necesidad de una investigación con el objetivo de determinar las condiciones socioeconómica de las familias donde existe un padre fumador, con el propósito de que sirva de insumo para abogar por el control del tabaco.

PACIENTES Y MÉTODOS

El tipo de estudio es transversal, analítico. El universo lo constituyeron todos los niños que asistieron a la consulta odontológica

Recibido el 25/09/2011, aceptado con modificaciones el 05/10/2011
Dirigir correspondencia a. Dra. María Félix, Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Teléfono (504) 2232 1031, Correo E: mariafelixrivera@yahoo.es

del programa de demanda espontánea en el Centro Odontopediátrico (CODOPA) de Tegucigalpa MDC, perteneciente a la Región Sanitaria Metropolitana de la Secretaría de Salud, en el año 2009. Se evaluaron 2,010 expedientes de estos niños, representativo de la población en estudio y de los cuales sólo 672 (33.6%) expedientes contaban con padre varón como jefe de familia, y de éstos, el 14.58% (98) reportaron ser fumadores. Se investigaron variables socioeconómicas como ser la vivienda (materiales de construcción), disposición de excretas, agua potable, escolaridad y empleo. En el análisis estadístico se calcularon frecuencias, promedios, porcentajes y desviación estándar. Para medir la fuerza de asociación entre las variables cualitativas se utilizó la razón de posibilidad OR (del inglés odds ratio) como medida de la fuerza entre variables con sus respectivos intervalos de confianza de 95% (IC95%) por el correspondiente método exacto, y para las variables cuantitativas el t de student. Se utilizó un nivel de significancia estadística $p < 0.05$. El procesamiento de los datos se realizó en Epi info versión 3.5.1 para Windows.

RESULTADOS

El promedio de edad de los padres varones fumadores fue de 38.5 años y de los no fumadores fue de 38.7, en cuanto al número de hijos, los padres fumadores tenían en promedio 3.2 hijos y los no fumadores 3.3 hijos.

En relación a la escolaridad se encontraron padres no fumadores con un mayor grado de escolaridad que los fumadores, había dos posibilidades más de ser padre fumador al tener menor escolaridad en comparación a un padre no fumador y las diferencias fueron estadísticamente significativas como se puede observar en el Cuadro 1.

En cuanto al número de padres con empleo, no hubo diferencias entre padres fumadores y no fumadores, sin embargo, fue un mayor porcentaje de padres no fumadores que tenían un empleo fijo que los fumadores, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Cuadro 1)

Con respecto al tipo de ocupación, el porcentaje de profesionales en el grupo de padres no fumadores fue mayor que en el

Cuadro 1. Datos Socio Demográficos de los Padres Fumadores y No Fumadores. Tabaco y Pobreza. Estudio en Población Urbana. Año 2009.

Variables socioeconómicas	Padres Fumadores		Padres No Fumadores		OR (IC95%)	Valor p*
	No.	%	No.	%		
Tiene trabajo						
Si	85	86.8	497	86.4	0.97 (0.49 a 1.90)	0.936
No	13	13.2	78	13.6		
Tipo de trabajo						
Fijo	58	68.8	379	76.2	0.67 (0.39 a 1.14)	0.148
No fijo	27	31.2	118	23.8		
Escolaridad						
Menor de 7 años	55	56.3	221	38.7	2.05(0.13 a3.23)	0.001
Mayor o igual a 7 años	43	43.7	354	61.3		

* $p < 0.05$ es significativo

Cuadro 2. Tipo de Ocupación de los padres fumadores. Tabaco y Pobreza. Estudio en Población Urbana. Año 2009.

Ocupación*	Padres Fumadores		Padres No fumadores	
	No.	%	No.	%
Profesional	23	23.8	126	29.6
Técnico	13	12.5	51	11.9
Comerciante	9	8.8	73	17.0
Servicios	25	25.0	94	21.9
Obrero	26	26.3	70	16.5
Agricultor	4	3.8	13	3.1

*Relación de profesionales con el resto de las ocupaciones: OR= 1.40 IC95%: 0.82 a 2.40, $p=0.24$. * $p < 0.05$ es significativo.

de fumadores y fue superior el número de obreros en el grupo de padres fumadores que no fumadores. (Cuadro 2)

Sobre los datos del tipo de vivienda de la población en estudio encontramos que los padres fumadores vivían en casas de materiales de construcción con piso y paredes de baja calidad a diferencia de los no fumadores, la posibilidades de habitar en viviendas con paredes y pisos de mala calidad era dos veces mayor en padres fumadores, y las diferencias fueron estadísticamente significativas, no así, con respecto a los materiales de construcción del techo que no hubo diferencias entre ambos grupos.

