

**INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO, 2008**

**Plan de medidas MPOWER**

**Sin humo y con vida**

**mpower**



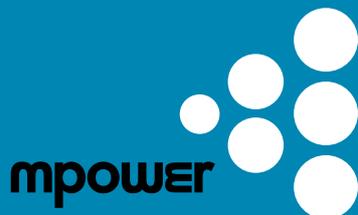
**Organización  
Mundial de la Salud**



**En el siglo XX  
la epidemia de tabaquismo  
mató a 100 millones  
de personas  
a nivel mundial.**



**En el siglo XXI  
podría matar  
a mil millones.**



**Monitor:** vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención

**Protect:** proteger a la población del humo de tabaco

**Offer:** ofrecer ayuda para el abandono del tabaco

**Warn:** advertir de los peligros del tabaco

**Enforce:** hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

**Raise:** aumentar los impuestos al tabaco

**Las seis medidas del plan MPOWER de la OMS permiten hacer frente a la epidemia de tabaquismo y reducir el número de víctimas mortales de ésta.**

# Seis medidas eficaces de control del tabaco permitirán hacer frente a la epidemia.

*El Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008* es el primero de una serie de informes que seguirán de cerca la situación de la epidemia de tabaquismo y los efectos de las intervenciones encaminadas a detenerla.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008 :  
plan de medidas MPOWER.

1.Tabaquismo - prevención y control. 2.Trastorno por uso de tabaco  
- prevención y control. 3.Cese del uso de tabaco. 4.Política de salud.  
I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 359628 0

(Clasificación NLM: WM 290)

© Organización Mundial de la Salud, 2008

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in France



**Organización  
Mundial de la Salud**

INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA  
MUNDIAL DE TABAQUISMO, 2008

---

**Plan de medidas MPOWER**

**Financiado por**

**Bloomberg Philanthropies**

# Índice

## 7 DEBEMOS ACTUAR YA MISMO PARA HACER RETROCEDER LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO Y SALVAR MILLONES DE VIDAS

Carta de la Directora General de la OMS

## 8 RESUMEN

### LA CRISIS MUNDIAL DEL TABAQUISMO

- 14 El tabaco, un agente exterminador a escala mundial
- 16 Una epidemia creciente
- 18 La amenaza económica del tabaco
- 21 La industria tabacalera como vector de enfermedades

### 23 **MPOWER:** SEIS MEDIDAS PARA HACER RETROCEDER LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO

- 24 Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- 25 Proteger a la población del humo de tabaco
- 29 Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco
- 33 Advertir acerca de los peligros del tabaco
- 36 Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- 39 Aumentar los impuestos al tabaco



<b>42</b>	<b>LA SITUACIÓN DEL CONTROL MUNDIAL DEL TABAQUISMO LA APLICACIÓN DE MEDIDAS EFICACES APENAS ESTÁ COMENZANDO</b>
<b>44</b>	Más de la mitad de los países carecen de información mínima procedente de una vigilancia
<b>44</b>	Sólo el 5% de la población mundial está cubierta por leyes completas sobre ambientes sin humo
<b>48</b>	Pocos consumidores de tabaco reciben la ayuda que necesitan para abandonar el hábito
<b>50</b>	En pocos países son completas las advertencias en los paquetes
<b>51</b>	En pocos países se hacen cumplir las prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco
<b>52</b>	Los países pueden salvar vidas si aumentan los impuestos al tabaco
<b>54</b>	La financiación del control mundial del tabaco es insuficiente
<b>58</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>
<b>60</b>	<b>REFERENCIAS</b>
<b>64</b>	<b>NOTA TÉCNICA I</b> Evaluación de medidas vigentes y su observancia
<b>67</b>	<b>NOTA TÉCNICA II</b> Prevalencia de tabaquismo en los Estados Miembros de la OMS
<b>69</b>	<b>APÉNDICE I</b> Perfiles de países
<b>179</b>	<b>APÉNDICE II</b> Control mundial del tabaco. Datos de política
<b>267</b>	<b>APÉNDICE III</b> Estimaciones de prevalencia comparables a escala internacional
<b>289</b>	<b>APÉNDICE IV</b> Datos sobre prevalencia proporcionados por los países
<b>311</b>	<b>APÉNDICE V</b> Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes
<b>323</b>	<b>APÉNDICE VI</b> Situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
<b>328</b>	<b>NOTA DE AGRADECIMIENTO</b>

## ABREVIATURAS

<b>AFRO</b>	<b>Oficina Regional de la OMS para África</b>
<b>AMRO</b>	<b>Oficina Regional de la OMS para las Américas</b>
<b>CDC</b>	<b>Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades</b>
<b>EMRO</b>	<b>Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental</b>
<b>EURO</b>	<b>Oficina Regional de la OMS para Europa</b>
<b>HQ</b>	<b>Sede de la OMS</b>
<b>FMI</b>	<b>Fondo Monetario Internacional</b>
<b>ONG</b>	<b>Organización no gubernamental</b>
<b>SEARO</b>	<b>Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental</b>
<b>STEPS</b>	<b>WHO's STEPwise approach to Surveillance (método progresivo de la OMS para la vigilancia)</b>
<b>EE.UU.</b>	<b>Estados Unidos de América</b>
<b>USD</b>	<b>Dólar de los Estados Unidos de América</b>
<b>OMS</b>	<b>Organización Mundial de la Salud</b>
<b>WPRO</b>	<b>Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental</b>



# VÍCTIMAS MORTALES DE LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO

---

100 millones de defunciones en el siglo XX

En la actualidad 5,4 millones de defunciones por año

A menos que se adopten medidas urgentes:

para 2030 habrá más de ocho millones de defunciones por año

para 2030 más del 80% de las defunciones por tabaco se registrarán en países en desarrollo

para el siglo XXI se prevén 1000 millones de defunciones

---

**Hacer retroceder esta epidemia totalmente prevenible debe ser hoy una prioridad máxima para la salud pública y los dirigentes políticos de todos los países del mundo.**

Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS

# DEBEMOS ACTUAR YA MISMO PARA HACER RETROCEDER LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO Y SALVAR MILLONES DE VIDAS

En nuestras manos está el remedio contra la epidemia mundial de tabaquismo que amenaza las vidas de 1000 millones de personas (hombres, mujeres y niños) en este siglo. En efecto, el consumo de tabaco puede matar de tantas maneras que constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. El remedio para esta epidemia devastadora no consiste en medicamentos ni vacunas, sino en la acción concertada de los gobiernos y la sociedad civil.

Estamos en un punto de convergencia extraordinario en la historia de la salud pública ya que las fuerzas de la voluntad política, las medidas normativas y la financiación se encuentran alienadas para generar el impulso necesario a fin de reducir espectacularmente el consumo de tabaco y salvar millones de vidas para mediados de este siglo. El retroceso de esta epidemia totalmente prevenible debe ser una prioridad máxima para la salud pública y los dirigentes políticos de todos los países del mundo.

El consenso mundial en el sentido de que debemos combatir la epidemia de tabaquismo ha quedado establecido ya por más de 150 Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008* aporta ahora a los países una hoja de ruta basada en el Convenio Marco de la OMS y destinada a convertir ese consenso mundial en una realidad mundial gracias a MPOWER, un plan de seis medidas eficaces de control del tabaco.

Pero no es necesario que los países actúen en solitario. La OMS, con ayuda de sus asociados mundiales, está aumentando su capacidad y está decidida a respaldar a los Estados Miembros para que apliquen y hagan cumplir las medidas MPOWER. Además, el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008* hace posible que la OMS presente un conjunto extraordinario y comparable de datos procedentes de países de diversas partes del mundo; este informe arroja un haz de luz intensa sobre el consumo de tabaco, sus efectos en la

población y la economía, así como los progresos realizados en los países para hacer retroceder la epidemia.

La acción inmediata es decisiva. La epidemia de tabaquismo mata ya a 5,4 millones de personas por año debido a cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades. Si no se actúa, ese número aumentará a más de 8 millones por año para 2030. Trágicamente, como más del 80% de esas defunciones se registran en el mundo en desarrollo, la epidemia azotará más a los países cuyas economías en rápido crecimiento ofrecen a sus ciudadanos la esperanza de una vida mejor. Para las empresas tabacaleras representan extensos mercados nuevos. Como consecuencia, no sólo aumentarán enormemente la morbilidad y la mortalidad, sino que la fuerza de trabajo pasará a ser menos productiva y habrá una escalada evitable de costos sanitarios.

No podemos permitir que eso suceda. Exhorto a los gobiernos del mundo a actuar ya mismo a fin de aplicar las medidas descritas en el plan MPOWER.

## **Dra. Margaret Chan**

Directora General  
Organización Mundial de la Salud



# Resumen

El tabaco es la causa singular de mortalidad más prevenible en el mundo de hoy. Este año el tabaco matará a más de cinco millones de personas, más que la tuberculosis, el VIH/SIDA y el paludismo combinados. Para 2030, sus víctimas mortales serán más de ocho millones por año. A menos que se adopten medidas urgentes, este siglo el tabaco podría matar a **1000 millones de personas**.

El tabaco es el único producto de consumo legal que puede dañar a todos los que se exponen a él, y causa la muerte de hasta la mitad de quienes lo consumen de la manera prevista. No obstante ello, ese consumo es frecuente en todo el mundo debido a los precios bajos, la comercialización agresiva y extendida, la falta de conocimiento de sus peligros y la incoherencia de las políticas públicas contra ese consumo.

La mayor parte de los daños que causa el tabaco en la salud no se ponen de manifiesto hasta varios años o decenios después del inicio del consumo. Así pues, aunque el consumo de tabaco está aumentando a

nivel mundial, la epidemia de enfermedades relacionadas con él y la mortalidad conexa acaban de comenzar.

Pero podemos cambiar el futuro. La epidemia de tabaquismo es devastadora pero prevenible. La lucha contra ella debe ser intensa e inmediata, pues no es menos urgente que la lucha contra las enfermedades infecciosas que amenazan la vida. Podemos detener la epidemia de tabaquismo y encaminarnos hacia un mundo libre de tabaco, **pero debemos actuar ya mismo**.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, un tratado multilateral entre más de 150 Partes, fue el primer paso de la lucha mundial contra la epidemia de tabaquismo (véase en el apéndice VI la situación del Convenio Marco de la OMS). Este tratado presenta un modelo para que los países reduzcan tanto la oferta como la demanda de tabaco. El Convenio Marco de la OMS establece que el derecho internacional tiene una función vital que desempeñar en la

prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

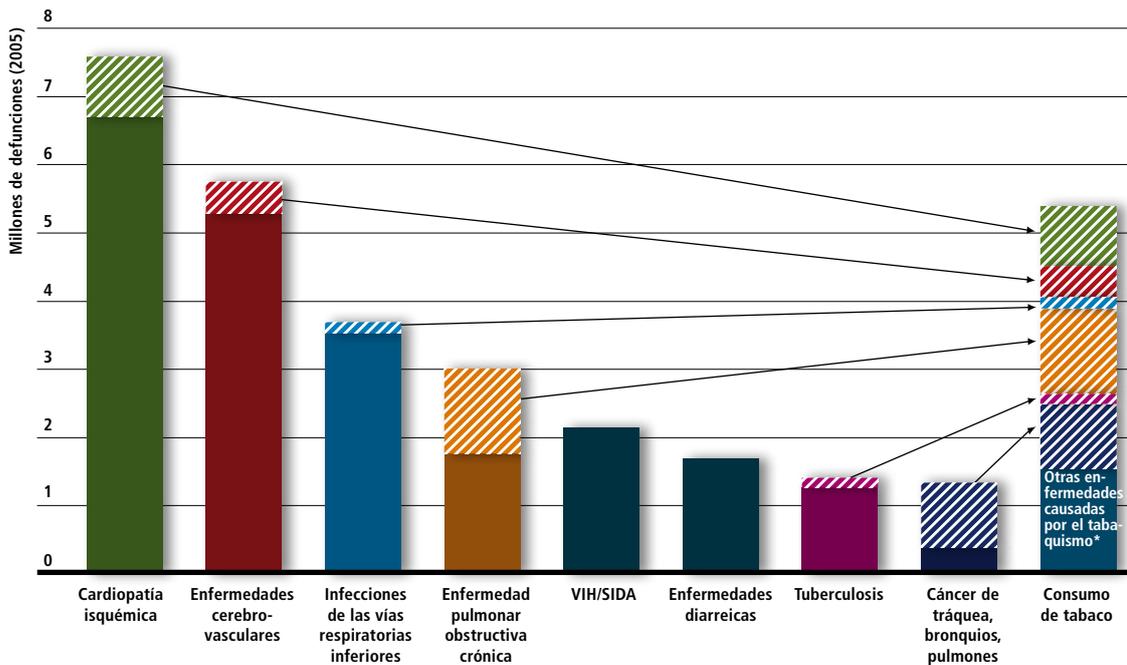
Las Partes en el Convenio Marco de la OMS se han comprometido a proteger la salud de su población asociándose a la lucha contra la epidemia de tabaquismo. Para ayudar a los países a cumplir la promesa de este Convenio Marco, la OMS ha establecido MPOWER, un plan integrado por las seis medidas más importantes y eficaces de control del tabaco, a saber: aumentar los impuestos y precios; prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la gente del humo de segunda mano, advertir a todos acerca de los peligros del tabaco; ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, y vigilar atentamente la epidemia y las medidas de prevención. Estas medidas han demostrado su eficacia para reducir el consumo de tabaco.

En apoyo de MPOWER, la OMS y sus asociados mundiales están facilitando nuevos recursos para ayudar a los países a poner freno a la morbilidad, la mortalidad y los perjuicios económicos ocasionados



**¡Actuemos ya con MPOWER!**

## EL CONSUMO DE TABACO ES UN FACTOR DE RIESGO DE SEIS DE LAS OCHO CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD EN EL MUNDO



Las áreas sombreadas indican la proporción de defunciones relacionadas con el tabaquismo y están coloreadas de acuerdo con la columna correspondiente a la causa de mortalidad.

\* Abarca cáncer bucal y bucofaríngeo, cáncer esofágico, cáncer de estómago, cáncer de hígado, otros tipos de cáncer, así como enfermedades cardiovasculares diferentes de la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares.

Fuente: Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11): e442. Se obtuvo información adicional de comunicaciones personales con C.D. Mathers.

Fuente de las cifras revisadas sobre VIH/SIDA: *Situación de la epidemia de SIDA*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007.

**El consumo de (...) tabaco  
(...) constituye[n] la principal  
causa mundial de defunción  
prevenible ...**

Organización Mundial de la Salud:  
*Informe sobre la salud en el mundo 2003*

por el consumo de tabaco. Cuando este plan se aplique y se haga cumplir, las seis medidas permitirán impedir que los jóvenes comiencen a fumar, ayudar a los fumadores a que abandonen el hábito, proteger a los no fumadores de la exposición al humo ajeno, y liberar así a los países y sus poblaciones de los daños causados por el tabaquismo.

**Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención.** Se debe reforzar la evaluación del consumo tabáquico y de las repercusiones de éste. En la actualidad, la mitad de los países en su conjunto, pero dos de cada tres en el mundo en desarrollo, carecen de información aunque fuera mínima sobre el consumo de tabaco por jóvenes y adultos. Además, son insuficientes los datos sobre otros aspectos de la epidemia, por ejemplo morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco. Una buena vigilancia permitirá obtener información sobre la magnitud de la epidemia en un país, así como sobre la manera de adaptar las políticas a las necesidades específicas del país. La vigilancia tanto a nivel mundial como de país es decisiva para entender y hacer retroceder la epidemia de tabaquismo.

**Proteger a la población del humo de tabaco.** Todos tienen el derecho fundamental de respirar aire puro. Los

entornos sin humo son esenciales para proteger a los no fumadores, así como para alentar a los fumadores a abandonar el tabaco. Todo país, independientemente de sus ingresos, puede aplicar eficazmente leyes en favor de los entornos sin humo. Sin embargo, sólo el 5% de la población mundial está protegida del humo mediante una legislación integral a ese respecto. En la mayor parte de los países la legislación sobre el humo abarca sólo algunos espacios interiores, tiene poca fuerza o no se hace cumplir bien. Una vez en vigor y con la observancia debida, la legislación contra el humo es muy popular, incluso entre los fumadores, y no perjudica la actividad comercial. Sólo una prohibición absoluta de fumar en los lugares públicos y entornos laborales permite proteger a la población del humo de segunda mano y ayuda a los fumadores a abandonar el tabaco.

**Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.** La mayor parte de los fumadores del mundo (más de 1000 millones de personas, de las cuales aproximadamente la cuarta parte son adultos) son adictos. Muchos quieren dejar el tabaco, pero pocos reciben la ayuda que necesitan. En sólo nueve países, donde vive el 5% de la población mundial, hay plenamente disponibles servicios para tratar la dependencia del tabaco. Los países

deben establecer programas que ofrezcan intervenciones eficaces de bajo costo a quienes deseen liberarse de su adicción al tabaco.

### **Advertir de los peligros del tabaco.**

Aunque hay pruebas concluyentes al respecto, relativamente pocos consumidores de tabaco conocen el grado de riesgo que éste acarrea para la propia salud. Las advertencias amplias sobre los peligros del tabaco pueden modificar la imagen de éste, en especial entre los adolescentes y jóvenes. Las advertencias gráficas en los envases de tabaco son disuasivas, pero en sólo 15 países, donde vive el 6% de la población mundial, son obligatorias las advertencias ilustradas con imágenes (que abarcan al menos el 30% de la superficie principal) y en sólo 5 países, donde vive poco más del 4% de la población mundial, se satisfacen las exigencias más altas en materia de advertencias en los envases. Más del 40% de la población mundial vive en países donde no se proscribe la utilización de expresiones engañosas tales como «livianos» y «con bajo contenido de alquitrán», aunque haya pruebas científicas concluyentes, conocidas por la industria tabacalera desde hace varios decenios, de que esos productos no reducen los riesgos para la salud. En este primer informe no se han evaluado campañas de educación pública de fuerte impacto, muy bien elaboradas y sostenidas, que resultan

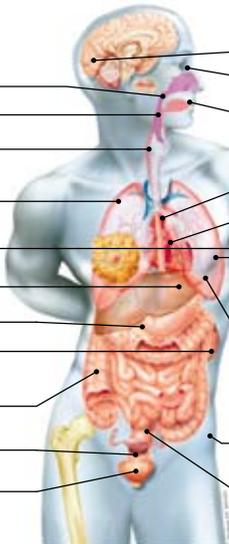


**Advirtamos al público de los peligros que acarrea el consumo de tabaco**

## ENFERMEDADES DEL FUMADOR

### CÁNCER

de laringe  
bucofaríngeo  
esofágico  
de tráquea, bronquios o pulmones  
Leucemia mieloide aguda  
de estómago  
de páncreas  
de riñones y uréter  
de colon  
de cuello del útero  
de vejiga



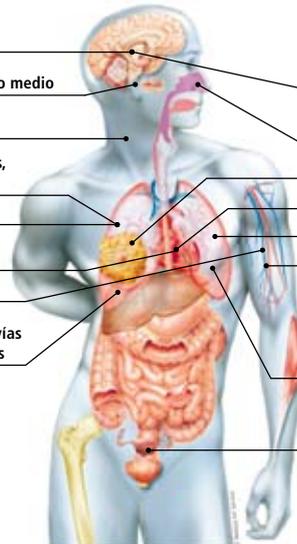
### ENFERMEDADES CRÓNICAS

Apoplejía  
Ceguera, cataratas  
Periodontitis  
Aneurisma aórtico  
Cardiopatía coronaria  
Neumonía  
Enfermedad vascular periférica aterosclerótica  
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma y otros efectos respiratorios  
Fracturas de cadera  
Efectos en el aparato reproductor de la mujer (inclusive reducción de la fecundidad)

## ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL HUMO DE SEGUNDA MANO

### NIÑOS

Tumores de cerebro\*  
Enfermedades del oído medio  
Linfoma\*  
Síntomas respiratorios, deficiencia pulmonar  
Asma\*  
Síndrome de muerte súbita del lactante  
Leucemia\*  
Enfermedades de las vías respiratorias inferiores



### ADULTOS

Ataque apopléjico\*  
Irritación nasal  
Cáncer de senos nasales\*  
Cáncer de mama\*  
Cardiopatía coronaria  
Cáncer de pulmón  
Aterosclerosis\*  
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,\* síntomas respiratorios crónicos,\* asma,\* deficiencia pulmonar\*  
Efectos en el aparato reproductor de la mujer: hijos con insuficiencia ponderal al nacer; parto prematuro\*

\* Existen indicios de causalidad  
Existen pruebas de causalidad

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 ([http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/chapters.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm), consultado el 5 de diciembre de 2007).

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, consultado el 5 de diciembre de 2007).

**El tabaco ya es la principal causa de mortalidad. Tenemos medios de demostrada eficacia para reducir el consumo de tabaco, pero los responsables de la política todavía no están llevando a la práctica las intervenciones correspondientes.**

Michael R. Bloomberg, Alcalde de la ciudad de Nueva York

muy eficaces. Países como Australia muestran lo que es posible hacer gracias a las campañas eficaces de educación del público.

### **Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.**

La industria tabacalera gasta cada año en el mundo entero decenas de miles de millones de dólares en publicidad, promoción y patrocinio. Las prohibiciones parciales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco no resultan eficaces porque la industria simplemente reorienta sus recursos hacia otros canales de comercialización no reglamentados. Sólo una prohibición total permite reducir el consumo de tabaco y proteger a la población, en particular a los jóvenes, de las tácticas mercadotécnicas de la industria. Sólo el 5% de la población mundial vive actualmente en países donde rigen prohibiciones totales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Aproximadamente la mitad de los niños del mundo vive en países donde no está prohibida la distribución gratuita de productos de tabaco.

### **Aumentar los impuestos al tabaco.**

Aumentar los impuestos, y por consiguiente los precios, es la manera más eficaz de reducir

el consumo de tabaco, y especialmente de desalentar a los jóvenes de consumirlo. En sólo cuatro países, que representan el 2% de la población mundial, los impuestos son superiores al 75% del precio al por menor. Y aunque en más de cuatro de cada cinco países de ingresos altos los impuestos al tabaco oscilan entre un 51% y un 75% del precio minorista, en menos de la cuarta parte de los países de ingresos bajos y medianos se aplican al tabaco impuestos de esa magnitud. Un aumento de un 70% del precio del tabaco permitiría prevenir hasta la cuarta parte de las defunciones mundiales relacionadas con el tabaco. Un aumento de un 10% de los precios permitiría hacer bajar un 4% el consumo de tabaco en los países de ingresos altos y un 8% en los de ingresos bajos y medianos, mientras que los ingresos procedentes de los impuestos al tabaco aumentarían pese a la reducción del consumo. Mediante un aumento de los impuestos los países dispondrían de fondos para aplicar y hacer cumplir las medidas de control del tabaco y financiar otros programas de salud pública y de carácter social.

En los países que tenían información disponible, los ingresos procedentes del tabaco eran 500 veces superiores a los gastos en actividades de control del tabaco.

Los gastos nacionales totales en actividades de control del tabaco eran de sólo US\$ 14 millones por año, para los 3800 millones de personas que viven en países de ingresos bajos y medianos sobre los cuales se disponía de información. En cambio, los ingresos procedentes de los impuestos al tabaco en esos mismos países eran de US\$ 66 500 millones. En otras palabras, por cada US\$ 5 000 de ingresos procedentes de los impuestos al tabaco, esos países gastaban aproximadamente US\$ 1 en actividades de control del tabaco. Los gastos per cápita en actividades de control del tabaco en los países de ingresos bajos con información disponible eran inferiores a la décima parte de un centavo, y en los países de ingresos medianos con información disponible eran de aproximadamente medio centavo.

Aunque los peligros del consumo de tabaco no tienen fronteras socioeconómicas, la epidemia de tabaquismo causará los peores daños en las familias y países de ingresos bajos. La mayor parte de la población mundial vive en países de ingresos bajos y medianos donde el consumo de tabaco está en aumento, pero donde se dispone de menos recursos para responder a los problemas sanitarios, sociales y económicos



**Establezcamos políticas favorables a la salud en nuestras comunidades**

ocasionados por dicho consumo. La industria tabacalera está concentrando cada vez más su comercialización y promoción en grupos vulnerables de esos países.

El Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008 documenta la magnitud de la epidemia, muestra con detalle la manera en que MPOWER la hará retroceder y evalúa la situación actual de las actividades de control del tabaco a escala mundial. Por primera vez, se presenta información rigurosa sobre la situación de las medidas eficaces de control del tabaco en casi todos los países. En los apéndices se presenta un panorama pormenorizado de la situación actual del control del tabaco en diferentes países y se indican las deficiencias de información, datos y políticas que se deben subsanar.

El plan de medidas MPOWER ofrece instrumentos para la acción. Ahora se requiere la determinación de los dirigentes políticos, los gobiernos y la sociedad civil de cada país para adoptar y aplicar estas seis medidas de demostrada eficacia encaminadas a reducir el consumo de tabaco y la consiguiente carga de morbilidad y mortalidad. Los ciudadanos respaldan firmemente las medidas de control del

tabaco, incluso en los países donde dicho consumo es elevado. En China, por ejemplo, que es el mayor productor y consumidor de tabaco del mundo, una encuesta reciente llevó a la conclusión de que la mayor parte de los residentes urbanos estaban a favor de que se establecieran lugares públicos sin humo, se prohibieran la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco y aumentaran los impuestos al tabaco.

El control del tabaco no es costoso. Los impuestos al tabaco permiten aumentar los ingresos de los gobiernos. Aplicar las leyes sobre lugares sin humo y prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio no requiere grandes gastos. Los servicios de ayuda al abandono del tabaco se pueden integrar en el sistema general de atención sanitaria. Las campañas de educación del público requieren un presupuesto aparte, pero los gobiernos ya recaudan de los impuestos al tabaco más de 500 veces más de lo que gastan en el control del tabaco; queda mucho margen para extender y fortalecer las actividades, aunque se requieran recursos adicionales. Los programas nacionales de control del tabaco con una buena dotación de personal, con expertos en asuntos jurídicos, ejecución

de la ley, comercialización, impuestos, economía, promoción de la causa, gestión de programas y otras esferas clave son asequibles y necesarios, pero suelen faltar, en particular en los gobiernos de ingresos bajos y medianos.

