



# Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022

**OPS**  Organización  
Panamericana  
de la Salud

 Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



# Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022

Washington, D.C., 2023



*Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*

ISBN: 978-92-75-32589-6 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32590-2 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325896>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, dirigirse a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, 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 OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, 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 OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

NMH/RF/2023

Diseño: © Graphics

Fotografía de cubierta: © Karen González Abril OPS/OMS Colombia

# Índice

Prefacio .....	ix
Agradecimientos .....	xii
Abreviaciones .....	xiii
Resumen .....	xiii
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. La epidemia de tabaquismo en la Región de las Américas y a nivel mundial</b>	<b>5</b>
1.1. Situación actual .....	5
1.2. Análisis de las tendencias del consumo de tabaco en la Región de las Américas .....	11
<b>2. Progresos realizados en la aplicación del paquete de medidas MPOWER en la Región de las Américas</b>	<b>21</b>
2.1. El conjunto de medidas MPOWER .....	21
2.2. Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención .....	31
2.3. Proteger contra la exposición al humo de tabaco .....	34
2.4. Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco .....	40
2.5. Advertir sobre los peligros del tabaco .....	48
2.6. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco .....	55
2.7. Aumentar los impuestos a los productos de tabaco .....	62
<b>3. Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022</b>	<b>75</b>
3.1. Estado de ejecución de las líneas estratégicas de acción .....	76
<b>4. Retos que plantea el control del tabaco</b>	<b>85</b>
4.1. Productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco .....	85
4.2. Otros retos que plantea el control del tabaco .....	96

<b>5. Conclusión</b>	<b>103</b>
<b>6. Nota técnica</b>	<b>107</b>
6.1. Evaluación de las políticas existentes .....	107
6.2. Indicadores y datos utilizados para caracterizar el estado de aplicación del paquete de medidas MPOWER .....	109
Referencias .....	114

## Anexos

Anexo 1. Prevalencia del consumo actual de tabaco, de productos para fumar y de cigarrillos en la población adulta, encuestas más recientes (datos proporcionados por los países) .....	120
Anexo 2. Prevalencia del consumo actual de tabaco sin humo y de cigarrillos electrónicos en la población adulta, encuestas más recientes (datos proporcionados por los países) .....	123
Anexo 3. Prevalencia del consumo actual de tabaco, de tabaco para fumar y de cigarrillos en la población joven (de 13 a 15 años), encuestas más recientes (datos proporcionados por los países) .....	125
Anexo 4. Prevalencia del consumo actual de tabaco sin humo y de cigarrillos electrónicos en la población joven (de 13 a 15 años), encuestas más recientes (datos proporcionados por los países) .....	128
Anexo 5. Administración de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes en la Región de las Américas, 1999-2021 .....	130
Anexo 6. Año en el que se alcanzó el nivel más alto de aplicación de las medidas M, P, O, W y E del paquete MPOWER en cada país .....	131
Anexo 7. Datos adicionales sobre los impuestos al tabaco .....	133

## Cuadros

Cuadro R1. Número de países de las regiones de la OMS que registran la implementación de la medida P al más alto nivel de aplicación .....	xvi
Cuadro R2. Situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en la Región de las Américas y resumen de la aplicación del paquete de medidas MPOWER, 2021 .....	xvii
Cuadro 1. El plan de medidas MPOWER .....	22
Cuadro 2. Número de países por región de la OMS que implementan el plan de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación .....	24
Cuadro 3. Número de países por región de la OMS que registran la implementación de la medida P al más alto nivel de aplicación .....	25

Cuadro 4. Estado del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en la Región de las Américas y resumen de la aplicación del paquete de medidas MPOWER, 2021 .....	29
Cuadro 5. Regulaciones sobre entornos libres de humo de tabaco, Región de las Américas, 2021 .....	38
Cuadro 6. Disponibilidad del tratamiento de la dependencia del consumo de tabaco y cobertura de los costos, Región de las Américas, 2020.....	43
Cuadro 7. Disponibilidad del tratamiento de la dependencia del consumo de tabaco en los diferentes niveles de atención y cobertura de los costos, Región de las Américas, 2020 .....	45
Cuadro 8. Características de las advertencias sanitarias en el empaquetado de los cigarrillos, Región de las Américas, 2021 .....	53
Cuadro 9. Regulaciones que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en diversos medios de comunicación, Región de las Américas, 2021 .....	58
Cuadro 10. Regulaciones que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco a través de diferentes formas de publicidad indirecta, Región de las Américas, 2021 .....	60
Cuadro 11. Cambios en la accesibilidad de las marcas de cigarrillos más vendidas, Región de las Américas, 2010-2020 .....	68
Cuadro 12. Impuestos y precios correspondientes a un paquete de 20 cigarrillos de las marcas más vendidas en la Región de las Américas, 2008-2020.....	70
Cuadro 13. Líneas estratégicas de acción para el 2018-2022.....	77
Cuadro 14. Objetivos de la línea estratégica de acción 1 y estado correspondiente .....	78
Cuadro 15. Objetivos de la línea estratégica de acción 2 y estado correspondiente .....	79
Cuadro 16. Objetivos de la línea estratégica de acción 3 y estado correspondiente .....	80
Cuadro 17. Objetivos de la línea estratégica de acción 4 y estado correspondiente .....	81
Cuadro 18. Aplicación de MPOWER a productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco .....	91
Cuadro 19. Número de países que aplican las medidas del paquete MPOWER para los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y sistemas electrónicos sin nicotina (SESN) a nivel mundial, 2020 .....	92
Cuadro 20. Estado de la regulación de los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y sistemas electrónicos sin nicotina (SESN), Región de las Américas, 2021 .....	93
Cuadro 21. Estado del marco regulatorio de los productos de tabaco calentados (PTC), Región de las Américas, 2021 .....	96
Cuadro 22. Indicadores utilizados para caracterizar la prevalencia del consumo de tabaco .....	109

## Figuras

---

Figura R1. Cambios en la aplicación de un grupo determinado de medidas del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en la Región de las Américas, 2005-2021 .....	xv
Figura 1. Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta, Región de las Américas y todo el mundo, 2000-2020.....	6
Figura 2. Prevalencia mundial del consumo actual de tabaco en la población adulta por sexo y región de la OMS, 2020 .....	7
Figura 3. Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta en algunos países seleccionados de la Región de las Américas, 2020.....	9
Figura 4. Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta por sexo, Región de las Américas, 2020 .....	10
Figura 5. Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población joven, Región de las Américas (datos de la encuesta más reciente) .....	12
Figura 6. Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población joven por sexo, Región de las Américas (datos de la encuesta más reciente) .....	13
Figura 7. Prevalencia del consumo actual de cigarrillos electrónicos en la población joven por sexo, Región de las Américas (datos de la encuesta más reciente) .....	14
Figura 8. Tendencia estimada de la prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta, Región de las Américas, 2000-2025 .....	15
Figura 9. Proporción de la población mundial cubierta por las políticas de control del tabaco aplicadas al más alto nivel, 2007-2020 .....	23
Figura 10. Tendencia de la aplicación en la Región de las Américas de las medidas de control del tabaco MPOWER, por número de países, 2007-2021 .....	26
Figura 11. Cambios en la aplicación de un grupo seleccionado de medidas del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), Región de las Américas, 2005-2021 .....	27
Figura 12. Proporción de la población de la Región de las Américas cubierta por cada política de control del tabaco implementada al nivel más alto de aplicación, 2007-2021 .....	28
Figura 13. Situación de los sistemas de vigilancia del control del tabaco, Región de las Américas, 2020 .....	33
Figura 14. Cambio en el número de países y en la proporción de la población cubierta por los sistemas de vigilancia del tabaco al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2007-2020 .....	34
Figura 15. Cambio en el número de países y la proporción de la población cubierta por normas sobre ambientes libres de humo de tabaco al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2008-2021 .....	36

Figura 16. Estado de las políticas de protección de la población contra la exposición al humo de tabaco, Región de las Américas, 2021.....	37
Figura 17. Estado de la disponibilidad del tratamiento de la dependencia del consumo de tabaco y cobertura de los costos, Región de las Américas, 2020 .....	42
Figura 18. Cambio en el número de países que proporcionan asistencia para dejar de fumar al más alto nivel de aplicación y proporción de la población cubierta, Región de las Américas, 2007-2020.....	47
Figura 19. Estado de las políticas sobre advertencias sanitarias, Región de las Américas, 2021 .....	50
Figura 20. Cambio en el número de países y la proporción de la población cubierta por leyes que exigen advertencias sanitarias al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2007-2021 .....	51
Figura 21. Cambio en el número de países y la proporción de la población cubierta por regulaciones que prohíben completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2007-2021 .....	56
Figura 22. Estado de las políticas que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, Región de las Américas, 2021 .....	57
Figura 23. Cambio en el número de países y la proporción de la población cubierta por los impuestos sobre el tabaco al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2007-2020.....	64
Figura 24. Situación de los impuestos al tabaco, Región de las Américas, 2020 .....	65

## **Recuadros**

---

Recuadro 1. Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco.....	17
Recuadro 2. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de ofrecer servicios de abandono del tabaco .....	49
Recuadro 3. América del Sur libre de humo de tabaco .....	82



# Prefacio

En el 2022, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebra un hito importante: su 120.<sup>º</sup> aniversario. Es un momento oportuno para que la organización internacional de salud pública más antigua del mundo reflexione sobre los numerosos logros que ha alcanzado en el último siglo. Además, la Organización espera celebrar muchos más éxitos en los años venideros, particularmente en su empeño por lograr un control integral del tabaco en sus 35 Estados miembros y en otros países.

El tabaco sigue siendo el único producto de consumo legal que mata hasta la mitad de quienes lo consumen siguiendo las instrucciones de los fabricantes. A nivel mundial, el tabaco es la causa de más de 8 millones de muertes anuales, 7 millones de las cuales son el resultado del consumo directo, mientras que alrededor de 1,2 millones se registran en personas que no son fumadoras pero que han estado expuestas al humo del tabaco. El consumo de tabaco se considera un factor de riesgo transversal para seis de las ocho principales causas de muerte en el mundo, así como para las cuatro enfermedades no transmisibles más prevenibles y prevalentes: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Todas las formas de tabaco son perjudiciales y no hay un nivel seguro de exposición al humo del tabaco. Esto hace que la epidemia del tabaquismo sea una de las mayores amenazas para la salud pública a las que se ha enfrentado el mundo, por lo que la respuesta debe ser igualmente contundente.

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) se considera uno de los mayores logros en el ámbito de la promoción de la salud pública. Es un tratado basado en la evidencia que aboga por los derechos de las personas a alcanzar el más alto nivel de salud. También aporta aspectos jurídicos a la cooperación internacional en materia de salud, ya que establece normas de cumplimiento ambiciosas.

Desde que este tratado entró en vigor hace más de quince años, la Región de las Américas ha demostrado un progreso continuo en la aplicación del conjunto de medidas MPOWER, práctico y costo-eficaz, introducido para ampliar las disposiciones sobre reducción de la demanda incluidas en el CMCT de la OMS. Cada medida se corresponde estratégicamente con al menos una disposición del CMCT de la OMS. Cabe destacar que, en el 2020, América del Sur se convirtió en la primera subregión dentro de la Región de las Américas en ser catalogada como libre de humo de tabaco, lo que indica que más de 400 millones de personas están protegidas de la exposición al humo ajeno. Esto llega en un momento en el que la evidencia disponible sugiere que las personas que fuman se enfrentan a un riesgo entre 40% y 50% más de presentar una enfermedad grave y morir a causa de la COVID-19. Igualmente importante es el hecho de que el consumo de tabaco es el único factor de riesgo transversal para las cuatro categorías principales de enfermedades no transmisibles que se ha relacionado con una mayor gravedad de la COVID-19. La pandemia ha subrayado la necesidad urgente de adoptar medidas firmes y eficaces de control del tabaco.

Por lo tanto, ahora es aún más esencial que intensifiquemos los esfuerzos de concientización sobre la importancia y la costo-eficacia que supone apoyar la aplicación de las medidas de control del tabaco.

Mientras los gobiernos se han centrado en proteger la salud de su población durante estos tiempos especialmente difíciles, la industria tabacalera ha redoblado sus intentos de interferir en la adopción y aplicación de medidas integrales de control del tabaco en la Región de las Américas. Una de las principales amenazas proviene de los esfuerzos de la industria por mejorar su reputación y asegurar la validación de su papel como actor esencial en la respuesta a la COVID-19. Las constantes acciones de la industria tabacalera por producir información errónea sobre los efectos reales del consumo de tabaco y nicotina, especialmente en relación con el mercadeo de productos nuevos y emergentes de tabaco y nicotina que se presentan como contribuciones a la salud pública y al control del tabaco, y por bloquear las regulaciones que restringen el consumo de sus productos en interés de la salud pública, han dado lugar a actividades constantes para conseguir que se mantenga el impulso en el avance del programa de control del tabaco. En el presente informe se destacan los progresos que la Región sigue realizando en medio de todas las dificultades y se refleja el compromiso de la Región por garantizar que el control del tabaco siga siendo una prioridad para la salud pública.

# Agradecimientos

Este informe se ha elaborado bajo la supervisión general de Rosa Sandoval, Asesora Regional de Control del Tabaco y Economía de las Enfermedades No Transmisibles del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH) de la OPS. Kavita Singh y Adriana Bacelar Gomes coordinaron la elaboración de este informe y redactaron la mayor parte del contenido. Kavita Singh dirigió la recopilación y el análisis de los datos para la Región de las Américas publicados en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021*, la principal fuente de datos para esta publicación. Adriana Bacelar Gomes contribuyó a la estructura general del informe y aportó los datos y la información sobre los sistemas de vigilancia, además de revisar el texto y preparar los anexos de esta publicación. Diana

Ceron colaboró en la redacción de los capítulos y ayudó con aportes a la estructura general del informe. Luciana Severini contribuyó en la revisión de los datos sobre los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado. Sehr Malik, Tatiana Villacres, Mercedes Carballo y Gilberto Morales ayudaron a revisar y contrastar la información contenida en el informe. Los mapas fueron elaborados por Ramón Martínez. Julia Perry y Arantza Cayon coordinaron la revisión editorial y los detalles de comunicación relativos al lanzamiento de este informe.

Agradecemos especialmente a Martín Mariotta, del Centro de Cooperación Internacional para el Control del Tabaco (CCICT), de Uruguay, por la realización de los perfiles resumidos de los países y las hojas informativas sobre impuestos.

# Abreviaciones

<b>AVAD</b>	años de vida ajustados en función de la discapacidad
<b>CARICOM</b>	Comunidad del Caribe
<b>CDC</b>	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
<b>CMCT</b>	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco
<b>COVID-19</b>	enfermedad por coronavirus del 2019
<b>ENT</b>	enfermedad no transmisible
<b>GATS</b>	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos (sigla en inglés)
<b>GTSS</b>	Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (sigla en inglés)
<b>GYTS</b>	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (sigla en inglés)
<b>IVA</b>	impuesto sobre el valor agregado
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PIB</b>	producto interno bruto
<b>PTC</b>	producto de tabaco calentado
<b>SEAN</b>	sistema electrónico de administración de nicotina
<b>SESN</b>	sistema electrónico sin nicotina
<b>TQS</b>	Preguntas sobre el tabaco destinadas a encuestas (sigla en inglés)
<b>TQS JOVEN</b>	Preguntas sobre el tabaco destinadas a encuestas en jóvenes

# Resumen

## Panorama general

El control del tabaco es sumamente importante para acelerar el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, dada la carga que los productos de tabaco imponen sobre la salud, la economía, el medioambiente y las sociedades en general. El tabaco sigue siendo el único producto de consumo legal que mata hasta la mitad de quienes lo consumen siguiendo las instrucciones de los fabricantes y es un factor de riesgo de las cuatro enfermedades no transmisibles más prevalentes en todo el mundo.

A nivel mundial, el tabaco es la causa de más de 8 millones de muertes anuales, 7 millones de las cuales son el resultado del consumo directo, mientras que alrededor de 1,2 millones se registran en personas que no son fumadoras pero que han estado expuestas al humo del tabaco.<sup>1</sup> Desde que comenzó el seguimiento del progreso del control del consumo de tabaco, hace aproximadamente 13 años, anunciado en la publicación del primer informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la epidemia mundial del tabaquismo en el 2008, se han registrado hitos notables, tanto a nivel mundial como regional.

En este resumen del *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022* se proporciona una visión general detallada de la situación del control del tabaco en la Región de las Américas respecto de las medidas contenidas en el paquete MPOWER de la OMS, a saber: (M) monitorear la prevalencia del consumo de tabaco y las políticas de control del tabaco; (P) proteger contra la exposición al humo del tabaco; (O) ofrecer ayuda para el abandono del tabaco; (W) advertir sobre los peligros del tabaco; (E) hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y (R) aumentar los impuestos a los productos de tabaco.<sup>2</sup>

La Región de las Américas registró una disminución de la prevalencia del consumo actual de tabaco, que pasó de 28% en el 2000 a 16,3% en el 2020, lo que representa la segunda prevalencia más baja del consumo actual de tabaco en el mundo. Junto con la Región de Europa de la OMS, la Región de las Américas también muestra la diferencia más pequeña en la prevalencia del consumo actual de tabaco entre las mujeres y los hombres adultos. En la Región, la proporción entre hombres y mujeres es de 1,9 (21,3% hombres y 11,3% mujeres) en comparación con la proporción mundial de 4,7 (36,7% hombres y 7,8% mujeres), lo cual reafirma la necesidad de que en nuestra Región

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Ginebra: OMS. Consultado el 26 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

<sup>2</sup> Con respecto a las medidas relativas al monitoreo de la prevalencia del consumo de tabaco y las políticas de control del tabaco (M) y el ofrecimiento de ayuda para abandonar el tabaco (O), los datos del presente informe reflejan el período comprendido entre el 1 de enero del 2017 y el 31 de diciembre del 2020. En cuanto a las medidas relacionadas con la protección contra la exposición al humo del tabaco (P), advertir sobre los peligros del tabaco (W) y hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (E), los datos corresponden al período comprendido entre el 1 de enero del 2018 y el 31 de diciembre del 2021. En el caso de las medidas relativas al aumento de los impuestos a los productos de tabaco (R), se informa de los progresos realizados entre el 1 de agosto del 2016 y el 31 de julio del 2020.

se fortalezca el aspecto de género de las políticas y estrategias de control del tabaco. En el 2020, la prevalencia más alta de consumo actual de tabaco en personas adultas continuó registrándose en Chile (29,2%) y la más baja en Panamá (5,0%), cuando se considera el número de países con datos comparables estandarizados por la edad.