Un mayor porcentaje de fumadores con respecto a los no fumadores tenían por disposición de excretas una letrina o al aire libre y la posibilidad de tener una inadecuada disposición de excretas era 3 veces mayor en padres fumadores, las diferencias fueron estadísticamente significativas y en la variable de donde obtenían el agua no hubo diferencias como se puede observar en el cuadro 3.

Cuadro 3. Datos sobre las Viviendas de los Padres fumadores y No Fumadores. Tabaco y Pobreza. Estudio en Población Urbana. Año 2009.

Materiales de construcción	Padres Fumadores		Padres No Fumadores		OR (IC95%)	Valor p*
	No.	%	No.	%		
Paredes						
Bloque, ladrillo	52	63.4	411	78.7	2.14(1.26 a 3.61)	0.003
Madera, adobe	30	36.6	111	21.3		
Piso						
Ladrillo	46	50.0	360	66.2	1.96(1.22 a 3.13)	0.004
Cemento, madera y tierra	46	50.0	184	33.8		
Techo						
Asbesto, loza	26	27.4	163	30.0	1.14(0.68 a 1.90)	0.69
Zinc, teja	69	72.6	381	70.0		
Agua						
Llave	76	82.6	417	72.5	0.74(0.40 a 1.37)	0.38
Compran, pozo, río	16	17.4	118	27.5		
Disposición de excretas						
Alcantarillado	51	55.4	418	77.3	2.73(1.69 a 4.43)	0.00001
Letrina, aire libre	41	44.6	123	22.7		

* $p < 0.05$ es significativo

DISCUSIÓN

En éste estudio se pudo observar una relación entre el consumo de tabaco y condiciones de vida muy pobres. La historia del consumo de tabaco es muy diferente en unas y otras culturas dentro de los países de ingresos bajos, el consumo de productos del tabaco, tanto tradicional como industrial, se ha agrupado en torno a las clases socioeconómicas más bajas, aún en los países desarrollados, en base al nivel de educación y de ingresos.¹⁴ por lo tanto, la mitad de las muertes causadas por el tabaco se producen en el mundo en vías de desarrollo.¹⁵ Así mismo, en nuestro estudio, encontramos que era dos veces más frecuente padres fumadores con menor escolaridad (OR=2.05, IC95%0.13 a 3.23) y viviendo en casas de materiales de construcción de baja calidad y el uso de letrina a diferencia de los padres no fumadores cuyas condiciones de vida eran mejores.

Los resultados de este estudio son comparables a los encontrados en una investigación en Indonesia, donde se documentó una mayor prevalencia de tabaquismo en los grupos de menores ingresos.¹⁶⁻¹⁷ Y un estudio realizado en Azerbaijón, Georgia, Kazajistán, Kirgizistán, Russian Federation, and Tajikistán, se encontró que fumaban más los pobres con un alto gasto en cigarrillos y aseveraban que esto exacerba el efecto de la pobreza y causaba un significativo deterioro en los niveles estándar de los pobres,¹⁸ similar a lo encontrado en este estudio.

Así mismo, un estudio en México, reportó que los que tenían menores ingresos fumaban más y el gasto en tabaco ocupaba una parte importante del presupuesto total en sus hogares. Dada la escasez de recursos en éstos últimos, el gasto en tabaco competía con la obtención de productos básicos como alimentos y educación, por lo que representa una carga para ellos.¹⁹ También las investiga-

ciones en Bangladesh, encontraron la misma asociación que en el presente estudio y además revelaban que los hogares más pobres gastaban casi 10 veces más en tabaco que en educación.²⁰

En Honduras, no contamos con encuestas nacionales de prevalencia de fumadores adultos, pero una encuesta realizada en el año 2002, en estudiantes de educación secundaria representativa del país, encontró que el 10.4% consumían tabaco, el 31.0% tenían historia de consumo y el 12.3% al menos un familiar con el que convivía fumaba²¹ y los departamentos donde había mayor prevalencia de estudiantes fumadores eran los que tenían menor índice de desarrollo humano.²²