Pero el control mundial del tabaco está cobrando impulso. El Convenio Marco de la OMS se ha hecho extensivo a más de 150 Partes, y los donantes están aportando fondos nuevos en apoyo de los países. Ahora la OMS presenta MPOWER para favorecer el control del tabaco en todos los Estados Miembros y hacer posible que los gobiernos nacionales y subnacionales intensifiquen el control efectivo del tabaco y respondan al desafío de hacer frente a una de las mayores amenazas para la salud pública que haya tenido el mundo.

Para hacer frente a la epidemia de tabaquismo los países deben tener la voluntad política de adoptar y hacer cumplir MPOWER. Aunque los datos probatorios indican de manera convincente que las medidas de control del tabaco son eficaces y el público las apoya, solamente uno de cada cinco países ha aplicado plenamente **alguna** de las cinco medidas clave - ambientes sin humo, tratamiento de la dependencia del tabaco, advertencias sanitarias en los envases, prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio, e impuestos al tabaco - de una manera que proteja plenamente a la población, y ningún país ha aplicado las seis en grado óptimo. Si los países aplican y hacen cumplir MPOWER, podrán prevenir la discapacidad y la muerte de millones de personas.



**El tabaco constituye uno de los mayores desastres sanitarios emergentes de la historia de la humanidad.**

Dra. Gro Harlem Brundtland, antigua Directora General, Organización Mundial de la Salud (1998)

# La crisis mundial del tabaquismo

## • El tabaco, un agente exterminador a escala mundial

Aunque la mortalidad por tabaquismo rara vez aparece en los titulares de la prensa, el tabaco mata a una persona cada seis segundos.<sup>1</sup> El tabaco causa la muerte de la tercera parte o la mitad de quienes lo consumen,<sup>2</sup> como promedio 15 años antes de lo naturalmente previsible.<sup>3,4</sup> Hoy día el consumo de tabaco causa una de cada 10 defunciones de adultos en el mundo, es decir más de cinco millones de defunciones por año.<sup>1</sup> Para 2030, a menos que se adopten medidas urgentes, las víctimas mortales anuales del tabaco aumentarán a más de ocho millones.<sup>1,5</sup>

Se prevé que, si las tendencias actuales siguen su curso sin control, unos 500 millones de personas actualmente en vida morirán por causa del tabaco.<sup>6</sup> En el siglo XXI el tabaco podría matar hasta 1000 millones de personas.<sup>7</sup> La mayor parte de los consumidores de tabaco querrán dejarlo, pero serán incapaces

de hacerlo debido a su dependencia de una sustancia muy adictiva.

Los cigarrillos y otros productos de tabaco para fumar liberan con rapidez nicotina, una droga adictiva que después de la inhalación llega al cerebro de manera casi inmediata, prácticamente como si se la hubiera administrado en una inyección endovenosa con jeringa.<sup>8</sup> La industria misma del tabaco se ha referido a los cigarrillos como «dispositivos de liberación de nicotina».<sup>9</sup> Pero como los efectos del tabaco fumado duran sólo unos minutos, los fumadores experimentan síntomas de abstinencia a menos que sigan fumando.<sup>10</sup>

Aunque el tipo de tabaco para fumar más común sea el de los cigarrillos estándar, otros productos de tabaco para fumar, tales como bidis, kreteks y shisha, están adquiriendo popularidad, a menudo con la creencia

equivocada de que son menos peligrosos para la salud. Sin embargo, el tabaco es mortal en todas sus formas.<sup>11</sup> El tabaco fumado, en cualquiera de sus formas, causa hasta el 90% de todos los cánceres de pulmón y es un factor de riesgo considerable de accidente cerebrovascular e infarto mortal del miocardio.<sup>12</sup>

Los bidis, pequeños cigarrillos liados a mano que se fuman generalmente en la India y otros países de Asia sudoriental, producen tres veces más monóxido de carbono y nicotina y cinco veces más alquitrán que los cigarrillo comunes.<sup>13</sup> Los fumadores de bidis corren tres veces más riesgo de contraer cáncer bucal que los no fumadores y también corren más riesgo de contraer cáncer de pulmón, estómago y esófago. Los kreteks, cigarrillos de clavo de olor y tabaco muy corrientes en Indonesia, exponen a los fumadores a un mayor riesgo de lesión



**Dé a conocer sus convicciones a la gente**

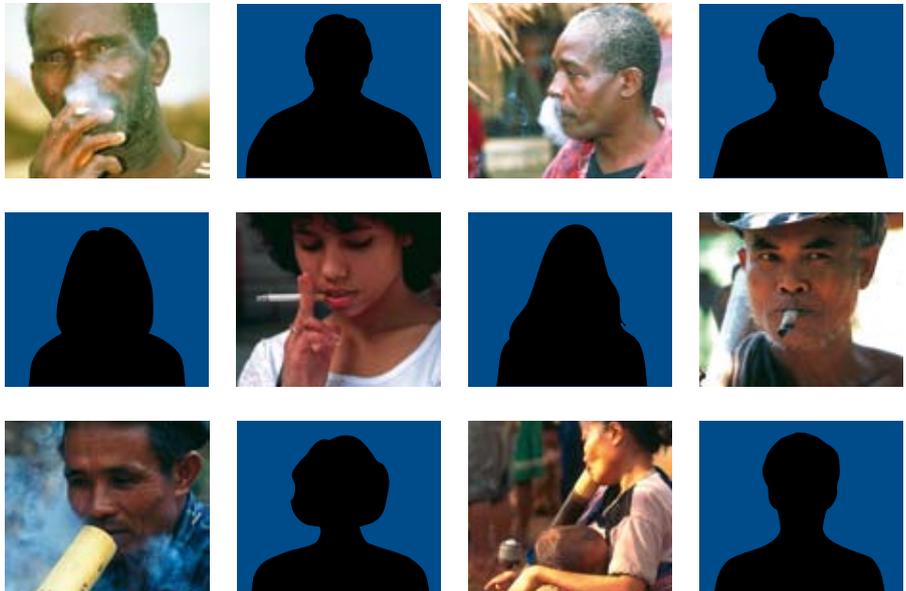
aguda de pulmón. El shisha, tabaco curado con aromatizantes y fumado con narguiles principalmente en la Región del Mediterráneo Oriental, está asociado a enfermedades pulmonares y cardiovasculares y cáncer.<sup>11</sup>

Los fumadores no son los únicos que enferman y mueren por causa del tabaco. El humo de segunda mano también tiene consecuencias sanitarias graves, y a menudo mortales. En los Estados Unidos de América el humo de segunda mano causa anualmente unas 3 400 defunciones por cáncer de pulmón y 46 000 defunciones por cardiopatías. En ese mismo país, cada año, el humo de segunda mano es responsable de unos 430 casos de muerte súbita del lactante, 24 500 casos de insuficiencia ponderal al nacer, 71 900 partos prematuros y 200 000 episodios de asma infantil.<sup>14</sup>

El tabaco sin humo también es muy adictivo y causa cáncer de cabeza y cuello, esófago y páncreas, así como muchas enfermedades bucales.<sup>11,15</sup> Hay datos probatorios de que algunas formas de tabaco sin humo quizás aumenten también el riesgo de cardiopatías e insuficiencia ponderal al nacer.<sup>16</sup>

## EL TABACO MATA HASTA A UNO DE CADA DOS DE SUS CONSUMIDORES

Hay más de 1000 millones de fumadores actualmente en vida, de los cuales alrededor de 500 millones morirán por causa del tabaco



**...el tabaco es el único producto que se vende legalmente a los consumidores y mata a quienes lo utilizan de la manera prevista.**

The Oxford Medical Companion (1994)

# Una epidemia creciente

A menos que se adopten medidas urgentes, el número de fumadores seguirá aumentando a escala mundial.<sup>17</sup> A diferencia de otras sustancias peligrosas cuyos efectos en la salud pueden ser inmediatos, el tabaco causa enfermedades que suelen comenzar varios años o decenios después del inicio del consumo. Como los países en desarrollo se encuentran aún en las fases tempranas de la epidemia, todavía no han experimentado del todo el impacto de la morbilidad y la mortalidad asociadas al tabaco, que ya son evidentes en países más ricos donde el consumo de tabaco ha sido frecuente durante gran parte del siglo pasado.

El consumo de tabaco está creciendo más rápidamente en los países de ingresos bajos debido a su crecimiento demográfico continuo y a la mercadotecnia dirigida a ellos por la industria tabacalera, como consecuencia de lo cual millones de personas pasarán a ser cada año fatalmente adictas. Para 2030 más del 80% de la mortalidad asociada al tabaco se registrará en países de ingresos bajos y medianos.<sup>1</sup>

Unos 100 millones de hombres chinos que actualmente tienen menos de 30 años morirán por causa del tabaco.<sup>18</sup> En la India, el tabaquismo es la causa de aproximadamente la cuarta parte de las defunciones de hombres de mediana edad.<sup>19</sup> A medida que el número de fumadores de este grupo aumente con el crecimiento demográfico, también aumentará el número de defunciones. El viraje de la epidemia de tabaquismo hacia el mundo en desarrollo dará lugar a niveles sin precedentes de morbilidad y mortalidad prematuras en países donde el crecimiento demográfico y las posibilidades de aumento del consumo de tabaco son mayores y donde los servicios de atención sanitaria están menos disponibles.

El aumento del consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes de países muy populosos es una de las posibilidades más inquietantes de la evolución de la epidemia. En muchos países

las mujeres tradicionalmente no consumían tabaco; hoy hay una mujer fumadora por cada cuatro hombres fumadores. Como en la actualidad la mayor parte de las mujeres no consumen tabaco, la industria tabacalera dirige agresivamente su comercialización hacia ellas para explotar este nuevo mercado potencial. La publicidad, la promoción y el patrocinio, inclusive ciertas donaciones en beneficio de causas femeninas, debilitan la oposición cultural al consumo de tabaco por las mujeres. El diseño y la comercialización de productos, incluso la publicidad con fotografías de modelos atractivas y la comercialización de marcas dirigidas a las mujeres, tienen explícitamente por objeto alentar a las mujeres a fumar.

En la mayor parte de Europa, donde el consumo moderno de tabaco comenzó hace un siglo, la proporción de fumadoras se aproxima desde hace decenios a la de fumadores de sexo masculino. Hoy día el consumo de tabaco está disminuyendo entre los hombres europeos y aumentando entre las mujeres, en particular en Europa oriental, central y meridional.<sup>20</sup> Entre los adolescentes de la mayor parte de los países de

la Unión Europea, la probabilidad de que fumen las muchachas es igual o mayor que la de los muchachos.<sup>21</sup>

En el mundo en desarrollo el consumo de tabaco por mujeres adultas sigue siendo relativamente bajo, pero podría aumentar rápidamente entre las adolescentes. En Asia sudoriental hay 10 veces más varones adultos fumadores que mujeres adultas fumadoras.<sup>17</sup> Entre los fumadores adolescentes de 13 a 15 años de edad, sin embargo, hay 2,5 veces más varones que mujeres.<sup>21</sup>

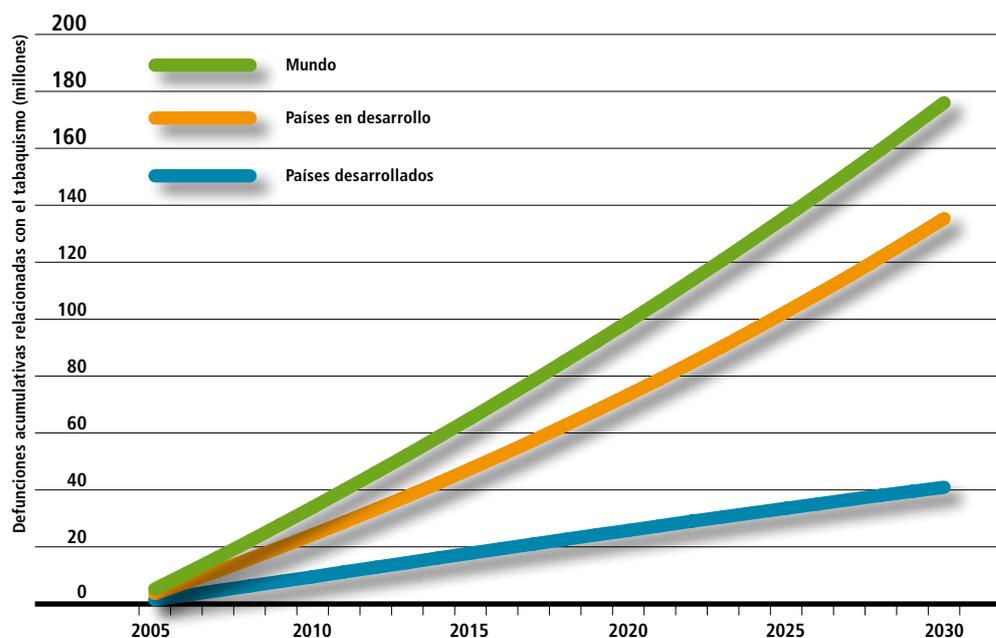
En las regiones más afectadas del mundo también se hace frente al desafío que conlleva tener una variedad mucho más amplia de productos de tabaco para fumar, como bidis, kreteks y shisha. Al igual que los cigarrillos, estos productos son mortíferos. Pero al ser diferentes, no suelen llevar las mismas advertencias ni ser objeto de los mismos impuestos y otras restricciones aplicables a los cigarrillos. No es sorprendente que muchas personas creen erróneamente que son menos peligrosos que los cigarrillos.



**Promovamos un mundo libre de tabaco**

## EL TABACO MATARÁ A MÁS DE 175 MILLONES DE PERSONAS EN EL MUNDO DE AQUÍ AL AÑO 2030

Mortalidad acumulativa relacionada con el tabaquismo, 2005-2030



Fuente: Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11): e442.

**Cuando reflexiono acerca de una enfermedad, no busco la forma de curarla sino de prevenirla.**

Luis Pasteur (1822-1895)

## La amenaza económica del tabaco

Aunque la industria tabacalera diga que genera empleo e ingresos favorables a las economías locales y nacionales, la mayor contribución de la industria, sea cual fuera el país, consiste en sufrimiento, enfermedades, defunciones y pérdidas económicas. El consumo de tabaco cuesta actualmente al mundo cientos de miles de millones de dólares por año.<sup>22</sup>

Las defunciones relacionadas con el tabaco dan lugar a pérdida de oportunidades económicas. En los Estados Unidos esas pérdidas se estiman en US\$ 92 000 millones por año.<sup>22,23</sup> La pérdida de oportunidades económicas en los países en desarrollo muy populosos, muchos de los cuales son centros industriales de la economía mundial, se agravarán a medida que empeore la epidemia de tabaquismo porque la mitad de las defunciones relacionadas con el tabaco ocurren en los años más productivos de la vida.<sup>22</sup> El costo económico de la mortalidad

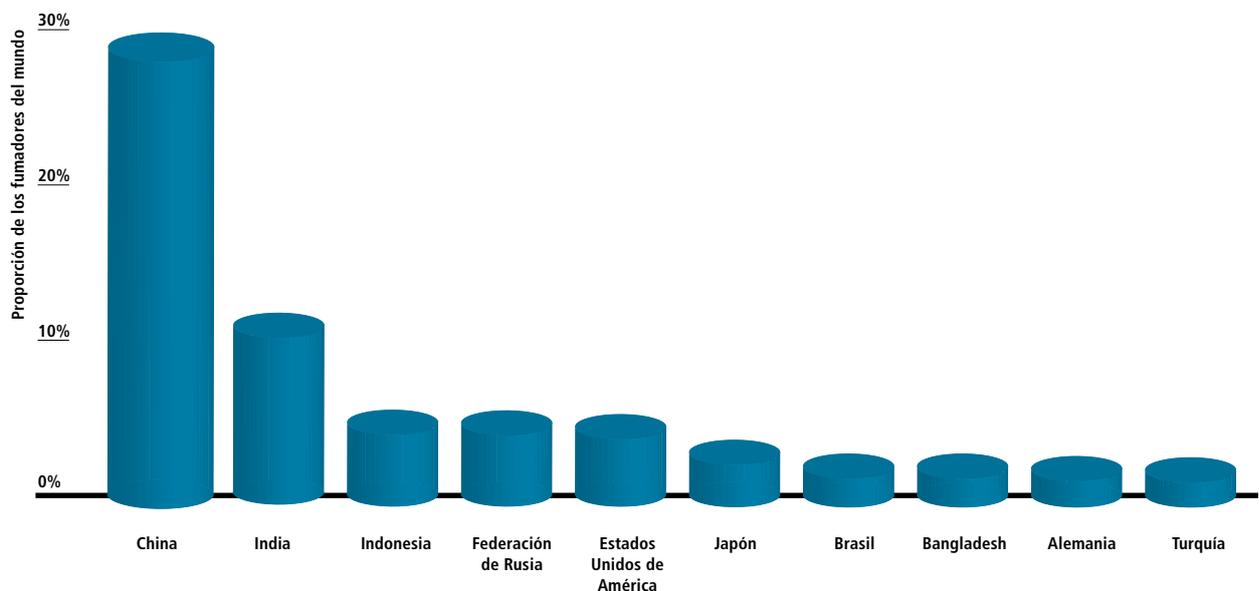
asociada al tabaco constituye una carga muy pesada en el mundo en desarrollo, donde para 2030 se registrarán cuatro de cada cinco defunciones asociadas al tabaco.<sup>1</sup> Los datos sobre el impacto del tabaco en los costos mundiales de la atención sanitaria están incompletos, pero se sabe que son elevados. Los costos anuales en atención sanitaria asociada al tabaco en los Estados Unidos ascienden a US\$ 81 000 millones, en Alemania a casi US\$ 7 000 millones y en Australia a US\$ 1 000 millones.<sup>22</sup>

El efecto económico neto del tabaco es una agravación de la pobreza. El objetivo de la industria, es decir que un mayor número de clientes pasen a ser adictos, perjudica desproporcionadamente a los pobres. En la mayor parte de los países el consumo de tabaco es mayor entre los pobres que entre los ricos, y la diferencia entre unos y otros a ese respecto es mayor en las regiones donde los ingresos promedio son más bajos.<sup>24</sup>



**Ayudemos a forjar un futuro más sano**

## EN 10 PAÍSES SE CONCENTRAN CASI LAS DOS TERCERAS PARTES DE LOS FUMADORES DEL MUNDO



Fuente: El número de fumadores por país se calculó utilizando estimaciones ajustadas de prevalencia (véanse la nota técnica II y el apéndice III). Una limitación de este método es que las estimaciones ajustadas utilizadas para calcular el número de fumadores se derivan a veces de datos limitados de los países, y en algunos casos se requieren grandes ajustes. En tales casos las estimaciones ajustadas pueden diferir de los datos de las encuestas notificados por los países. Los datos sobre prevalencia en el Brasil se obtuvieron de VIGITEL 2006.

**El hecho de no utilizar los conocimientos disponibles en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas es una temeridad que pone en peligro innecesariamente las generaciones futuras.**

Informe de la OMS, 2005 *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*

Entre los pobres, se gasta dinero en tabaco a expensas de la satisfacción de necesidades básicas tales como alimentos, abrigo, educación y atención sanitaria. Las familias más pobres de Bangladesh gastan casi 10 veces más en tabaco que en educación.<sup>25</sup> En Indonesia, donde el tabaquismo es muy frecuente entre los pobres, los grupos de ingresos más bajos destinan al tabaco el 15% de sus gastos totales.<sup>26</sup> En Egipto, más del 10% de los gastos de las familias de bajos ingresos se destinan a tabaco.<sup>27</sup> El 20% más pobre de las familias de México gastan casi un 11% de sus ingresos familiares en tabaco.<sup>28</sup> Los costos médicos de fumar empobrecen a más de 50 millones de personas en China.<sup>29</sup>

Los pobres tienen más probabilidades que los ricos de enfermar y morir prematuramente debido al tabaco. Esto genera mayores privaciones económicas y perpetúa el círculo vicioso de pobreza y enfermedad.<sup>30</sup> La defunción prematura de quienes constituyen el principal sostén de la familia es catastrófica

para las familias y comunidades pobres. Por ejemplo, cuando un hombre de Bangladesh de 45 años de edad que es el jefe de una familia de bajos ingresos muere de cáncer como consecuencia del hábito de fumar bidi durante 35 años, queda en peligro la supervivencia de toda su familia. La pérdida de capacidad económica hunde aún más en la pobreza a su esposa, hijos y otros familiares a cargo, y debe pasar a mantenerlos el gobierno o algún miembro de la familia extensa.

Además de acarrear consecuencias para la salud, el humo de segunda mano también agota recursos económicos. La exposición al humo de segunda mano en los Estados Unidos solamente cuesta cada año unos US\$ 5 000 millones en costos médicos directos y más de US\$ 5 000 millones en costos médicos indirectos tales como discapacidad y pérdida de ingresos.<sup>31</sup> En Hong Kong (Región Administrativa Especial de China), la exposición al humo de segunda mano cuesta anualmente unos US\$ 156 millones en forma

de costos de atención médica directa, atención a largo plazo y pérdida de productividad.<sup>32</sup>

Aun cuando se necesitan más datos y análisis sobre los costos del tabaco y la carga económica que éste representa, queda claro que sus repercusiones económicas en la productividad y la atención sanitaria, que ya recaen desproporcionadamente sobre los pobres, empeorarán a medida que aumente el consumo de tabaco. Cuando en los próximos decenios se pongan totalmente de manifiesto la morbilidad y la mortalidad asociadas al tabaco, los costos monetarios de la epidemia causarán graves daños económicos a los países de ingresos bajos y medianos.



**MPOWER beneficia a toda la sociedad**

## La industria tabacalera como vector de enfermedades

Todas las epidemias tienen una forma de contagio, un vector que propaga la morbilidad y la mortalidad. En el caso de la epidemia de tabaquismo, no se trata de un virus, una bacteria ni otro microorganismo, sino de la industria y su estrategia comercial.<sup>33</sup> La epidemia de tabaquismo y la morbilidad que conocemos hoy no existirían si la industria tabacalera no hubiera comercializado y promovido sus productos mortíferos en el siglo pasado.

Las empresas tabacaleras apuntan desde hace mucho a los jóvenes como fumadores de sustitución que ocuparán el lugar de quienes abandonen el hábito o mueran. La industria sabe que su única esperanza para el futuro es que los jóvenes se vuelvan adictos. Aunque todo consumidor de tabaco puede volverse adicto a la nicotina, quienes no empiezan a fumar antes de los 21 años de edad probablemente nunca comiencen. La experimentación de un adolescente con un producto muy adictivo impuesto

agresivamente por la industria tabacalera puede llevar con facilidad a una vida entera de dependencia del tabaco. Cuanto más jóvenes son los niños que fuman por primera vez, más riesgos correrán de pasar a ser fumadores habituales y menos probabilidades tendrán de abandonar el tabaco.<sup>34,35,36,37,38</sup>

A nivel mundial la industria tabacalera gasta decenas de miles de millones de dólares por año en mercadotecnia.<sup>39</sup> La industria tabacalera mundial explota ahora al mundo en desarrollo utilizando las mismas tácticas mercadotécnicas y de cabildeo perfeccionadas en países desarrollados donde a menudo han pasado a ser declaradas ilegales. Por ejemplo, en los países en desarrollo la industria se propone ahora hacer consumir tabaco a mujeres y adolescentes al tiempo que presiona a los gobiernos para que impidan las restricciones a la mercadotecnia y los aumentos de los impuestos; éstas son las mismas tácticas que han utilizado durante decenios en los países desarrollados.

Como tienen clientes adictos y márgenes de ganancia elevados, las empresas tabacaleras poseen arcas repletas de dinero, y éste les da gran empuje para explotar mercados en el mundo en desarrollo. Una de las tabacaleras más grandes del mundo se está deshaciendo de sus activos en los Estados Unidos para invertir en el negocio internacional de los cigarrillos. De esta manera las empresas se protegen de problemas judiciales y de relaciones públicas en los Estados Unidos de América.<sup>40</sup> Las empresas conjuntas y las fusiones de multinacionales con empresas locales y estatales son frecuentes porque las grandes empresas procuran expandir sus mercados en el mundo. En años recientes los gigantes tabacaleros mundiales adquirieron intereses mayoritarios en empresas tabacaleras en la República Dominicana, Indonesia, México y el Pakistán, entre otros países, para impulsar las ventas en el mundo en desarrollo.<sup>41,42, 43,44</sup>

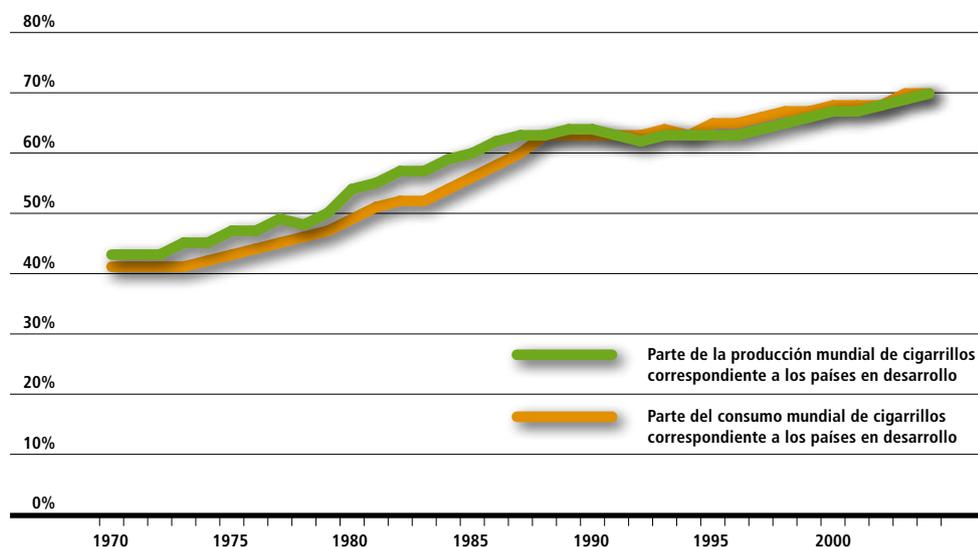


**Cuesta creer que un producto tan destructivo para el cuerpo humano como es el cigarrillo escape aún casi totalmente a una reglamentación destinada a proteger la salud y la seguridad.**

Matthew L. Myers, Presidente, Campaign for Tobacco-Free Kids

## LA EPIDEMIA SE DESPLAZA LA INDUSTRIA TABACALERA LLEGA A NUEVOS MERCADOS EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Parte de la producción y el consumo de cigarrillos correspondiente a los países en desarrollo



Fuente: Datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAOSTAT), base de datos estadísticos de las Naciones Unidas sobre el comercio de productos básicos, base común de datos de las Naciones Unidas, United States Department of Agriculture Economic Research Service, Sistema de Información Estadística de la Organización Mundial de la Salud y ERC Group Plc.'s World Cigarette Report 2005

### RESUMEN

Aunque la epidemia mundial de tabaquismo amenaza acabar con un número mayor de vidas que cualquier enfermedad infecciosa, la solución no requiere el descubrimiento

de una cura ni vacunas nuevas. La solución radica en cambio en la aplicación de políticas públicas de eficacia demostrada. El remedio está en manos de las autoridades

gubernamentales. En la próxima sección se indican las medidas que es necesario adoptar para proteger a la población.