En cuanto a la población joven (personas de 13 a 15 años), de los 35 Estados miembros de la OPS, Brasil notificó la prevalencia más baja (6,9%), mientras que Dominica informó la prevalencia más alta (25,3%). Según la cuarta edición del informe mundial de la OMS del 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025,<sup>3</sup> la proporción promedio de la población que consume tabaco en la Región de las Américas es de 11,3%, en comparación con el promedio mundial de 10,3%. De los 26 países de la Región con información sobre los cigarrillos electrónicos, Estados Unidos de América tiene la prevalencia más alta de consumo actual de cigarrillos electrónicos a nivel regional en la población joven (19,6%) y Brasil tiene la más baja (0,2%). En todos los países con datos disponibles, el consumo de cigarrillos electrónicos es más frecuente en los adolescentes varones, con la excepción de República Bolivariana de Venezuela y Colombia, donde la prevalencia del uso de cigarrillos electrónicos es casi igual tanto en mujeres como en hombres jóvenes.

La Región de las Américas está en camino de alcanzar la meta 5 del *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades*

*no transmisibles 2013-2020*, de la OMS, que estipula una reducción relativa de 30% de la prevalencia del consumo de tabaco en las personas de 15 años o más. Se espera que la Región registre una prevalencia de 14,9% en el consumo actual de tabaco y, según las estimaciones de las tendencias actuales, es probable que se logre una prevalencia regional de 14,3%, superando así el objetivo de una reducción relativa de 30% entre el 2010 y el 2025.<sup>4</sup>

A nivel mundial, el número de países que han adoptado al menos una medida del paquete MPOWER al más alto nivel de aplicación ha aumentado de 44 en el 2008 a 146 en el 2020, cubriendo más de 5000 millones de la población mundial.<sup>5</sup>

En la actualidad hay 101 países clasificados como que han alcanzado el nivel más alto de aplicación con respecto a las advertencias sanitarias sobre los productos de tabaco (lo que cubre 60% de la población mundial, o 4700 millones de personas). La medida W de MPOWER tiene la cobertura más alta de la población, así como el mayor número de países que han implementado esta medida, 17 de los cuales han adoptado leyes que exigen el empaquetado neutro para los productos de tabaco. El aumento de los precios del tabaco a través de los impuestos sigue siendo la política con la cobertura de población más baja, con 13%, y no se ha registrado incremento alguno desde el 2018.

En total, 26 de los 35 países de la Región han alcanzado el mayor nivel de aplicación de al

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. WHO global report on the trends in prevalence of tobacco use 2000-2025. 4.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240039322>.

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-sp.pdf#page=23](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf#page=23) (anexo 4).

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes. 8.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032095>.

menos una medida del paquete técnico MPOWER, lo que representa una cobertura poblacional de 96% (figura R1). En cuanto a la implementación de la medida P al más alto nivel de aplicación, al 31 de diciembre del 2021, la Región de las Américas tiene el mayor número de países que implementan dicha medida a ese nivel, en comparación con las otras regiones de la OMS (24 de 35, de las cuales 23 son Parte en el CMCT de la OMS). Cabe destacar que esta Región ha tenido el mayor número de Estados miembros que implementan esta medida al más alto nivel de aplicación desde la edición del 2009 del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. El número de países que aplican la medida W a su nivel más alto de aplicación ha aumentado a 22, y varios países aplican otras medidas a su nivel más alto de aplicación: medida M (10 países),

medida O (6 países), medida E (9 países) y medida R (3 países).

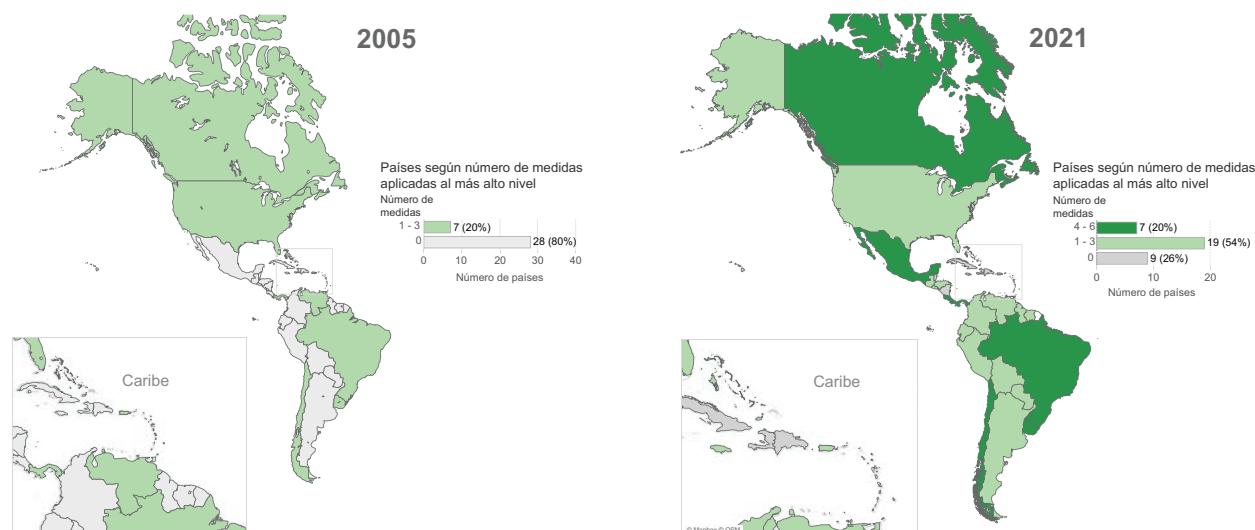
## Principales resultados y conclusiones

Se espera que la Región de las Américas registre una prevalencia del consumo de tabaco de 14,9% para el 2025, lo que significa que la Región está en camino de alcanzar la meta 5 del *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*, es decir, una reducción relativa de 30% de la prevalencia del consumo de tabaco en las personas de 15 años de edad o mayores.

Diez países de la Región cuentan con sistemas de vigilancia con datos recientes, periódicos y representativos del consumo de tabaco en la

### FIGURA R1

#### Cambios en la aplicación de un grupo determinado de medidas del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en la Región de las Américas, 2005-2021



Notas: Fechas de corte: Región de las Américas: medida R, 31 de julio del 2020; medidas M y O, 31 de diciembre del 2020; medidas P, W y E, 31 de diciembre del 2021.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición), disponible en <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032095>, y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

población adulta y joven, lo que se traduce en que 65% de la población regional está cubierto por políticas de monitoreo del consumo de tabaco a los niveles más altos de aplicación. No obstante, cinco Estados miembros (Barbados, Belice, Dominica, Haití y Saint Kitts y Nevis) no disponen de datos representativos recientes sobre la prevalencia del consumo de tabaco en personas adultas y jóvenes.

Desde la edición del 2009 del informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, la Región tiene el mayor número de Estados miembros que implementan la medida P al nivel

más alto de aplicación en comparación con otras regiones del mundo (cuadro R1). Desde el 2018, cinco países han promulgado políticas integrales sobre espacios libres de humo de tabaco, lo que eleva a 24 el total de países de la Región que ponen en marcha medidas para proteger a las personas de la exposición al humo de tabaco al más alto nivel de aplicación.

El ascenso de Paraguay a Estado miembro libre de humo de tabaco en el 2020 hizo que América del Sur se convirtiera en la primera subregión sin humo de tabaco en la Región (cuadro R2).

## CUADRO R1

### Número de países de las regiones de la OMS que registran la implementación de la medida P al más alto nivel de aplicación

REGIÓN	2008	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
África (AFR)	4	3	4	5	6	7	9	11
Américas (AMR)	1	5	9	14	17	19	20	24 <sup>a</sup>
Asia Sudoriental (SEAR)	3	1	3	3	3	2	2	2
Europa (EUR)	8	3	8	9	10	13	13	9
Mediterráneo Oriental (EMR)	1	2	3	5	5	6	7	8
Pacífico Occidental (WPR)	1	3	4	7	7	9	9	9

Notas: <sup>a</sup>De acuerdo con las fechas de corte indicadas en las notas técnicas de la referencia (*Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes*, 8.<sup>a</sup> edición), a excepción de las medidas P, W y E en la Región de las Américas (fecha de corte 31 de diciembre del 2021). Al momento de la publicación del informe de la OMS, había 23 Estados miembros de la Región que implementaban la medida P, 22 que implementaban la medida W y 8 que implementaban la medida E a los niveles más altos de aplicación.

Fuentes: Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: plan de medidas MPOWER. Ginebra, OMS; 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43897>.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: consecución de ambientes libres de humo de tabaco. Ginebra, OMS; 2009. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44420>.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: advertencia sobre los peligros del tabaco. Ginebra, OMS; 2011. Disponible en: <https://www.afro.who.int/publications/who-report-global-tobacco-epidemic-2011>; resumen en español: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70681>.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Ginebra, OMS; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241505871>; resumen en español: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85382>.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015: aumentar los impuestos al tabaco. Ginebra, OMS; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/181425>.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención. Ginebra, OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258599>.

Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes. Ginebra, OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240032095>; resumen en español: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032842>.

## CUADRO R2

### Situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en la Región de las Américas y resumen de la aplicación del paquete de medidas MPOWER, 2021

PAÍS	CMCT ART. 20	CMCT ART. 8	CMCT ART. 14	CMCT ART. 11	CMCT ART. 13	CMCT ART. 6	NÚMERO DE MEDIDAS DE MEJOR INVERSIÓN APlicadas a NIVEL DE MEJORES PRÁCTICAS	NÚMERO DE MEDIDAS MPOWER APlicadas a NIVEL DE MEJORES PRÁCTICAS		
	MEJOR INVERSIÓN		MEJOR INVERSIÓN		MEJOR INVERSIÓN					
	M	P	O	W	E	R				
	Monitoreo	Ambientes sin humo de tabaco	Ofrecer apoyo para dejar el tabaco	Empaquetado y etiquetado	Prohibir publicidad, promoción y patrocinio del tabaco	Aumentar los impuestos al tabaco				
Antigua y Barbuda		2018	↓	2018 <sup>a</sup>	2018	13,1%	3	3		
Argentina		2011		2012		76,6%	3	3		
Bahamas	2018					43,2%	0	1		
Barbados	↓	2010		2017		...	2	2		
Belice	↓					34,7%	0	0		
Bolivia (Estado Plurinacional de)		2020 <sup>↑</sup>		2009		35,7%	2	2		
Brasil	2015	2011	2002	2003	2011	81,5%	4	6		
Canadá	2007 o antes	2007	2008	2011 <sup>b</sup>		61,7%	2	4		
Chile	2007 o antes	2013		2006		80,0%	3	4		
Colombia	↓	2008			2009	73,1% ↓	2↓	2↓		
Costa Rica	2007 o antes	2012	2020 <sup>↑</sup>	2013		53,6%	2	4 <sup>↑</sup>		
Cuba						...	0	0		
Dominica						22,7%	0	0		
Ecuador	2016	2011		2012		66,9%	2	3		
El Salvador		2015	↓	2011		46,5%	2	2↓		
Estados Unidos de América	2007 o antes		2008	2020 <sup>c↑</sup>		40,0%	1	3		
Granada			↓			...	0	0		
Guatemala	↑	2008				49,0%	1	1		
Guyana		2017		2018	2017	27,5% ↑	3	3		
Haití						...	0	0		
Honduras	↑	2010		2017		42,6%	2	2		
Jamaica		2013	2016	2013		42,6%	2	3		
Méjico		2021 <sup>↑</sup>	2013	2009	2021 <sup>↑</sup>	67,6%	3	4		

## CUADRO R2 (continuación)

PAÍS	CMCT ART. 20	CMCT ART. 8	CMCT ART. 14	CMCT ART. 11	CMCT ART. 13	CMCT ART. 6	NÚMERO DE MEJOR INVERSIÓN APLICADAS A NIVEL DE MEJORES PRÁCTICAS	NÚMERO DE MEDIDAS MPOWER APLICADAS A NIVEL DE MEJORES PRÁCTICAS
	M	P	O	W	E	R	PWER	MPOWER
	Monitoreo	Ambientes sin humo de tabaco	Ofrecer apoyo para dejar el tabaco	Empaquetado y etiquetado	Prohibir publicidad, promoción y patrocinio del tabaco	Aumentar los impuestos al tabaco		
Nicaragua						69,4%↑	0	0
Panamá	2012	2008		2005	2008	56,5%	3	4
Paraguay		2020†				18,3%	1	1
Perú	2007 o antes	2010		2011		67,7%↑	2	3
República Dominicana						44,3%↓	0	0
Saint Kitts y Nevis						...	0	0
San Vicente y las Granadinas						23,1%	0	0
Santa Lucía		2020†		2017		51,3%	2	2
Suriname	↓	2013		2016	2013	26,5%	3	3↓
Trinidad y Tabago		2009		2013		25,7%	2	2
Uruguay	2007 o antes	2005		2005 <sup>b</sup>	2014	65,9%	3	4
Venezuela (República Bolivariana de)	↑	2011		2004	2019↑	73,4%	3	3
	10	24	6	22	9	3	10	7

Notas: Para las definiciones y los colores de la clasificación de las intervenciones, véase la nota técnica (capítulo 6). Fechas de corte: Región de las Américas: medida R, 31 de julio del 2020; medidas M y O, 31 de diciembre del 2020; medidas P, W y E, 31 de diciembre del 2021.

<sup>a</sup>Regulación pendiente.

<sup>b</sup>El empaquetado neutro es obligatorio.

<sup>c</sup>Disposición adoptada, pero no aplicada al 31 de diciembre del 2020.

↑ ↓ Indica un cambio de calificación en el informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo de la séptima a la octava edición.

Mejor inversión: Intervenciones en las que un análisis de elección de la OMS detectó una relación costo-eficacia promedio de ≤US\$ 100 por AVAD evitado en países de ingresos bajos y medianos bajos.

... Datos no notificados o no disponibles.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición), disponible en <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032095>, y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

Solo seis Estados miembros (Brasil, Canadá, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica y México) han puesto a disposición de la población líneas telefónicas nacionales gratuitas para dejar de fumar, tratamiento accesible de

sustitución con nicotina y servicios de apoyo para abandonar el consumo de tabaco, lo que les permite implementar medidas relacionadas con el ofrecimiento de ayuda para dejar el tabaco al más alto nivel de aplicación (cuadro R2).

En la actualidad hay 22 países que están implementando medidas para advertir sobre los peligros del consumo de tabaco por medio de advertencias sanitarias gráficas en el empaquetado de los productos de tabaco, luego de que Estados Unidos de América se uniera al grupo en el 2020, precedido por Antigua y Barbuda en el 2018 y Honduras en el 2017. En el 2019, Uruguay y Canadá promulgaron políticas que ahora exigen el empaquetado neutro de los productos de tabaco (cuadro R2).

Antigua y Barbuda (2018), República Bolivariana de Venezuela (2019) y México (2021) ahora tienen prohibiciones completas de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Esto eleva a nueve el total de países de la Región de las Américas que implementan medidas relacionadas con la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco al más alto nivel de aplicación. Un total de 21 Partes de la Región en el CMCT de la OMS han superado desde entonces el plazo de cinco años establecido para la aplicación de esta medida.

Solo tres países están aplicando medidas para asegurarse de que el umbral del total de impuestos indirectos represente 75% o más del precio al por menor de los productos de tabaco.

En la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022*<sup>6</sup> se establecen cuatro líneas estratégicas de acción: aplicación de medidas para el establecimiento de ambientes completamente libres de humo y para la adopción de medidas efectivas sobre el empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco (artículos 8 y 11);

aplicación de la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco y adopción de medidas para reducir su disponibilidad (artículos 6 y 13); ratificación del CMCT y del *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* por parte de aquellos Estados miembros que aún no lo hayan hecho; y fortalecimiento de la capacidad de los Estados miembros en cuanto a las políticas de salud pública para contrarrestar los intentos de interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que trabajan para promover sus intereses (artículo 5.3). Hasta la fecha, durante la aplicación de los mandatos de la estrategia, se han registrado progresos considerables en muchas esferas de la lucha contra el tabaco; sin embargo, es probable que los objetivos establecidos a través de estas líneas estratégicas de acción no se alcancen cuando la vigencia de la estrategia expire a finales del 2022.

Los productos novedosos y emergentes de nicotina y tabaco, como los cigarrillos electrónicos (sistemas electrónicos de administración de nicotina [SEAN] y sistemas electrónicos sin nicotina [SESN]) y los productos de tabaco calentados (PTC), están cada vez más ampliamente disponibles y son cada vez más accesibles, lo que representa una amenaza para el control del tabaco. La industria tabacalera y otras industrias afines emplean diversas estrategias para comercializar estos productos alegando que plantean un riesgo menor y afirman que son ayudas efectivas para dejar de fumar, en un intento por proporcionar una “solución” a la epidemia de tabaquismo; sin embargo, en realidad esto es solo una estratagema para preservar su existencia y “enganchar” a nuevos usuarios para mantener sus mercados.

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022. 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana y 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre del 2017 (documento CSP29/11). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34441/CSP29-11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Con respecto a los SEAN y los SESN, ya en la sexta reunión de la Conferencia de las Partes (COP6) en el CMCT de la OMS, se adoptó la decisión FCTC/COP6(9)<sup>7</sup> mediante la cual se invitó a las Partes a considerar la posibilidad de “prohibir o regular los SEAN/SESN, por ejemplo, como productos del tabaco, productos medicinales, productos de consumo u otras categorías, según proceda, teniendo en cuenta un elevado grado de protección de la salud humana”. Este llamado se ha repetido en las sucesivas reuniones de la COP y, hasta la fecha, siete países de la Región de las Américas han prohibido la venta de cigarrillos electrónicos. Sin embargo, como la prohibición de la venta no elimina la posibilidad de que estos productos entren ilegalmente en el mercado, cinco de estos países también han optado por regular su uso para ser coherentes con la legislación sobre ambientes libres de humo o sobre la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Dieciocho países han regulado la venta, el consumo y la publicidad de los SEAN y los SESN: once los regulan como productos de tabaco o relacionados con el tabaco, seis los regulan como productos de consumo y tres los regulan como productos terapéuticos. Quince países no imponen ningún tipo de marco regulatorio.

De conformidad con la decisión FCTC/COP8(22) de la octava reunión de la Conferencia de las Partes en el CMCT de la OMS,<sup>8</sup> “los productos de tabaco calentados son productos de tabaco, por lo que están sujetos a las disposiciones del CMCT de la OMS”. Se recordó a las Partes “reglamentar, e incluso restringir o prohibir, según proceda, la fabricación, importación,

distribución, presentación, venta y consumo de productos de tabaco novedosos y emergentes, con arreglo a sus legislaciones nacionales y teniendo en cuenta un alto grado de protección de la salud humana”. Hasta la fecha, tres países de la Región han prohibido la venta de PTC, 25 los regulan como productos de tabaco y siete países no cuentan con ningún mecanismo regulatorio para esta categoría de productos.