La mayoría de las fuentes consultadas confirman que el consumo de tabaco es uno de los motivos de la desigualdad en el ámbito de la salud de las personas con estatus socioeconómico bajo y en consecuencia, los fumadores con mínimos ingresos o escaso nivel de educación tienen mayor riesgo de morir de una de las principales enfermedades crónicas, así como de tuberculosis.²³

Sí el gobierno en sus programas contempla estrategias de la reducción de la pobreza, no puede desestimar el control del tabaco, por lo tanto se hace necesaria la implementación de medidas para la prevención del tabaquismo en toda la población hondureña pero especialmente en personas pobres que permita incidir en el círculo vicioso de la pobreza.

AGRADECIMIENTOS. La autora quiere proporcionar agradecimiento a la ONG: Acción para la Promoción de Espacios libres de Tabaco (APALTA) en especial a su presidenta Lic. Laura Salgado por el financiamiento de este estudio, a Ligia Ramos y Marcia Avilés, por su apoyo en la recolección de la información y la Dra. Gertrudis Ramos por su asesoría.

REFERENCIAS

1. Castro AT, Gálvis CR. Perfil epidemiológico de la población trabajadora de vendedores del sector informal de Villavicencio-Meta. En: Memorias del I Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Bogotá: Universidad Javeriana; 2006.
2. Jacobs R, Gale F, Capehart T, Zhang P, Jha P. The supply-side effects of tobacco control police. In Jha P, Chaloupka FJ, eds. Tobacco control policies in developing countries. Oxford: Oxford Universities Press; 2000,p.311-341.
3. Barenger D. Tabaco y Agrotóxicos. Posadas: Editorial Universitaria de Misiones; 2007.
4. Pacheco L. Nomás venimos a malcomer. Jornaleros indios en el tabaco en Nayarit. Tepic, Nayarit : UNAN; 1999.
5. Pomareda C, Brenes E, Figueroa L. La industria de tabaco en Honduras: Condiciones de competitividad. S.I: CLADS/INCAE; 1997.
6. Otañez MG, Glantz SA. Trafficking in tobacco farm culture: tobacco companies use of video imagery to undermine health policy. *Vís Anthropol Rev.* 2009;25:1-24.
7. Loker WM. The rise and fall of flue-cured tobacco in the Copan Valley and its environmental and social consequences. *Human Ecology.* 2005;33:299-327.
8. Instituto Nacional de Estadísticas (HN). Trigésimo noveno informe de la encuesta permanente de hogares de Propósitos Múltiples (EPHMP). Honduras: INE; 2010.
9. Tesliuc E, Sherburne-Benz L, Holzman R. Gestión du risque social: la banque mondial et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation. *Prévoyance ou providence: la protection sociale. Revue Tiers monde.* 2003;175:501-26.
10. Martínez FL. Enfoque para el análisis sobre equidad-inequidad en salud. En: Restrepo DI, Arévalo DA, eds. Equidad y salud. Debates para la acción: Bogotá. Secretaría de Salud , Universidad Nacional – CID; 2006.
11. Gupta R, Kumar P. Social evil, poverty & health. *Indian J Med Res.* 2007;126:279-88
12. Blanchet T. Child work in the Bidi industry. En: Efrogymson D. ed. Tobacco and Poverty, observations from India and Bangladesh. Canada: PATH; 2002.
13. Schmitt N, Schmitt J, Kouimintzis D, Kirch W. Health risks in tobacco farm worker: a review of the literature. *J Public Health.* 2007;15:255-64.
14. Arcury TA, Quandt SA, Preisser J S, Norton D. The incidence of green tobacco sickness among latino farmworkers. *Occup Environ Med.* 2001;43:601-9.
15. Rubio H, Rubio A, Breves comentarios sobre la historia del tabaco y tabaquismo. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* 2006;19:297-300
16. Cox C. Chlorpyrifos, Part. 2: Human Exposure. *Journal of Pesticide Reform,* Spring 1995;15:14-20.
17. Salvi RM, Lara DR, Ghisolfi ES, Portela LV, Dias RD, Sousa DO. Neuropsychiatric evaluation in subjects chronically exposed to organophosphate pesticides. *Toxicol Sci.* 2003;72:267-71.
18. Organización Mundial de la Salud. Global Strategy on Occupational Health for All. The Way to Health at Work. Recommendations of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centers in Occupational Health, Beijing, China, 11-14 de octubre de 1994. Geneva: WHO; 1995.
19. Pearson TA. Cardiovascular diseases in developing countries: myths, realities, and opportunities. *Cardiovasc drugs Ther.* 1999;13:95-104.
20. Fuentes J, Palma A, Montero R. Discriminación salarial por género en Chile Una mirada Global. *Estudios de Economía.* 2005;32:133-57.
21. Jones L, Efrogymson D. Relación entre el tabaco y la pobreza: Resultados para la investigación de proyectos de abogacía en África, Asia, y América Latina. Ottawa, Canadá: Health Bridge Foundation of Canadá; 2011. pp 71.
22. Manos B, Bourmaris T, Papathanasiou J, Chatziniolaou P. Evaluation of tobacco cultivation alternatives under the EU common agricultural policy (CAP).