**Los gobiernos y la sociedad civil deben actuar ya mismo**

# MPOWER :

## Seis medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo

La epidemia de tabaquismo es prevenible. Cientos de millones de personas dejarán de estar condenadas a morir este siglo de enfermedades relacionadas con el tabaco, a condición de que las autoridades gubernamentales y la sociedad civil adopten ya mismo medidas urgentes.

La OMS está ayudando a los países a combatir el consumo de tabaco y la mercadotecnia de los productos mortíferos de la industria tabacalera. En mayo de 2003 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó unánimemente el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, uno de los tratados de las Naciones Unidas más ampliamente aceptados y el primero del mundo contra el tabaco, a fin de galvanizar la acción a nivel mundial y de país contra la epidemia de tabaquismo. Este tratado ofrece el contexto necesario para efectuar intervenciones normativas eficaces encaminadas a neutralizar este agente que mata a millones de personas por año.

Los dirigentes del mundo han comenzado a reconocer que el tabaquismo constituye una epidemia que puede y debe enfrentarse y detenerse. Algunos países han iniciado movilizaciones encaminadas a proteger a sus ciudadanos y sus economías.

Por ejemplo, Malasia aumentó los impuestos al tabaco para hacer aumentar un 40% los precios de los cigarrillos al por menor. Egipto estableció lugares públicos sin humo y obligó a poner en los paquetes de tabaco advertencias sanitarias ilustradas. Tailandia prohíbe la publicidad del tabaco en forma impresa, así como por radio y televisión, y las máquinas expendedoras de cigarrillos. Jordania emprendió una campaña mediática destinada a reducir el consumo de tabaco. El Uruguay ha prohibido fumar en los lugares públicos y lugares de trabajo, con inclusión de restaurantes, bares y casinos, y ha pasado a ser el primer país 100% libre de humo del continente americano.

Sin embargo, en cada país es necesario hacer mucho más. Para extender la lucha contra la epidemia de tabaquismo, la OMS ha introducido el plan MPOWER de seis medidas de eficacia demostrada:

- **Monitor:** vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención;
- **Protect:** proteger a la población del humo de tabaco;
- **Offer:** ofrecer ayuda para el abandono del tabaco;
- **Warn:** advertir de los peligros del tabaco;
- **Enforce:** hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio;
- **Raise:** aumentar los impuestos al tabaco.

El plan de medidas MPOWER puede hacer retroceder la epidemia de tabaquismo y prevenir millones de defunciones relacionadas con el tabaco.

**No basta saber,  
se debe también aplicar;  
no es suficiente querer,  
se debe también hacer.**

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832)

# • Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención

## Importancia de los datos de vigilancia

Una buena vigilancia nacional e internacional es esencial para la victoria en la lucha contra la epidemia de tabaquismo. Los datos de vigilancia son necesarios para el éxito de las otras cinco intervenciones normativas del plan MPOWER. Sólo las mediciones exactas hacen posible entender los problemas causados por el tabaco, administrar eficazmente las intervenciones y mejorarlas.

Una vigilancia completa permite informar a las autoridades gubernamentales y la sociedad civil sobre la manera en que la epidemia de tabaquismo perjudica a sus países, y los ayuda a asignar recursos para el control del tabaco donde éstos sean más necesarios y eficaces. La vigilancia también muestra la eficacia de las políticas y la manera de adaptar éstas a las necesidades de los diferentes países y los diferentes grupos dentro de cada país.

## Características de los sistemas de vigilancia eficaces

Un buen sistema de vigilancia debe seguir la trayectoria de varios indicadores, como los siguientes: *i)* prevalencia del consumo de tabaco; *ii)* repercusiones de las intervenciones normativas; y *iii)* mercadotecnia, promoción y cabildeo de la industria tabacalera. Es preciso dar efectivamente difusión a las conclusiones a fin de que los gobiernos, los dirigentes nacionales y la sociedad civil puedan utilizarlas para establecer políticas de control del tabaco y fortalecer la capacidad para aplicar y hacer cumplir realmente esas políticas. Los datos de la vigilancia se convierten en pruebas sumamente importantes para quienes abogan en favor de medidas más firmes.

Los programas de vigilancia deben aportar información tanto general como

específica sobre la epidemia de tabaquismo. Comprenden encuestas sobre la prevalencia del consumo de tabaco y los niveles de consumo por edades, sexos, ingresos y otros parámetros demográficos, tanto a nivel nacional como por provincias o regiones. También se debe evaluar la eficacia de los programas locales y nacionales de prevención del tabaquismo.

Para mantener un sistema de vigilancia eficaz se requiere colaboración entre los profesionales de la salud, economistas, epidemiólogos, administradores de datos, funcionarios gubernamentales y muchos otros. También se necesitan una buena gestión y organización, que requieren financiación estable y continua. La OMS está colaborando con los países para establecer y ampliar sistemas de vigilancia de nivel mundial y nacional.



**El conocimiento es MPOWER**

# • Proteger a la población del humo de tabaco

## Argumentos en favor de los ambientes sin humo

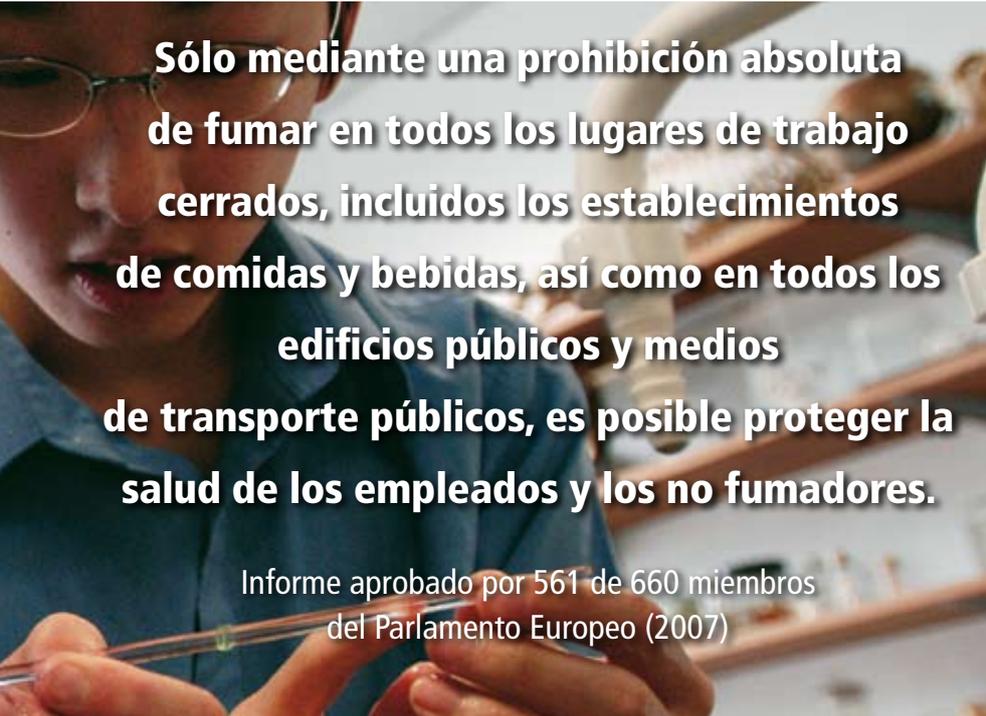
Las investigaciones muestran claramente que no hay ningún nivel de exposición al humo de segunda mano que no acarree riesgos. La Conferencia de las Partes en el Convenio Marco,<sup>45</sup> el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer,<sup>46</sup> el Cirujano General de los Estados Unidos de América<sup>47</sup> y el Comité Científico sobre Tabaco y Salud del Reino Unido<sup>48</sup> coinciden en que la exposición al humo de segunda mano contribuye a una amplia diversidad de enfermedades, entre ellas cardiopatías y muchos tipos de cáncer. Por ejemplo, la exposición al humo de segunda mano aumenta un 25%-30% el riesgo de cardiopatía coronaria y un 20%-30% el riesgo de cáncer de pulmón entre los no fumadores.<sup>47</sup>

Irlanda presenta pruebas firmes de los efectos sanitarios positivos de los

ambientes libres de humo de tabaco. Tras la aplicación en 2004 de una legislación sobre ambientes sin humo de tabaco en el país, las concentraciones de nicotina en el aire ambiente disminuyeron un 83% y la exposición de los trabajadores de bares al humo de segunda mano disminuyó de 30 horas por semana a cero.<sup>49</sup>

Los ambientes sin humo también ayudan a los fumadores que quieren dejar de fumar. Las leyes sobre lugares de trabajo sin humo permiten reducir un 4% la prevalencia absoluta de tabaquismo.<sup>50</sup> Las políticas sobre lugares de trabajo sin humo en varios países industrializados han permitido reducir como promedio un 29% el consumo total de tabaco entre los trabajadores.<sup>50</sup>

La legislación por la cual no se permite fumar en los lugares públicos también alienta a las familias a mantener libre de humo la propia vivienda,<sup>51</sup> y ello permite proteger a los niños



**Sólo mediante una prohibición absoluta de fumar en todos los lugares de trabajo cerrados, incluidos los establecimientos de comidas y bebidas, así como en todos los edificios públicos y medios de transporte públicos, es posible proteger la salud de los empleados y los no fumadores.**

Informe aprobado por 561 de 660 miembros del Parlamento Europeo (2007)

y otros familiares de los peligros del humo de segunda mano. Incluso los fumadores tenderán a abstenerse voluntariamente de fumar en la propia casa una vez promulgada la legislación sobre lugares completamente libres de humo de tabaco.<sup>52,53</sup>

La eficacia de las leyes sobre entornos libres de humo queda muy debilitada o totalmente eliminada si se permite fumar en áreas designadas. La industria tabacalera misma reconoce la eficacia de la prohibición de fumar y el debilitamiento de sus efectos si se introducen excepciones. Un informe interno de Philip Morris de 1992 dice que «la prohibición total de fumar en los lugares de trabajo afecta mucho al volumen de la industria. Si allí se aplican restricciones más leves, por ejemplo si se permite fumar solamente en determinadas áreas, el impacto en la tasa de abandono es mucho menor y los efectos en el consumo son muy pequeños».<sup>54</sup>

### Los ambientes sin humo son populares

El éxito arrollador y la gran popularidad de las leyes sobre la prohibición de fumar adoptadas en los países contradicen los argumentos falsos esgrimidos por la industria tabacalera en el sentido de que semejante legislación es inviable y económicamente perjudicial. Aproximadamente la mitad de los residentes estadounidenses<sup>55</sup> y el 90% de los canadienses viven en jurisdicciones cuyos espacios públicos y entornos laborales están libres de humo. Tras un examen a fondo de la bibliografía sobre los efectos económicos de los ambientes libres de humo en el mundo se encontraron unos pocos estudios que presentaban datos científicamente válidos<sup>56</sup> y en ninguno de ellos se señalaban efectos económicos negativos, sino neutros o positivos.<sup>57</sup>

Cuando en Irlanda se propuso legislación sobre ambientes sin humo de tabaco, la industria tabacalera adujo con vehemencia que fumar formaba parte de la cultura de los bares del país y que una prohibición sería inaplicable y causaría daños económicos irreparables a los propietarios de bares.<sup>58</sup> Pero el país ya está libre de humo desde hace más de dos años, con fuerte apoyo del público y sin repercusiones negativas en los negocios.<sup>58,59</sup>

Las encuestas de opinión pública muestran que las leyes por las cuales se prohíbe fumar son sumamente populares donde sea que se hayan promulgado. En 2006, el Uruguay pasó a ser el primer país del continente americano completamente libre de humo de tabaco desde la puesta en vigor de una prohibición de fumar en todos los espacios públicos y lugares de trabajo, incluidos bares, restaurantes y casinos. La prohibición ha recibido el apoyo de ocho de cada diez uruguayos, incluidos casi los dos tercios de los fumadores del país.<sup>60</sup> Después de que en 2004 en Nueva Zelanda se aprobaran leyes sobre ambientes sin humo, el 69% de sus ciudadanos se manifestaron a favor del derecho humano a trabajar en un entorno sin humo.<sup>61</sup> En California, el 75% de la

población aprueba las leyes sobre lugares de trabajo sin humo, incluidos los restaurantes y bares, promulgadas por ese estado de los Estados Unidos de América en 1998.<sup>62</sup>

Aunque en China hay pocos lugares públicos libres de humo, el 90% de quienes viven en las grandes ciudades, sean o no fumadores, están a favor de que se prohíba fumar en los medios de transporte público, escuelas y hospitales. Más del 80% están a favor de que se prohíba fumar en los lugares de trabajo, y aproximadamente la mitad están a favor de que se prohíba fumar en restaurantes y bares.<sup>63</sup>

### Características de las medidas eficaces sobre ambientes sin humo

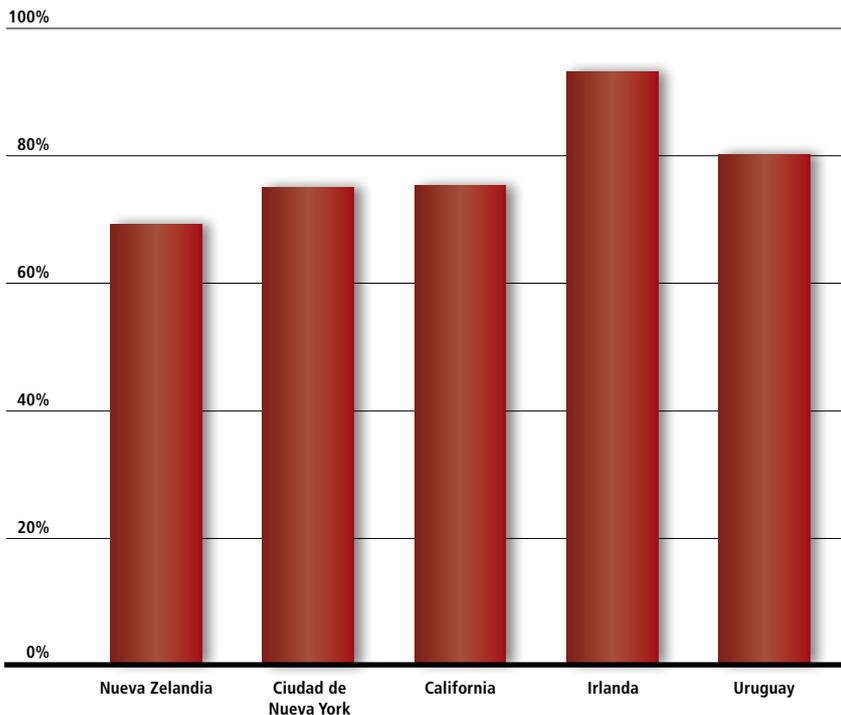
La prohibición absoluta de fumar en todos los ambientes interiores es la única intervención que permite proteger eficazmente a las personas de los daños acarreados por el humo de segunda mano.<sup>46,64,65</sup> El pleno cumplimiento de las leyes sobre ambientes sin humo es decisivo para la credibilidad de éstas, en especial inmediatamente después de su promulgación.<sup>66</sup> Se deben



**Juntos a favor de la legislación sobre ambientes libres de humo**

## LOS AMBIENTES SIN HUMO DE TABACO SON POPULARES

Apoyo manifestado a la prohibición total de fumar en bares y restaurantes después de su aplicación



### Nueva Zelandia

Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. *Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 ([http://www.no-smoke.org/pdf/NZ\\_TwelveMonthReport.pdf](http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf), consultado el 5 de diciembre de 2007).

### Ciudad de Nueva York

1. Chang C et al. The New York City Smoke-Free Air Act: secondhand smoke as a worker health and safety issue. *American Journal of Industrial Medicine*, 2004, 46(2):188-195.  
2. Bassett M. *Tobacco control; the New York City experience*. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007 (<http://hopkins-famri.org/PPT/Bassett.pdf>, consultado el 8 de noviembre de 2007).

### California

*California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and September 2002*. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002.

### Irlanda

Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 ([http://www.otc.ie/uploads/1\\_Year\\_Report\\_FA.pdf](http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf), consultado el 5 de noviembre de 2007).

### Uruguay

Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization). *Estudio de «Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005»*. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados.) Octubre de 2006 ([http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/noticias/2006/12/informeo\\_dec268\\_mori.pdf](http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf), consultado el 5 de diciembre de 2007).

**Lo bueno es que, a diferencia de otros peligros para la salud pública, la exposición al humo de segunda mano es fácil de prevenir. Está demostrado que los ambientes interiores libres de humo constituyen una manera sencilla de prevenir la exposición y los daños.**

United States Department of Health and Human Services (2006)

establecer sanciones claramente aplicables a quienes fumen en donde esté prohibido hacerlo, y éstas se deben aplicar de manera constante. Multar a los propietarios de los establecimientos si en ellos se fuma es la manera más eficaz de hacer cumplir la ley, aunque también se apliquen sanciones a quienes fumen en esos establecimientos.

El objetivo principal de establecer lugares de trabajo sin humo es proteger la salud de los trabajadores. Los propietarios de los negocios están obligados a proporcionar un entorno laboral seguro a sus empleados. Por consiguiente, deben asumir la mayor parte de la responsabilidad de velar por que sus respectivos establecimientos se mantengan libres de humo. Al orientar el debate sobre entornos laborales sin humo hacia las cuestiones de seguridad de los trabajadores se señala con exactitud el propósito de esas leyes y se contribuye a respaldarlas.

La OMS recomienda un proceso gradual como lo más eficaz para generar ambientes sin humo.<sup>66</sup> Para comenzar, los gobiernos deben preparar campañas de educación dirigidas al público y a las empresas acerca de los peligros del humo de segunda mano. Después de haber conseguido un apoyo general en favor de espacios sin humo, se debe redactar una legislación y solicitar al público observaciones sobre ella. Una vez realizado este trabajo

preparatorio, es necesario que los gobiernos mantengan firme el apoyo público y político a favor de los ambientes sin humo y que luego se adopte una legislación completa en la cual se prevean sanciones claras para los infractores y medidas eficaces para aplicarla. Una vez en vigor, los gobiernos deben mantener un apoyo firme a la ley haciéndola aplicar de manera vigorosa y uniforme para conseguir un alto grado de cumplimiento.

### Frente a la oposición de la industria tabacalera

La experiencia adquirida en materia de legislación sobre ambientes sin humo ofrece una muestra del tipo de oposición que inevitablemente surgirá.<sup>57</sup> La industria tabacalera argumentará que las leyes sobre ambientes sin humo son demasiado difíciles de aplicar y hacer cumplir y que ahuyentarán a los clientes, en particular de los restaurantes y bares. Proponen espacios separados para fumadores o una ventilación «razonable» como alternativas a los lugares de trabajo completamente libres de humo. Ahora bien, contrariamente a esos argumentos, dichas alternativas no permiten prevenir la exposición al humo de segunda mano. La experiencia demuestra que en todos los países donde se ha adoptado una legislación integral sobre ambientes sin humo, éstos son populares,

fáciles de llevar a la práctica y hacer respetar, y tienen efectos neutros o positivos en la actividad económica.<sup>57,67,68</sup>

Tim Zagat, fundador de las guías Zagat, pronunció recientemente uno de los testimonios más convincentes acerca de los beneficios de los locales sin humo: «Quienes se oponen a las leyes sobre locales sin humo aducen que éstas perjudicarían económicamente a los establecimientos pequeños. En realidad, sucede lo contrario. (...) Después de la entrada en vigor de la ley, nuestra encuesta de 2004 sobre la ciudad de Nueva York indicó que el 96% de los neoyorkinos comían fuera con una frecuencia igual o superior». Zagat llegó a la conclusión de que los restaurantes y bares de la ciudad, casi todos cumplidores de la ley, en realidad facturaban y ganaban más que antes.<sup>69,70</sup>

Los cabilderos de la industria tabacalera y los grupos que la representan también aducirán que los entornos sin humo afectan a los derechos de los fumadores.<sup>71</sup> Dado que tanto los fumadores como los no fumadores son vulnerables a los efectos nocivos del humo de segunda mano, el principio en que se basa la legislación sobre ambientes sin humo es que los gobiernos están obligados a proteger la salud como derecho humano fundamental y a proteger la libertad de todos.<sup>72</sup> Este deber forma implícitamente parte del derecho a la



**Criemos a los niños en ambientes sin humo**

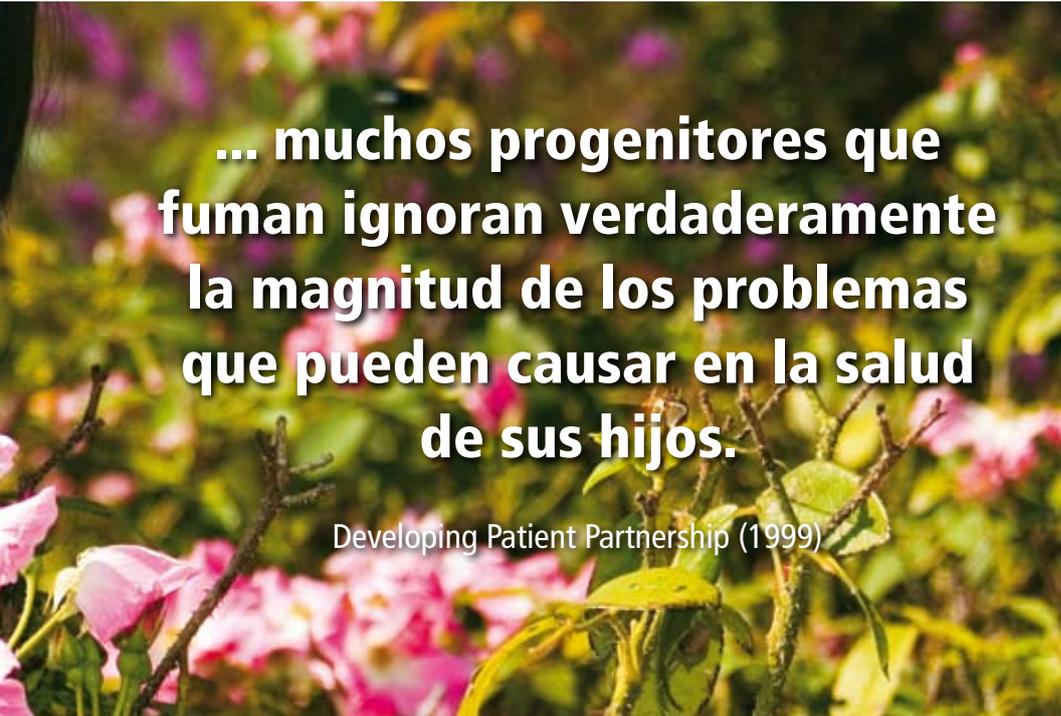
vida y el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr, reconocidos en numerosos instrumentos jurídicos internacionales, incorporados en el Preámbulo del Convenio Marco y consagrados en las constituciones de más de 100 países. La exposición forzada al humo de segunda mano es una violación flagrante de esos derechos.

A fin de conseguir apoyo para una legislación sobre ambientes sin humo de tabaco en la cual éstos se reconozcan como un derecho humano fundamental es preciso refutar las falacias de la industria tabacalera, de sus cabilderos y de los grupos que la representan. Los ambientes sin humo ayudan a proteger el derecho de los no fumadores a respirar aire puro, motivan a los fumadores a abandonar el tabaco y permiten que los gobiernos apliquen medidas sanitarias muy populares de prevención del tabaquismo en beneficio de todos.

## Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco

Los adictos a la nicotina son víctimas de la epidemia de tabaquismo. Tres de cada cuatro fumadores conscientes de los peligros del tabaco quieren abandonar éste.<sup>73</sup> Como toda persona dependiente de una droga adictiva, la mayor parte de los consumidores de tabaco tienen dificultades para abandonar éste por sí solos y se benefician cuando reciben ayuda para superar su dependencia.

Los sistemas de atención sanitaria de los países son los principales responsables de tratar la dependencia del tabaco. Hay varios métodos de tratamiento, que abarcan desde un simple asesoramiento médico hasta la farmacoterapia, con inclusión de líneas telefónicas de ayuda al abandono y consejo psicológico. Estos métodos de tratamiento tienen diversos grados de eficacia en relación con sus costos, y efectos no uniformes en los diversos consumidores de tabaco. El tratamiento se debe adaptar a las condiciones y culturas locales, así como a las preferencias y necesidades de cada uno.



**... muchos progenitores que fuman ignoran verdaderamente la magnitud de los problemas que pueden causar en la salud de sus hijos.**

Developing Patient Partnership (1999)

En la mayor parte de los casos, mediante unas pocas intervenciones terapéuticas básicas es posible ayudar a los consumidores de tabaco que quieren abandonar éste. En toda actividad de prevención del tabaquismo es preciso incluir tres tipos de tratamiento, a saber: *i)* asesoramiento sobre el abandono del tabaco incorporado en los servicios de atención primaria de salud; *ii)* líneas telefónicas de fácil acceso y gratuitas en ayuda de quienes quieren dejar el tabaco; y *iii)* acceso a una farmacoterapia poco costosa.