La reciente pandemia de COVID-19 ha supuesto una amenaza adicional para el progreso logrado en cuanto al control del tabaco, ya que la enfermedad misma resulta más perniciosa para las personas que tienen alguna enfermedad no transmisible (ENT), incluidas aquellas con algún factor de riesgo de ENT, especialmente el consumo de tabaco. La pandemia también brindó una oportunidad a la industria tabacalera para interferir en las políticas de control del tabaco existentes, en un intento por debilitarlas mientras buscaba mejorar su imagen como una industria socialmente responsable y solidaria.

Es evidente que se han logrado avances significativos en la promoción de la agenda de control del tabaco dentro de la Región, aunque siempre surgirán desafíos que pueden impedir este progreso. Por lo tanto, los países deben reiterar sus compromisos de permanecer firmes y vigilantes, y de dar prioridad a la salud pública para velar por la protección de su población de los peligros del tabaco. La Organización Panamericana de la Salud está comprometida a apoyar a los países en el logro de estas metas.

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Sexta reunión de la Conferencia de las Partes en el CMCT de la OMS. Moscú, Rusia; del 13 al 18 de octubre del 2014. Disponible en: <https://fctc.who.int/es/who-fctc/governance/conference-of-the-parties/sixth-session-of-the-conference-of-the-parties-to-the-who-fctc>.

<sup>8</sup> Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Octava reunión de la Conferencia de las Partes en el CMCT de la OMS. Ginebra, Suiza; del 1 al 6 de octubre del 2018. Disponible en: [https://fctc.who.int/es/publications/m/item/fctc-cop8\(22\)-novel-and-emerging-tobacco-products](https://fctc.who.int/es/publications/m/item/fctc-cop8(22)-novel-and-emerging-tobacco-products).



© Armando Oliveira/Shutterstock



© PixieMe/Shutterstock

# Introducción

En la edición del 2022 del *Informe regional sobre el control del tabaco en la Región de las Américas* se ofrece una visión general de la situación actual y las tendencias de la epidemia de tabaquismo en la Región de las Américas y la aplicación de políticas eficaces para combatirla en sus 35 Estados miembros. Como en ediciones anteriores, en el informe se presentan datos actualizados y validados sobre la prevalencia del consumo de tabaco y su tendencia. También describe los progresos realizados en la adopción de leyes y políticas para aplicar las seis medidas de control del tabaco recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), conocidas como el conjunto de medidas MPOWER.

Este informe es una muestra de la resiliencia y el compromiso de los Estados miembros en relación con el control del tabaco, especialmente en un momento en el que el mundo se enfrenta a los efectos de la pandemia de COVID-19, ya que tanto los que padecen enfermedades no transmisibles como los que corren el riesgo de desarrollarlas se consideran vulnerables a infectarse con esta devastadora enfermedad. Desgraciadamente, también es una época donde la injerencia de la industria tabacalera

ha traspasado muchas fronteras en un intento de afirmar su presencia y aprovechar la vulnerabilidad a la que muchos Estados miembros se han visto expuestos desde entonces.

Durante la pandemia ha aumentado la necesidad de que los Estados miembros cumplan sus compromisos con el artículo 14 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) consistente en ofrecer ayuda a las personas para dejar de fumar. Por ello, la prestación de servicios y recursos para el abandono del tabaco fue el sello del programa de actividades del Día Mundial Sin Tabaco 2021.

La celebración de este día se extendió a una campaña de un año de duración para ayudar a 100 millones de personas a dejar de fumar bajo el lema “Comprométete a dejarlo”, que reafirmó la importancia de crear ambientes más saludables que favorezcan el abandono del tabaco, no solo abogando por políticas sólidas de abandono del tabaco y aumentando el acceso a los servicios correspondientes, sino también asegurando que todos los lugares públicos y de trabajo interiores estén libres de humo de tabaco. Sin embargo, la evolución de los productos novedosos y

emergentes de nicotina y tabaco se disparó, y con ello surgieron numerosos retos para el control del tabaco, principalmente en las áreas de abandono del tabaco y los ambientes libres de humo.

El informe se divide en cinco capítulos. En el capítulo 1 se ofrece un panorama general de las tendencias regionales y mundiales de la epidemia de tabaquismo, como se indica en el *Informe mundial OMS sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025*. En el capítulo 2 se informa sobre los progresos realizados en la Región con respecto a la aplicación de cada una de las seis medidas costoeficaces de control del tabaco incluidas en el paquete de medidas MPOWER. Este capítulo también incluye un panorama general completo para determinar fácilmente los países que han aplicado el mayor número de medidas, así como las medidas con las que la Región ha logrado mayores avances. En el capítulo 3 se proporciona una actualización sobre los progresos alcanzados en la aplicación de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022*, así como de los demás mandatos y actividades regionales que tienen por objeto reforzar el control del tabaco en la Región de las Américas. El capítulo 4 se centra en los retos que han amenazado los avances en el control del tabaco. Entre ellos se encuentran los productos novedosos y emergentes de nicotina y tabaco en el contexto de la aplicación de una legislación eficaz para el control del tabaco, así como la pandemia de COVID-19 y su papel en el aumento de los obstáculos que amenazan los progresos en el

control del tabaco. En este capítulo también se destacan algunos de los ámbitos específicos en los que queda trabajo por hacer, especialmente en materia de impuestos al tabaco, para frenar la epidemia de tabaquismo. En el capítulo 5 se presentan las conclusiones del informe. El informe también incluye perfiles de país (publicados por separado), que detallan el estado de aplicación de las seis medidas MPOWER en cada uno de los 35 Estados miembros de la Región. Estos perfiles se recogen en dos páginas de resumen por país: una sobre la aplicación del paquete de medidas MPOWER y otra específicamente sobre los precios e impuestos del tabaco.

Es innegable que, en general, se ha avanzado en el control del tabaco y que gran parte de la experiencia adquirida está llevando a actuar sobre otros factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles. No obstante, este progreso dista mucho de ser suficiente en todo el mundo y en la Región de las Américas en particular. La esperanza es que este informe ayude a los responsables de formular políticas, activistas, investigadores y otras partes interesadas pertinentes a determinar el trabajo más urgente que se debe acometer, de modo que puedan canalizar los esfuerzos y asignar recursos para acelerar la plena aplicación del CMCT en la Región de las Américas. Esto nos ayudará a alcanzar las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (1) y el plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y a reducir las muertes prematuras debidas a enfermedades no transmisibles (ENT).



© OPS



© Fabian Ponce Garcia/AdobeStock

## CAPÍTULO 1

# La epidemia de tabaquismo en la Región de las Américas y a nivel mundial

Cuando se hace el seguimiento de la situación y los cambios ocurridos en la epidemia de tabaquismo, es crucial tomar decisiones basadas en la información que se recoge de forma sistemática y periódica. En este capítulo se presenta información sobre la situación actual y las tendencias de la epidemia de tabaquismo a nivel regional y mundial a partir de los datos sobre la prevalencia del consumo de tabaco en la población joven y adulta, y un análisis de las tendencias de la prevalencia en la población adulta en el período comprendido entre el 2000 y 2025.

### 1.1. Situación actual

En todo el mundo, el consumo de tabaco es una de las amenazas más difíciles de afrontar para la salud pública, ya que provoca la muerte de más de 8 millones de personas al año, de las cuales se ha establecido que 1,2 millones son personas que no fuman pero que han estado expuestos al humo del tabaco (2). Hasta la fecha, la evidencia ha puesto de manifiesto que todos los productos de tabaco son perjudiciales para la salud y que no hay un nivel seguro de exposición al humo del tabaco. Algunas de las enfermedades

y de los riesgos para la salud asociados al consumo de estos productos son la aparición de enfermedades no transmisibles, las complicaciones durante el embarazo y el peso bajo del recién nacido. El consumo de tabaco, alcohol y la alimentación poco saludable, así como un estilo de vida sedentario unido a la contaminación atmosférica, son los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

Las enfermedades no transmisibles más prevalentes a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, entre las cuales el consumo de tabaco es el único factor de riesgo común (3). Este grupo de enfermedades representa 71% (41 millones) de todas las muertes que se producen cada año en el mundo, de las cuales 33% (15 millones) se producen en personas de entre 30 y 70 años. Lamentablemente, en la Región de las Américas, este porcentaje es aún mayor y las enfermedades no transmisibles causan 81% de todas las muertes anuales (4). Algunas estimaciones indican que el consumo

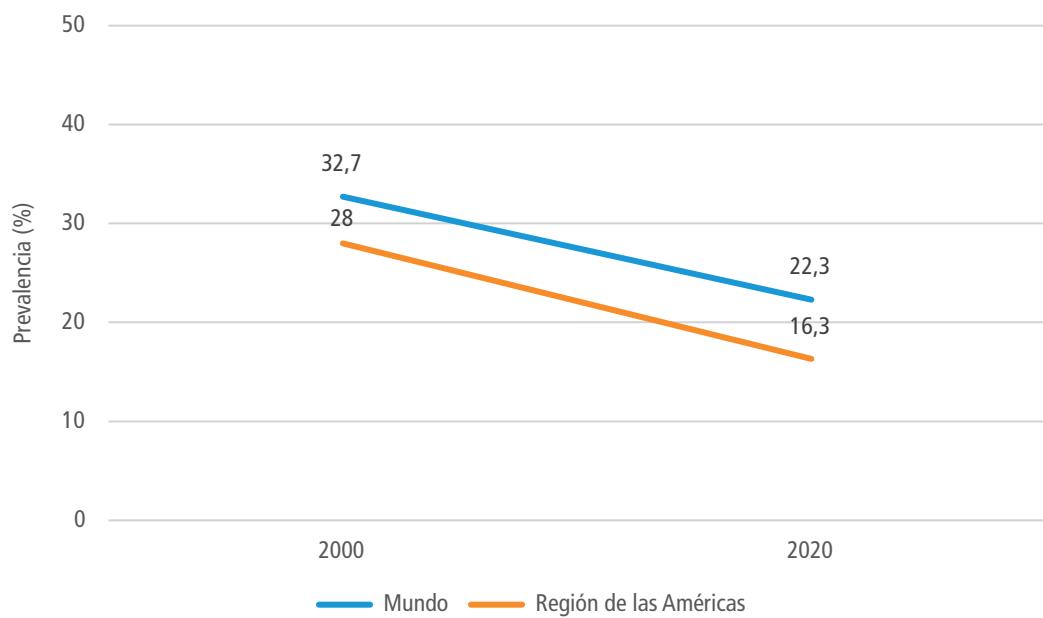
de tabaco es responsable específicamente de 15% de las muertes en el mundo y de 14% en la Región (5). En esta sección del informe se analiza la prevalencia del consumo de productos de tabaco en la población joven y adulta a nivel regional y mundial.

Casi veinte años después de la entrada en vigor del CMCT de la OMS –un tratado internacional de salud pública ampliamente respaldado que se negoció con el objetivo de hacer frente a la epidemia mundial de tabaquismo–, cabe destacar que hasta la fecha se ha observado un efecto considerable en la reducción de la prevalencia del

consumo de tabaco. En el 2020, la prevalencia mundial del consumo actual de tabaco en personas de 15 años o más era de 22,3%, frente a 32,7% registrado en el 2000 (figura 1). Esta tendencia a la baja se repite en las seis regiones de la OMS. En el mismo período, la Región de las Américas registró una disminución de la prevalencia, al pasar de 28% en el año 2000 a 16,3% en el 2020, ocupando así el segundo lugar en cuanto a la prevalencia del consumo actual de tabaco en el mundo, precedida únicamente por la Región de África, con 10,3% (figura 2). Estos datos estadísticos presentan un escenario alentador. En cifras absolutas, desde el año 2000

## FIGURA 1

### Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta, Región de las Américas y todo el mundo, 2000-2020



Notas: La prevalencia del consumo actual de tabaco se refiere al porcentaje de la población adulta (personas de 15 años o más) que consumió un producto de tabaco (con o sin humo) en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional. Los datos se estandarizaron por edad para el 2020. Para obtener más información, véase la nota técnica II de la referencia (7) (*Informe mundial de la OMS 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025*, 4.<sup>a</sup> edición).

Fuente: Basado en el *Informe mundial de la OMS 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025* (4.<sup>a</sup> edición) (2).

hasta el 2020, el número total de personas que consumen tabaco ha mostrado un descenso continuo. Sin embargo, en el caso de los hombres, el descenso en cifras absolutas solo es evidente en las proyecciones a partir del 2018, en el supuesto de que todos los países mantengan sus esfuerzos dirigidos al control del tabaco (6).

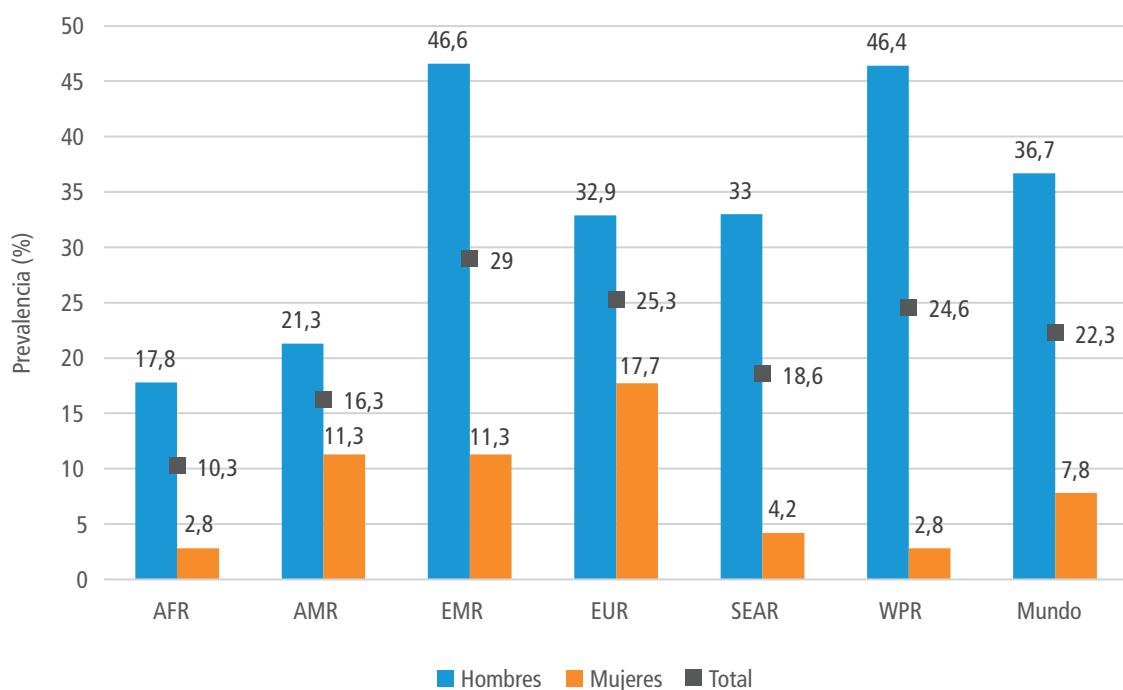
Por su parte, la industria tabacalera invierte cada año más de US\$ 9000 millones en publicidad dirigida a nuevos consumidores como niñas, niños, adolescentes, jóvenes y

mujeres. Por lo tanto, es importante observar las pautas de consumo de los hombres frente a las mujeres, y de las personas adultas respecto a la población joven, en los datos estadísticos presentados anteriormente.

Por lo que respecta a la población adulta, las regiones de Europa y de las Américas muestran la menor diferencia en la prevalencia del consumo actual de tabaco en hombres y mujeres adultos. En la Región de las Américas, la proporción hombres-mujeres

## FIGURA 2

### Prevalencia mundial del consumo actual de tabaco en la población adulta por sexo y región de la OMS, 2020



Notas: La prevalencia del consumo actual de tabaco se refiere al porcentaje de la población adulta (personas de 15 años o más) que consumió un producto de tabaco (con o sin humo) en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional. Los datos se estandarizaron por edad para el 2020. Para obtener más información, véase la nota técnica II de la referencia (7) (*Informe mundial de la OMS 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000–2025*, 4.<sup>a</sup> edición).

Fuente: Basado en el *Informe mundial de la OMS 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000–2025* (4.<sup>a</sup> edición) (7).

es de 1,9 (21,3% de hombres y 11,3% de mujeres). A nivel mundial, la proporción es de 4,7 (36,7% de los hombres y 7,8% de las mujeres). En cuanto a la prevalencia del consumo actual de tabaco en las mujeres, hay que señalar que en las regiones de la OMS de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, que presentan una de las prevalencias más altas del mundo, el consumo en las mujeres es aproximadamente de cuatro a trece veces menor, respectivamente, que el de los hombres adultos. Estos datos confirman la necesidad de que los países de la Región de las Américas refuerzen el aspecto de género en sus políticas y estrategias sobre control del tabaco (figura 2).

La Región de las Américas muestra una amplia variación entre sus Estados miembros en relación con la prevalencia del consumo de tabaco. En los 24 países que producen datos comparables y estandarizados de los 35 países de la Región, en el 2020 la prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta siguió siendo la más alta en Chile (29,2%) y la más baja en Panamá (5,0%) (figura 3). En los siguientes capítulos de este informe, se establecerán asociaciones basadas en los resultados obtenidos con respecto a las medidas de control del tabaco adoptadas por cada país de la Región.