- Journal of Policy Modeling. 2009;31:225-38.
23. Geist HJ, Chang K, Etges V, Abdallah JM. Tobacco Growers at the crossroads: Towards a comparison of diversification and ecosystem impacts. Land use Policy. 2009;26:1066-79.
 24. Pan American Health Organization. Tobacco or Health: Status in the Americans. Washington DC : PAHO; 1992. Scientific publication number 536.
 25. Sullivan S, Glantz S. The changing role of agriculture in tobacco control policymaking: a South Carolina case study. Soc Sci Med. 2010; 71:1527-34.
 26. Ochola SA, Kosura W. Case Study on Tobacco Cultivation and possible alternative Crops-Kenya. Nairobi: Institute of Nature Resources and Technology Studies ; 2007. pp 34.
 27. Craig VA. Tobacco grower livelihoods during agricultural restructuring. Journal of Rural and Community Development. 2008;3:23-40.
 28. Maravanyika E. The economics of tobacco in Zimbabwe. Economics of tobacco control project, update No. 9. Cape Town: University of Cape Town; 1997.
 29. Maravanyika E. Do financially viable alternatives to tobacco growing exist in Zimbabwe? Economics of tobacco control project. Actualización No. 12. Ciudad del Cabo: Universidad de ciudad del Cabo. 1998
 30. Otañez MG, Patel P, Gilmore A, Collin J. Statement to the public hearing on agricultural diversification and crop alternatives to tobacco.[En Internet]. Brasilia, Brazil: 2007. [Consultado el 10 de septiembre del 2011]. Disponible en: www.who.int/tobacco/framework/cop/events/universitycalifornia.pdf
 31. Yach D. Tobacco in Africa. World Health Forum. 1996;17:29-36.
 32. Molinari MA, Garrido-Herrero ML, Sónora-Parodi G. Desarrollo de capacidades para el control de Tabaco en América Latina. Salud Pública Mex. 2010;52 supl 2:S298-S303.

SUMMARY. Background: The relationship between tobacco and various diseases has been documented, however, in our country has not. The tendency is that the most poor are consuming more tobacco; this makes them even poorer as they lose revenue, lower productivity, get sick and eventually die that's why this study aims to determine the socioeconomic conditions existing on families where the father being the head of household is a smoker. **Patients and Methods:** Type of study: cross-sectional analytical study. 2010 records were evaluated from children who attended in 2009 the dentist, at the Pediatric Dental Center (CODOPA) of the Metropolitan Health Region of the Health Department. Only 672 (33.6%) cases had fathers as head of household and of these only 98 (14.58%) had reported being a smoker. Socioeconomic variables were investigated. The data processing was performed in EpiInfo version 3.5.1 for Windows. **Results:** Smoking-parent families lived in houses poor quality materials, sewage disposal had a latrine, one out of six smokers had less than seven years of schooling and most of them didn't had a steady job. The socioeconomic conditions of families where the father was not a smoker were significantly better. **Conclusions:** poorest people are smoking more, ergo reducing the importance of their basic needs, it is necessary to implement measures for smoking prevention especially in disabling poor people to cut down the vicious cycle of poverty. **Keywords:** Tobacco, poverty, urban population.

**ANUNCIESE EN LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA
CONTÁCTECNOS PARA PUBLICIDAD EN IMPRESIÓN A COLOR
EN PAPEL SATINADO.**

Descuento para anuncios de congresos de Asociaciones Médicas.