### **Incorporación del abandono del tabaco en la atención primaria**

Si el abandono del tabaco se integra en la atención primaria y en el marco de otras visitas médicas regulares, el sistema de salud tendrá la posibilidad de recordar a los consumidores que el tabaco es nocivo para su salud y para la salud de quienes lo rodean. Al repetir el asesoramiento en cada visita médica se reafirma la necesidad de abandonar el consumo de tabaco.<sup>74,75</sup> El asesoramiento de los profesionales de la salud puede hacer aumentar mucho las tasas de abstinencia.<sup>76</sup> Esta intervención es relativamente poco costosa porque forma parte de un servicio ya existente que la mayor

parte de las personas utilizan al menos ocasionalmente. Puede ser muy eficaz porque lo proporciona un profesional de la salud respetado con quien los consumidores de tabaco pueden tener una buena relación.<sup>77,78</sup>

Incorporar el abandono del tabaco en la atención médica básica es especialmente apropiado en los países que cuentan con una red de atención primaria. Pero también se puede integrar en cualquier tipo de servicio sanitario ampliamente disponible. Aparte de la capacitación básica de los trabajadores de salud en materia de consejos sobre el abandono del tabaco y la elaboración de material de información para los consumidores de tabaco, no se requieren grandes inversiones y tampoco hay riesgos políticos. Este enfoque terapéutico también puede movilizar a los trabajadores de la salud y los pacientes en favor de otras actividades de control del tabaco.

### **Líneas telefónicas de ayuda al abandono del tabaco**

Las líneas telefónicas de ayuda al abandono del tabaco deben estar dotadas de personal suficiente y ser accesibles a toda la población de un mismo país a través de números telefónicos gratuitos y exención de pago de los derechos de acceso para los usuarios

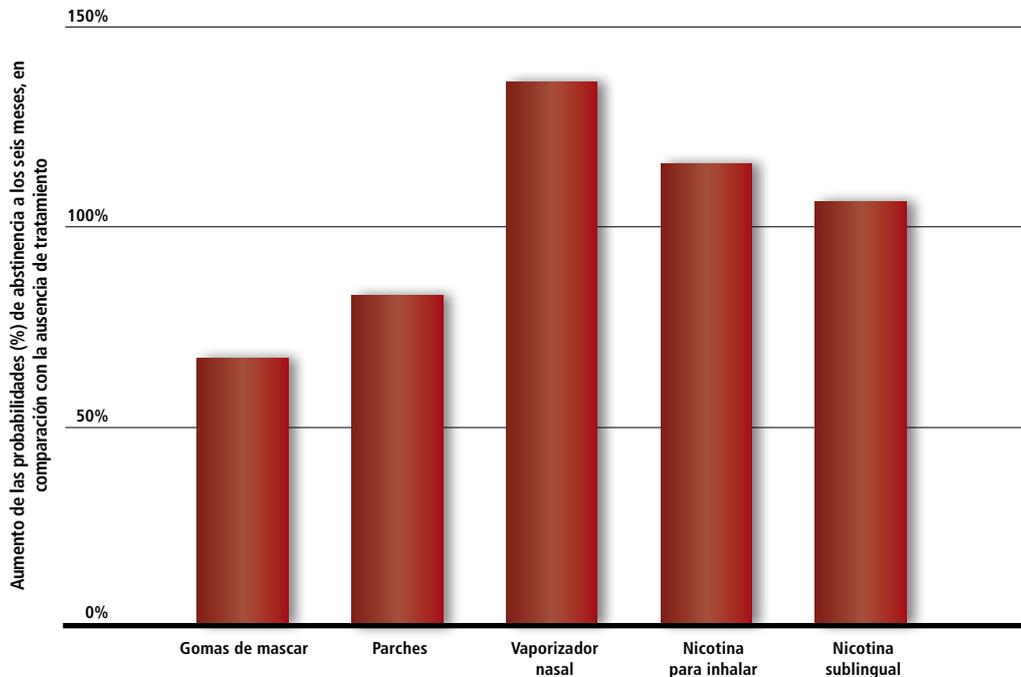
de teléfonos móviles. Dichas líneas son de funcionamiento poco costoso, de acceso fácil y confidenciales, y se las puede dotar de personal durante largas horas; muchos consumidores de tabaco tal vez no puedan o no quieran llamar en horario de oficina. Esas líneas también pueden contribuir a introducir a los consumidores a otros tipos de tratamiento de la dependencia del tabaco, por ejemplo el consejo psicológico y la sustitución con nicotina. Además, permiten llegar a personas que residan en lugares apartados y se pueden adaptar a grupos específicos de la población. Por ejemplo, en el Reino Unido la United Kingdom's Asian Quit Line recibe 20 000 llamadas por año y llega al 10% de los consumidores de tabaco procedentes de Asia meridional y residentes en el Reino Unido.<sup>79</sup>

Las líneas convencionales de ayuda al abandono del tabaco sólo responden a las llamadas entrantes, pero permiten obtener resultados considerables.<sup>80</sup> Las que están vinculadas a servicios de consejo psicológico son más eficaces para ayudar a superar la adicción a la nicotina. Las mejores y más eficaces cuentan con personal encargado de devolver las llamadas y seguir de cerca los progresos de quienes llaman, prestando efectivamente servicios de consejo psicológico. Algunas líneas se han hecho extensivas a Internet y ofrecen continuamente material de apoyo gratuito y



**MPOWER tiene en cuenta a los niños**

## EL TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN CON NICOTINA PERMITE DUPLICAR LAS TASAS DE ABANDONO DEL TABAQUISMO



Fuente: Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. Cochrane Database System Review 2004; (3):CD000146.

**Los profesionales de la medicina, enfermería, partería, odontología, farmacia, quiropráctica, psicología y todos los demás dedicados a la salud pueden ayudar a las personas a cambiar de comportamiento. Están en la primera línea del combate contra la epidemia de tabaquismo y, entre todos, hablan a millones de personas.**

Dr. LEE Jong-wook, antiguo Director General,  
Organización Mundial de la Salud (2005)

enlaces a otros servicios.

## Tratamiento farmacológico

Además del asesoramiento médico y las líneas telefónicas de ayuda, también hay tratamientos farmacológicos eficaces, como el de sustitución con nicotina en forma de parches, pastillas, chicles o vaporizadores nasales, y medicamentos de venta con recetas tales como bupropión y vareniclina. Los productos de sustitución con nicotina suelen ser de venta libre, mientras que la dispensa de otros medicamentos requiere una receta médica.

La sustitución con nicotina permite reducir los síntomas de abstinencia al aportar algo de nicotina, como la que se absorbe con el tabaco. El bupropión, un antidepresivo, permite reducir el ansia asociada al deseo compulsivo y otras sensaciones negativas de los consumidores de tabaco que reducen o suspenden su ingesta de nicotina. La vareniclina es un agonista de los receptores de nicotina en el cerebro e impide la liberación de dopamina, con lo que bloquea la sensación de placer que se experimenta al fumar.<sup>81</sup>

El tratamiento farmacológico suele ser más caro y se lo considera menos costoeficaz que el asesoramiento del médico y las líneas

telefónicas de ayuda al abandono del tabaco, pero ha demostrado duplicar o triplicar las tasas de abandono.<sup>82</sup> El costo al por menor de un ciclo de tratamiento de sustitución con nicotina puede ser menor que el costo de fumar durante el mismo periodo. La sustitución con nicotina y otros tratamientos medicamentosos pueden estar cubiertos o ser reembolsados por los servicios de salud pública para reducir los gastos directos de quienes procuran abandonar el tabaco.

## Apoyo gubernamental al tratamiento contra la dependencia del tabaco

Los programas de abandono del tabaco presentan considerables ventajas políticas porque hacen posible que los gobiernos ayuden a las personas más directamente afectadas por la epidemia al tiempo que promulgan nuevas restricciones al tabaco. Suelen favorecer una política nacional de oposición al consumo de tabaco, paso importante para crear una sociedad libre de tabaco. Los gobiernos pueden utilizar algunos ingresos procedentes de los impuestos al tabaco para ayudar a los consumidores a liberarse de la adicción.

Nueva Zelanda es un buen ejemplo de acción gubernamental. Después de una campaña de cabildeo por parte de la comunidad favorable al

control del tabaco, ese país que prácticamente no ofrecía ningún tratamiento para el abandono del tabaco pasó a tener en sólo cinco años una de las iniciativas más avanzadas del mundo, y los gastos gubernamentales en actividades encaminadas a ayudar a que la población deje de fumar pasaron de casi cero a US\$ 10 millones por año. Las iniciativas comprenden una línea telefónica nacional de ayuda a quienes quieran dejar de fumar, que ha pasado a ser una de las más activas del mundo, tratamiento de sustitución con nicotina subvencionado y servicios de ayuda para dejar de fumar orientados a la población maorí.

Sin embargo, los gobiernos deben sopesar cuidadosamente las repercusiones de su apoyo frente a los costos financieros de las medidas. El contexto en el que se facilita apoyo gubernamental es decisivo. El tratamiento de la dependencia del tabaco puede ser ineficaz si no va acompañado de fuertes incentivos para que los consumidores abandonen el tabaco. Por estas razones, los servicios prestados para que se deje de fumar no disminuirán la prevalencia de tabaquismo a menos que vayan acompañados de aumentos de los impuestos y precios, prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio, una publicidad antitabáquica y el establecimiento de ambientes sin humo de tabaco.



**A favor de la salud frente a esta cuestión**



# Advertir acerca de los peligros del tabaco

---

## La mayor parte de los consumidores desconocen los riesgos del consumo de tabaco

Aunque hay pruebas concluyentes de los peligros del tabaquismo, en el mundo relativamente pocos consumidores de tabaco son plenamente conscientes de los riesgos que éste acarrea para la salud. Tal vez se sepa en general que el consumo de tabaco es nocivo, pero se lo suele considerar simplemente como una mala costumbre que la gente se permite.<sup>83</sup> El carácter extremadamente adictivo del tabaco y la amplia variedad de peligros para la salud no se han explicado suficientemente al público. Por consiguiente, la gente cree que puede reducir o suspender su consumo de tabaco antes de que se presenten los problemas de salud. La realidad es que la mayor parte de los consumidores de tabaco no podrán abandonar éste, y hasta la mitad morirán de enfermedades relacionadas con el tabaco.

La mayor parte de la gente ignora que hasta un nivel mínimo de consumo de tabaco es

peligroso, y lo ignora en parte porque no sucede lo mismo con otros riesgos comportamentales para la salud. Muchos consumidores de tabaco son incapaces de nombrar las enfermedades específicas causadas por el hábito de fumar, aparte del cáncer de pulmón,<sup>84</sup> y no saben que fumar también causa cardiopatías, accidente cerebrovascular y muchas otras enfermedades, incluidos muchos tipos de cáncer.<sup>85</sup>

---

## Cambiar la imagen del tabaco

Las advertencias completas acerca de los peligros del tabaco son decisivas para cambiar la imagen de éste, especialmente entre los adolescentes y jóvenes. Es necesario que la gente asocie el tabaco con su carácter extremadamente adictivo y sus consecuencias peligrosas para la salud, y que lo vea como socialmente indeseable y negativo. Todo esto se puede conseguir mediante la acción de los gobiernos y la sociedad civil.

En lo posible con aportaciones de organizaciones no gubernamentales (ONG),

**El adolescente de hoy es el cliente regular potencial de mañana, y la abrumadora mayoría de los fumadores comenzaron a fumar cuando eran adolescentes.**

Documento interno de Philip Morris (1981)

los gobiernos deben emprender campañas de publicidad antitabáquica en todos los medios de difusión a fin de dar a conocer al público toda la variedad de peligros del tabaco. Esas campañas pueden echar por tierra la engañosa imagen atractiva del tabaco, exponer sus efectos nocivos en la salud personal, revelar sus consecuencias financieras negativas en las familias y las economías nacionales y explicar los beneficios de una sociedad sin tabaco. Las campañas que fustigan con imágenes sobre los daños del tabaquismo pueden ser especialmente convincentes y conseguir que los consumidores abandonen el tabaco.<sup>85</sup> En cambio, la publicidad antitabáquica patrocinada por la industria tabacalera ha resultado ineficaz o incrementado en realidad el consumo de tabaco.<sup>86</sup>

Las campañas publicitarias contra el tabaco también deben referirse a la protección de los familiares, especialmente los niños, de los daños del humo de segunda mano. Deben explicar las repercusiones económicas que tienen en las familias los gastos personales en tabaco y la muerte prematura de un progenitor. Los mensajes también deben poner de relieve los buenos resultados del abandono del tabaco, y tratar al mismo tiempo de prevenir que los jóvenes fumen experimentalmente o se inicien en el hábito.

Toda contrapublicidad en cualquier medio de difusión debe estar producida por profesionales, satisfacer las mismas normas técnicas que la publicidad de otros productos, y ser objeto de cribado en grupos para cerciorarse de que el mensaje encuentra resonancia en el público destinatario. Como resultado, las buenas campañas de contrapublicidad pueden ser costosas; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los Estados Unidos de América, recomiendan que los gobiernos gasten por los general US\$ 2-US\$ 4 por persona por año en comunicación antitabáquica en favor de la salud y actividades de contrapublicidad, lo que representaría aproximadamente un 15%-20% de los costos totales de los programas de control del tabaco.<sup>87</sup> En algunos casos, gobiernos u ONG pueden subvencionar los gastos de producción y difusión de esa clase de publicidad, o ésta se puede obtener a un costo reducido o gracias a donaciones de

empresas patrocinadoras, no asociadas a la industria tabacalera, que reciben a cambio beneficios impositivos.

### **Función de las advertencias en los paquetes**

Está garantizado que las advertencias sanitarias en los envases de todos los productos de tabaco llegan a todos sus consumidores. Los fabricantes de tabaco siempre han utilizado el envasado como plataforma para promover la lealtad a la marca y acariciar la imagen que tiene de sí el consumidor, en particular los jóvenes. Las advertencias en los paquetes reducen los efectos de esa mercadotecnia. La industria también recurre al envasado para engañar a los fumadores utilizando expresiones falsas tales como «livianos», «ultra livianos», «con bajo contenido de alquitrán» o «suaves», ninguna de las cuales conlleva en realidad una reducción de los riesgos para la salud.<sup>11</sup>

Las advertencias sanitarias en los envases de tabaco sensibilizan a los fumadores acerca de los riesgos.<sup>83</sup> La utilización de imágenes ilustrativas de enfermedades u otras imágenes negativas tienen mayor impacto que las palabras solas, y es decisiva para llegar al gran número de personas que no pueden leer en el mundo. La experiencia de Australia,<sup>88</sup>

Bélgica, el Brasil,<sup>89</sup> el Canadá,<sup>90</sup> Tailandia y otros países<sup>83</sup> muestra que las advertencias sanitarias enérgicas en los envases de tabaco, en particular las acompañadas de imágenes, son una fuente de información importante para los jóvenes fumadores y para la población de los países donde el índice de alfabetización es bajo. Las imágenes también son eficaces para transmitir los mensajes a los niños, en especial los hijos de consumidores de tabaco, quienes tienen más probabilidad de empezar a consumir ellos mismos tabaco.

Aunque en algunos países las advertencias en los envases ya son obligatorias, las normas varían ampliamente. En muchos países no se exigen advertencias. Para que resulten eficaces, éstas deben ser de gran tamaño, claras y legibles y constar de imágenes y palabras. Deben cubrir al menos la mitad de la superficie principal expuesta del paquete y comprender descripciones obligatorias de efectos nocivos y enfermedades específicas causadas por el consumo de tabaco. Los textos de las advertencias deben aparecer en los principales idiomas de los respectivos países y ajustarse a los colores, fondos, tipos de letras y tamaños de letras especificados para optimizar la visibilidad y facilitar la comprensión. Las advertencias deben aparecer en cada paquete, en todo envasado exterior y en los lugares donde se expone el producto para la venta al por menor, y deben rotar periódicamente



para seguir despertando interés. En 2005, la Comisión Europea aprobó 42 fotografías e imágenes en colores para que los Estados miembros de la Unión Europea las adoptaran como advertencias sanitarias rotativas.

Las advertencias sanitarias obligatorias en los paquetes de tabaco no cuestan dinero a los gobiernos. Las advertencias con imágenes son aceptadas por una mayoría abrumadora del público y suelen tropezar con escasa resistencia, salvo de parte de la industria

tabacalera. Las advertencias amplias alientan a los consumidores de tabaco a abandonar éste y a los jóvenes a no comenzar, y favorecen la aceptación pública de otras medidas de control tales como el establecimiento de ambientes sin humo de tabaco.

## LOS FUMADORES APRUEBAN LAS ADVERTENCIAS CON IMÁGENES

### Efecto de las advertencias con imágenes en los fumadores brasileños



Fuente: Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. Opinião pública, 2002 ([http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo\\_21042002.shtml](http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml), consultado el 6 de diciembre de 2007).

**El mundo está acostumbrado a pensar en la ley como instrumento de justicia, pero no como instrumento sanitario... Es hora de que los instrumentos jurídicos se aprovechen en favor de la salud y la justicia en el mundo.**

Informe de la OMS titulado *Towards health with justice*, 2002

# Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

## La comercialización del tabaco contribuye enormemente a la morbilidad y la mortalidad

Vender un producto que mata hasta a la mitad de sus consumidores requiere una astucia mercadotécnica extraordinaria. Los fabricantes de tabaco figuran entre los mejores comercializadores del mundo y eluden de manera cada vez más audaz las prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio destinadas a reducir el consumo de tabaco.

La industria tabacalera alega que sus actividades de publicidad y promoción no tienen por objeto aumentar las ventas ni atraer a nuevos consumidores, sino simplemente redistribuir la participación en el mercado entre los consumidores actuales.<sup>91</sup> Eso no es verdad. La comercialización y la promoción aumentan las ventas de tabaco y, por lo tanto, contribuyen a matar a un mayor número de personas alentando

a los fumadores actuales a fumar más y reduciendo su motivación para abandonar. La mercadotecnia también insta a los usuarios potenciales, específicamente a los jóvenes, a probar el tabaco y pasar a ser clientes a largo plazo.<sup>92</sup> La publicidad del tabaco dirigida a los jóvenes y a subgrupos demográficos específicos es muy eficaz.<sup>93,94</sup>

La comercialización crea otros obstáculos que mitigan los efectos de las actividades de control del tabaco. La publicidad generalizada del tabaco presenta éste como si fuera algo «normal» y alimenta la imagen de que es como cualquier otro producto de consumo. Eso hace difícil que la gente entienda los peligros del consumo de tabaco. La mercadotecnia asocia engañosamente el tabaco con cualidades deseables tales como juventud, energía, sofisticación y atractivo sexual. Fortalece la influencia que ejerce la industria tabacalera en los medios de difusión, así como en la actividad comercial asociada a eventos deportivos y espectáculos, porque

dicha industria gasta miles de millones de dólares en publicidad, promoción y patrocinio.

## Un instrumento poderoso para proteger a los ciudadanos

La industria tabacalera se opone firmemente a las prohibiciones aplicables a la mercadotecnia porque son muy eficaces para reducir el consumo de tabaco; la industria cabildeará intensamente contra toda restricción, aunque sea mínima. Tras comparar estudios de nivel nacional anteriores y posteriores a la prohibición de la publicidad se observó una disminución del consumo de tabaco de hasta un 16%.<sup>95,96,97,98</sup> La prohibición de la publicidad permite reducir el consumo de tabaco entre personas de todo nivel de ingresos e instrucción.<sup>99</sup>

Los gobiernos que promulgan prohibiciones aplicables a la mercadotecnia deben tener



**Los dirigentes pueden promover la salud de las comunidades**

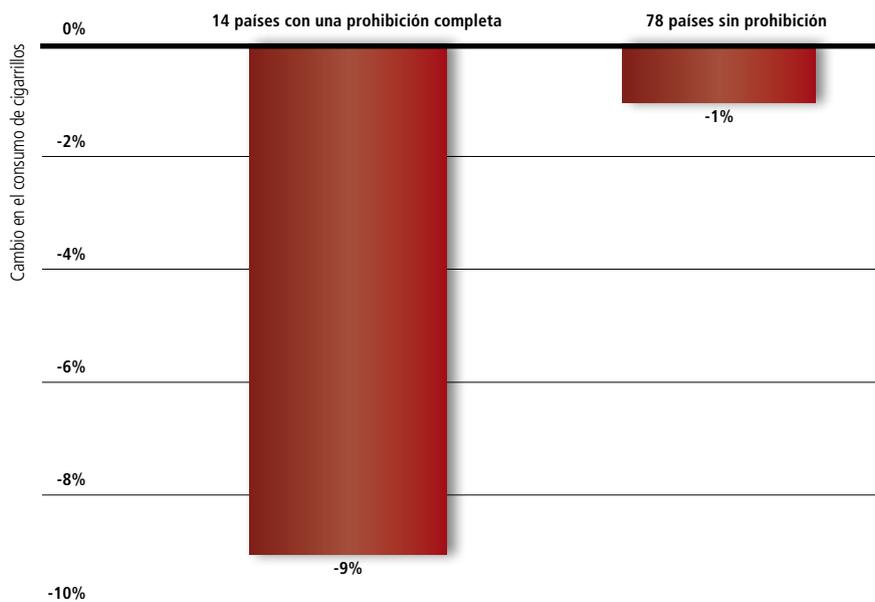
en cuenta que otras empresas además de las tabacaleras también se benefician de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Los medios de comunicación, importadores de tabaco, comerciantes minoristas de tabaco y empresarios del deporte y del espectáculo actuarán como sustitutos de la industria tabacalera en la lucha contra las prohibiciones a la mercadotecnia y otras medidas de control del tabaco porque temen perder a sus clientes o los ingresos procedentes de la publicidad, la promoción y el patrocinio.

### Se requieren prohibiciones completas y pleno cumplimiento de éstas

La prohibición de la mercadotecnia y de la promoción es un arma poderosa contra la epidemia de tabaquismo. Los fabricantes de tabaco saben que la mayor parte de la gente no comenzará a fumar después de haber

## LAS PROHIBICIONES TOTALES DE LA PUBLICIDAD POTENCIAN OTRAS INTERVENCIONES

Cambio (promedio) en el consumo de cigarrillos 10 años después de la introducción de prohibiciones de la publicidad en dos grupos de países



Fuente: Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

**Los deportes nos ofrecen con creces la mejor manera de atraer al común de nuestros fumadores destinatarios, probarlos y ejercer influencia sobre ellos, pero no la única manera. Las películas y los vídeos internacionales también atraen enormemente a nuestros consumidores adultos jóvenes en Asia.**

Documento interno de Philip Morris (1990)

alcanzado la edad adulta y desarrollado la capacidad de adoptar decisiones bien informadas.<sup>34, 35, 36, 37</sup> La industria idea campañas publicitarias en las cuales exhibe a jóvenes felices disfrutando de la vida con el tabaco, a fin de conseguir así que nuevos consumidores jóvenes de tabaco contraigan la adicción para toda la vida.

Para ser eficaces, las prohibiciones deben ser completas y aplicarse a toda la clase de mercadotecnia y promoción.<sup>66, 91</sup> Si se impidiera la publicidad por televisión y radio solamente, la industria tabacalera encauzaría su presupuesto destinado a la mercadotecnia hacia otras vías tales como diarios, revistas, carteleras e Internet. Si se bloquea toda forma tradicional de publicidad, la industria canalizará sus gastos publicitarios hacia el patrocinio de eventos populares entre los jóvenes, por ejemplo carreras, deportes y festivales de música.

Otras formas de mercadotecnia utilizadas por la industria tabacalera comprenden descuentos de los precios en los comercios al por menor, distribución gratuita o venta de tabaco a precios reducidos en eventos o por correo. Otras actividades promocionales consisten en colocar insignias de productos de tabaco en prendas de vestir y otros artículos, utilizar marcas de productos de tabaco como marcas compartidas con otros productos de consumo o con celebridades y exhibir marcas de tabaco en películas cinematográficas y por televisión. Una prohibición total permitiría bloquear todas estas actividades.

Las prohibiciones parciales no suelen comprender formas indirectas o alternativas de mercadeo y promoción, tales como el patrocinio de eventos particularmente atractivos para los jóvenes.<sup>100, 101</sup> Las prohibiciones parciales permiten que la industria mantenga su capacidad de dirigir la mercadotecnia a los jóvenes que todavía no han comenzado a consumir tabaco y a los consumidores adultos de tabaco que quieran abandonarlo.

## Prohibiciones eficaces

Las instancias normativas deben anunciar la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio mucho antes de la fase de aplicación. Esto ofrece tiempo suficiente para que los medios de difusión y otras empresas encuentren a nuevos anunciantes y patrocinadores. Para reducir el consumo de tabaco, y ser justos con la industria de los medios de difusión en su conjunto, la prohibición debe ser completa. La prohibición completa de la mercadotecnia se debe modificar periódicamente para incorporar las innovaciones tácticas de la industria y tener en cuenta la evolución de la tecnología de los medios. También es posible reducir la publicidad de la industria si no se permite que ésta deduzca de impuestos sus gastos en mercadotecnia y promoción. Aunque la prohibición en los medios de difusión internacionales se suele considerar exenta de realismo, en muchos países donde se publican ediciones nacionales de diarios y revistas internacionales, esas ediciones nacionales respetan las leyes de los países donde se publican. Los servidores locales de Internet pueden bloquear la publicidad inaceptable procedente de sitios web ubicados en otros países. Las emisiones internacionales por satélite se pueden corregir en un enlace descendente centralizado antes de ser transmitidas en un país. También se puede

conseguir aplicar prohibiciones internacionales si países culturalmente próximos prohíben simultáneamente la mercadotecnia del tabaco.

La industria tabacalera suele aducir que no es necesaria una prohibición absoluta de la publicidad, la promoción y el patrocinio, sino que basta con códigos voluntarios y autorregulación. Sin embargo, la industria tabacalera suele incumplir con su propia reglamentación voluntaria porque esta última no tiene fuerza de ley.<sup>102, 103</sup> La industria alegará además que las prohibiciones restringen su derecho a la libertad de expresión, incluido el derecho a promover un producto legal. Esas alegaciones se pueden rebatir eficazmente señalando los daños sanitarios y económicos causados por el tabaco, así como la tendencia de la industria a atraer a los niños, y subrayando que el derecho de las personas a ser libres de adicciones es más importante que los intereses financieros de la industria tabacalera.