En los 24 Estados miembros con datos comparables disponibles, la prevalencia del consumo actual de tabaco es mayor en los hombres. Sin embargo, existen grandes variaciones entre países en cuanto al tamaño de la brecha entre hombres y mujeres (figura 4). En seis de los Estados miembros de la Región, la proporción de hombres a mujeres es inferior a 2 (Argentina, Brasil, Canadá, Chile,

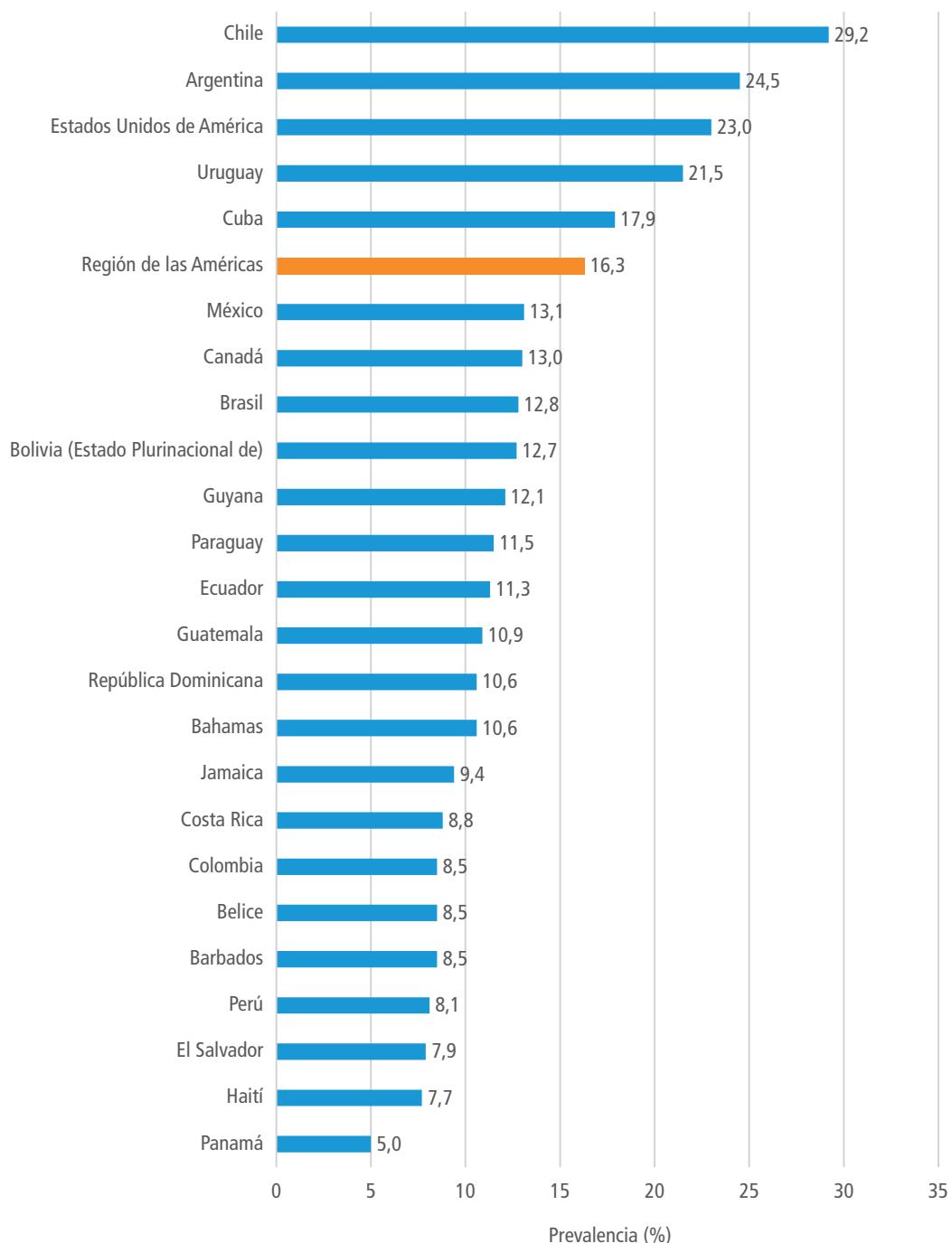
Estados Unidos de América y Uruguay), es decir, por cada dos hombres que consumen tabaco, hay al menos una mujer que también lo hace. Los Estados miembros con mayor diferencia de prevalencia entre los sexos se encuentran en Centroamérica y el Caribe.

Los sistemas de vigilancia de un país deben producir datos con cierta periodicidad para obtener información reciente que refleje la situación actual de cualquier afección que se esté monitoreando. Cuanto más actualizados estén los datos disponibles, más sólidos serán los cálculos de las estimaciones de prevalencia comparables y las previsiones para el análisis de tendencias. En la Región de las Américas, once países no cuentan con datos suficientes para permitir el cálculo de estimaciones comparables, ya sea porque los datos no son representativos de toda la población o del grupo etario correspondiente, o porque se recopilaron hace más de veinte años, o bien porque aún no cumplen otros requisitos de la metodología de estimación descrita en la nota técnica del *Informe mundial de la OMS 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025* (4.<sup>a</sup> edición) (7).

Con respecto a la población joven, todos los países de la Región de las Américas presentan datos correspondientes a la población estudiantil con edades comprendidas entre los 13 y 15 años; no obstante, estos datos no son recientes en todos los casos. Los datos más antiguos corresponden a Haití y datan del 2005, mientras que entre el 2014 y 2020, hubo 28 países que recopilaron nuevos datos. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que, en el caso de Canadá y Chile, los datos

### FIGURA 3

#### Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta en algunos países seleccionados de la Región de las Américas, 2020

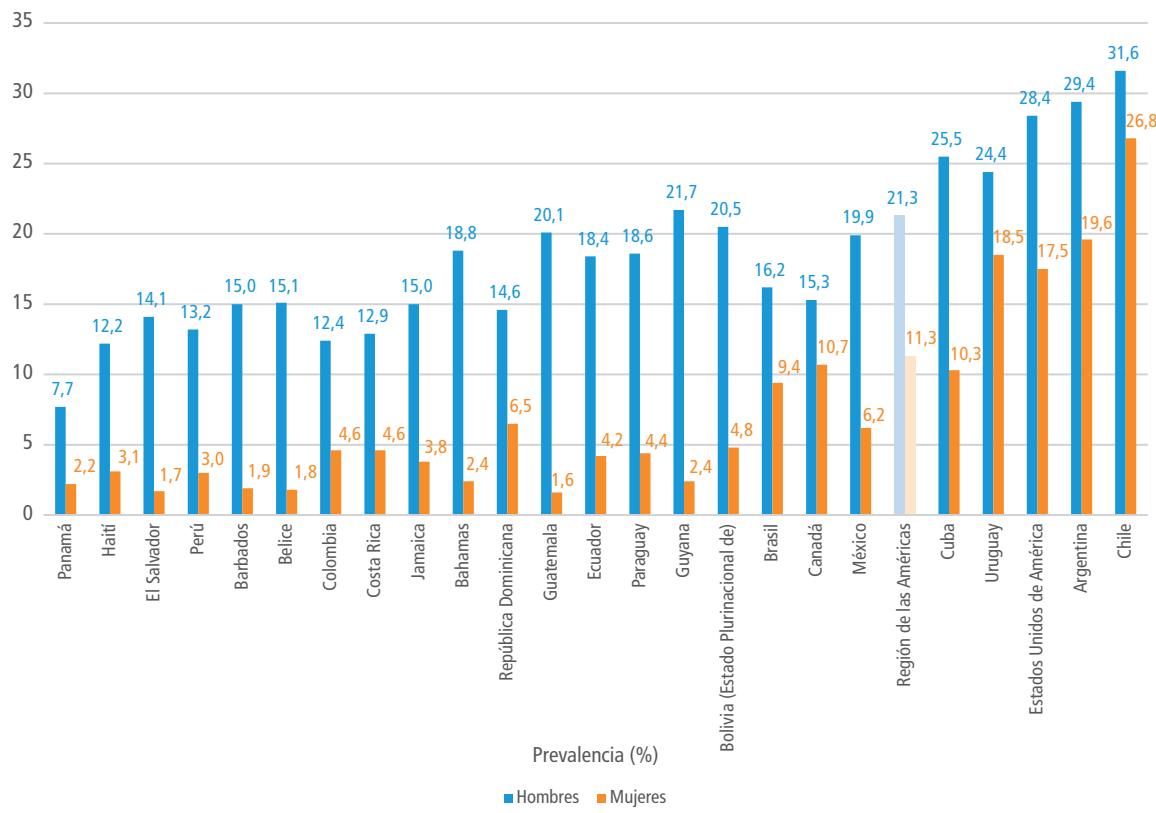


Notas: La prevalencia del consumo actual de tabaco se refiere al porcentaje de la población adulta (personas de 15 años o más) que consumió un producto de tabaco (con o sin humo) en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional. Los datos se estandarizaron por edad para el 2020. Estos datos deben utilizarse estrictamente a efectos de comparación y no para calcular el número absoluto de personas que consumen tabaco en un país determinado. No se dispone de datos o no se pudo obtener la información necesaria para la estandarización en el caso de Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Honduras, Nicaragua, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago o Venezuela (República Bolivariana de).

Fuente: Basado en el *Informe mundial de la OMS 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025* (4.<sup>a</sup> edición) (7).

## FIGURA 4

### Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta por sexo, Región de las Américas, 2020



Notas: La prevalencia del consumo actual de tabaco se refiere al porcentaje de la población adulta (personas de 15 años o más) que consumió un producto de tabaco (con o sin humo) en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional. Los datos se estandarizaron por edad para el 2020. Estos datos deben utilizarse estrictamente a efectos de comparación y no para calcular el número absoluto de personas que consumen tabaco en un país determinado. No se disponía de datos o no se pudo obtener la información necesaria para la estandarización en el caso de Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Honduras, Nicaragua, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago o Venezuela (República Bolivariana de).

Fuente: Basado en el Informe mundial de la OMS 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025 (4.<sup>a</sup> edición) (7).

expuestos en este informe corresponden a la prevalencia del consumo de tabaco para fumar, mientras que para Colombia y Estados Unidos de América los datos únicamente se refieren al consumo de cigarrillos. En el resto de los países, los datos responden al consumo

actual de productos de tabaco con y sin humo. De este grupo de países, Brasil registró la prevalencia más baja (6,9%), frente a la más alta de Dominica (25,3%). Según los datos del informe más reciente de la OMS sobre las tendencias, la prevalencia media del consumo

de tabaco en la Región es de 11,3%. De los 35 Estados miembros, 19 registraron una prevalencia superior a esta media (figura 5) (7, 8).

Contrariamente al patrón que se observa en las personas adultas, apenas hay diferencias en la prevalencia del consumo de tabaco por sexo en la población joven. En todos los países, excepto en Belice y Suriname, la proporción de la prevalencia entre los sexos es inferior a 2; en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, la prevalencia del consumo es mayor en las adolescentes (figura 6). Además, cabe destacar que la brecha entre la prevalencia en hombres y mujeres jóvenes ha disminuido considerablemente, lo que confirma la necesidad de reforzar las políticas dirigidas a las adolescentes en la Región.

El consumo cada vez mayor de productos de tabaco nuevos y emergentes, especialmente en la población joven, es un nuevo reto para la salud pública. La recopilación de datos relativos a los cigarrillos electrónicos, el sistema electrónico de administración de nicotina (SEAN) más utilizado por la población joven de la Región, comenzó en el 2014; hay datos disponibles en 26 Estados miembros. En cuanto a la información más actualizada, Estados Unidos de América presenta la mayor prevalencia de consumo actual de cigarrillos electrónicos en la población joven de la Región (19,6%) y Brasil, la menor (0,2%). En todos los países de los que se dispone de datos, el consumo de cigarrillos electrónicos suele ser más frecuente en los adolescentes varones, a excepción de Colombia y Venezuela (República Bolivariana de), donde la prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos es prácticamente la misma entre las adolescentes y los adolescentes (figura 7).

## 1.2. Análisis de las tendencias del consumo de tabaco en la Región de las Américas

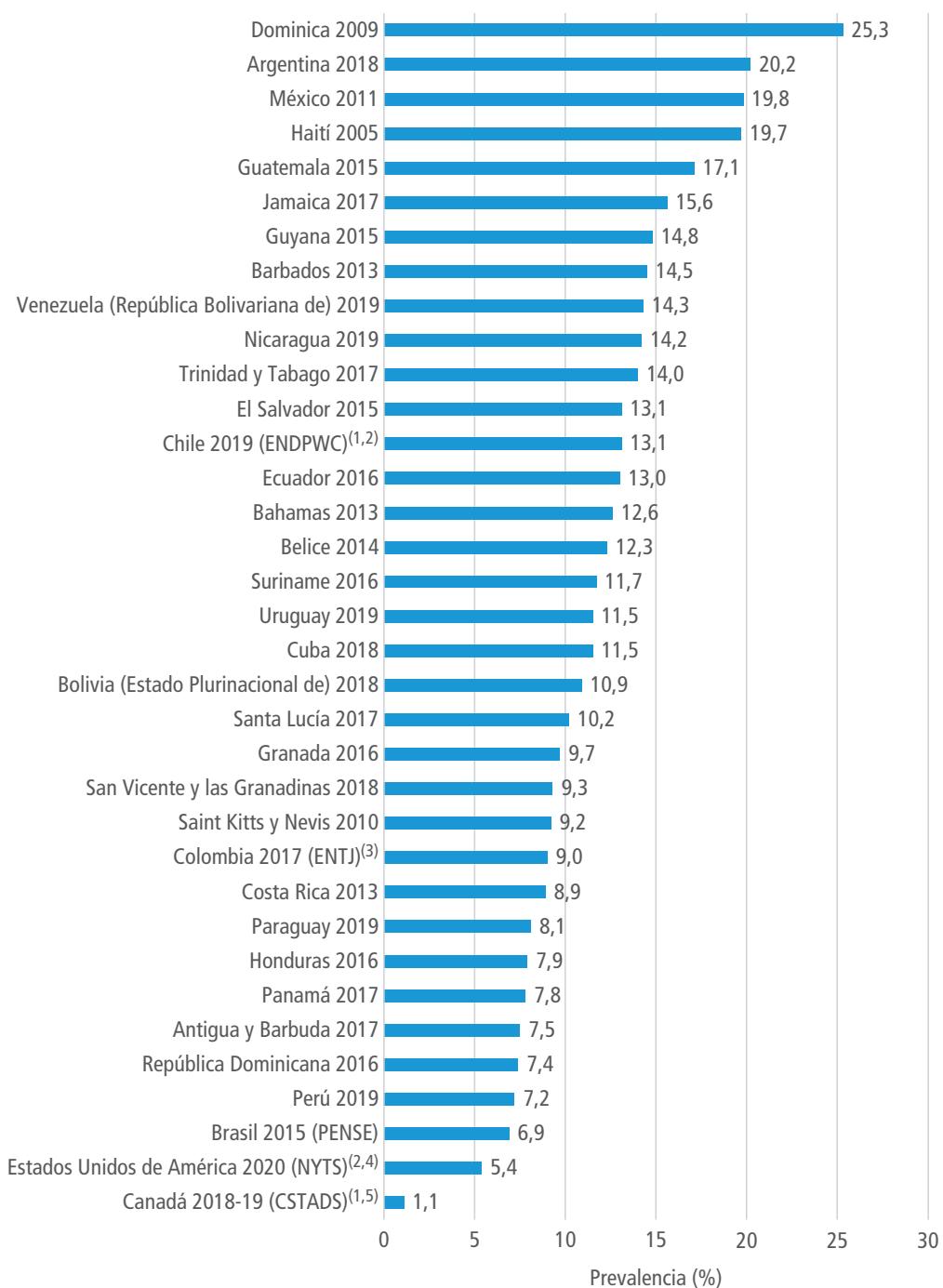
La Región de las Américas está en camino de alcanzar la meta 5 del *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* (9), según el cual para el 2025 se prevé una reducción relativa de 30% en la prevalencia del consumo de tabaco en personas de 15 años o más. En este mismo plan, el objetivo planteado es que, para el 2025, un total de 26 países de la Región reduzcan la prevalencia del consumo actual de tabaco en personas de 15 años o más desde el nivel establecido en sus respectivas líneas de base nacionales hasta el nivel establecido en el informe provisional del marco mundial de vigilancia de la OMS, contribuyendo así al objetivo mundial de alcanzar una reducción relativa de 30% para el 2025 (9).

Con el fin de conocer los avances realizados en la consecución de este objetivo, la OMS ha llevado a cabo desde el 2016 un análisis activo de las tendencias estimadas de la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta durante el período comprendido entre el 2000 y 2025. Se han publicado actualizaciones periódicas de este análisis de tendencias en el 2018, 2019 y 2021.

Según estos cálculos, el objetivo de la Región de las Américas para el año 2025 es registrar una prevalencia de 14,9% en el consumo actual de tabaco. Sin embargo, según las tendencias observadas, se estima que es probable que se supere este objetivo y se alcance una prevalencia regional de 14,3%, superando así el objetivo de lograr una reducción relativa de 30% entre el 2010 y 2025 (figura 8). Si

## FIGURA 5

### Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población joven, Región de las Américas (datos de la encuesta más reciente)

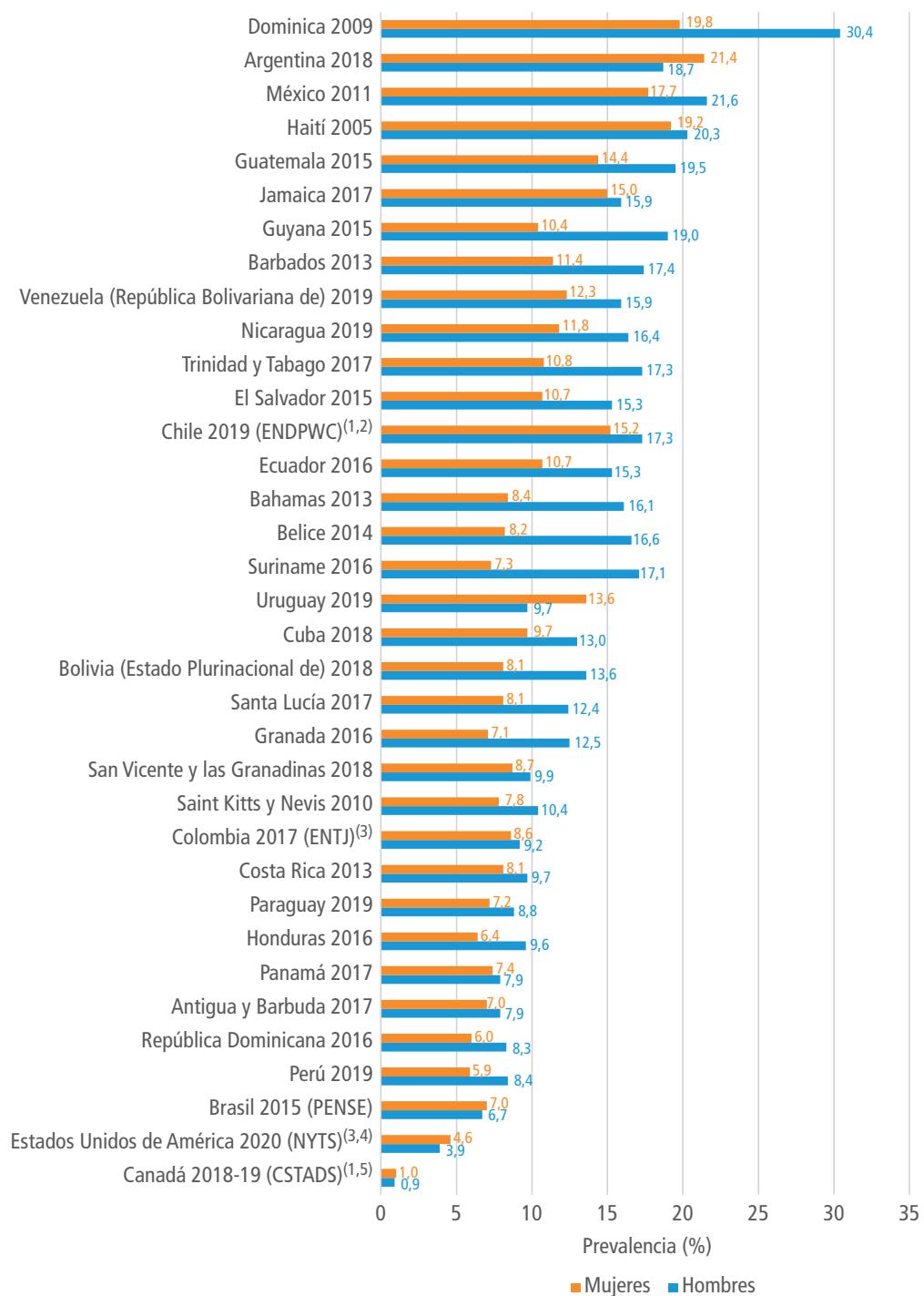


Notas: La prevalencia del consumo actual de tabaco se refiere al porcentaje de la población adolescente (personas de 13 a 15 años) que consumió un producto de tabaco con o sin humo en los 30 días anteriores a la encuesta. En todos los países, excepto en Brasil, Canadá, Chile, Colombia y Estados Unidos de América, los datos proceden de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS. Cabe señalar que las encuestas se realizaron en años diferentes. (1) Consumo de tabaco para fumar, (2) 13-17 años, (3) consumo de cigarrillos, (4) estudiantes de secundaria y (5) grados 7-9.