**Un futuro brillante y saludable**

# Aumentar los impuestos al tabaco

## **Tributación: la mejor manera de reducir el consumo de tabaco**

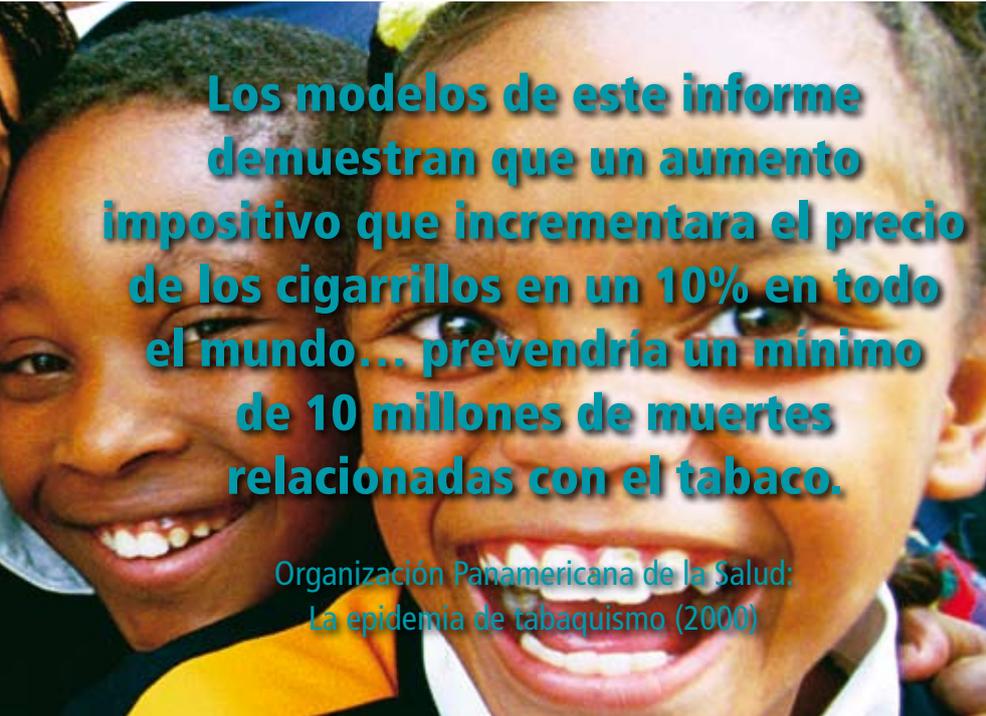
Aumentar los precios del tabaco aumentando los impuestos constituye la manera singular más eficaz de disminuir el consumo y alentar a los consumidores de tabaco a abandonar éste.<sup>66</sup> Mediante un aumento del 70% del precio del tabaco se podría prevenir hasta la cuarta parte de todas las defunciones mundiales relacionadas con el hábito de fumar.<sup>104</sup> Un aumento de los impuestos también beneficia directamente a los gobiernos porque les permite aumentar sus ingresos, y estos últimos se pueden utilizar para el control del tabaco y otros programas sanitarios y sociales importantes.

Los gobiernos de diversas partes del mundo han utilizado durante siglos los impuestos al tabaco. Éstos son bien aceptados por el público y los dirigentes políticos porque el tabaco no es un bien esencial y su tributación

resulta sencilla. Los impuestos al tabaco tal vez sean los más fácilmente aceptados, incluso entre los pobres, porque la mayor parte de la gente entiende que el tabaco es nocivo. En efecto, el aumento de los impuestos al tabaco suele ser el único tipo de aumento de impuestos apoyado por la mayor parte del público. Esos aumentos cuentan con el apoyo de los no fumadores, que siguen siendo la mayor parte de los votantes en la mayor parte de los países, y además reciben cada vez más apoyo de fumadores. La utilización de los ingresos procedentes de esos impuestos para actividades de control del tabaco y otros programas sanitarios y sociales aumenta aún más su popularidad.<sup>104</sup>

## **Los aumentos de los impuestos aumentan los ingresos de los gobiernos**

Al contrario de lo que sostiene la propaganda de la industria tabacalera, los aumentos de los impuestos al tabaco no hacen reducir los ingresos de los gobiernos.<sup>105</sup> Si los impuestos al tabaco aumentan un 10%, el consumo de tabaco por lo general suele disminuir un 4% en los países de ingresos altos y aproximadamente un 8% en los países de ingresos bajos y medianos, mientras que los ingresos procedentes de esos impuestos aumentan casi un 7%.<sup>104,105,106</sup> Aunque las repercusiones de los impuestos son algo mayores en los países de ingresos bajos y medianos,<sup>97</sup> la experiencia ha demostrado que ni siquiera en esos casos disminuyen los ingresos de los gobiernos. Por ejemplo, en Sudáfrica, cada aumento del 10% del impuesto al consumo de cigarrillos ha ido asociado a un aumento de aproximadamente un 6% de los ingresos procedentes de dichos impuestos, de manera que entre 1994 y 2001 esos ingresos se duplicaron con creces.<sup>107</sup>



**Los modelos de este informe demuestran que un aumento impositivo que incrementara el precio de los cigarrillos en un 10% en todo el mundo... prevendría un mínimo de 10 millones de muertes relacionadas con el tabaco.**

Organización Panamericana de la Salud:  
La epidemia de tabaquismo (2000)

## Los aumentos de los impuestos ayudan a los jóvenes y a los pobres

Los aumentos de los impuestos son muy importantes para disuadir del consumo de tabaco a los jóvenes y los pobres, quienes serán los más beneficiados de una disminución de ese consumo. Quienes pertenecen a esos grupos socioeconómicos son mucho más sensibles a los precios de las mercancías. Los precios más elevados del tabaco contribuirán a convencerlos de abandonar éste o no comenzar a consumirlo.

En Sudáfrica, por ejemplo, los impuestos al tabaco aumentaron un 250% durante los años noventa hasta llegar a ser algo menor que el 50% del precio al por menor. El consumo de cigarrillos disminuyó entre un 5% y un 7% por cada aumento del 10% del precio de los cigarrillos, como consecuencia de lo cual ese consumo disminuyó notablemente; las disminuciones mayores se registraron entre los jóvenes y los pobres.<sup>107</sup>

Los representantes de la industria tabacalera y otros sostienen que el aumento de los impuestos al tabaco perjudica a los pobres. En realidad, los aumentos de los impuestos al tabaco hacen aumentar los ingresos fiscales, que se suelen utilizar para financiar programas sociales. Una parte de las nuevas recaudaciones fiscales se pueden utilizar para financiar campañas de publicidad antitabáquica y servicios destinados a los fumadores que quieren dejar de fumar.

Además, los impuestos al tabaco ayudan a los pobres a abandonar el consumo de tabaco, y ello les permite utilizar ese dinero para adquirir bienes esenciales, como alimentos, abrigo, educación y atención sanitaria. Los aumentos de los impuestos que hacen reducir el consumo de tabaco ayudan a las familias pobres a salir de la pobreza y permanecer fuera de ésta. Además, al disminuir las enfermedades relacionadas con el tabaco aumentan la productividad y la capacidad de generar ingresos.

## Los aumentos de los impuestos no hacen aumentar el contrabando

Contrariamente a lo que sostiene la industria tabacalera, los aumentos de los impuestos no impulsan automáticamente un aumento del contrabando. Durante años en España los impuestos eran más bajos y el contrabando era más intenso que en la mayor parte de los demás países europeos, en gran parte debido a una aplicación poco estricta de la legislación impositiva y redes activas de delincuentes. Cuando a fines de los años noventa España aumentó los impuestos al tabaco y fortaleció las medidas encaminadas a hacer cumplir la ley, el contrabando disminuyó espectacularmente mientras que los ingresos procedentes del tabaco aumentaron un 25%.<sup>108</sup>

Es posible reducir el contrabando si en cada paquete destinado a la venta al por menor se pegan timbres fiscales. Una mejor seguridad en las fronteras, medidas encaminadas a reducir el blanqueo de dinero, medidas estrictas de ejecución de la ley y registros gubernamentales eficaces también contribuyen a combatir el contrabando. Los costos de las políticas de estricto cumplimiento de la ley constituyen una fracción de los ingresos adicionales procedentes del aumento de los impuestos al tabaco.

La acción mundial contra el contrabando de tabaco se está fortaleciendo. Las Partes en el Convenio Marco están redactando y negociando un protocolo jurídicamente vinculante sobre comercio ilícito, que permitirá combatir el contrabando y la falsificación como parte de los esfuerzos mundiales encaminados a hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ese protocolo debería aumentar notablemente la coordinación a nivel internacional para abordar esta cuestión importante.

## Políticas tributarias eficaces aplicables al tabaco

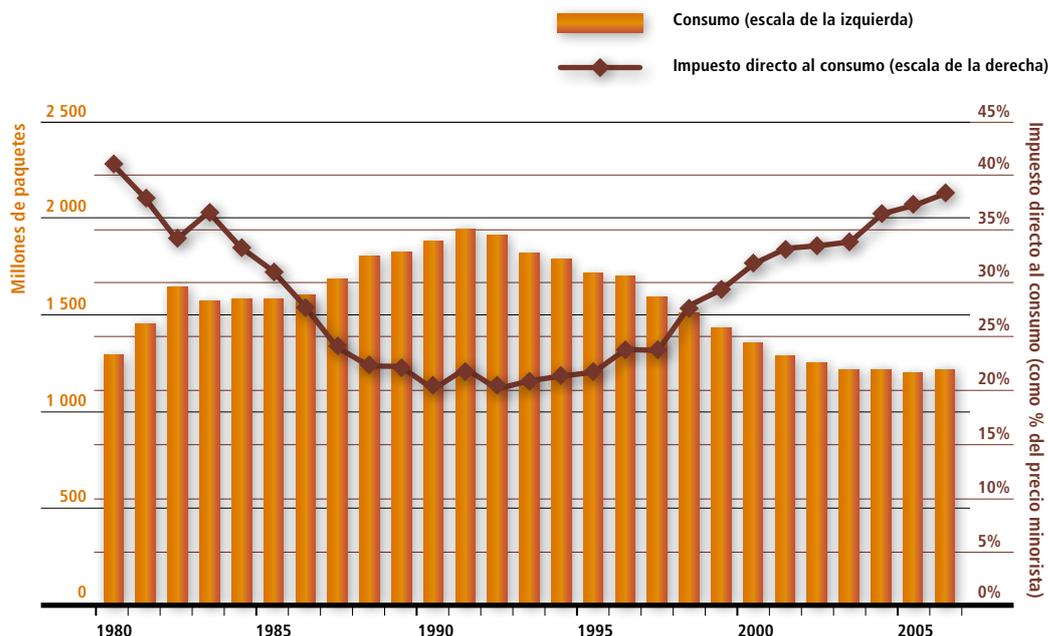
Hay muchos tipos de impuestos al tabaco, pero el más eficaz suele ser un impuesto indirecto de un monto determinado que se recauda por una cantidad determinada de tabaco, como el impuesto que se paga por paquete o por cartón de cigarrillos. Los impuestos indirectos no se deben confundir con los impuestos a la venta o impuestos al valor añadido, que se aplican a todas las mercancías, ni con los impuestos sobre la renta de las sociedades con los que se grava a todas las entidades comerciales. Si establecen un impuesto de un monto específico por unidad de producto de tabaco, los gobiernos pueden evitar que se manipule la tasa impositiva.



**Aplaudamos a los líderes que protegen nuestra salud**

## LOS IMPUESTOS AL TABACO REDUCEN EL CONSUMO

### Relación entre el consumo de cigarrillos y el nivel de impuestos directos al consumo en Sudáfrica



Fuente: van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003. Se obtuvo información adicional en una comunicación personal con C. van Walbeek. ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_south\\_africa\\_taxation.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf), consultado el 6 de diciembre de 2007).

Los impuestos indirectos deben ser sencillos y fáciles de aplicar por los países, y deben ajustarse regularmente teniendo en cuenta la inflación y el poder adquisitivo de los consumidores para que sigan haciendo reducir el consumo de tabaco. Idealmente se deberían aplicar en fábrica y estar

certificados por un timbre, antes que gravarse a nivel del mayorista o del minorista, para reducir la carga administrativa sobre estos últimos y reducir al mínimo la evasión fiscal. El mismo tipo de impuestos indirectos específicos se debe aplicar a los cigarrillos importados.

Todos los productos de tabaco deben ser gravados de forma semejante. Los impuestos a los productos de tabaco baratos deben ser equivalentes a los aplicables a los productos gravados con impuestos más elevados, como los cigarrillos, para prevenir la sustitución del consumo.

## RESUMEN

Las medidas MPOWER no son complejas. En realidad, son lógicas, hay pruebas de su eficacia y están al alcance de los gobiernos. Si estas seis medidas se aplicaran en cada

país como un plan integral, sus repercusiones transformarían la salud pública. Sin embargo, ningún país las ha adoptado plenamente todavía y muy pocos se aproximan siquiera

a ello. Los Estados Miembros tienen mucho que hacer todavía para proteger eficazmente a sus ciudadanos de la epidemia de tabaquismo.

## Debemos encarnar a ser el cambio que queremos ver.

Mahatma Gandhi (1869-1948)

# La situación del control mundial del tabaquismo

## La aplicación de medidas eficaces apenas está comenzando

Un esfuerzo mundial encaminado a aplicar y hacer cumplir el plan MPOWER de medidas eficaces permitiría hacer retroceder la epidemia de tabaquismo y ayudar a los países a aprovechar su compromiso asumido con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco a fin de proteger la salud de su población. En el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008* se describe la situación actual del control del tabaquismo en los Estados Miembros con miras a establecer puntos de referencia y seguir de cerca los progresos de las actividades del control del tabaco en el mundo. Este informe muestra lo que han realizado ya los gobiernos de los países, y lo que aún queda por hacer.

La OMS recabó de todos los Estados Miembros información sobre las seis medidas MPOWER.

Para ello se pasó revista a los informes de los países, se analizaron documentos originales (por ejemplo textos de leyes y reglamentaciones) y se celebraron consultas oficiales con expertos de los países acerca del cumplimiento de la legislación. Para este primer informe se disponía de al menos algunos datos procedentes de 179 Estados Miembros y un territorio, en los cuales vive el 99% de la población mundial. Aunque se ha hecho todo lo posible para obtener datos válidos comparables, se trataba del primer intento mundial de esa naturaleza; en los futuros informes se corregirán deficiencias e incoherencias.

La principal conclusión de esta primera evaluación mundial sistemática es que casi todos los países deben hacer mucho más para detener la epidemia de tabaquismo. Aunque se han hecho progresos en los últimos años,

ningún gobierno está aplicando plenamente todas las intervenciones eficaces decisivas, que son las siguientes: vigilancia, ambientes sin humo, tratamiento de la dependencia del tabaco, advertencias sanitarias en los envases, prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio, e impuestos al tabaco. Quedan muchos desafíos por delante, pero éstos también ofrecen a los dirigentes de los países la oportunidad de poner freno a una de las peores crisis sanitarias de los tiempos modernos.

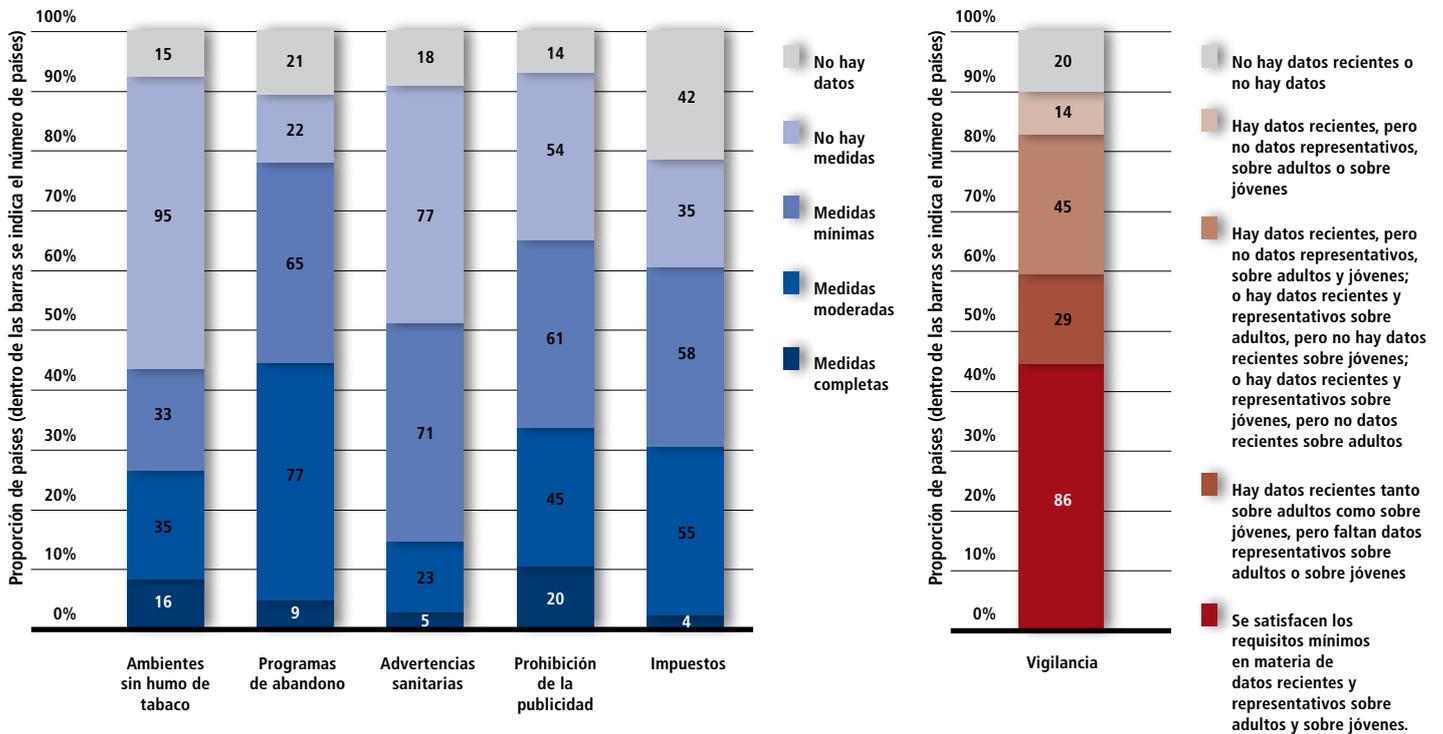
---

Obsérvese que, en toda esta sección, las cifras referentes al porcentaje de la población mundial cubierta por alguna medida determinada se han extrapolado de la población de la muestra de países sobre los cuales se obtuvieron respuestas a esa pregunta en particular.



**Imaginemos un mundo libre de tabaco**

## SITUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO EN EL MUNDO



\* Con respecto a los impuestos, «no hay medidas» significa que el impuesto al consumo es de un 25% o menos. En lo concerniente a los ambientes sin humo, «no hay medidas» significa que no hay legislación sobre ambientes sin humo o legislación sobre ambientes sin humo en centros de salud o instituciones docentes.

**La industria ha ocultado sistemáticamente la información sobre los efectos nocivos de fumar, ha aprovechado el poder de sus inversiones publicitarias para disuadir a las revistas no especializadas de que informen sobre los efectos sanitarios de fumar y ha recurrido a otros métodos para reducir la información disponible a los fumadores.**

Organización Mundial de la Salud: *The World Health Report 1999*

## Más de la mitad de los países carecen de información mínima procedente de una vigilancia

La vigilancia permite obtener datos esenciales que los gobiernos necesitan para combatir la epidemia de tabaquismo. Una vigilancia integral permite seguir de cerca el consumo de tabaco y las actitudes y conocimientos del público sobre el tabaco, y permite a los gobiernos documentar la magnitud y la naturaleza de la epidemia, dirigir las intervenciones a grupos específicos, vigilar los efectos de diversas medidas y mejorar éstas según sea necesario. Para este primer informe, la OMS evaluó las actividades de vigilancia desplegadas a nivel de país mediante encuestas sobre el consumo de tabaco entre jóvenes y adultos.

Sólo 86 de los 193 Estados Miembros tienen datos recientes nacionalmente representativos sobre adultos y jóvenes. Más de la mitad de la población mundial vive en zonas que carecen de una información reciente mínimamente adecuada sobre el consumo de tabaco. Los sistemas de vigilancia son particularmente débiles en los países de ingresos bajos y medianos; los países de ingresos altos tienen más posibilidades de recoger al

menos información mínimamente adecuada de vigilancia (el 73% de dichos países) en comparación con los de ingresos medianos (el 43% de éstos) o los de ingresos bajos (el 24% de éstos). Pero la vigilancia básica no es necesariamente costosa, si no que está al alcance de casi todos los países.

En 44 de los 127 países con encuestas recientes representativas sobre adultos se recogieron datos utilizando instrumentos internacionales tales como la Encuesta Mundial de Salud o el método progresivo (STEPwise) para la vigilancia (STEPS).<sup>109</sup> De esos 127 países, 25 tienen datos subnacionales de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes y 68 tienen datos nacionales de dicha encuesta. Esto significa que, de los 86 Estados Miembros que disponen de datos recientes nacionalmente representativos sobre adultos y jóvenes, la quinta parte generaron ellos mismos sus datos sin apoyo internacional.

Se requiere una vigilancia mucho más completa, en especial en los 108 países que carecen totalmente de datos o tienen datos nacionales desactualizados o no representativos. Iniciativas tales como la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos, la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y

los Jóvenes y el enfoque gradual (STEPS) de la OMS son decisivas para fortalecer la capacidad de vigilancia del tabaco en la mayor parte de los países.

## Sólo el 5% de la población mundial está cubierta por leyes completas sobre ambientes sin humo

Los ambientes sin humo de tabaco son decisivos para proteger la salud de los fumadores y no fumadores, así como para enviar un mensaje claro en el sentido de que fumar en lugares públicos no está socialmente aceptado. Las leyes sobre ambientes sin humo protegen a los trabajadores contra sustancias químicas que causan cáncer y modifican la coagulación sanguínea y la afluencia de sangre al corazón, y esas leyes constituyen un fuerte incentivo para que los fumadores abandonen el tabaco. Sólo los ambientes completamente libres de humo, sin espacios interiores para fumadores y con una buena observancia, permiten proteger a los trabajadores y al público y alentar a los fumadores a abandonar el tabaco. Las excepciones dificultan la observancia y anulan la eficacia de las leyes sobre ambientes sin humo.



**¡Reclamemos MPOWER!**

Aunque un número cada vez mayor de países han adoptado legislación por la que se establecen obligatoriamente ambientes sin humo de tabaco, la abrumadora mayoría de los países carecen de esa clase de leyes o tienen leyes muy limitadas o adolecen de inobservancia.

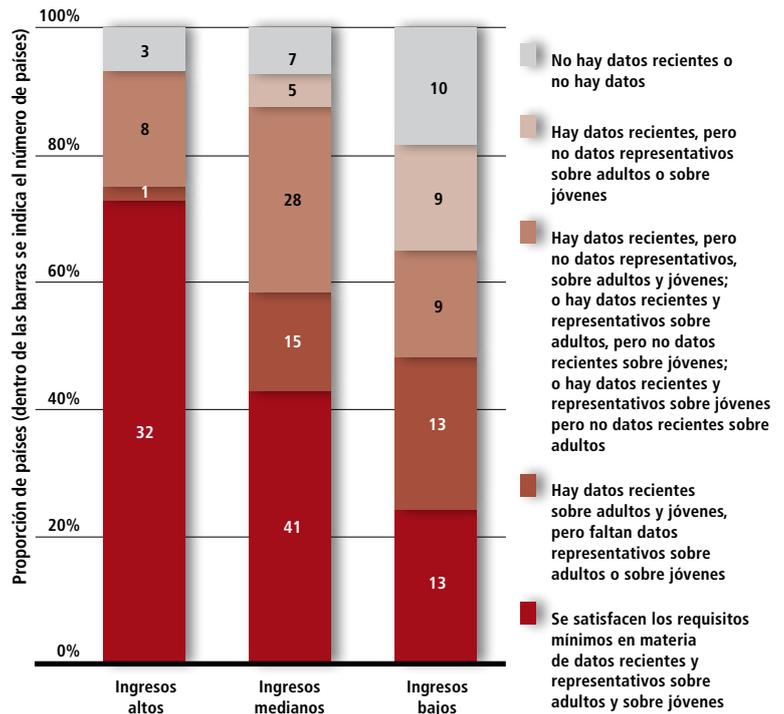
Proteger a los niños y los enfermos debería ser una prioridad en todos los países, pero en 74 países (más del 40% de los 179 países y un territorio que comunicaron información sobre la situación de las leyes sobre ambientes sin humo) se permite todavía fumar en instituciones de atención sanitaria, y en aproximadamente el mismo número de países se sigue permitiendo fumar en las escuelas. Como resultado, casi la mitad de la población mundial vive en países cuyos gobiernos no la protegen del humo de segunda mano en hospitales, y en aproximadamente el 40% de los países no se protege a los niños del humo de segunda mano en las escuelas. Un total de 80 países no prohíben fumar en las escuelas o en los hospitales, o en ninguno de los dos, por lo que no protegen a los escolares ni/o a los enfermos.

Más de la mitad de los países, donde viven casi las dos terceras partes de la población mundial, permiten fumar en oficinas públicas, lugares de trabajo y otros

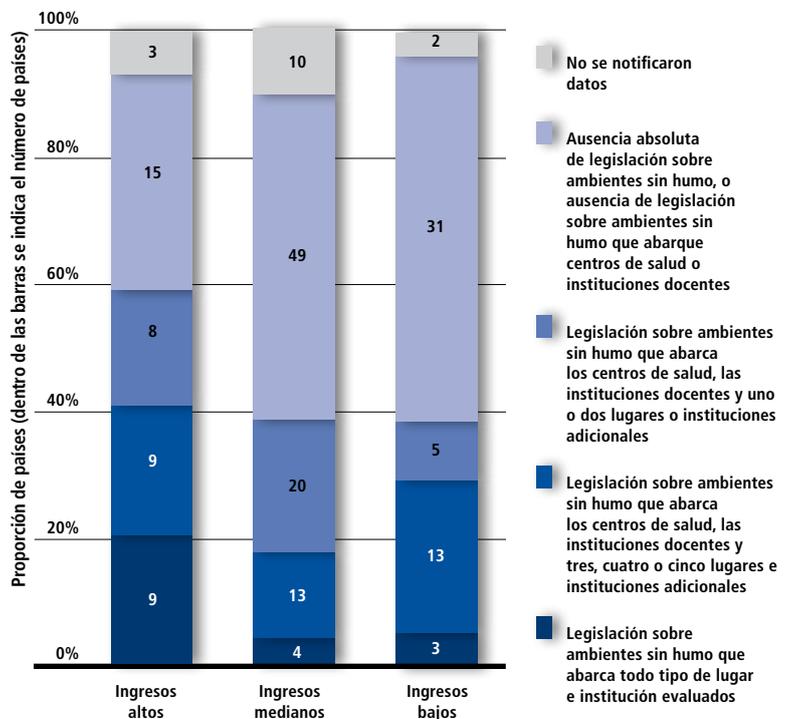
**En el mercado en su conjunto hay áreas de fuerte crecimiento, sobre todo en Asia y África. ... Ofrecen perspectivas muy interesantes.**

Documento interno de British American Tobacco (1990)

## INFORMACIÓN SOBRE VIGILANCIA



## LEGISLACIÓN SOBRE AMBIENTES SIN HUMO



espacios interiores. Por consiguiente, la mayor parte de los oficinistas del mundo se ven forzados a respirar humo de tabaco ajeno. Sólo 24 (el 13%) de los 179 países y un territorio protegen a los trabajadores de los restaurantes contra el humo de tabaco; aunque cualquier país puede aplicar leyes sobre ambientes sin humo, la proporción de países de ingresos altos donde hay restaurantes sin humo (12 de 41, o sea un 29%) es más de tres veces superior a la proporción de países de ingresos bajos y medianos (y un territorio) que tienen medidas semejantes (12 de 139, o sea un 9%). Las encuestas muestran sistemáticamente que, en los países y regiones en los cuales está prohibido fumar en los establecimientos donde se come y se bebe, la legislación correspondiente es muy popular y la gran mayoría de la población no quiere retroceder a la época en que los restaurantes y bares estaban llenos de humo.

Aunque proteger los derechos de no fumadores a respirar aire sin humo está al alcance de todos los países, sólo 16 países, donde vive sólo el 5% de la población mundial, tienen leyes sobre ambientes sin humo que abarcan todas las instituciones comprendidas en esta evaluación. Según un grupo independiente de cinco expertos en cada país, la observancia de las leyes sobre ambientes sin humo era casi uniformemente baja. Las prohibiciones supuestamente totales que no se hacen cumplir no protegen contra la exposición al humo de segunda mano. Las prohibiciones mínimas, aunque se hagan cumplir, tampoco protegen lo suficiente.

De los países que han notificado tener leyes moderadas o completas sobre ambientes sin humo, sólo la tercera parte ha documentado niveles de observancia aunque sea moderados (puntuaciones de tres o más sobre 10). Sólo cuatro países llegaron a una puntuación de ocho o más (sobre un máximo de 10 puntos posibles) y sólo dos países (Uruguay y Nueva Zelanda) tienen a la vez leyes completas sobre ambientes sin humo y una observancia de ocho o más. En Europa hay muchos países con ambientes absolutamente libres de humo; para el presente informe no se disponía de

una evaluación independiente del grado de observancia de las leyes sobre ambientes sin humo en Europa. En otros países se han promulgado leyes completas sobre ambientes sin humo, por ejemplo Uganda y el Níger, pero en muchos casos la observancia sigue siendo un desafío. Algunos países han hecho grandes adelantos hacia la protección de los ciudadanos contra el humo de segunda mano.

En marzo de 2004, Irlanda pasó a ser el primer país del mundo en establecer entornos laborales interiores y lugares públicos sin humo, incluidos restaurantes, bares y pubs, y en disfrutar de ellos. Tres meses después entró en vigor la legislación noruega sobre ambientes sin humo. Desde entonces muchos países, entre ellos Italia y el Uruguay, han seguido esos ejemplos, al igual que muchas ciudades del mundo. La mayor parte de la población del Canadá, Australia y los Estados Unidos de América está protegida por legislación estatal o local sobre ambientes sin humo.

Aunque la experiencia del Uruguay y otros lugares muestra que cualquier país o jurisdicción, independientemente de la cuantía de sus recursos, puede adoptar y hacer cumplir una prohibición completa del humo de tabaco, sólo una pequeña proporción de la población mundial está

suficientemente protegida contra los peligros del humo de segunda mano. La mayor parte de los países muy populosos que tienen un gran número de fumadores no limitan efectivamente el humo de tabaco en los lugares públicos. Para prevenir la morbilidad y la mortalidad de los trabajadores y del público en general, es necesario que los gobiernos hagan cumplir las leyes vigentes sobre ambientes sin humo de manera más eficaz y promulguen y hagan cumplir leyes completas que protejan a todos del humo de segunda mano.

---

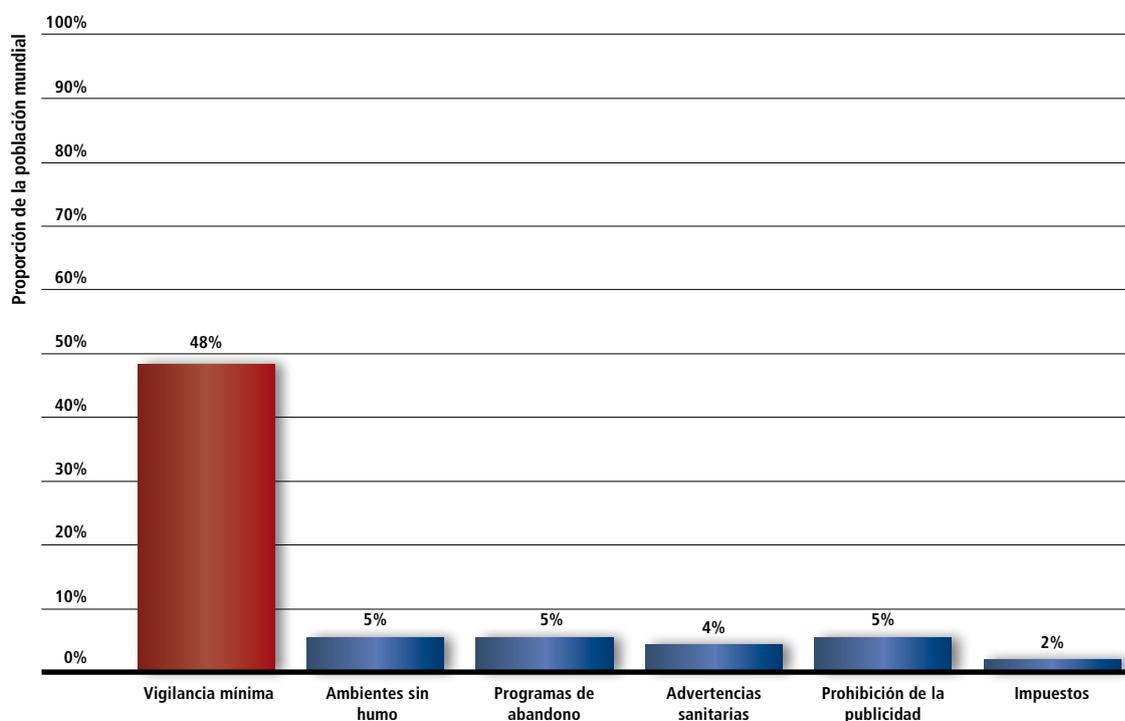
### **Pocos consumidores de tabaco reciben la ayuda que necesitan para abandonar el hábito**

Muchos consumidores de tabaco quieren abandonar éste para salvar la propia vida y proteger la salud de sus familiares, pero no consiguen hacerlo debido a su adicción a la nicotina. La gran mayoría de los países no ayuda a los consumidores de tabaco que quieren abandonar el hábito. En la actualidad, sólo nueve de los 173 Estados Miembros informantes ofrecían el nivel de apoyo máximo previsto en la evaluación, que comprende un abanico completo de modalidades de tratamiento y subvenciones financieras al menos parciales. Esos países



**¡Ustedes tienen poder!**

## PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL PROTEGIDA POR MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO



Para más detalles sobre las categorías máximas, remítase al gráfico de la página 43 sobre la situación de las medidas de control del tabaco en el mundo

**Nuestra falta de progresos en materia de control del tabaco obedece más a la falta de aplicación de estrategias de eficacia demostrada que a la falta de conocimientos sobre la acción necesaria.**

David Satcher,  
antiguo Cirujano General de los Estados Unidos de América

representan sólo un 5% de la población mundial, es decir que el 95% restante carece de acceso a un tratamiento de la dependencia del tabaco.

Hay una amplia variedad de servicios eficaces para dejar de fumar, que comprenden un breve asesoramiento sistemático proporcionado por los trabajadores de salud, líneas telefónicas para dejar de fumar y medicamentos que se pueden adquirir en comercios minoristas si no los suministran directamente los programas de atención sanitaria de salud pública. En la actualidad 22 países no ofrecen a los consumidores de tabaco ninguna ayuda consistente en servicios básicos, por ejemplo de consejo psicológico o farmacoterapia. En 39 países es imposible obtener tratamiento de sustitución con nicotina aunque uno pueda pagarlo. Las líneas telefónicas para dejar de fumar, relativamente poco costosas, son asequibles para muchos países; sin embargo se ofrecen en sólo 44 países, donde vive menos de las dos quintas partes de la población mundial.

El Gobierno del Reino Unido estableció dentro del Servicio Nacional de Salud un servicio completo para dejar de fumar; ofrece consejo psicológico, apoyo y medicamentos a los fumadores que quieran dejar de fumar. En 2004, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido dispuso unos dos millones de recetas de tratamiento de sustitución con nicotina, cuyo valor aproximado era de £ 44 millones (unos US\$ 90 millones al tipo de cambio de 2007). Una evaluación permitió constatar que esos servicios de ayuda para dejar de fumar reducían las desigualdades de salud, lograban en 52 semanas aproximadamente un 15% de abandono a largo plazo (resultados comparables con los de los ensayos clínicos) y resultaban costoeficaces.<sup>110</sup>

En 2004 el Gobierno del Brasil comenzó a financiar el tratamiento para dejar de fumar. Este último comprende asesoramiento breve por personal de salud y la dispensa gratuita de productos farmacéuticos tales como bupropión y parches de nicotina. Entre 2004 y 2006, 22 de los 26 estados y un distrito

federal brasileños ayudaron a unos 50 000 fumadores que querían dejar de fumar; de ese total, aproximadamente un 45% utilizó medicamentos y aproximadamente un 40% guardaba abstinencia al cabo de cuatro semanas. El Brasil también tiene una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar patrocinada por el Gobierno; ese número de teléfono debe figurar impreso en las advertencias sanitarias de todos los productos de tabaco, así como en la publicidad que aparece en los puntos de venta al por menor.<sup>111</sup>

Habida cuenta de la enorme carga de morbilidad y mortalidad ocasionadas por el tabaco y de la existencia de un tratamiento eficaz, los servicios de ayuda para dejar de fumar deben formar parte de los servicios públicos de atención sanitaria. Mientras que algunos tipos de tratamiento para dejar de fumar son menos costosos que otros, todos requieren gastos gubernamentales que algunos países pueden tener dificultades para financiar. Un elemento decisivo de la solución es incorporar los servicios de ayuda al abandono del tabaco en los programas existentes de atención sanitaria. Mediante aumentos de los impuestos al tabaco se puede financiar el tratamiento de apoyo al abandono, lo que permitirá salvar vidas y reducir enormemente la carga de morbilidad y las pérdidas económicas causadas por la epidemia.

## En pocos países son completas las advertencias en los paquetes

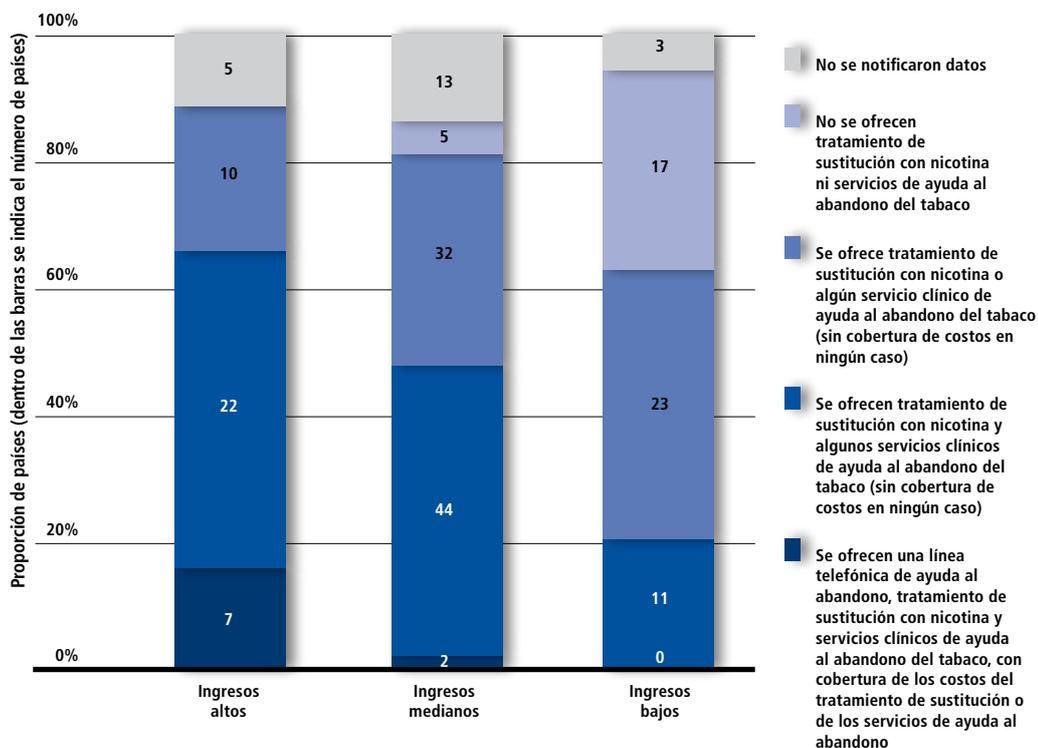
Advertir a la gente acerca de los peligros del consumo de tabaco es esencial y se puede conseguir de muchas maneras. En este primer informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo se ha pasado revista a las exigencias de los países en materia de tamaño y características de las advertencias sanitarias que han de figurar en los envases de tabaco; estas últimas permiten difundir información sanitaria sin costos para los gobiernos, salvo el de hacer cumplir las exigencias. También se ha pasado revista a las actividades de los gobiernos encaminadas a impedir la utilización de expresiones engañosas, tales como «livianos» o «con bajo contenido de alquitrán». En los informes futuros se evaluará una variedad más amplia de medidas de educación del público, por ejemplo campañas que tengan ese objetivo.

Las advertencias en los paquetes deben cubrir al menos la mitad de las superficies expuestas, ser rotativas y llevar imágenes rotativas. La difusión amplia de etiquetas con advertencias eficaces transmite conocimientos importantes acerca de las amenazas sanitarias del tabaco contrarios a la desinformación que propaga la industria tabacalera.



**La corriente actual favorece la legislación de control del tabaco**

## TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO



**El tabaco causa  
1 de cada 10 defunciones  
de adultos en el mundo.**

Organización Mundial de la Salud:  
*Informe sobre la salud en el mundo 2002*

Las advertencias sanitarias poco convincentes en los paquetes de tabaco, o la falta absoluta de advertencias, siguen siendo lo más frecuente a escala mundial. Como resultado, se desaprovecha la forma más barata de dar a conocer a los consumidores actuales y potenciales de tabaco los riesgos sanitarios de éste. De los 176 países que facilitaron información sobre las advertencias en los paquetes, sólo 15 países, donde vive el 6% de la población mundial, exige advertencias con imágenes (que cubran al menos el 30% de la superficie principal) en los paquetes de cigarrillos y otros productos de tabaco, y sólo cinco países, donde vive el 4% de la población mundial, cumplen con todos los criterios relativos a las advertencias en los paquetes. Estos países, que se encuentran en diferentes regiones y tienen características sociales y niveles de ingresos diferentes, muestran lo que se puede y se debe hacer.

De los países que suministraron información, 77 no obligan en absoluto a colocar advertencias. En 25 países las advertencias obligatorias en los paquetes ocupan menos del 30% de la superficie principal expuesta; la mayor parte de esas advertencias son muy pequeñas. En otros 45 países las advertencias ocupan el 30% de la superficie principal expuesta, y en sólo 29 países son mayores que el 30% de la superficie principal expuesta. Los textos de las advertencias suelen ser poco

convincientes y expresar vagamente que el tabaco es nocivo para la salud sin mencionar las enfermedades específicas que causa. En sólo 66 países la ley prohíbe la utilización de expresiones mercadotécnicas engañosas de la industria tabacalera tales como «livianos» y «con bajo contenido de alquitrán» en los envases de tabaco. Más del 40% de la población mundial vive en países donde no se impide que la industria tabacalera utilice estas y otras expresiones equívocas y engañosas.

En algunos países los paquetes llevan advertencias eficaces. Tailandia exige que cada paquete de cigarrillos lleve una advertencia sanitaria con imágenes que cubra al menos el 50% de ambas caras principales del paquete. Esas advertencias llamativas con imágenes de dientes en estado de putrefacción, pulmones ennegrecidos y bebés respirando humo de tabaco fueron declaradas obligatorias por el Gobierno pese a las amenazas de acción judicial proferidas por una empresa tabacalera.

Los países pueden mejorar fácilmente sus políticas aumentando los tamaños de las advertencias, dando más fuerza a los textos de estas últimas y acompañando las mismas con imágenes. En los países donde no son obligatorias las advertencias eficaces en los paquetes ni se prohíben expresiones engañosas y equívocas, la población no

se beneficia de la forma más elemental de protección ante una grave amenaza para la salud puesto que no recibe información exacta ni está a salvo de los engaños de la industria tabacalera.

## En pocos países se hacen cumplir las prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco

Para sobrevivir y prosperar, la industria tabacalera debe mantener adictos a sus clientes actuales y atraer a nuevos consumidores hacia sus productos adictivos mortíferos. Para conseguirlo gasta decenas de miles de millones de dólares por año en publicidad, promoción y patrocinio. Una de las maneras más eficaces de proteger la salud de la población de un país consiste en prohibir toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, y unos pocos países lo han hecho.

Han adoptado prohibiciones completas sólo 20 de los 179 países (y un territorio) que respondieron a las preguntas sobre prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio; en esos 20 países vive sólo el 5% de la población mundial. Otros 106 Estados Miembros han adoptado prohibiciones mínimas o moderadas de la



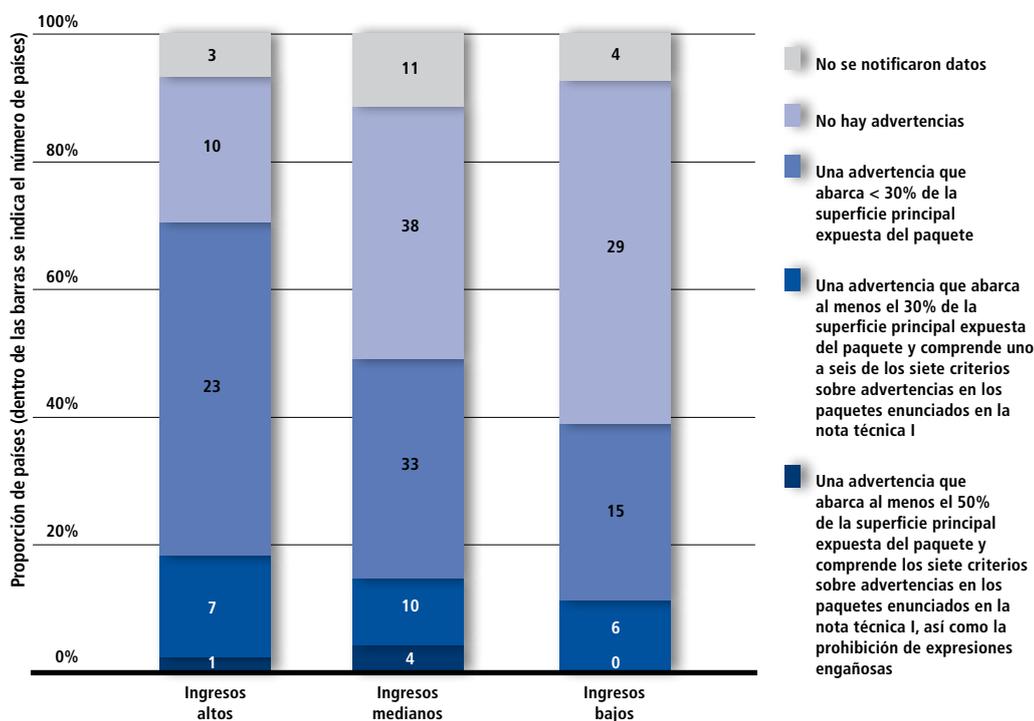
**Pertenezca al equipo ganador**

publicidad, la promoción y el patrocinio por la industria tabacalera, y 54 países carecen absolutamente de restricciones. Los países han promulgado prohibiciones completas, moderadas o mínimas en proporciones aproximadamente iguales, independientemente de su riqueza relativa, lo cual muestra claramente que prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio está al alcance de todos los países.

La evaluación de la prohibición de la publicidad por un país se basa en su legislación aplicable a las actividades promocionales de la industria tabacalera y en la aplicabilidad de dicha legislación a la mercadotecnia directa o indirecta. La mercadotecnia directa se concentra en toda forma de publicidad. La indirecta abarca descuentos de los precios, regalo de productos y patrocinio de eventos deportivos, festivales y espectáculos.

En muchos países la legislación prohíbe algunas actividades de publicidad, promoción y patrocinio, pero esa legislación no se hace cumplir sistemáticamente. Notificaron puntajes de observancia de ocho o más (en una escala de 0 a 10) 30 de 58 países donde se sometía a evaluación por expertos la observancia de toda forma de prohibición de la publicidad directa, y 17 de 53 países donde se sometía a evaluación

## ADVERTENCIAS SANITARIAS



**Las imágenes vívidas, en combinación con advertencias sanitarias y mensajes explicativos, tienen por objeto hacer conocer mejor a los consumidores los efectos sanitarios del tabaquismo, fomentar el abandono de éste, desalentar el inicio del consumo y prevenir las recaídas.**

Department of Health and Ageing, Australia (2004)

por expertos la observancia de todo tipo de prohibición de la promoción indirecta. Aunque se hagan cumplir, las prohibiciones parciales tienen efectos limitados porque las tabacaleras pueden recurrir a otras formas de mercadotecnia. Si se prohíbe la publicidad por televisión, las empresas tabacaleras pueden hacer publicidad en revistas y carteles. Si se prohíben estas formas de publicidad, las empresas recurren a patrocinar eventos, ofrecer descuentos y regalar productos.

De los países que facilitaron datos sobre prohibición de la mercadotecnia directa, las dos terceras partes prohíben la publicidad del tabaco por los canales locales de televisión. Aunque ésta es la modalidad de restricción más frecuente, la tercera parte de los países informantes siguen permitiendo la publicidad por televisión más de 40 años después de la abolición de ésta en otros países. La publicidad en revistas locales y carteles está prohibida sólo en algo más de la mitad de los países. Menos de la mitad de los países prohíben otras prácticas de publicidad. En casi la tercera parte de los países está prohibida la publicidad en los puntos de venta de tabaco al por menor. Rara vez se controla la publicidad por Internet; sólo 26 países notifican que prohíben la publicidad en línea.

En la esfera de la prohibición de la mercadotecnia indirecta, sólo 75 países, donde vive menos de la mitad de la población mundial, prohíben la distribución gratuita de productos de tabaco. Una de las medidas menos aprovechadas es la prohibición de la utilización de extensiones de marcas, es decir la utilización de marcas de tabaco en otros productos tales como

prendas de vestir. En sólo la tercera parte de los países se prohíben las extensiones de marcas. Sólo 59 países, aproximadamente la tercera parte de los que informaron sobre esta medida y donde vive sólo la tercera parte de la población mundial, prohíben los descuentos de los precios al por menor; éstos son un señuelo para que los jóvenes, muy sensibles a los precios, pasen a ser adictos.

Queda mucho por hacer, pero algunos países muestran el camino. En Noruega la prohibición de la publicidad del tabaco está en su cuarto decenio. La industria tabacalera y sus aliados combatieron esa prohibición durante años con muchas declaraciones falsas y presagiaron que la prohibición perjudicaría la economía del país, pero esa predicción no se ha hecho realidad. La prohibición de la publicidad parece haber contribuido a disminuir el consumo de tabaco, en particular entre los jóvenes.<sup>112</sup>

En muchos países se aplican algunas restricciones a la promoción por la industria tabacalera, pero en la mayor parte del mundo esa clase de restricciones siguen siendo incompletas y, donde están presentes, la observancia suele ser escasa. Convertir las medidas vigentes en prohibiciones completas de toda publicidad, promoción y patrocinio directos e indirectos debería ser el objetivo de los dirigentes de todo país.