Fuente: Elaborado a partir del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes (8.<sup>a</sup> edición) (8).

## FIGURA 6

### Prevalencia del consumo actual de tabaco en la población joven por sexo, Región de las Américas (datos de la encuesta más reciente)

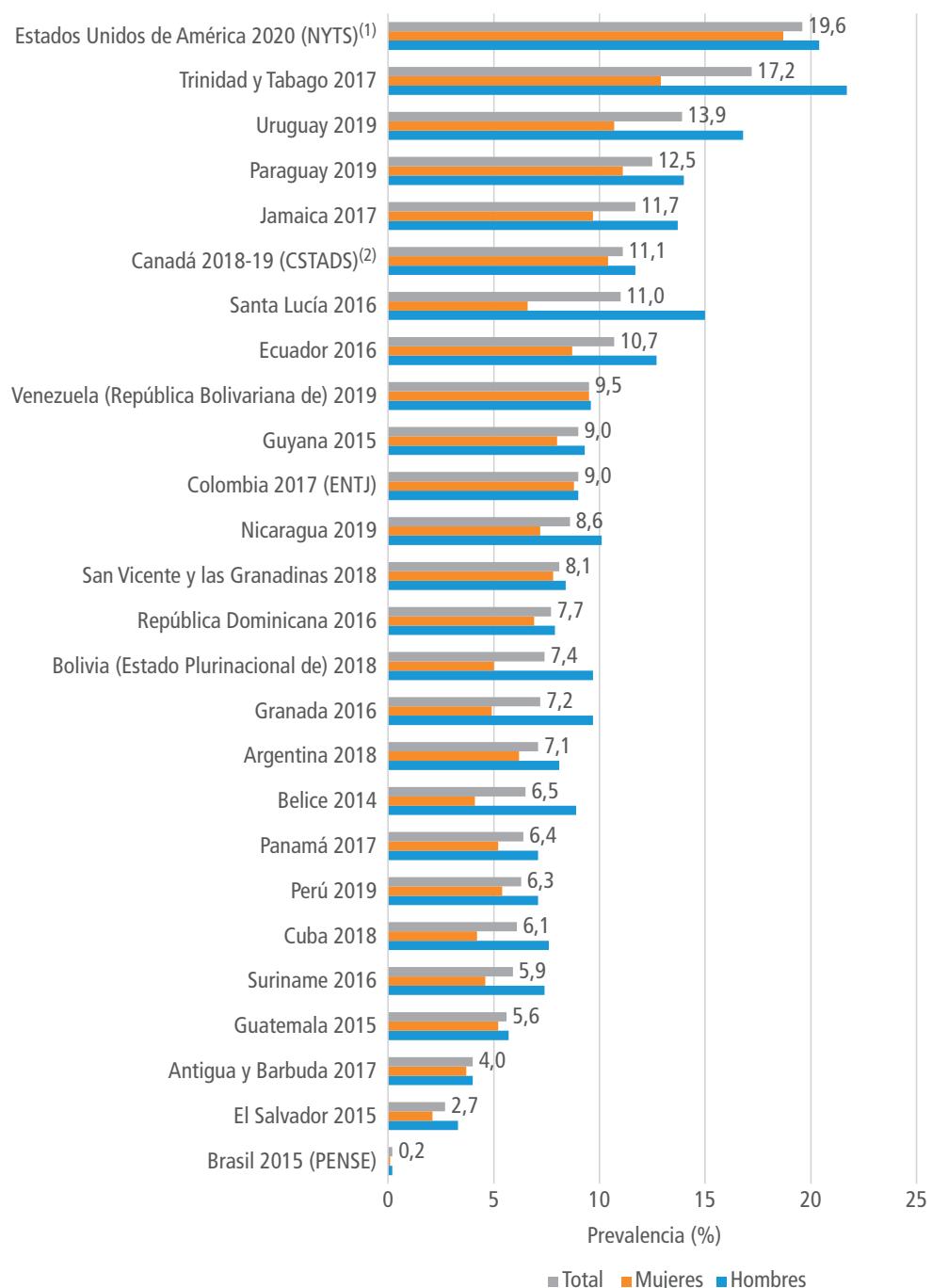


Notas: La prevalencia del consumo actual de tabaco se refiere al porcentaje de la población joven (personas de 13 a 15 años) que consumió un producto de tabaco con o sin humo en los 30 días anteriores a la encuesta. En todos los países, excepto en Brasil, Canadá, Chile, Colombia y Estados Unidos de América, los datos proceden de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS. Cabe señalar que las encuestas se realizaron en años diferentes. (1) Consumo de tabaco para fumar, (2) 13-17 años, (3) consumo de cigarrillos, (4) estudiantes de secundaria y (5) grados 7-9.

Fuente: Elaborado a partir del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes (8.ª edición) (8).

**FIGURA 7**

## Prevalencia del consumo actual de cigarrillos electrónicos en la población joven por sexo, Región de las Américas (datos de la encuesta más reciente)



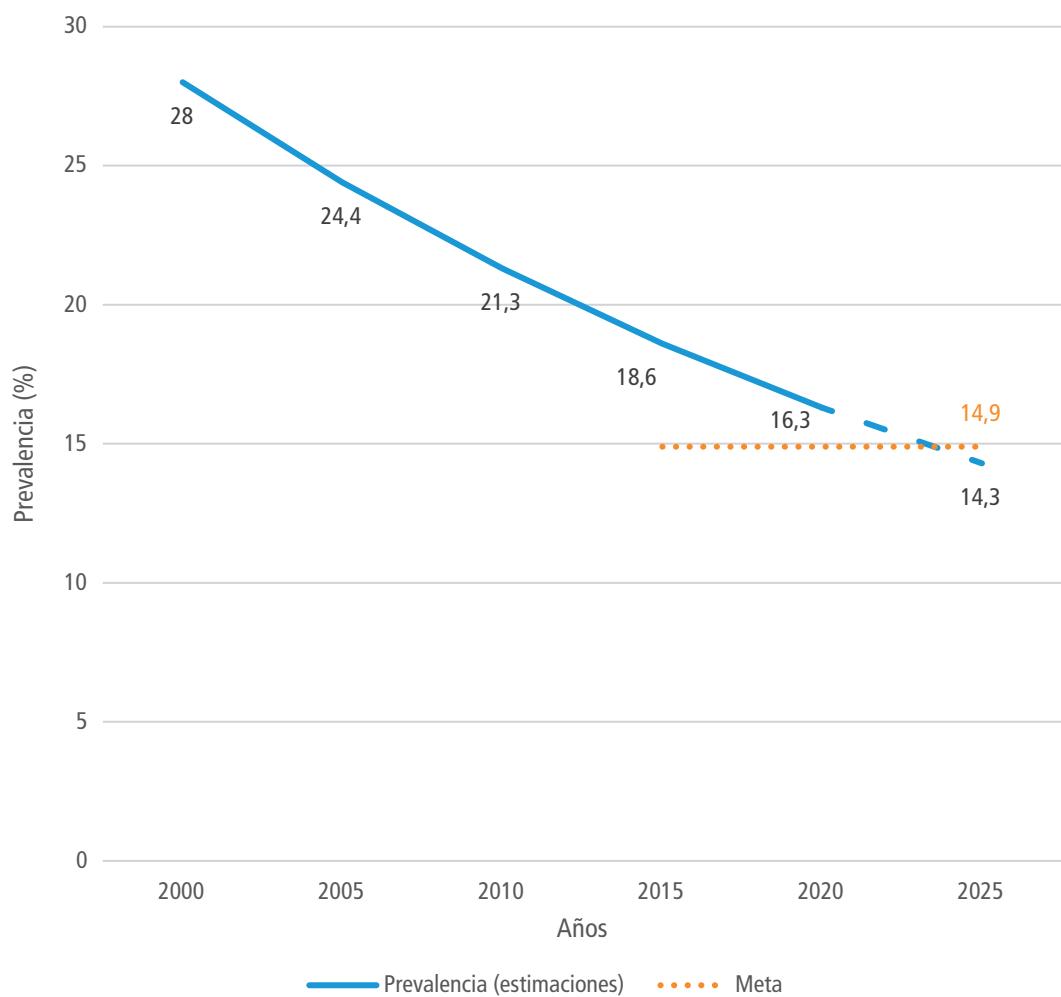
Notas: La prevalencia del consumo actual de cigarrillos electrónicos se refiere al porcentaje de la población joven (personas de 13 a 15 años) que consumió un cigarrillo electrónico en los 30 días anteriores a la encuesta. En todos los países, excepto en Brasil, Canadá, Chile, Colombia y Estados Unidos de América, los datos proceden de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS. Cabe señalar que las encuestas se realizaron en años diferentes. (1) estudiantes de secundaria; (2) grados 7-9.

\*No hay datos disponibles para Barbados, Bahamas, Chile, Costa Rica, Dominica, Haití, Honduras, México y Saint Kitts y Nevis.

Fuente: Elaborado a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

## FIGURA 8

### Tendencia estimada de la prevalencia del consumo actual de tabaco en la población adulta, Región de las Américas, 2000-2025



Notas: La prevalencia del consumo actual de tabaco se refiere al porcentaje de la población adulta (personas de 15 años o más) que consumió un producto de tabaco (con o sin humo) en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional. Los datos se estandarizaron por edad para el 2020. Para obtener más información, consulte la nota técnica II de referencia (7).

Fuente: Basado en el *Informe mundial de la OMS 2021 sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025* (4.<sup>a</sup> edición) (7).

esta previsión se hiciera realidad en el 2025, la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta se habría reducido a la mitad de lo que era en el 2000 (28%). A pesar de estas tendencias alentadoras, hay que tener en cuenta que se trata de previsiones basadas en modelos matemáticos calculados a partir de datos de encuestas nacionales y con el supuesto estadístico de que los países seguirán reforzando sus políticas de control del tabaco y no se producirán retrocesos ni retrasos, ya que estos podrían afectar negativamente a las previsiones descritas.

En el 2020, la Región de las Américas se situó como la segunda región del mundo con menor prevalencia de consumo actual de tabaco en la población adulta. No obstante, los datos relativos a la prevalencia del consumo de tabaco en la población joven y adulta instan a seguir actuando para garantizar continuamente la protección de la población frente a los efectos del tabaco y en cumplimiento de los compromisos internacionales pertinentes.

Asimismo, es necesario tener en cuenta la creciente aceptación del consumo de diferentes formas de productos de tabaco y nicotina, incluidos los productos nuevos y emergentes utilizados por las mujeres jóvenes y adultas de la Región, que requerirán iniciativas selectivas

y eficaces. Este hecho, por lo tanto, contribuye a la urgencia necesaria para que muchos países de la Región fortalezcan sus programas de control del tabaco en consonancia con las disposiciones del CMCT de la OMS y la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (10). Estas acciones permitirán a la Región obtener datos que faciliten un monitoreo sistemático y harán posible que la tendencia estimada de la prevalencia del consumo de tabaco no solo se alcance, sino que se supere lo previsto para el 2025.

En este sentido, la aplicación de las herramientas disponibles presentadas en este capítulo, como las proporcionadas por el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco, la OMS y otras instituciones, contribuirá a implementar decisiones adecuadas y basadas en datos empíricos. Sin embargo, como se describirá más detalladamente en el próximo capítulo, solo diez países de la Región han puesto en marcha sistemas de vigilancia del control del tabaco al más alto nivel de aplicación, y únicamente 24 países disponen de datos suficientes para poder calcular la prevalencia estimada y prevista en personas de 15 años o más. Por lo tanto, se debe dar prioridad al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia para el control del tabaco en la Región de las Américas.

## RECUADRO 1

### Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco

La vigilancia epidemiológica permite recoger y difundir información sobre la enfermedad, los factores de riesgo, las tendencias, entre otros, al público general. Con este fin, la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos creó en 1999 el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (GTSS, por su sigla en inglés), para ayudar a los países a establecer programas eficaces de monitoreo y vigilancia del consumo de tabaco. El objetivo del GTSS es mejorar la capacidad de los países para diseñar, aplicar y evaluar las intervenciones relacionadas con el control del tabaco y monitorear los artículos clave del CMCT de la OMS y los componentes del paquete de medidas MPOWER de la OMS (11).

Es importante mencionar algunos de los elementos fundamentales de un sistema de vigilancia eficaz. Para empezar, un sistema de vigilancia debe ser sencillo, flexible, estandarizado, sistemático y continuo. De este modo, se reducirán los costos, se utilizarán adecuadamente los recursos disponibles, se aprovecharán las oportunidades que surjan durante la ejecución y se podrán realizar análisis comparativos a lo largo del tiempo y de forma oportuna. Para conseguirlo, es necesario contar con datos válidos, fiables y representativos, obtenidos mediante protocolos de investigación claros (12, 13).

Inicialmente, en 1999, se elaboró la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (GYTS, por su sigla en inglés) como parte del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco, que hasta la fecha se ha implementado en más de 185 países de todo el mundo. En la Región de las Américas, 33 países han realizado al menos una ronda de

la encuesta desde su lanzamiento. La realización de esta encuesta dispone de apoyo técnico y recursos financieros garantizados a través de acuerdos de cooperación técnica entre la OPS, la sede de la OMS y los CDC. Por tanto, se anima a los países a efectuar nuevas rondas de encuestas a intervalos regulares de cuatro a seis años (14).

En el 2008, a través del GTSS se puso en marcha la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos (GATS, por su sigla en inglés). Esta encuesta es el estándar mundial que permite monitorear de forma sistemática el consumo de tabaco en la población adulta, así como los principales indicadores de control del tabaco. Hasta la fecha, más de 20 países de todo el mundo han realizado la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos. En el 2008, Brasil fue el primer país de la Región en llevar a cabo esta encuesta. Desde entonces, otros cinco países han llevado a cabo esta encuesta (Argentina, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay); México y Uruguay han realizado dos rondas de esta encuesta (12). Al igual que en el caso de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes, los CDC y la OPS se encargan de prestar asistencia técnica a los países durante todo el proceso de aplicación de la encuesta, independientemente de que esta reciba financiación de la Fundación de los CDC o de que se lleve a cabo con recursos asignados por las respectivas autoridades nacionales, como fue el caso de Costa Rica y Panamá.

En el 2011 se publicaron las preguntas sobre el tabaco destinadas a encuestas (TQS por su sigla en inglés) como herramienta para reforzar el GTSS. Se trata de un conjunto de preguntas extraídas de la Encuesta Mundial sobre Tabaco

en Adultos que pueden incluirse en las encuestas nacionales de salud o relacionadas con el tema para poder investigar el consumo de tabaco. El objetivo es mejorar la comparabilidad de los indicadores a lo largo del tiempo y contribuir a armonizarlos de acuerdo con los marcos mundiales de monitoreo y vigilancia del tabaco. La adopción de estas preguntas permite obtener una imagen completa de las medidas clave para el control del tabaco en cualquier población

de interés. Brasil y México han incluido estas preguntas en sus encuestas nacionales de salud. Los manuales con estas preguntas están disponibles en los cuatro idiomas oficiales de la OPS (11).

Dada la aceptación y el éxito mundial de preguntas sobre el tabaco destinadas a encuestas, en el 2019 se elaboraron las preguntas sobre el tabaco destinadas a



© WavebreakMediaMicro/Shutterstock



© Alexander Ozerov/Shutterstock

encuestas en jóvenes (TQS-Joven). Al igual que en el caso de las preguntas sobre el tabaco destinadas a encuestas, las preguntas de este tipo para las encuestas en jóvenes son un subconjunto de preguntas esenciales extraídas de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes. Hasta la fecha, solo un país de la Región, Costa Rica, ha adoptado estas preguntas en sus encuestas nacionales en jóvenes (14, 15).

**La vigilancia del tabaco debe formar parte de cualquier sistema de vigilancia de la salud pública y ser un componente de los programas integrales sobre el control del**

tabaco. El GTSS del Tabaco proporciona las herramientas necesarias para que los países estructuren sus sistemas de vigilancia del tabaco. La OPS y los asociados mundiales del GTSS están a disposición de los países para prestar la asistencia técnica necesaria con miras a la creación de sistemas sostenibles de vigilancia del tabaco. Se puede acceder a los resultados y herramientas del GTSS a través del portal (<https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/gtssdata/index.html>) y en la página web de la Academia del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (<https://www.gtssacademy.org/>).



© Yurakrasil/Adobe Stock

## CAPÍTULO 2

# Progresos realizados en la aplicación del paquete de medidas MPOWER en la Región de las Américas

### 2.1. El conjunto de medidas MPOWER

Con el objetivo de apoyar a los países en sus esfuerzos hacia la plena aplicación del CMCT de la OMS, en el 2007 la OMS puso en marcha el paquete de medidas MPOWER (cuadro 1), una serie de herramientas destinadas a acelerar la implementación de medidas de control del tabaco a nivel mundial (16, 17). En este capítulo se presentan los avances de la Región de las Américas en materia de control del tabaco, enmarcados en la aplicación del paquete de medidas MPOWER:

- Con respecto a las medidas relativas al monitoreo de la prevalencia del consumo de tabaco y las políticas de control del tabaco (M) y el ofrecimiento de ayuda para abandonar el tabaco (O), los datos del presente informe reflejan el período comprendido entre el 1 de enero del 2017 y el 31 de diciembre del 2020.