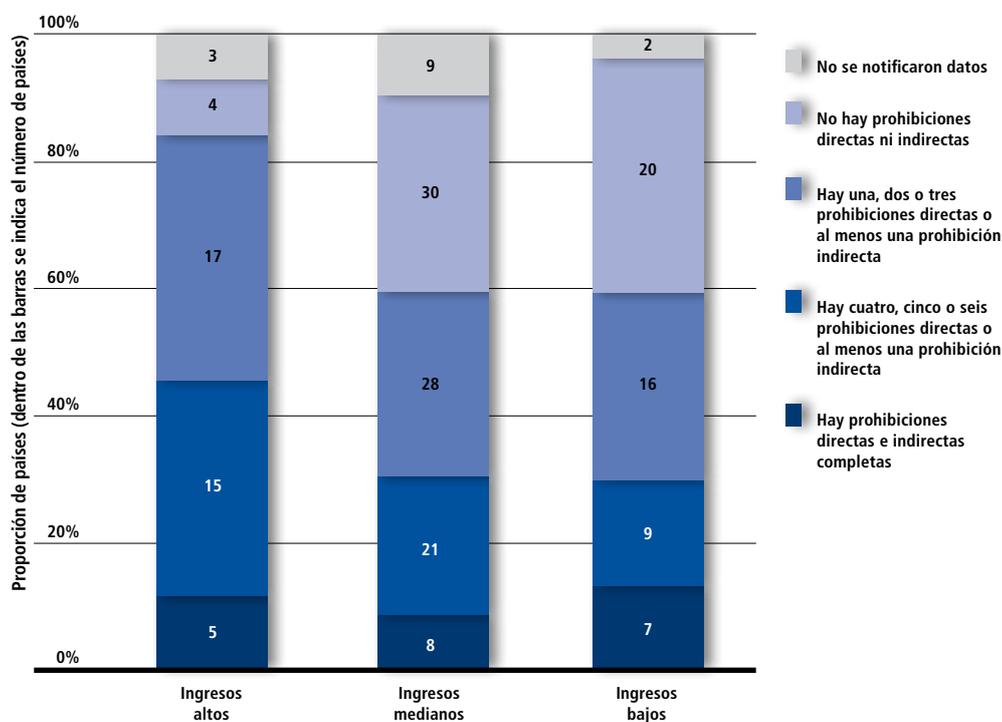
## Los países pueden salvar vidas si aumentan los impuestos al tabaco

El incremento de los impuestos al tabaco constituye la manera más eficaz de reducir el consumo de éste, además de aumentar los ingresos de los gobiernos. Aunque en muchos países han aumentado los impuestos al tabaco, éstos siguen siendo bajos en la gran mayoría de los países. Habida cuenta de la inflación y el aumento del poder adquisitivo de los consumidores, los cigarrillos están pasando a ser relativamente más asequibles incluso en muchos países donde los impuestos representan gran parte del precio de compra. Por otra parte, en muchos países los impuestos bajos de los productos de tabaco para fumar diferentes de los cigarrillos (por ejemplo bidis y kreteks) y los precios bajos de las marcas baratas de cigarrillos reducen los posibles beneficios sanitarios de los impuestos al tabaco y pueden menoscabar otras intervenciones de control del tabaco. Los países podrían reducir considerablemente el consumo de tabaco y salvar vidas aumentando los impuestos al tabaco.

En el conjunto de los 152 países que suministraron información, los impuestos a los cigarrillos oscilan entre casi cero y más



## PROHIBICIÓN DE LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO



... las empresas tabacaleras explotan y reclutan combativamente a muchachas y mujeres... En los anuncios publicitarios de cigarrillos se promete emancipación, mientras que para la mujer fumar es en realidad otra forma de servidumbre.

Judith Mackay, Directora de Asian Consultancy on Tobacco Control

de un 80%. La mayor parte de los países podrían aumentarlos considerablemente. La cuarta parte de los países notifican impuestos inferiores al 25% del precio del tabaco al por menor. Sólo cuatro países, donde vive el 2% de la población mundial, aplican impuestos superiores al 75% del precio minorista. Mientras que más de las cuatro quintas partes de los países de ingresos altos gravan el tabaco con impuestos superiores al 50% del precio al por menor, menos de la cuarta parte de los países de ingresos bajos y medianos gravan el tabaco con impuestos de un 50% o más del precio minorista. Esta situación es especialmente preocupante debido al viraje de la epidemia de los países de ingresos altos a los países en desarrollo.

El aumento de los impuestos al tabaco es fundamental en todos los países. Muchos ya los están aumentando sin que por ello aumente el contrabando ni se experimenten otros efectos económicos negativos vaticinados por la industria tabacalera. En Sudáfrica, los aumentos de los impuestos al tabaco han dado lugar a una duplicación de los precios de los cigarrillos al por menor y un gran aumento de los ingresos fiscales en el decenio de 1990. Durante el mismo periodo, el consumo de cigarrillos disminuyó espectacularmente; alrededor de un 40% de esa disminución obedecía a que los

consumidores dejaban de fumar. La mayor disminución se registró entre los jóvenes y los asalariados de bajos ingresos, quienes más tienden a dejar de fumar cuando aumentan los precios.<sup>107</sup>

Los aumentos de los impuestos constituyen la medida más eficaz de control del tabaco. Permiten reducir el consumo y los costos de la atención sanitaria, ayudan a las familias a economizar dinero al reducir su consumo de tabaco y aumentan los ingresos gubernamentales con los cuales se contribuye a pagar las intervenciones de control del tabaco y otras prioridades de política.

### La financiación del control mundial del tabaco es insuficiente

La falta de fondos para combatir la epidemia de tabaquismo es injustificable. Los 89 países que notificaron estimaciones sobre sus presupuestos de control del tabaco gastan en conjunto US\$ 343 millones al año, de los cuales el 95% se gastan en países de ingresos altos y casi el 90% se gastan en siete de ellos. En cambio, alrededor de un 4% del total mundial se gasta en países de ingresos medianos, y menos del 1% se gasta en países de ingresos bajos.

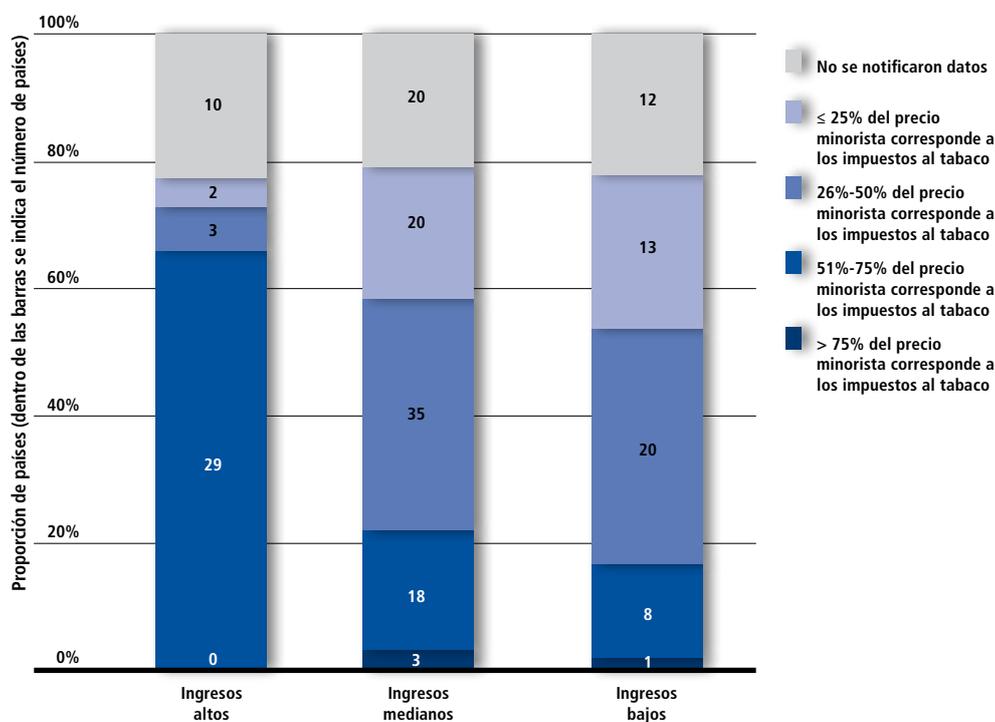
Los ingresos procedentes de los impuestos al tabaco ofrecen grandes posibilidades de financiar actividades de control del tabaco, y los datos demuestran que en la mayor parte de los países queda un margen considerable para utilizar los recursos nacionales actualmente disponibles a fin de aumentar considerablemente la financiación del control del tabaco. Una comparación de los ingresos totales procedentes de los impuestos al tabaco y los gastos en actividades de control del tabaco en los respectivos países es reveladora. Los datos compilados de 70 países, donde viven las dos terceras partes de la población mundial, muestran que los ingresos totales procedentes de los impuestos al tabaco en esos países son más de 500 veces superiores a los gastos en actividades de control del tabaco.

Los países de ingresos bajos con información disponible, cuya población en su conjunto es de 2000 millones, recaudan US\$ 13 800 millones en ingresos procedentes de los impuestos al tabaco (aproximadamente US\$ 7 per cápita) y gastan aproximadamente US\$ 1,5 millones en actividades de control del tabaco (menos de la décima parte de un centavo per cápita), o sea una razón de más de 9100:1. Los países de ingresos medianos con información disponible, cuya población en su conjunto es de 1 900 millones, recaudan US\$ 52 700



Vidas felices sin tabaco

## NIVELES DE IMPUESTOS AL TABACO



**En las familias pobres de los países en desarrollo, la proporción del gasto del hogar dedicado a la compra de productos de tabaco puede fácilmente llegar al 10% del total.**

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Informe del Secretario General (2004)

millones (aproximadamente US\$ 28,40 per cápita) en impuestos al tabaco y gastan aproximadamente US\$ 12,5 millones en actividades de control del tabaco (apenas más de medio centavo per cápita), o sea una razón de casi 4 200:1. Los países de ingresos altos recaudan US\$ 110 000 millones en ingresos totales procedentes de los impuestos al tabaco (aproximadamente US\$ 205 per cápita) y gastan aproximadamente US\$ 321,3 millones en actividades de control del tabaco para una población de 536 millones (60 centavos per cápita), o sea una razón injustificablemente elevada todavía, de aproximadamente 340:1, pero mucho menor que la de los países de ingresos bajos y medianos.

La dotación de personal para programas de control del tabaco es igualmente desalentadora. De los 174 países que presentaron datos a ese respecto, 129 (el

75%) tienen un organismo nacional/federal o una unidad técnica responsable del control del tabaco. En 45 países (el 25%) no existe ningún organismo de ese tipo. De los países que han establecido un organismo de control del tabaco, 86 (el 67%) presentaron datos sobre la dotación de personal, en total el equivalente de aproximadamente 604 personas a tiempo completo. Sin embargo, de ese total 179 personas (el 30% del total agregado mundial) corresponden a un solo país, el Canadá, y 153 corresponden a otros cinco países. Queda el equivalente de 272 personas a tiempo completo en el conjunto de los 80 países informantes restantes, o sea el equivalente de aproximadamente 3,4 personas a tiempo completo por país.

En conjunto, los países de ingresos bajos y medianos notificaron como promedio cinco personas por país, y los de ingresos altos

notificaron como promedio 18 personas por país. Aunque varios países muy populosos con gran número de fumadores no presentaron datos sobre la dotación de personal, las cifras disponibles muestran claramente que muchos gobiernos nacionales podrían beneficiarse de un compromiso más firme con el control del tabaco. Un programa de control del tabaco eficaz con una buena dotación de personal puede desplegar esfuerzos encaminados a aplicar intervenciones eficaces que permitan reducir el número de consumidores de tabaco y salvar millones de vidas.

## RESUMEN

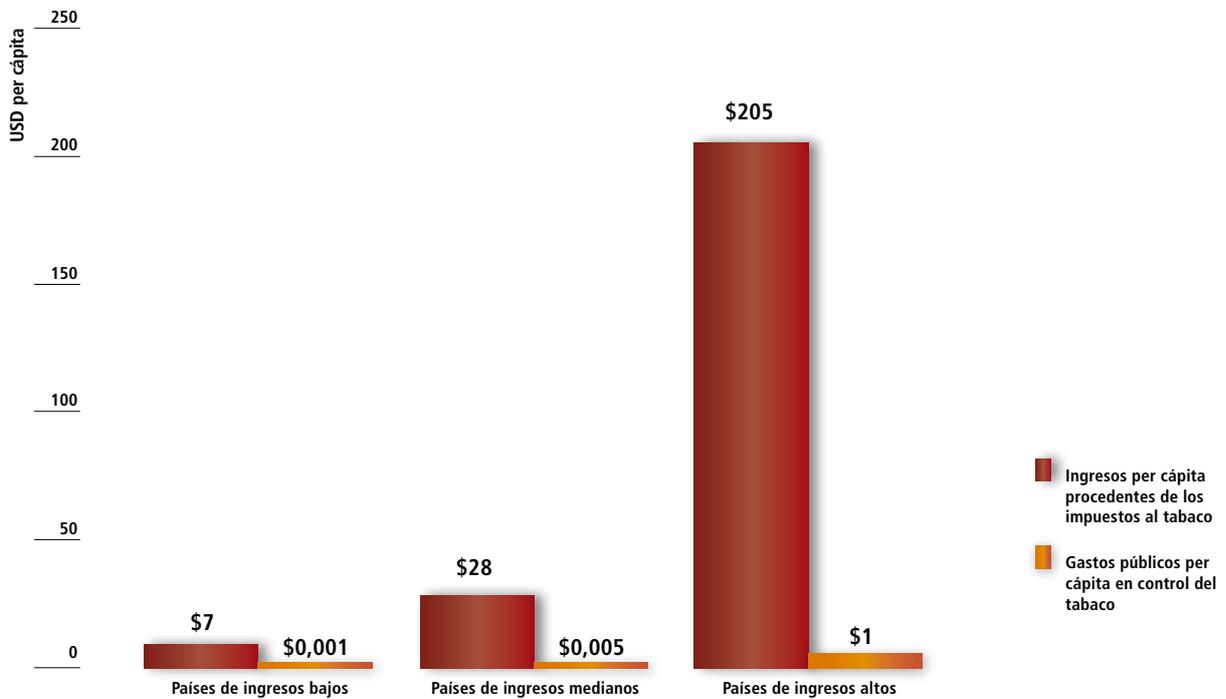
En resumen, sólo aproximadamente el 5% de la población mundial está cubierta por alguna de las intervenciones clave consistentes en la prohibición efectiva de la publicidad, la promoción y el patrocinio; espacios sin humo de tabaco; advertencias

visibles en los paquetes; protección frente a la publicidad equívoca y engañosa, la promoción y el patrocinio, y apoyo al abandono del hábito. Los gobiernos recaudaron más de US\$ 200 000 millones en ingresos procedentes de los impuestos al

tabaco y cuentan con recursos financieros para ampliar y fortalecer los programas de control del tabaco. Si se aumentaran aún más los impuestos al tabaco, se podrían obtener fondos adicionales para esas iniciativas.



## EL CONTROL DEL TABACO ESTÁ INSUFICIENTEMENTE FINANCIADO



Sobre la base de la información suministrada por los 70 países que notificaron datos sobre los ingresos procedentes de los impuestos al tabaco y sobre los gastos en actividades de control del tabaco.

**El control del tabaco no es un lujo que sólo puedan permitirse los países ricos, sino una necesidad actual a la que todos los países deben responder.**

Organización Mundial de la Salud,  
*Tobacco and Poverty: A Vicious Circle* (2004)

# Conclusión

El número de personas muertas cada año por causa del tabaco se duplicará en los próximos decenios a menos que se adopten medidas urgentes. Pero como la epidemia de enfermedades causadas por el tabaquismo ha sido provocada por el ser humano, la humanidad puede hacer retroceder esta epidemia por medio de los gobiernos y la sociedad civil.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que tiene más de 150 Partes, es una prueba del compromiso mundial con la acción y señala medidas eficaces decisivas para el control del tabaco. A través de este tratado que sienta precedente, los dirigentes de los países reconocen los derechos de sus ciudadanos al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Para que se respete este derecho humano fundamental, el plan MPOWER de seis medidas eficaces de control del tabaquismo, si se aplica plenamente y se hace cumplir, protegerá a la población de todos los países

de las enfermedades y defunciones que de lo contrario causaría inevitablemente la epidemia de tabaquismo. Los efectos de las políticas MPOWER pueden convertir la visión del Convenio Marco en una realidad mundial.

Aunque sea posible combatir la epidemia de tabaquismo, es necesario que los países adopten medidas eficaces para proteger a sus poblaciones. Por otra parte, la epidemia de tabaquismo está empeorando las desigualdades en materia de salud, tanto dentro de los países, donde los pobres fuman mucho más que los ricos, como a nivel internacional, porque los países pobres pasarán a sobrellevar más del 80% de la morbilidad y la mortalidad causadas por el tabaquismo.

El tabaquismo es excepcional entre los principales problemas actuales de salud pública porque los medios para poner freno a la epidemia son claros y están a nuestro



alcance. Si los países tienen un compromiso político y apoyo técnico y logístico para aplicar el plan de medidas MPOWER, pueden salvar millones de vidas.

El presente informe muestra que la abrumadora mayoría de la población mundial:

- no está plenamente protegida del humo ajeno;
- no está suficientemente protegida frente a la publicidad, la promoción y el patrocinio de las empresas tabacaleras;
- no paga por el tabaco precios bastante altos para reducir sustancialmente el consumo de tabaco;
- no recibe suficiente información sanitaria mediante advertencias ilustradas, visibles y claras en los paquetes de tabaco;
- no tiene suficiente acceso a una ayuda para abandonar el consumo de tabaco.

Y en más de la mitad del mundo hay poca información exacta sobre todo el alcance de la epidemia.

Los gobiernos del mundo recaudan cada año más de US\$ 200 000 millones en impuestos al tabaco. Gastan menos de la quinta parte de un 1% de esa cantidad en actividades de control del tabaco. En muchos países de ingresos bajos y medianos, los gobiernos reciben aproximadamente US\$ 5000 en ingresos procedentes de los impuestos al tabaco por cada US\$ 1 que gastan en actividades de control del tabaco. Sin embargo, los costos de las intervenciones más eficaces de control del tabaco (impuestos, lugares públicos sin humo, prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio y advertencias gráficas en los paquetes) son muy bajos. Sólo la publicidad antitabáquica y los servicios de ayuda para dejar de fumar requieren recursos financieros considerables, que en muchos países se pueden conseguir aumentando los ingresos fiscales y estableciendo alianzas.

Pero todas las medidas de control del tabaco requieren un compromiso político. Como la industria tabacalera está mucho mejor

financiada y es políticamente más poderosa que quienes abogan en favor de la protección de los niños y los no fumadores frente al tabaco y de la ayuda a quienes quieran dejar éste, todos los países deben hacer mucho más para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Si adoptan las medidas del plan MPOWER, los gobiernos y la sociedad civil pueden crear el entorno propicio necesario para ayudar a los consumidores de tabaco a abandonar éste. La OMS, con ayuda de sus asociados mundiales, está lista para prestar apoyo a los Estados Miembros frente a los desafíos que tienen por delante.

A menos que se adopten medidas urgentes, en este siglo más de 1000 millones de personas podrían perder la vida por causa del tabaco. Pero los dirigentes gubernamentales y la sociedad civil pueden impedir que se cumpla ese ominoso augurio. Como la epidemia de tabaquismo es obra exclusiva del ser humano, éste es quien debe ponerle fin. Debemos actuar ya mismo.



# Referencias

- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
- Peto R et al. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 1996, 52(1):12–21.
- U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 ([http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2004/chapters.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm), accessed 5 December 2007).
- Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339(8804):1268–1278.
- Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1498–1504.
- Levine R, Kinder M. *Millions saved: proven success in global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2004.
- Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. *Critical issues in global health*. San Francisco, Wiley (Jossey-Bass), 2001:154–161.
- Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 1996, 36:597–613.
- Battling big tobacco: Mike Wallace talks to the highest-ranking tobacco whistleblower. CBS News, 16 January 2005 (<http://www.cbsnews.com/stories/2005/01/13/60111/main666867.shtml>, accessed 5 December 2007).
- Hendricks PS et al. The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology*, 2006, 187(3):385–396.
- World Health Organization. *Tobacco: deadly in any form or disguise*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi\\_Rapport.pdf](http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf), accessed 5 December 2007).
- Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002. (<http://www.who.int/whr/2002/es>).
- Gottlieb N. Indian cigarettes gain popularity, but don't let the flavor fool you. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999, 91(21):1806–1807.
- California Environmental Protection Agency. *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary*. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3.exe.pdf>, accessed 5 December 2007).
- Boffetta P et al. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. *International Journal of Cancer*, 2005, 114(6):992–995.
- Gupta PC, Sreevidya S. Smokeless tobacco use, birth weight, and gestational age: population based, prospective cohort study of 1217 women in Mumbai, India. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1538.
- Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>, accessed 5 December 2007).
- Liu BQ et al. Emerging tobacco hazard in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths. *British Medical Journal*, 1998, 317(7170):1411–1422.
- Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet*, 2003, 362(9383):507–515.
- Gilmore A et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(12):2177–2187.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Global youth tobacco survey*. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy.htm>, accessed 5 December 2007).
- Guindon GE et al. *The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005, 54(25):625–628.
- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
- Efroymson D et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):212–217.
- de Beyer J, Lovelace C, Yürekli A. Poverty and tobacco. *Tobacco Control*, 2001, 10(3):210–211.
- Nassar H. *The economics of tobacco in Egypt, a new analysis of demand*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1120/type/pdf/viewcontent/>, accessed 5 December 2007).
- Sesma-Vázquez S et al. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992–1998. [Trends of tobacco demand in México: 1992–1998]. *Salud Pública de México*, 2002, 44(Suppl. 1):S82–S92.
- Liu Y et al. Cigarette smoking and poverty in China. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(11):2784–2790.
- World Health Organization. *World no tobacco day 2004 materials*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/en/index.html>, accessed 5 December 2007).
- Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. *Economic effects of environmental tobacco smoke*. 2005 ([http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft\(Final%203\).pdf](http://www.soa.org/files/pdf/ETSReportFinalDraft(Final%203).pdf), accessed 5 December 2007).
- McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15(2):125–130.
- Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 2006, 100(5–6):465–479.
- Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 1999, 24(5):673–677.
- D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. Age at starting smoking and number of cigarettes smoked. *Annals of Epidemiology*, 1994, 4(6):455–459.
- Chen J, Millar WJ. Age of smoking initiation: implications for quitting. *Health Reports*, 1998, 9(4):39–46.
- Everett SA et al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. high school students. *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):327–333.
- Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 1996, February, 86(2):214–220.
- Federal Trade Commission. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, accessed 6 December 2007).
- Cheng, R. *Altria Draws Traders' Attention On Profit Potential of Spin-off*. Wall Street Journal, interactive edition, 28 August 2007.
- Altria Group Inc. *Philip Morris International announces agreement in principle to acquire additional 30% stake in Mexican tobacco business from Grupo Carso*. Lausanne, Altria press release, 18 July 2007 ([http://www.altria.com/media/press\\_release/03\\_02\\_pr\\_2007\\_07\\_18\\_01.asp](http://www.altria.com/media/press_release/03_02_pr_2007_07_18_01.asp), accessed 5 December 2007).
- Altria Group Inc. *Philip Morris International announces agreement to purchase majority stake in Lakson Tobacco Company in Pakistan*. Lausanne, Altria press release, 19 January 2007 ([http://www.altria.com/media/press\\_release/03\\_02\\_pr\\_2007\\_01\\_19\\_07\\_01.asp](http://www.altria.com/media/press_release/03_02_pr_2007_01_19_07_01.asp), accessed 5 December 2007).
- Imperial Tobacco. *European Commission approves proposed acquisition of Altadis, S.A. by Imperial Tobacco Group PLC*. Press release, 18 October 2007 (<http://www.imperial-tobacco.com/index.asp?PAGE=78&newsid=508&type=18>, accessed 5 December 2007).
- British American Tobacco. *British American Tobacco wins bid for Serbian tobacco company*. Press release, 4 August 2003 (<http://www.bat.com/group/sites/uk—3mfnen.nsf/vwpagesWebLive/6C4C5806F05B3E4CC12573140052F098?opendocument&SKN=1&TMP=1>, accessed 5 December 2007).
- Organización Mundial de la Salud. Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ([http://www.who.int/gb/fgct/PDF/cop2/FGCT\\_COP2\\_17P-sp.pdf](http://www.who.int/gb/fgct/PDF/cop2/FGCT_COP2_17P-sp.pdf)).
- World Health Organization/International Agency for Research on Cancer IARC. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, 2004 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, accessed 5 December 2007).
- U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion,

- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, accessed 5 December 2007).
48. Scientific Committee on Tobacco and Health. *Update of evidence on health effects of secondhand smoke*. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004 ([http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/idcplg?lDcService=GET\\_FILE&dID=13632&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?lDcService=GET_FILE&dID=13632&Rendition=Web), accessed 5 December 2007).
  49. Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6):384–388.
  50. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188.
  51. Borland RM et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii42–iii50.
  52. New Zealand Ministry of Health. *After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, Ministry of Health, 2006 (<http://www.hpac.govt.nz/moh.nsf/UnidPrint/MH5599?OpenDocument#> information, accessed 5 December 2007.)
  53. Evans D, Byrne C. The 2004 Irish smoking ban: is there a “knock-on” effect on smoking in the home? Health Service Executive, Western Area, 2006.
  54. Heironimus J. Impact of workplace restrictions on consumption and incidence. 22 January 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>, accessed 5 December 2007).
  55. Pan American Health Organization. World Health Organization. *Smoke-free inside*. 2007 (<http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/Engbrochure.pdf>, accessed 5 December 2007).
  56. Siegel M. Economic impact of 100% smoke-free restaurant ordinances. In: *Smoking and restaurants: a guide for policy-makers*. Berkeley, UC Berkeley/UCSF Preventative Medicine Residency Program, American Heart Association, California Affiliate Alameda County Health Care Services Agency, Tobacco Control Programme, 1992: 26–30 (<http://tobaccodocuments.org/lor/87604525-4587.html>, accessed 5 December 2007)
  57. Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitalito industry. *Tobacco Control*, 2003, 12(1):13–20.
  58. Howell F. Smoke-free bars in Ireland: a runaway success. *Tobacco Control*, 2005, 14(2):73–74.
  59. Fong GT et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the International Tobacco Control (ITC) Ireland/UK Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii51–iii58.
  60. Organización Panamericana de la Salud. *Estudio de «Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005». (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados)*. Octubre de 2006 ([http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/noticias/2006/12/informeo\\_dec268\\_mori.pdf](http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf), accessed 5 December 2007).
  61. Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. *Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 ([http://www.no-smoke.org/pdf/NZ\\_TwelveMonthReport.pdf](http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf), accessed 5 December 2007).
  62. California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and September 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002.
  63. Ministry of Health, People’s Republic of China. *China tobacco control report*. Beijing, May 2007.
  64. ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004, Ventilation for acceptable indoor air quality.
  65. Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, Environmental Protection Agency, 1997.
  66. WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, accessed 5 December 2007).
  67. Borland RM et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii34–iii41.
  68. Tang H et al. Changes of knowledge, attitudes, beliefs, and preference of bar owner and staff in response to a smoke-free bar law. *Tobacco Control*, 2004, 13(1):87–89.
  69. Rudin A. *Zagat 2004 New York City restaurant survey finds local dining economy in comeback mode; 29,361 voters turn out for Zagat’s 25th annual NY guide*. Press release, 20 October 2003 (<http://www.zagat.com/about/about.aspx?menu=PR18>, accessed 6 December 2007).
  70. Campaign for Tobacco-Free Kids. *Zagat restaurant survey provides more evidence that New York City’s smoke-free law is not hurting business*. Press release, 21 October 2003 (<http://www.tobaccofreekids.org/Script/DisplayPressRelease.php3?Display=700>, accessed 6 December 2007).
  71. Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(7):902–910.
  72. Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Bangkok, medidas adoptadas en julio de 2007. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, segunda reunión de la Conferencia de las Partes (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr38/es/print.html>).
  73. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. 18 July 2006 (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, accessed 6 December 2007).
  74. Solberg LI et al. Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31(1):62–71.
  75. West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 2006, 332(7539):458–460.
  76. Fiore MC. *Treating tobacco use and dependence: a public health service clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, press briefing, 27 June 2000 (<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/mf062700.htm>, accessed 16 December 2007).
  77. Feenstra TL et al. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health*, 2005, 8(3):178–190.
  78. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*, 2006, 41(6):2114–2135.
  79. *An evaluation of the services of Asian QUILINE*. London, South Asian Social Researchers’ Forum, 2001.
  80. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9(2):148–154.
  81. Pfizer for Professionals. Mechanism of action of CHANTIX™ (varenicline), 2007 ([https://www.pfizerpro.com/product\\_info/chantix\\_dual\\_action.jsp](https://www.pfizerpro.com/product_info/chantix_dual_action.jsp), accessed 6 December 2007).
  82. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, accessed 6 December 2007).
  83. Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19–iii25.
  84. Office of the Surgeon General. *Reducing the health consequences of smoking; 25 years of progress: a report of the Surgeon General*. Rockville, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989.
  85. Siahpush M et al. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii65–iii70.
  86. Assunta M, Chapman, S. Industry sponsored youth smoking prevention programme in Malaysia: a case study in duplicity. *Tobacco Control*, 2004, 13(Suppl. 2):ii37–ii42.
  87. U.S. Department of Health and Human Services. *CDC recommended annual per capita funding levels for state programs, 2007*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2007 ([http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco\\_control\\_programs/stateandcommunity/best\\_practices/00\\_pdfs/2007/best\\_practices\\_sectionBpc.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices/00_pdfs/2007/best_practices_sectionBpc.pdf), accessed 6 December 2007).
  88. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*, 1997, 92(11): 1427–1435.
  89. Datafolha Instituto de Pesquisas. *76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar*. Opinião pública, 2002 ([http://datafolha.folha.uol.com.br/pof/fumo\\_21042002.shtml](http://datafolha.folha.uol.com.br/pof/fumo_21042002.shtml), accessed 6 December 2007).
  90. Mahood G. Canadian tobacco package warning system. *Tobacco Control*, 1995, 4:10–14 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/4/1/10>, accessed 6 December 2007).
  91. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19(6):1117–1137.
  92. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000: 215–236.
  93. Basil MD, Basil DZ, Schooler C. Cigarette advertising to counter New Year’s resolutions. *Journal of Health Communication*, 2000, 5(2):161–174.
  94. Shafey O et al. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982–1997: case studies in international tobacco surveillance. *Cancer*, 2004, 100(8):1744–1749.

95. Smee C et al. *Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence*. London, Economic and Operational Research Division, Department of Health, 1992.
96. *Country profiles*. Fifth WHO seminar for a Tobacco-Free Europe, Organización Mundial de la Salud Regional Office for Europe, Warsaw, 26–28 October 1995.
97. Jha P, Chaloupka FJ. *La epidemia de tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 2000 (<http://www.bibliomed.com/book/showdoc.cfm?bookid=124&bookcatid=54bookchptri d=1>).
98. Public health at a glance – Tobacco control. *Why is reducing use of tobacco a priority?* Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>, accessed 6 December 2007).
99. Borland RM. Advertising, media and the tobacco epidemic. In: *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China, May 2007.
100. Willemsen MC, De Zwart WM. The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: a review of the evidence. *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):587–599.
101. World Health Organization Regional Office for Europe. *It can be done: a smoke-free Europe*. Copenhagen, World Health Organization, 1990.
102. Roemer R. *Acción legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995.
103. Campaign for Tobacco-Free Kids. *A long history of empty promises: the cigarette companies' ineffective youth anti-smoking programs*. Washington, DC, National Campaign for Tobacco-Free Kids, 1999 (<http://tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0010.pdf>, accessed 6 December 2007).
104. Jha P et al. Tobacco Addiction. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2<sup>nd</sup> ed. New York, Oxford University Press and Washington, DC, World Bank, 2006: 869–885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, accessed 16 December 2007).
105. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:237–272.
106. Sunley et al. The design, administration, and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:409–426.
107. van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_south\\_africa\\_taxation.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf), accessed 6 December 2007).
108. Joossens L. *Report on smuggling control in Spain*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_spain\\_smuggling\\_control.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_spain_smuggling_control.pdf), accessed 6 December 2007).
109. World Health Organization. *STEPwise approach to surveillance (STEPS)*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/chp/steps/en/>, accessed 6 December 2007).
110. Department of Health. *NHS Stop Smoking Services and Nicotine Replacement Therapy*. UK Department of Health, 2007 ([http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/Tobaccogeneralinformation/DH\\_4002192](http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/Tobaccogeneralinformation/DH_4002192), accessed 6 December 2007).
111. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de prevenção e vigilância do câncer. Instituto Nacional de Câncer. *Relatório preliminar da implantação do tratamento do fumante no Sistema Único de Saúde - SUS*. Rio de Janeiro, Brasil Ministério da Saúde, Coordenação de prevenção e vigilância do câncer, 2007.
112. Bjartveit K. *Norway: ban on advertising and promotion*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_norway\\_ban.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_norway_ban.pdf), accessed 6 December 2007).
113. World Health Organization. *The WHO Global InfoBase*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/infobase/report.aspx>, accessed 6 December 2007).
114. World Health Organization. *The European Tobacco control Report, 2007*. Geneva, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>, accessed 6 December 2007).
115. Strong K et al. Tobacco use in the European Region. *European Journal of Cancer Prevention*. In press.

## NOTAS TÉCNICAS

NOTA TÉCNICA I	Evaluación de medidas vigentes y su observancia
NOTA TÉCNICA II	Prevalencia de tabaquismo en los Estados Miembros de la OMS

## APÉNDICES

APÉNDICE I	Perfiles de países
APÉNDICE II	Control mundial del tabaco. Datos de política
APÉNDICE III	Estimaciones de prevalencia comparables a escala internacional
APÉNDICE IV	Datos sobre prevalencia proporcionados por los países
APÉNDICE V	Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes
APÉNDICE VI	Situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

# Evaluación de medidas vigentes y su observancia

En la preparación del *Informe mundial sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008* se utilizó un cuestionario con 32 preguntas para evaluar la aplicación de las seis medidas MPOWER en los países. El cuestionario fue rellenado por los puntos focales de la iniciativa Liberarse del Tabaco, de la OMS en los respectivos países y se encuentra en línea en: [www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower). El gran caudal de información generado por esta encuesta no se puede presentar sólo en forma de texto, por lo que se elaboraron resúmenes para evaluar la aplicación de las medidas y orientar la política.

La evaluación de las medidas se clasificó por grupos de países en cuatro categorías por cada medida (cinco en el caso de la vigilancia), además de la prevalencia de consumo de tabaco indicada como porcentaje de la población de adultos. Este análisis tenía por objeto identificar y concentrar mejor las actividades en las esferas más urgentes en cada país, así como seguir de cerca los progresos realizados con el tiempo hacia la plena aplicación del plan MPOWER.

La observancia de las medidas sobre ambientes sin humo y de las prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio (mercadotecnia tanto directa como indirecta) fue evaluada por un grupo de cinco expertos locales por país encargados de evaluar la observancia de la legislación de sus respectivos países en esas dos esferas y calificarla como «mínima», «moderada» o «elevada». Esos cinco expertos fueron seleccionados por el punto focal de la iniciativa Liberarse del Tabaco, de la OMS en el país, de manera que entre todos reunieran las características siguientes:

- la persona a cargo de la prevención del tabaquismo en el Ministerio de Salud del país o el funcionario de rango más alto a cargo del control del tabaco o de las afecciones relacionadas con el tabaco;
- el jefe de una ONG destacada dedicada al control del tabaco;
- un profesional de la salud (por ejemplo,

médico, enfermero, farmacéutico o dentista) especializado en afecciones relacionadas con el tabaco;

- un integrante de la escuela de salud pública de una universidad;
- el punto focal de la iniciativa Liberarse del Tabaco en la oficina de la OMS en el país.

Los expertos realizaron sus evaluaciones de manera independiente. La OMS calculó los puntajes generales a partir de los votos de cada uno de los cinco expertos evaluadores asignando dos puntos a las medidas que eran objeto de una observancia elevada, un punto a las de observancia moderada y ningún punto a las de observancia mínima; el puntaje mínimo posible era de cero y el máximo de 10 en total después de sumar los resultados de cada uno de los cinco expertos. Esta metodología se puso a prueba en este primer informe y se revisará en los siguientes.

Las respuestas de cada país a cada pregunta del cuestionario figuran en los cuadros 2.1.1 a 2.6.7. En los cuadros 2.1 a 2.6 se resume esta información. El puntaje de observancia se muestra por separado, es decir que no figura en el cálculo de las cuatro categorías. Las definiciones de cada una de éstas y la observancia podrían cambiar en función de los nuevos datos y análisis que aparezcan en informes subsiguientes.

## Vigilancia

Como primer paso para un análisis completo de la capacidad de vigilancia, se recogió información sobre la prevalencia del consumo de tabaco a nivel nacional. La información disponible se evaluó atendiendo a la fecha a la que correspondía, si era representativa de la población del país y si abarcaba a adultos, jóvenes o ambos.

Para tener en cuenta las diferencias en la capacidad de vigilancia, los países con

información reciente (es decir de menos de cinco años de antigüedad) sobre la prevalencia en adultos recibieron un punto, al que se sumó un punto adicional si los datos también eran representativos. Se utilizó un método semejante para los datos sobre consumo de tabaco entre los jóvenes, hasta un máximo posible de cuatro puntos. Los países se agruparon luego según el número de puntos acumulados.

	Datos recientes pero no representativos sobre adultos o sobre jóvenes
	Datos recientes pero no representativos sobre adultos y jóvenes; o datos recientes y representativos sobre adultos, pero falta de datos recientes sobre jóvenes; o datos recientes y representativos sobre jóvenes, pero falta de datos recientes sobre adultos
	Datos recientes sobre adultos y jóvenes, pero datos no representativos sobre adultos o sobre jóvenes
	Requisitos mínimos satisfechos en materia de datos recientes y representativos sobre adultos y jóvenes
	... Ningún dato reciente o ningún dato

## Ambientes sin humo de tabaco

Hay una amplia variedad de lugares e instituciones donde es posible prohibir que se fume, por ejemplo:

- servicios de salud;
- instituciones docentes diferentes de las universidades;
- universidades;
- locales estatales;
- interiores de oficinas;
- restaurantes;
- pubs y bares;
- otros lugares de trabajo interiores.

Sin embargo, se determinó que la prohibición de fumar en escuelas y hospitales constituía un nivel mínimo de protección general; se

asignó el puntaje mínimo a los países donde no se prohibía fumar en algunos de esos dos tipos de instituciones. La asignación de puntajes más altos estaba determinada por el número (antes que el tipo) de otros lugares e instituciones reglamentados.

Falta absoluta de legislación sobre ambientes sin humo, o falta de legislación sobre ambientes sin humo bien sea en servicios de salud o en instituciones docentes
Legislación sobre ambientes sin humo en servicios de salud e instituciones docentes, así como en uno o dos lugares o instituciones adicionales
Legislación sobre ambientes sin humo en servicios de salud e instituciones docentes, así como en tres, cuatro o cinco lugares e instituciones adicionales
Legislación sobre ambientes sin humo en todo tipo de lugar e institución
... No se notificaron datos

## Tratamiento de la dependencia del tabaco

Pese a que las líneas telefónicas de ayuda para dejar el tabaco son poco costosas, escasos países que no sean de altos ingresos han puesto en marcha programas de esa naturaleza. Así pues, si la existencia de líneas telefónicas de ayuda para abandonar el tabaco se hubiera considerado como criterio de clasificación en la segunda categoría más baja, casi todos los países hubieran quedado relegados a ésta y no hubiera quedado suficientemente claro el panorama de las medidas existentes. El reembolso del tratamiento se consideró solamente como criterio para la categoría más alta, a fin de tener en cuenta que muchos países de ingresos bajos considerados tienen presupuestos nacionales estrechos. Las tres categorías más altas reflejan niveles diferentes de compromiso del gobierno con la disponibilidad de tratamiento de sustitución

con nicotina y consejo psicológico básico.

No se ofrecen tratamiento de sustitución con nicotina ni servicios de ayuda para el abandono del tabaco
Se ofrece o bien tratamiento de sustitución con nicotina o bien algún servicio clínico de ayuda al abandono del tabaco (sin cobertura de gastos)
Se ofrecen tratamiento de sustitución con nicotina y algún servicio clínico de ayuda para el abandono del tabaco (sin cobertura de gastos)
Se pone a disposición una línea telefónica nacional de ayuda para el abandono del tabaco, así como tratamiento de sustitución con nicotina y algún servicio clínico de ayuda al abandono, con cobertura de los gastos o bien del tratamiento de sustitución o bien de los servicios de ayuda al abandono
... No se notificaron datos

## Advertencias sanitarias

La evaluación de las advertencias en los paquetes de cigarrillos se basó en el tamaño de éstas y en sus características y contenido, así como en la existencia de una prohibición de expresiones engañosas. Los datos recogidos comprendían información sobre el tamaño de las advertencias como porcentaje de la superficie principal expuesta de los paquetes, la existencia de una prohibición de expresiones engañosas y las características siguientes:

- presencia en la legislación por la que se hacen obligatorias advertencias sanitarias específicas;
- presencia de advertencias sanitarias en cada paquete, así como en todo embalaje exterior y en el etiquetado utilizado en la venta al por menor;
- descripción de efectos nocivos específicos del consumo de tabaco en la salud;
- advertencias grandes, claras, visibles y legibles (por ejemplo con colores específicos y tamaño de letras

obligatorios);

- advertencias sanitarias rotativas;
- advertencias sanitarias en todos los idiomas principales del país;
- advertencias sanitarias con imágenes.

La agrupación se hizo empíricamente, es decir al analizar los datos se observaron agrupaciones claras de países; los de un grupo no exigían ninguna advertencia sanitaria en los paquetes, y los del segundo grupo aplicaban medidas mínimas. La asignación de países a las dos categorías superiores resultó más compleja porque numerosos países que tienen legislación sobre advertencias sanitarias exigen muchas de las características indicadas más arriba, inclusive advertencias que cubran el 30% o más de la superficie principal expuesta de los paquetes, pero la mayor parte de ellos no exige una de las más importantes: las advertencias con imágenes. Por esta razón, la segunda categoría superior abarca hasta seis características, y la más alta abarca todas ellas además de la prohibición de expresiones engañosas.

Ninguna advertencia
Una advertencia que cubre no más del 30% de la superficie principal expuesta del paquete
Una advertencia que cubre al menos el 30% de la superficie principal expuesta del paquete, y uno a seis de los siete criterios indicados más arriba respecto de las advertencias en los paquetes
Una advertencia que cubre al menos el 50% de la superficie principal expuesta del paquete, y los siete criterios indicados más arriba respecto de las advertencias en los paquetes, además de la prohibición de expresiones engañosas
... No se notificaron datos

## Prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio

Los países no aplican prohibiciones de la mercadotecnia directa e indirecta de manera universalmente clara y progresiva. La prohibición de la mercadotecnia directa suele comenzar con prohibiciones en los medios de difusión locales y evolucionar hasta llegar a prohibiciones en los medios de difusión internacionales, pero esta progresión no es uniforme. El número de prohibiciones aplicadas se utilizó como base de la evaluación, y se tuvieron en cuenta los retrasos que suelen acompañar la aplicación de prohibiciones indirectas en comparación con la de prohibiciones directas. Las prohibiciones examinadas abarcaban las prácticas de mercadotecnia directa en los medios siguientes:

- emisoras nacionales de televisión y radio;
- revistas y diarios locales;
- carteles en vallas publicitarias y otros sitios exteriores;
- puntos de venta.

También se vigiló la aplicación de prohibiciones a la mercadotecnia indirecta por los medios siguientes:

- distribución gratuita de productos de tabaco por correo u otros medios;
- descuentos promocionales;
- productos diferentes de los de tabaco identificados con marcas de tabaco (extensiones de marca);
- marcas de productos diferentes de los de tabaco utilizadas en productos de tabaco;
- aparición de productos de tabaco por televisión y/o en películas cinematográficas;
- patrocinio de eventos.

Ninguna prohibición directa ni indirecta
Una, dos o tres prohibiciones directas o al menos una prohibición indirecta
Cuatro, cinco o seis prohibiciones directas y al menos una prohibición indirecta
Prohibiciones directas e indirectas completas
... No se notificaron datos

## Impuestos

Los países se agruparon atendiendo al porcentaje del precio minorista total de las marcas más vendidas localmente que corresponde a los impuestos aplicados específicamente al tabaco. La decisión de incluir o excluir determinado impuesto no se basó en definiciones reglamentarias, sino más bien en su contribución final a los precios al por menor. Según el contexto nacional, se podría tratar de impuestos al consumo, derechos de importación u otro impuesto aplicado específicamente a los cigarrillos. Dada la falta de información sobre los márgenes de beneficio de los comerciantes minoristas según el país y la marca, los beneficios de los minoristas se consideraron nulos a fin de poner un límite superior a la parte correspondiente a los impuestos en el precio del paquete.

≤ 25% del precio al por menor corresponde a los impuestos al tabaco
26%-50% del precio al por menor corresponde a los impuestos al tabaco
51%-75% del precio al por menor corresponde a los impuestos al tabaco
> 75% del precio al por menor corresponde a los impuestos al tabaco
... No se notificaron datos

## Prevalencia

Las estimaciones ajustadas de la prevalencia de tabaquismo presentes en la InfoBase de la OMS<sup>113</sup> se utilizaron para agrupar a los países. En el apéndice III figuran los datos sobre prevalencia por sexos.

≥ 30% de los adultos son fumadores
20%-29,9% de los adultos son fumadores
15%-19,9% de los adultos son fumadores
< 15% de los adultos son fumadores
... No se dispone de datos comparables

# Prevalencia de tabaquismo en los Estados Miembros de la OMS

En el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008* se presentan datos procedentes de los últimos estudios disponibles sobre la prevalencia de consumo de tabaco en cada país. Sin embargo, los estudios del consumo de tabaco difieren ampliamente unos de otros. Por ejemplo, algunos abarcan sólo los cigarrillos, mientras que otros comprenden pipas o cigarros; algunos sólo consideran a los consumidores cotidianos en las cifras de prevalencia, mientras que otros incluyen también a los consumidores ocasionales; los estudios pueden corresponder a diferentes años. Por estas razones, las cifras de prevalencia obtenidas de ellos no se pueden comparar directamente entre sí, y en toda comparación se deben tener en cuenta explícitamente esas diferencias corrigiendo las estimaciones con arreglo a los factores siguientes:

- fecha del estudio: las comparaciones se deben referir a un mismo año;
- métodos de toma de muestras: si las encuestas no son representativas a escala nacional tal vez sea necesario introducir correcciones;
- definición de «fumar»: si se compara el consumo cotidiano actual de tabaco para fumar en un país con el ocasional en otro, posiblemente se saquen conclusiones erróneas;
- categorías de edad sobre las cuales se notifican datos: resulta engañoso comparar el consumo de tabaco para fumar por personas de 35 años de edad y más en un país con el de personas de 18 años de edad y más en otro; hay una asociación fuerte entre la edad y el consumo de tabaco, y las diferencias de consumo tabáquico cuantificadas tal vez reflejen la edad de la población encuestada antes que su consumo de tabaco;
- estructura de edades de los países: aunque los índices específicos por edades puedan ser idénticos, la prevalencia general podría

resultar diferente debido a diferencias en la estructura de edades de las poblaciones respectivas; las diferencias de prevalencia tal vez se atribuyan erróneamente a políticas u otros factores cuando la causa efectiva es estrictamente demográfica.

Las encuestas nacionales sobre la prevalencia de consumo de tabaco presentadas en el marco del proceso de acopio de datos se compararon con la InfoBase mundial OMS para verificar si se trataba de la información más reciente. Sobre la base de esa comparación, los datos se incorporaron en el proceso de estimación si provenían de encuestas que satisfacían las siguientes condiciones:

- se suministraban datos resumidos de encuestas de países referentes a una o más de las cuatro definiciones de «consumidor de tabaco»: «fumador actual», «fumador actual de cigarrillos», «fumador cotidiano» y «fumador cotidiano de cigarrillos»;
- los encuestados habían sido elegidos al azar y eran representativos de una población general;
- se presentaban valores de prevalencia por grupos de edad y por sexos;
- se había encuestado a la población adulta de 15 años y más.

Así pues, las estimaciones resultantes se referían a las cuatro definiciones de «consumidor de tabaco» enumeradas más arriba. La utilización de esas categorías se relaciona directamente con el riesgo personal de enfermedad y muerte relacionadas con el tabaco. Se extrajeron datos resumidos de todas las fuentes de datos y se analizaron los datos sobre prevalencia de consumo de tabaco siguiendo los tres pasos principales: se utilizaron técnicas exploratorias de análisis de datos para determinar la forma general de la asociación entre edad y prevalencia y la relación entre las definiciones preferidas

de «consumidor de tabaco» y para detectar posibles errores; se adaptaron modelos a los datos notificados por los países y se efectuaron estimaciones por países; se obtuvieron estimaciones regionales y subregionales reuniendo las estimaciones de nivel de país utilizando las designaciones regionales y subregionales de la División de Estadística de las Naciones Unidas.

Sirviéndose de todas las fuentes disponibles, se examinaron las relaciones entre fumadores actuales y fumadores cotidianos y entre fumadores actuales de cigarrillos y fumadores cotidianos de cigarrillos, y los resultados se aplicaron a los países que notificaban sólo con arreglo a una definición. Se establecieron por separado modelos de regresión para ambos sexos y para cada una de las 18 subregiones

de las Naciones Unidas. Se recurrió a la transformación logit para obtener variables continuas sin límites para el análisis de la regresión, ya que la prevalencia está limitada dentro del intervalo entre 0 y 1. Por ejemplo, en lo concerniente a fumadores cotidianos y actuales se obtuvieron los siguientes modelos de regresión completa:

$$\text{logit (prevalencia de fumadores cotidianos)} = \alpha + \beta_1 * \text{logit (prevalencia de fumadores actuales)} + \beta_2 * \text{logit (prevalencia de fumadores actuales)} * \text{edad mediana} + \beta_3 * \text{edad mediana} + \epsilon$$

$$\text{logit (prevalencia de fumadores actuales)} = \alpha + \beta_1 * \text{logit (prevalencia de fumadores cotidianos)} + \beta_2 * \text{logit (prevalencia de fumadores cotidianos)} * \text{edad mediana} + \beta_3 * \text{edad mediana} + \epsilon$$

donde «**edad mediana**» es el punto medio del intervalo de edad en años para cada una de las observaciones y  $\epsilon$  es el término correspondiente al error, que se supone distribuido normalmente. El término correspondiente a la interacción no se tuvo en cuenta si no era una variable predictiva estadísticamente significativa de los fumadores actuales o los fumadores cotidianos.

Para calcular la prevalencia correspondiente a los intervalos de edad normales (es decir grupos de a 5 años a partir de los 15 años de edad), se examinó la asociación entre edad y consumo de tabaco por país y por sexo utilizando diagramas de dispersión de datos de las últimas encuestas nacionalmente representativas. La función de segundo o tercer orden que más se ajustaba a los valores notificados por el país se aplicó para derivar valores de prevalencia en los intervalos de edad normales correspondientes a cada país, siempre que los datos fueran suficientes para permitir esto.

El ajuste de los datos notificados por los países se vio limitado por la disponibilidad y la calidad de los datos de la encuesta del país. Si ésta era reciente, representativa y completa con respecto a las definiciones, edades e índices por sexo, los resultados diferirían sólo un poco de las estimaciones ajustadas de la OMS. Si no se disponía de datos de encuestas de un país, no se intentó hacer estimaciones. Los métodos utilizados para calcular esas estimaciones se han

publicado en el informe europeo sobre el control del tabaco<sup>114</sup> y se han sometido a examen colegiado.<sup>115</sup>

Con respecto a los países carentes de datos y encuestas recientes, o cuya encuesta nacional más reciente no mostraba el desglose por edades y sexos necesario para hacer esos cálculos, el apéndice IV del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008* presenta los datos más recientes de nivel nacional, pero éstos no son comparables con las cifras ajustadas que se presentan aquí. Si no había datos, no se notificó nada. A continuación se indica el número de países correspondiente a cada una de esas tres categorías de datos:

Países con datos recientes ajustados internacionalmente comparables	135
Países con datos nacionales no recientes ni comparables internacionalmente	18
Países sin datos	41

En el apéndice III, en los cuadros 3a y 3b, se muestran dos tipos de estimaciones: estimaciones ajustadas y estimaciones estandarizadas por edades. En las estimaciones ajustadas se han corregido los datos nacionales brutos. Las estimaciones estandarizadas por edad indicadas en los cuadros de datos se utilizaron para agrupar a los países.

En el apéndice IV se presentan los datos nacionales y sus respectivas

fuentes. Las definiciones de fumadores, intervalos de edades, año de la encuesta y representatividad difieren según las encuestas de cada país. Se pueden encontrar más detalles sobre los datos nacionales en: [www.who.int/Infobase](http://www.who.int/Infobase).