- En cuanto a las medidas relacionadas con la protección contra la exposición al humo del tabaco (P), advertir sobre los peligros del tabaco (W) y hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (E), los datos corresponden al período comprendido entre el 1 de enero del 2018 y el 31 de diciembre del 2021.
- En el caso de las medidas relativas al aumento de los impuestos a los productos de tabaco (R), se informa de los progresos realizados entre el 1 de agosto del 2016 y el 31 de julio del 2020.

Este informe también ofrece datos que clasifican los progresos logrados por cada país en la aplicación de las medidas del paquete MPOWER (perfíles de países, publicados por separado) según los datos recopilados, validados y aprobados por cada Estado miembro.

## 2.1.1. Avances en la aplicación de las medidas MPOWER a nivel regional y mundial

Tal como se refleja en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8), se sigue avanzando en el control del tabaco incluso durante la pandemia de COVID-19, que ha interrumpido los servicios de salud en todo el mundo, poniendo en jaque el avance del control del tabaco a su paso.

Teniendo en cuenta el año en que se introdujeron las medidas MPOWER como referencia (2007), el número de países de todo el mundo que han adoptado al menos una medida al máximo nivel de aplicación ha aumentado de 44 a 146 países, lo que supone una cobertura superior a los 5000 millones de personas (69% de la población mundial). Al mismo tiempo, en el 2020 la población que ahora está cubierta por

### CUADRO 1 El plan de medidas MPOWER

M (Monitorear)	Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención
P (Proteger)	Proteger contra la exposición al humo del tabaco
O (Ofrecer)	Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco
W (Advertir)	Advertir sobre los peligros del tabaco
E (Hacer cumplir)	Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
R (Aumentar)	Aumentar los impuestos a los productos de tabaco

Fuente: Elaborado a partir del paquete MPOWER de medidas de control del tabaco basadas en datos que ayudan a proteger hasta 5000 millones de vidas (25).

al menos dos medidas aumentó a 4400 millones (8). Se sigue avanzando con paso firme. Un mayor número de países que anteriormente no habían registrado ninguna medida de mejores prácticas han tratado de emprender acciones para alcanzar los niveles más altos de aplicación, ya sea a través de medidas únicas o múltiples.

En la actualidad hay 101 países clasificados como que han alcanzado el más alto nivel de aplicación con respecto a las advertencias sanitarias en los productos de tabaco. Esto se traduce en que 60% de la población mundial, es decir, 4700 millones de personas, está advertida de los peligros que entraña el consumo de tabaco mediante grandes advertencias sanitarias gráficas con todas las características recomendadas que figuran en el empaquetado del tabaco (figura 9). Este hecho ha contribuido a que la medida W del paquete de medidas MPOWER tenga la cobertura más alta de la población, así como el mayor número de países que han implementado esta medida, 17 de los cuales han adoptado leyes que exigen el empaquetado neutro.

Hoy en día hay 1800 millones de personas en 67 países protegidas en lugares públicos, lugares de trabajo interiores y transporte público libres de humo de tabaco, lo que hace que la medida P sea la segunda medida MPOWER más adoptada en cuanto al número de países cubiertos. Muy de cerca, las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco abarcan a 1600 millones de personas en 57 países del mundo. De estos países, 31 son de ingresos medianos, lo que representa 30% de todos los países clasificados como tales; sin embargo, también hay 12 países de ingresos bajos que aplican esta medida al más alto nivel, es decir, 41% del total de la categoría de ingresos bajos.

A la luz de las pruebas que apuntan a que las personas que fuman son más vulnerables a sufrir un cuadro grave por COVID-19, incluso con un mayor número de países que implementan servicios para el abandono del tabaco, la accesibilidad a dichos servicios sigue siendo insuficiente para cubrir a la población que lo necesita, y solo 26 países han implantado esta medida concreta al más alto nivel de aplicación. No obstante, la cobertura de la población alcanza a un tercio de la población mundial (2500 millones), lo que hace que la medida O sea la segunda medida MPOWER más adoptada en lo que respecta a la cobertura de la población.

Como es comprensible, el monitoreo del consumo de tabaco, o la medida M del paquete de medidas MPOWER, se ha visto enormemente afectado por la pandemia, ya que los esfuerzos por recopilar datos se vieron completamente paralizados y no se

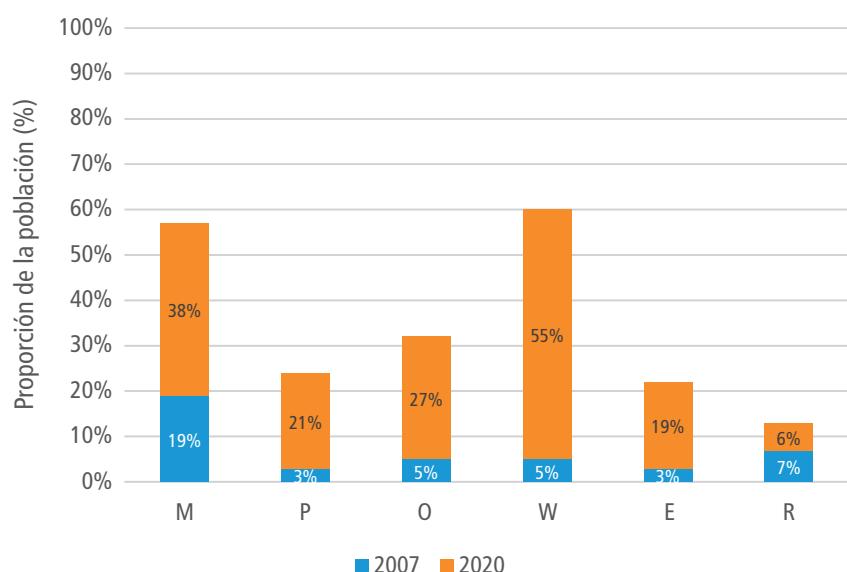
pudieron publicar los resultados de las encuestas realizadas anteriormente.

El aumento del precio del tabaco a través de los impuestos sigue siendo la política con menor cobertura de la población (13%), a pesar de ser la medida individual más costo-eficaz para reducir el consumo de tabaco. No se ha registrado un aumento de esta medida desde el 2018.

En el 2020, las regiones de la OMS presentaban una gran variación en el número de Estados miembros que aplicaban las medidas MPOWER al más alto nivel, en comparación con el número total de Estados miembros de las respectivas regiones. En lo que concierne a la medida M, la Región de Europa tenía el mayor número de países (42/53) con un sistema de vigilancia que producía datos periódicos, recientes y

## FIGURA 9

### Proporción de la población mundial cubierta por las políticas de control del tabaco aplicadas al más alto nivel, 2007-2020



Fuente: Elaborado a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición).

## CUADRO 2

### Número de países por región de la OMS que implementan el plan de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación\*

REGIÓN	ESTADOS MIEMBROS	M	P	O	W	E	R
África (AFR)	47	0	11	0	14	<b>21</b>	2
Américas (AMR)	35	10	<b>24<sup>a</sup></b>	6	22 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	3
Asia Sudoriental (SEAR)	11	3	2	1	6	2	2
Europa (EUR)	53	<b>42</b>	9	<b>8</b>	<b>40</b>	9	<b>28</b>
Mediterráneo Oriental (EMR)	22	6	8	4	6	12	4
Pacífico Occidental (WPR)	27	15	9	6	14	5	1

Notas: <sup>a</sup>De acuerdo con las fechas de corte indicadas en las notas técnicas de la referencia 4 (*Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes*, 8.<sup>a</sup> edición), a excepción de las medidas P, W y E en la Región de las Américas (fecha de corte 31 de diciembre del 2021). Al momento de la publicación de este informe de la OMS, había 23 Estados miembros de la Región que implementaban la medida P, 22 la medida W y ocho la medida E a los niveles más altos de aplicación.

Los números en negrita indican la región de la OMS que tiene el mayor número de países que implementan la medida específica MPOWER al más alto nivel de aplicación.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

representativos para la población adulta y joven, mientras que en la Región de África no había ningún país que hubiera implementado esta medida al más alto nivel de aplicación (cuadro 2).

En cuanto a la medida P, la Región de Asia Sudoriental presenta el menor número de países (2/11) que han adoptado políticas de espacios libres de humo de tabaco en su nivel más alto de aplicación (8). Al 31 de diciembre del 2021, la Región de las Américas tenían el mayor número de países que habían adoptado políticas de espacios libre de humo en su nivel más alto de aplicación (24/35, 23 de los cuales son Partes en el CMCT de la OMS). La Región de las Américas es la región con el mayor número de Estados miembros que aplican esta medida al más alto nivel desde el 2009 (cuadro 3). Al mismo tiempo, el número de Estados miembros de la Región de las Américas que implementan políticas sobre entornos libres de humo de tabaco al más alto nivel de aplicación ha ido aumentando

progresivamente a lo largo de los años y no se han registrado descensos hasta la fecha.

Un pequeño número de países implementan servicios de abandono del tabaco (ofrecen ayuda para dejar de fumar o la medida O) al más alto nivel de aplicación (cuadro 2). Europa tiene el mayor número de países (8/53) que ofrecen estos servicios en los niveles más altos de aplicación, mientras que ninguno de los 47 países de la Región de África ha implementado esta medida al más alto nivel de aplicación. La Región de Europa es la que tiene el mayor número de países (40/53) que aplican la medida W al más alto nivel (cuadro 2), concretamente en lo que respecta al uso de advertencias sanitarias gráficas en el empaquetado de los productos de tabaco. En números absolutos, las regiones de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental fueron las que registraron el menor número de países que aplicaron la medida W al más alto nivel de aplicación, con seis países de 11 y 22, respectivamente (8).

### CUADRO 3

#### Número de países por región de la OMS que registran la implementación de la medida P al más alto nivel de aplicación

REGIÓN	2008	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
AFR	4	3	4	5	6	7	9	11
AMR	1	5	9	14	17	19	20	24 <sup>a</sup>
SEAR	3	1	3	3	3	2	2	2
EUR	8	3	8	9	10	13	13	9
EMR	1	2	3	5	5	6	7	8
WPR	1	3	4	7	7	9	9	9

Nota: <sup>a</sup>De acuerdo con las fechas de corte indicadas en las notas técnicas de la referencia (*Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes, 8.<sup>a</sup> edición*), a excepción de las medidas P, W y E en la Región de las Américas (fecha de corte 31 de diciembre del 2021). Al momento de la publicación de este informe de la OMS, había 23 Estados miembros de la Región que implementaban la medida P, 22 la medida W y ocho la medida E a los niveles más altos de aplicación.

Fuente: Informes de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo correspondientes al 2008 (16), 2009 (18), 2011 (19), 2013 (20), 2015 (21), 2017 (22), 2019 (23) y 2021 (8).

En cuanto a la medida E, que hace un seguimiento de la aplicación de las prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, como corresponde al artículo 13 del CMCT de la OMS, 21 de 47 países de la Región de África han alcanzado el nivel más alto de aplicación, en comparación con dos de los once países de la Región de Asia Sudoriental. Sin embargo, los avances en la aplicación de la medida E siguen siendo preocupantes, ya que en general las cifras son bastante bajas en las demás regiones de la OMS (Región del Mediterráneo Oriental, 12; Región de Europa, 9; Región de las Américas, 9 [al 31 de diciembre del 2021]; y Región del Pacífico Occidental, 5) (cuadro 2).

Las cifras siguen siendo bajas para la medida R (aumentar los impuestos a los productos de tabaco) (cuadro 2). En la Región de Europa, 28 de los 53 Estados miembros aplican impuestos indirectos totales que representan al menos 75% del precio de venta al por menor de la marca de cigarrillos más vendida, lo cual constituye el nivel más alto de aplicación de esta medida, mientras que en el resto de las regiones solo hay

entre uno y cuatro países que han alcanzado esta medida al más alto nivel de aplicación (8).

En la Región de las Américas, 26 de 35 países han alcanzado el más alto nivel de aplicación de al menos una medida del paquete MPOWER, lo que representa una cobertura de la población de 96%. Las medidas que más se aplican al más alto nivel en la Región son la medida P (24 países) y la medida W (22 países). Diez países implementan la medida M al más alto nivel de aplicación, seguida de la medida O en seis países, la medida E en nueve países y la medida R en tres países. La adopción de políticas en materia de impuestos y comercio ilícito de productos de tabaco sigue siendo un reto en la Región; sin embargo, en el 2018 se produjo el mayor número de países que implementaron la medida R al más alto nivel de aplicación desde el 2008. Desde que se publicó el *Informe sobre el control del tabaco para la Región de las Américas 2018*, el número de países que implementan cada medida del paquete de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación ha aumentado, con la excepción de las medidas O y R, que disminuyeron cada una en

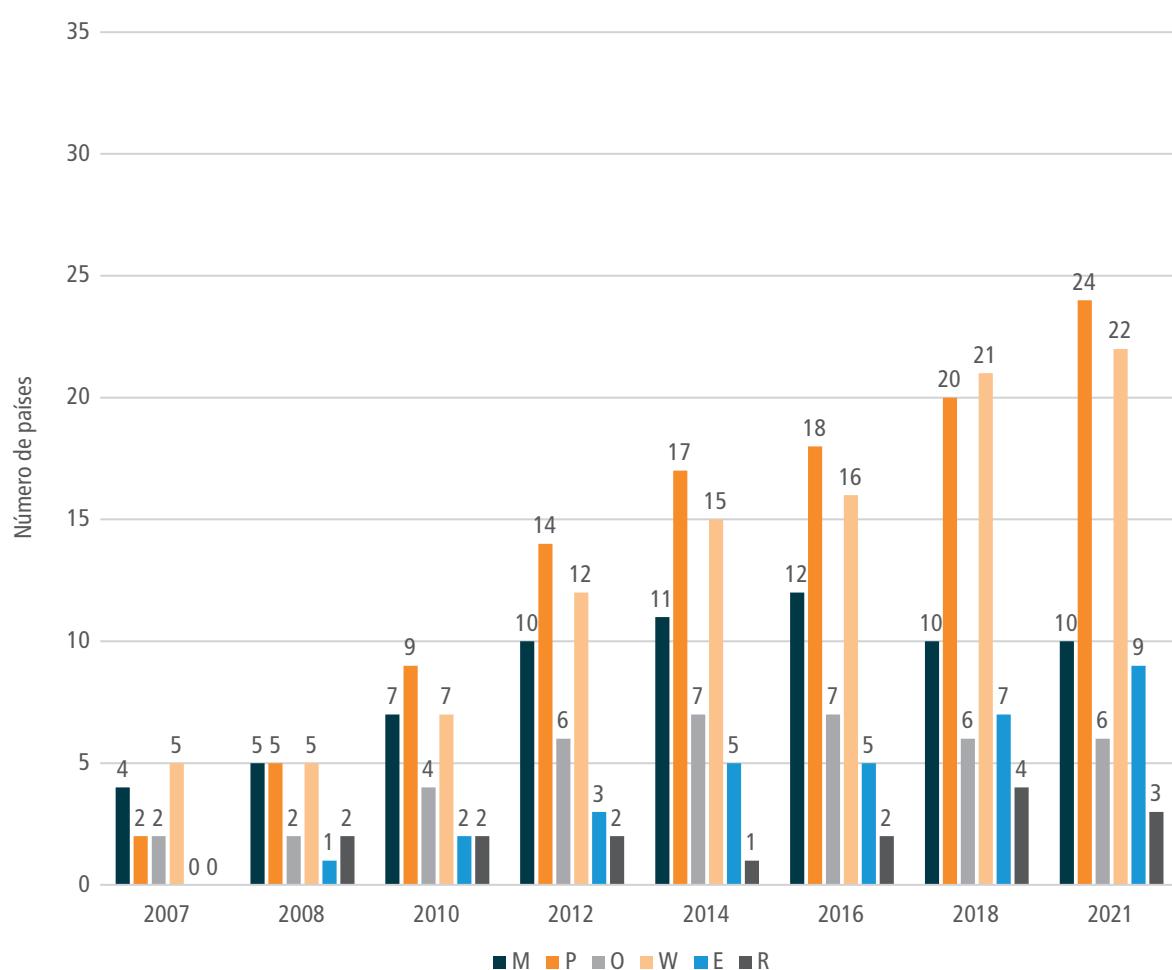
un país. La medida M se mantuvo sin cambios; la medida P aumentó en cinco países; la medida W, en cuatro; y la medida E, en tres (figura 10).

Brasil es el único país de la Región que ha implantado todo el paquete de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación. Desde

el 2005 hasta fines del 2021, en la Región se ha avanzado mucho en cuanto al número de medidas que se han aplicado al más alto nivel (figura 11). En el 2005, un total de 28 países no habían aplicado ni una sola medida del paquete de medidas MPOWER. Siete países habían aplicado entre una y tres medidas, mientras

**FIGURA 10**

### Tendencia de la aplicación en la Región de las Américas de las medidas de control del tabaco MPOWER, por número de países, 2007-2021



Notas: Solo se han tenido en cuenta las medidas al más alto nivel de aplicación (véanse las definiciones de las categorías en la nota técnica). Uno de los países con mayor nivel de aplicación no proporcionó datos para la medida R en el 2010 ni en el 2014. M: monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención; P: proteger contra la exposición al humo del tabaco; O: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco; W: advertir sobre los peligros del tabaco; E: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; R: aumentar los impuestos a los productos de tabaco.

Fechas de corte: Región de las Américas: medida R, 31 de julio del 2020; medidas M y O, 31 de diciembre del 2020; medidas P, W y E, 31 de diciembre del 2021.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.ª edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

que ningún país había implementado entre cuatro y seis medidas. En el 2021, 9 países aún no habían adoptado al menos una medida, 19 países aplicaban entre una y tres medidas, y 7 países aplicaban entre cuatro y seis medidas.

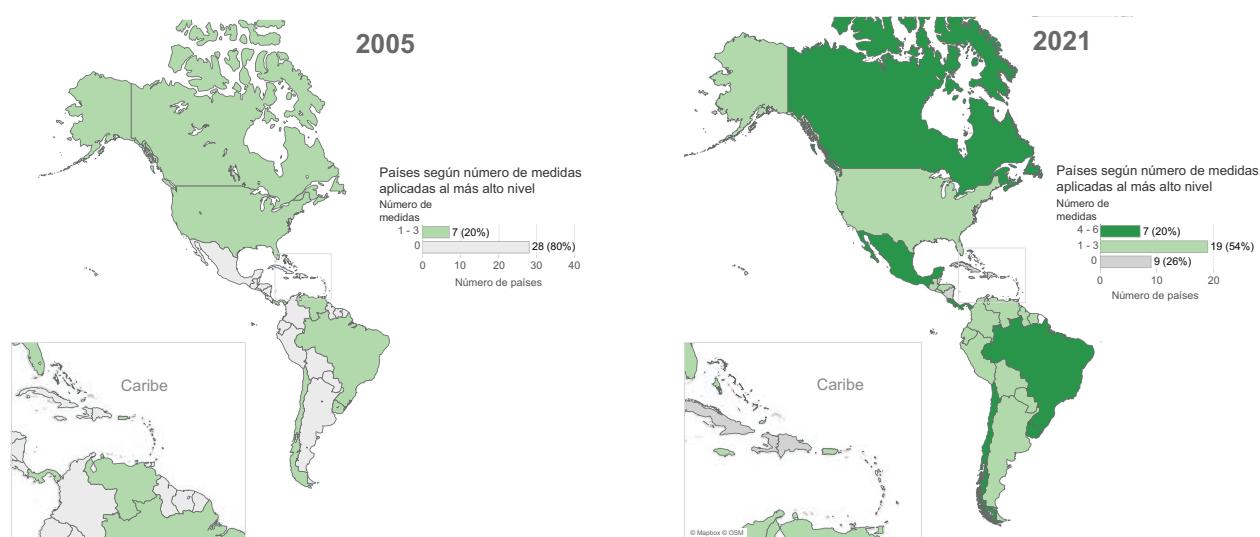
Si consideramos la población de la Región de las Américas cubierta por cada política de control del tabaco adoptada al más alto nivel de aplicación, desde el 2007 el porcentaje de la población amparada por al menos una medida MPOWER ha aumentado considerablemente (figura 12). Más de 60% de la población está cubierta por las medidas M, P, O y W, aplicadas al más alto nivel. El alza más significativa en la cobertura de la población se observó en el caso de la medida W, con un incremento de 61% entre el 2007 y el 2021, hasta alcanzar una cobertura de casi 90%.

Le siguió de cerca la medida P, con un aumento de 59% en la cobertura poblacional. Como se ha mencionado anteriormente, la medida R fue la que tuvo la menor repercusión, ya que solo abarcó a 27% de la población de la Región.

Desde el 2017, el número de países de la Región que aplican la medida M al más alto nivel de aplicación se ha mantenido sin cambios hasta la fecha. La Región sigue presentando a estos mismos diez países con un sistema de vigilancia que cumple con los datos periódicos, recientes y representativos para la población adulta y joven en materia de control del tabaco. En cuanto a la medida P, Guyana (2017), Antigua y Barbuda (2018), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2020), Paraguay (2020), Santa Lucía (2020) y México (2021) han adoptado las medidas necesarias

## FIGURA 11

### Cambios en la aplicación de un grupo seleccionado de medidas del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), Región de las Américas, 2005-2021

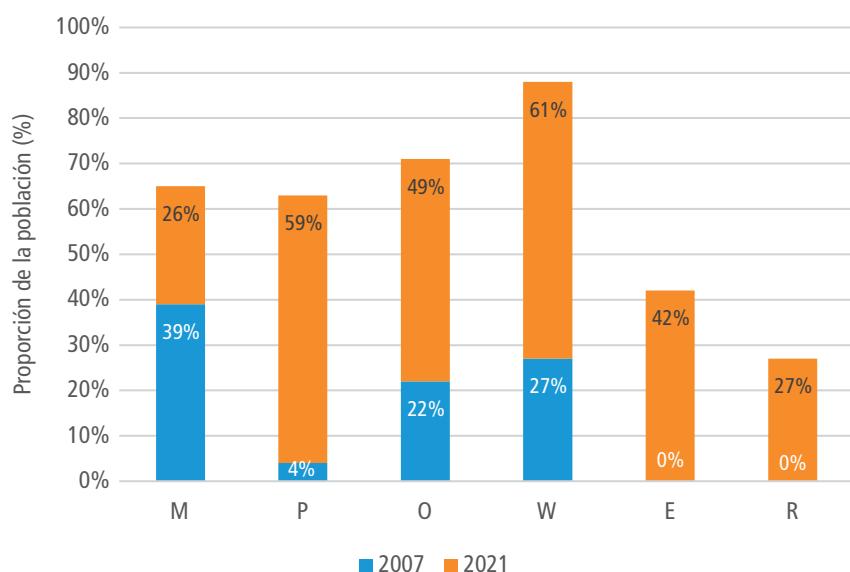


Fechas de corte: Región de las Américas: medida R, 31 de julio del 2020; medidas M y O, 31 de diciembre del 2020; medidas P, W y E, 31 de diciembre del 2021.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.ª edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

**FIGURA 12**

## Proporción de la población de la Región de las Américas cubierta por cada política de control del tabaco implementada al nivel más alto de aplicación, 2007-2021



*Notas:* Las estimaciones de cobertura para los 35 Estados miembros de la OPS fueron realizadas por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco. Los datos demográficos del 2020 se han obtenido de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2021) y de World Population Prospects: 2021.

*Fechas de corte:* Región de las Américas: medida R, 31 de julio del 2020; medidas M y O, 31 de diciembre del 2020; medidas P, W y E, 31 de diciembre del 2021.

*Fuente:* Para las medidas M, O, W y R, elaborado a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición). P, W y E se elaboraron basándose en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

para proteger a sus respectivas poblaciones mediante la aplicación de leyes integrales sobre espacios libres de humo de tabaco.

Lamentablemente, ningún otro país ha implementado la medida O al más alto nivel de aplicación. Para la medida W, Barbados, Honduras y Santa Lucía (2017), Guyana y Antigua y Barbuda (2018), y Estados Unidos de América (2020) establecieron el uso de advertencias sanitarias gráficas en el empaquetado de productos de tabaco, en cumplimiento del artículo 11 del CMCT de la OMS. En cuanto a la medida E, Guyana (2017), Antigua y Barbuda (2018), Venezuela

(República Bolivariana de) (2019) y México (2021) promulgaron leyes para prohibir completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco. Ahora bien, en Colombia, el precio de la marca de cigarrillos más vendida aumentó sustancialmente, mientras que los impuestos especiales específicos solo se incrementaron ligeramente, lo que dio lugar a que la cuota tributaria total cayera por debajo del umbral de 75% en este país en el 2020. En el cuadro 4 se muestra un resumen de la situación del CMCT de la OMS en la Región de las Américas, así como la aplicación de las medidas incluidas en el paquete MPOWER, correspondiente al año 2021.

## CUADRO 4

### Estado del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) en la Región de las Américas y resumen de la aplicación del paquete de medidas MPOWER, 2021

PAÍS	CMCT ART. 20	CMCT ART. 8	CMCT ART. 14	CMCT ART. 11	CMCT ART. 13	CMCT ART. 6	NÚMERO DE MEDIDAS DE MEJOR INVERSIÓN APLICADAS A NIVEL DE MEJORES PRÁCTICAS	NÚMERO DE MEDIDAS MPOWER APLICADAS A NIVEL DE MEJORES PRÁCTICAS
	M MONITOREO	P AMBIENTES SIN HUMO DE TABACO	O OFRECER APOYO PARA EL ABANDONO DEL TABACO	W EMPAQUETADO Y ETIQUETADO	E PROHIBIR LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO DEL TABACO	R AUMENTAR LOS IMPUESTOS A LOS PRODUCTOS DE TABACO	PWER	PAQUETE DE MEDIDAS MPOWER
Antigua y Barbuda		2018	↓	2018 <sup>a</sup>	2018	13,1%	3	3
Argentina		2011		2012		76,6%	3	3
Bahamas	2018					43,2%	0	1
Barbados	↓	2010		2017		...	2	2
Belice	↓					34,7%	0	0
Bolivia (Estado Plurinacional de)		2020↑		2009		35,7%	2	2
Brasil	2015	2011	2002	2003	2011	81,5%	4	6
Canadá	2007 o antes	2007	2008	2011 <sup>b</sup>		61,7%	2	4
Chile	2007 o antes	2013		2006		80,0%	3	4
Colombia	↓	2008			2009	73,1% ↓	2↓	2↓
Costa Rica	2007 o antes	2012	2020↑	2013		53,6%	2	4↑
Cuba						...	0	0
Dominica						22,7%	0	0
Ecuador	2016	2011		2012		66,9%	2	3
El Salvador		2015	↓	2011		46,5%	2	2↓
Estados Unidos de América	2007 o antes		2008	2020 <sup>c</sup> ↑		40,0%	1	3
Granada			↓			...	0	0
Guatemala	↑	2008				49,0%	1	1
Guyana		2017		2018	2017	27,5% ↑	3	3
Haití						...	0	0
Honduras	↑	2010		2017		42,6%	2	2
Jamaica		2013	2016	2013		42,6%	2	3
México		2021↑	2013	2009	2021↑	67,6%	3	4

#### CUADRO 4 (continuación)

PAÍS	CMCT ART. 20	CMCT ART. 8	CMCT ART. 14	CMCT ART. 11	CMCT ART. 13	CMCT ART. 6	NÚMERO DE MEDIDAS DE MEJOR INVERSIÓN APLICADAS A NIVEL DE MEJORES PRÁCTICAS	NÚMERO DE MEDIDAS MPOWER APLICADAS A NIVEL DE MEJORES PRÁCTICAS
	M MONITOREO	P AMBIENTES SIN HUMO DE TABACO	O OFRECER APOYO PARA EL ABANDONO DEL TABACO	W EMPAQUETADO Y ETIQUETADO	E PROHIBIR LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO DEL TABACO	R AUMENTAR LOS IMPUESTOS A LOS PRODUCTOS DE TABACO	PWER	PAQUETE DE MEDIDAS MPOWER
Nicaragua						69,4%↑	0	0
Panamá	2012	2008		2005	2008	56,5%	3	4
Paraguay		2020↑				18,3%	1	1
Perú	2007 o antes	2010		2011		67,7%↑	2	3
República Dominicana						44,3%↓	0	0
Saint Kitts y Nevis						...	0	0
Santa Lucía		2020↑		2017		51,3%	2	2
San Vicente y las Granadinas						23,1%	0	0
Suriname	↓	2013		2016	2013	26,5%	3	3↓
Trinidad y Tabago		2009		2013		25,7%	2	2
Uruguay	2007 o antes	2005		2005 <sup>b</sup>	2014	65,9%	3	4
Venezuela (República Bolivariana de)	↑	2011		2004	2019↑	73,4%	3	3
	10	24	6	22	9	3	10	7

Notas: Para las definiciones y los colores de la clasificación de las intervenciones, véase la nota técnica (capítulo 6).

<sup>a</sup>Regulación pendiente.

<sup>b</sup>El empaquetado neutro es obligatorio.

Disposición adoptada, pero no aplicada al 31 de diciembre del 2020.

↑ ↓ Indica un cambio en la calificación de la 7.<sup>a</sup> a la 8.<sup>a</sup> edición del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*.

Mejor inversión: Intervenciones en las que un análisis elegido por la OMS detectó una relación costo-eficacia promedio de ≤US\$ 100 por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) evitados en países de ingresos bajos y medianos bajos.

... Datos no notificados o no disponibles.

Fechas de corte: Región de las Américas: medida R, 31 de julio del 2020; medidas M y O, 31 de diciembre del 2020; medidas P, W y E, 31 de diciembre del 2021.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

## **2.2. Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención**

***“... Las Partes establecerán, según proceda, programas de vigilancia nacional, regional y mundial de la magnitud, las pautas, los determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. Con ese fin, las Partes integrarán programas de vigilancia del tabaco en los programas nacionales, regionales y mundiales de vigilancia sanitaria para que los datos se puedan cotejar y analizar a nivel regional e internacional, según proceda”. Artículo 20 del CMCT de la OMS***

La OMS define la vigilancia como la recolección, el análisis y la interpretación sistemática y continua de datos de salud con el fin de planificar, analizar y evaluar las prácticas en

ese ámbito. Por lo tanto, el fortalecimiento de la vigilancia del control del tabaco es esencial para luchar contra la epidemia de tabaquismo, así como para afianzar el CMCT de la OMS.

La recopilación de datos de vigilancia proporciona pruebas muy necesarias para que los responsables de formular políticas puedan abogar con firmeza por esfuerzos más amplios de control del tabaco, así como por los recursos necesarios que permitan una aplicación integral.

Los sistemas nacionales de vigilancia se clasifican como de máximo nivel de aplicación si cumplen con lo siguiente:

- Proporcionar datos recientes (cinco años o menos).
- Información periódica (cada cuatro o cinco años).
- Basarse en encuestas representativas a nivel nacional de la población joven y adulta.

Para la vigilancia del consumo de tabaco, los productos clave que hay que seguir durante el proceso de recogida de datos son los siguientes:

- Cigarrillos y otras formas de productos de tabaco para fumar.
- Productos de tabaco sin humo.
- Productos de tabaco nuevos y emergentes, como los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado.
- Formas de nicotina sin tabaco.

Dado que las tendencias y los patrones de consumo de tabaco evolucionan periódicamente, es conveniente detectar y comprender estos cambios; por lo tanto, un sistema de vigilancia exige un compromiso a largo plazo. Teniendo este hecho en cuenta, la OPS/OMS y los CDC de Estados Unidos crearon el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (GTSS, por su sigla en inglés) que comprende la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes y la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos. A través del GTSS, se elaboran indicadores y datos sobre las pautas de consumo de diversos productos de tabaco, así como datos para evaluar la aplicación del paquete de medidas MPOWER. Los componentes del GTSS se describen con mayor detalle en el recuadro 1 del capítulo 1.

Un total de 33 Estados miembros de la OPS/OMS (todos excepto Canadá y Estados Unidos de América) han realizado al menos una ronda de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes y con muestras representativas a nivel nacional o en las principales regiones del país, incluidas sus capitales, como en Brasil, Chile y Colombia. En doce países (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Costa Rica, Granada, Guyana, Jamaica, Panamá, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago), la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes se ha llevado a cabo cuatro veces y se han obtenido datos representativos a nivel nacional en todas las rondas de la encuesta.

El artículo 20.2 del CMCT de la OMS y la medida M del paquete de medidas MPOWER se refieren al monitoreo del consumo de tabaco y a la aplicación de políticas de control del tabaco. Muchos países disponen actualmente

de varias herramientas para la vigilancia del control del tabaco, como el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco. Además, hay otros instrumentos que incluyen preguntas sobre el tabaco, como el método progresivo de la OMS para la vigilancia de las enfermedades crónicas (STEPS), las encuestas sobre consumo de drogas y adicciones, las encuestas demográficas de salud y la Encuesta Mundial de Salud Escolar de la OMS, entre otras (8).

A nivel mundial, 78 países monitorean el consumo de tabaco en su respectiva población (2800 millones de personas) mediante sistemas de vigilancia que recogen datos recientes, periódicos y representativos sobre la población adulta y joven. En el mundo hay 46 países que están clasificados como países de ingresos altos según los criterios del Banco Mundial; sin embargo, 25% de estos países aún no aplican la medida M al más alto nivel. Como nota positiva, cabe decir que todos los países del mundo, excepto 37, están aplicando algún tipo de monitoreo del consumo de tabaco y políticas de prevención.

Como se ha mencionado anteriormente en este capítulo, diez países de la Región de las Américas cuentan con sistemas de vigilancia que ofrecen datos recientes, periódicos y representativos del consumo de tabaco en la población joven y adulta (figura 13). Tomando el 2008 como año de referencia, al 31 de diciembre del 2020, el número de países que han implementado la medida M al más alto nivel de aplicación ha aumentado de cuatro a diez; sin embargo, ningún país más se ha sumado a este número desde el 2017. A excepción de cinco países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) (Barbados, Belice, Dominica,

**FIGURA 13**

**Situación de los sistemas de vigilancia del control del tabaco, Región de las Américas, 2020**

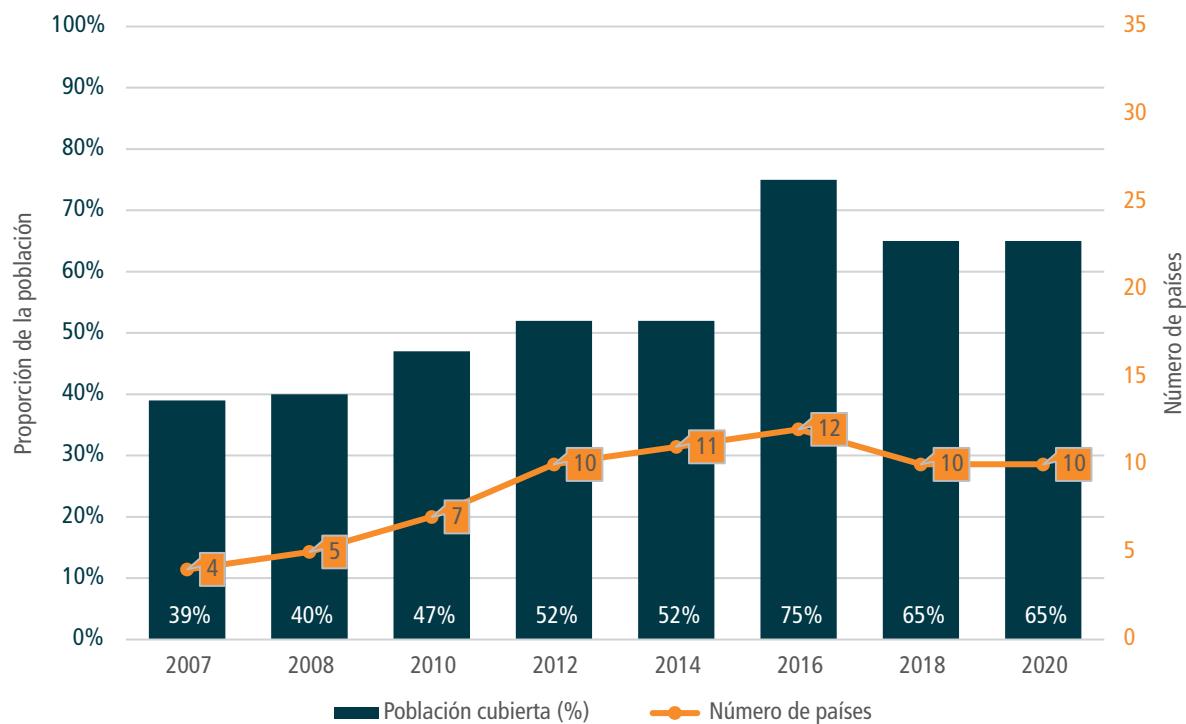


Nota: Basado en los datos disponibles hasta el 31 de diciembre del 2020. Para obtener más información, véase la nota técnica (capítulo 6).

Fuente: Elaborado a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

Haití y Saint Kitts y Nevis), todos los demás países de la Región disponen de algún tipo de datos recientes y representativos sobre la prevalencia del consumo de tabaco en la población joven y

adulta, y 65% de la población regional está cubierta por políticas de monitoreo del consumo de tabaco con un nivel razonable de buenas prácticas (figura 14).

**FIGURA 14****Cambio en el número de países y en la proporción de la población cubierta por los sistemas de vigilancia del tabaco al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2007-2020**

Nota: Los números de la línea indican el número total de países que aplicaron la medida al más alto nivel de aplicación al 31 de diciembre del año indicado.

Fuente: Elaborado por los autores y basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

### 2.3. Proteger contra la exposición al humo de tabaco

“Proteger contra la exposición al humo de tabaco” constituye la medida P del acrónimo MPOWER, y su mandato se recoge en el artículo 8 del CMCT de la OMS.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la vulnerabilidad de las personas expuestas al tabaco y que padecen enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, y ha subrayado la importancia del control del tabaco para la salud

de la población. Las políticas de control del tabaco, especialmente las leyes sobre espacios libres de humo de tabaco, animan a las personas que fuman a abandonar el hábito y a mantenerse abstinentes, al tiempo que reducen la exposición de otras personas al humo ajeno. También se ha demostrado que los ambientes libres de humo de tabaco reducen el consumo de cigarrillos entre los fumadores y actúan como desencadenantes de nuevos intentos por dejar de fumar en las personas que ya lo han hecho anteriormente.

**“... Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales”. Artículo 8 del CMCT de la OMS.**

Tal y como se ha observado en anteriores informes mundiales y regionales, esta medida sigue siendo en la que más se ha avanzado en la Región, donde la mayoría de los países la han aplicado desde

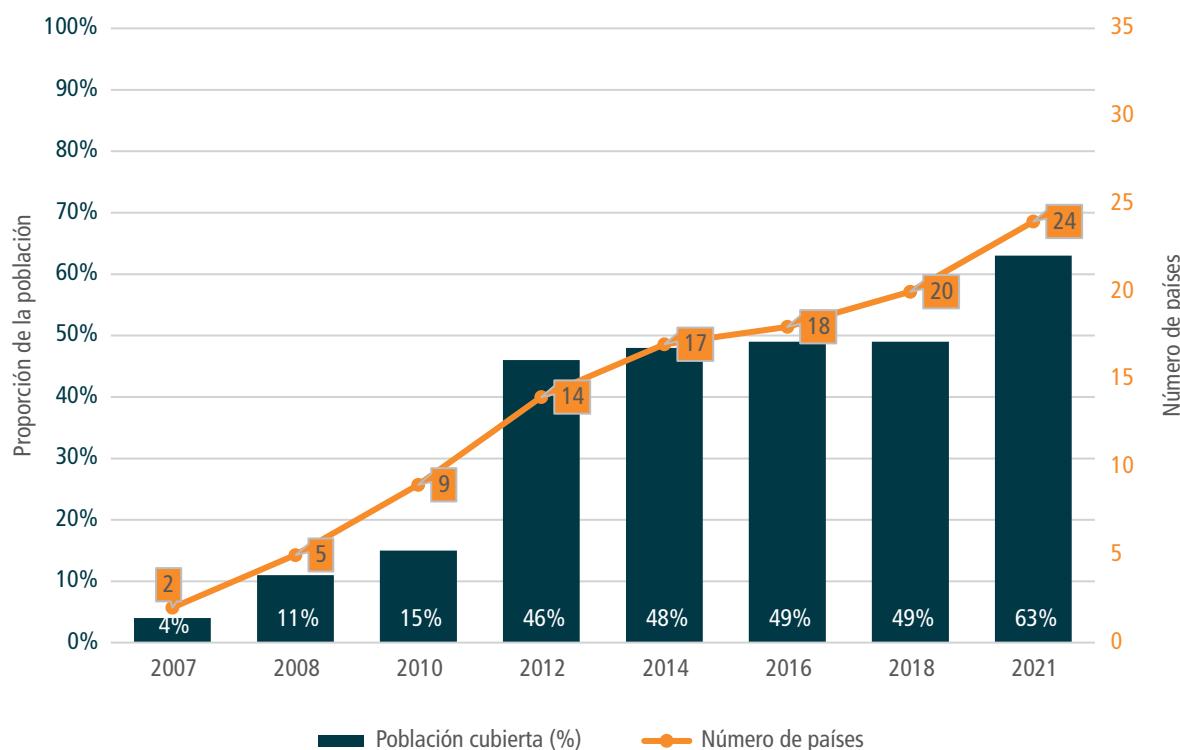
el 2008. En total, 24 países han alcanzado el nivel más alto de aplicación de esta medida, a través de la implementación de una legislación integral para garantizar ambientes libres de humo de tabaco en lugares de trabajo interiores y lugares públicos cerrados y transporte público (figura 15). Antigua y Barbuda se unió al grupo de países libres de humo en el 2018. En el año 2020 se produjo otro logro importante, ya que tres países aprobaron leyes para garantizar entornos sin humo: Bolivia (Estado Plurinacional de) en febrero, Santa Lucía en junio y Paraguay en diciembre.

La conversión de Paraguay en un Estado miembro libre de humo de tabaco se considera uno de los hitos más importantes de la Región hasta la fecha, ya que ello supuso que América del Sur pasara a ser la primera subregión de la Región de las Américas completamente libre de humo de tabaco, con lo que 434 millones de personas están ahora protegidas del humo del tabaco en espacios públicos cerrados y lugares de trabajo. En diciembre del 2021, México se convirtió en el Estado miembro más reciente en aprobar una ley nacional que hizo que el país adquiriera la categoría de 100% libre de humo y aumentara la cobertura poblacional de la medida P en la Región a 63% (figuras 15 y 16).

Las directrices para la aplicación del artículo 8 recomiendan que las Partes deben “esforzarse por proporcionar protección universal en el plazo de cinco años contados a partir de la fecha de entrada en vigor del Convenio Marco de la OMS para esa Parte” (24). En la actualidad, hay siete Partes en el Convenio (Bahamas, Belice, Dominica, Granada, Nicaragua, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas) que aún no han aplicado esta medida al más alto nivel, y sus plazos ya han expirado.

**FIGURA 15**

**Cambio en el número de países y la proporción de la población cubierta por normas sobre ambientes libres de humo de tabaco al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2008-2021**



Nota: Datos disponibles hasta el 31 de diciembre del 2021. Los números de la línea indican el número total de países que aplicaron la medida al más alto nivel de aplicación al 31 de diciembre del año indicado. Los años seleccionados corresponden a la fecha de corte de la medida P (protección contra la exposición al humo de tabaco) del paquete de medidas MPOWER, según los informes de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo basados en datos hasta el 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018.

Fuente: Elaborado por los autores a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

La evidencia que apoya esta medida es indiscutible, ya que no se conocen niveles seguros de exposición al humo de tabaco (24). Además, la exposición al humo de tabaco provoca muchas enfermedades graves del sistema cardiovascular y respiratorio, tanto en la población infantil como en la adulta, y a menudo puede causar la muerte. En el informe del Cirujano General de Estados Unidos del 2014 se profundizó en las consecuencias para la salud del consumo

de tabaco y los accidentes cerebrovasculares, y dichos accidentes se añadieron a la lista de enfermedades relacionadas causalmente con la exposición al humo ajeno (25).

La aplicación de la prohibición total de fumar es un requisito del CMCT de la OMS, con la expectativa de que esta medida se extienda más allá de los lugares públicos cerrados para abarcar “otros” espacios públicos, como los

## FIGURA 16

### Estado de las políticas de protección de la población contra la exposición al humo de tabaco, Región de las Américas, 2021



Nota: Datos disponibles al 31 de diciembre del 2021. Para obtener más información, véase la nota técnica.

Fuente: Elaborado por los autores a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

situados al aire libre. Algunos países de la Región han actuado en consecuencia y han prohibido fumar en los espacios abiertos de los centros educativos o de salud, o en los lugares donde se permite el acceso a la población infantil.

Mientras tanto, la industria tabacalera sigue proponiendo alternativas a los lugares 100% libres de humo de tabaco, como la instalación de ventilación y el establecimiento de zonas

designadas para fumar. Además, el énfasis puesto en los impactos económicos negativos infundados, por parte de la industria tabacalera y de aquellos que trabajan para promover sus intereses, ha sido el sello distintivo de los argumentos que se oponen a la implementación de espacios libres de humo en el Caribe y Centroamérica. La industria sigue generando nuevas ideas para establecer productos alternativos que puedan ofrecer escapatorias para no estar sujetos a las normas

## CUADRO 5

### Regulaciones sobre entornos libres de humo de tabaco, Región de las Américas, 2021

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	CENTROS DE SALUD	INSTALACIONES EDUCATIVAS (EXCEPTO UNIVERSIDADES)	UNIVERSIDADES	OFICINAS GOBIERNO	OFICINAS	RESTAURANTES	BARES Y PUBS	TRANSPORTE PÚBLICO	TODOS LOS DEMÁS LUGARES PÚBLICOS CERRADOS
<i>Antigua y Barbuda (2018)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Argentina (2011)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Barbados (2010)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Belice	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Bolivia (Estado Plurinacional de) (2020)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Brasil (2011)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Canadá (2007)<sup>b</sup></i>	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Chile (2013)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Colombia (2008)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Costa Rica (2012)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuba	Sí	Sí	Sí					Sí	
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Ecuador (2011)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>El Salvador (2015)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estados Unidos de América <sup>c</sup>				Sí					
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Guatemala (2008)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Guyana (2017)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

## CUADRO 5 (continuación)

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	CENTROS DE SALUD	INSTALACIONES EDUCATIVAS (EXCEPTO UNIVERSIDADES)	UNIVERSIDADES	OFICINAS GOBIERNO	OFICINAS	RESTAURANTES	BARES Y PUBS	TRANSPORTE PÚBLICO	TODOS LOS DEMÁS LUGARES PÚBLICOS CERRADOS
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Honduras (2010)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Jamaica (2013)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>México (2021)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nicaragua	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí			Sí	
<b>Panamá (2008)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Paraguay (2020)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Perú (2010)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
República Dominicana	Sí	Sí	Sí						
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Santa Lucía (2020)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Suriname (2013)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Trinidad y Tabago (2009)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Uruguay (2005)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Venezuela (República Bolivariana de) (2011)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Notas: Información disponible al 31 de diciembre del 2021. Los países que aparecen en negrita indican que esta medida se aplica al más alto nivel de aplicación. El año indicado entre paréntesis es el año en que el Estado miembro implementó por primera vez esta medida al más alto nivel de aplicación.

<sup>a</sup>Solo para las leyes que establecen la prohibición total de fumar en lugares públicos y los lugares de trabajo interiores y en el transporte público.

<sup>b</sup>Aunque no existe ninguna legislación nacional, al menos 90% de la población está protegida por 100% de las leyes subnacionales relacionadas con los lugares sin humo de tabaco.

<sup>c</sup>Aunque la legislación federal no es completa, existen leyes integrales que cubren los entornos sin humo de tabaco en los niveles subnacionales.

En negritas y cursivas aquellos países que aplican la medida P del paquete MPOWER al más alto nivel de aplicación.

Fuente: Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

de las políticas que prohíben fumar. Estas acciones no se tienen en cuenta dentro de las directrices para la aplicación del artículo 8 del CMCT de la OMS, que también advierte sobre la ineeficacia y la falta de protección adecuada asociadas a la adopción de medidas voluntarias de prohibición de fumar. Los principios básicos de las directrices del artículo 8 destacan, en cambio, la necesidad de contar con leyes que garanticen la protección de todas las personas contra la exposición al humo de tabaco y estipulan, además, que dichas leyes deben ser sencillas, claras y vinculantes para ser eficaces.

En el cuadro 5 se muestran los tipos de lugares públicos cerrados y los lugares de trabajo interiores que están completamente libres de humo de tabaco según la legislación nacional vigente en cada país de la Región. Se considera que un entorno está completamente libre de humo de tabaco cuando se prohíbe fumar en todo momento, en todos los espacios cerrados, y no se permite en ninguna circunstancia.

#### **2.4. Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco**

En el artículo 14 del CMCT de la OMS se establecen disposiciones relativas a la dependencia y el abandono del tabaco. Dispone que cada Parte debe desarrollar y poner en marcha programas que ofrezcan servicios de abandono del tabaco basados en la evidencia y caracterizados por ser integrales, accesibles y adecuados al contexto de la población. La OMS ha dado prioridad a la oferta de servicios de abandono del tabaco como elemento esencial en los programas de control del tabaco, asegurando su incorporación al paquete de medidas MPOWER a través de la medida O.

Asimismo, en consonancia con los ODS, en la declaración política de la reunión de alto

nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles del 2011 se establecieron nueve objetivos mundiales voluntarios para reducir la mortalidad causada por este grupo de enfermedades. Con respecto al control del tabaco, se estableció como objetivo para el período del 2010 al 2025 una reducción relativa de 30% en la prevalencia actual (diaria y ocasional) del consumo de tabaco en personas de 15 años o más (26). Posteriormente, para reforzar esta iniciativa, la OMS elaboró el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* (9) y la OPS elaboró el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019* (27).

***“Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco”.***

**Artículo 14 del CMCT de la OMS**

Cumplir el objetivo de reducir el consumo de tabaco requiere que los países trabajen para prevenir este consumo, pero también con el fin de que la mayoría de las personas que consumen tabaco abandonen este consumo de manera exponencial. Nunca es demasiado tarde para dejar el tabaco y beneficiarse de los cambios positivos a largo plazo asociados a este nuevo estilo de vida. Además de aumentar la esperanza de vida, es indiscutible que es necesario conseguir la mejor calidad de vida posible. Estos hábitos no solo se transforman en resultados positivos para las personas, sino también para la población en general, así como para la economía en su conjunto, a nivel nacional, regional y mundial, gracias a la reducción de los costos en salud y al aumento de la productividad. Estos aspectos son especialmente significativos en el contexto actual de la pandemia de COVID-19.

Es importante reconocer que los medicamentos para dejar de fumar y el apoyo profesional basado en la evidencia que se ofrecen a las personas que desean abandonar el consumo de tabaco pueden aumentar las posibilidades de que el intento de dejar el tabaco surta efecto. Hay una serie de intervenciones recomendadas para ayudar en este proceso, entre las que se encuentran los consejos de intervención breve, las líneas telefónicas gratuitas para dejar de fumar, los mensajes de texto, las sesiones individualizadas y grupales con especialistas, los consultorios de abandono del tabaco, los tratamientos de reemplazo y los tratamientos de sustitución con nicotina (28).

Sin embargo, una de las principales limitaciones para poner en práctica esta medida al más alto nivel de aplicación es la disponibilidad de recursos humanos y financieros. Esta es la principal razón que explica el estancamiento de los avances en este sentido detectado en la Región de las

Américas. En el 2020, solo seis países habían implementado servicios para abandonar el tabaco al más alto nivel de aplicación: Brasil, Canadá, El Salvador, Jamaica, México y Estados Unidos de América (figura 17).

Los criterios utilizados para analizar el nivel de aplicación de este tipo de servicios son el alcance, es decir, el número de personas que reciben este tipo de servicios; la eficacia, es decir, el porcentaje de personas que consiguen abandonar el consumo de tabaco como resultado de la intervención; y los costos (tanto para el país en lo que se refiere a la reducción de la carga en la atención de salud y el aumento de la productividad como para la persona en relación con los determinantes sociales de la salud).

Es preciso reconocer que los progresos realizados por los países en relación con otras medidas de control del tabaco suelen medirse comprobando la legislación interna; no obstante, en el caso de la medida O del paquete de medidas MPOWER, los datos pertinentes suelen ser comunicados por los países a través del ciclo de notificación de la Conferencia de las Partes (COP) en el CMCT de la OMS (en el caso de los que son Partes en dicho Convenio) y a través de la verificación de las hojas de datos previamente cumplimentadas por las autoridades nacionales que no son Partes en el CMCT de la OMS.

La evidencia recopilada hasta la fecha afirma que los centros de atención primaria de salud pueden ser un espacio potencialmente útil para aplicar intervenciones rápidas que lleguen a la mayoría de las personas que consumen tabaco. Por tanto, la administración de intervenciones para dejar de fumar en los centros de atención primaria de salud puede multiplicar por dos las posibilidades de que la persona consiga abandonar el consumo

de tabaco. Por consiguiente, es necesario que los países también adopten políticas integrales de control del tabaco, ya que esto facilita una interacción más estrecha entre las demás medidas, como los ambientes sin humo y la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco, pues contribuyen al mismo tiempo a reducir la accesibilidad y el atractivo del tabaco para las personas que lo

consumen, así como a fomentar un entorno propicio para el abandono del tabaco.

Hasta el 2020, un total de 14 países de la Región habían puesto en marcha líneas telefónicas gratuitas de asistencia para dejar de fumar. Ocho países cubren todos los costos y cuatro países financian parcialmente los costos relacionados con la prestación de servicios de abandono del

## FIGURA 17

### Estado de la disponibilidad del tratamiento de la dependencia del consumo de tabaco y cobertura de los costos, Región de las Américas, 2020



Nota: Datos disponibles al 31 de diciembre del 2020. Tratamiento de sustitución con nicotina. Para obtener más información, véase la nota técnica.

Fuente: Elaborado a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

## CUADRO 6

### Disponibilidad del tratamiento de la dependencia del consumo de tabaco y cobertura de los costos, Región de las Américas, 2020

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	LÍNEA TELEFÓNICA GRATUITA DE ASISTENCIA PARA DEJAR DE FUMAR	TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN CON NICOTINA		
		DISPONIBLE EN	COBERTURA DEL COSTO	INCLUIDO EN LA LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
Antigua y Barbuda		Farmacias	No	
Argentina	Sí	Farmacias	No	Sí
Bahamas		Farmacias	No	
Barbados		Farmacias	No	Sí
Belice		Datos no disponibles	---	
Bolivia (Estado Plurinacional de)		Datos no disponibles	---	
<i>Brasil (2002)</i>	Sí	Farmacias	Completo	Sí
<i>Canadá (2008)</i>	Sí	Farmacias	Parcialmente	
Chile	Sí	Farmacias con Rx	No	
Colombia		Farmacias	Parcialmente	
Costa Rica	Sí	Farmacias	Completo	
Cuba	Sí	Datos no disponibles	---	
Dominica		Datos no disponibles	---	
Ecuador	Sí	Datos no disponibles	---	
<i>El Salvador (2016)</i>	Sí	Farmacias con Rx	Completo	
<i>Estados Unidos de América (2008)</i>	Sí	Comercios generales	Parcialmente	
Granada		Datos no disponibles	---	
Guatemala		Farmacias	No	
Guyana		Farmacias	No	Sí
Haití		Datos no disponibles	---	
Honduras	Sí	Datos no disponibles	---	
<i>Jamaica (2016)</i>	Sí	Farmacias con Rx	Completo	Sí
<i>México (2013)</i>	Sí	Farmacias	Parcialmente	Sí
Nicaragua		Farmacias	No	Sí
Panamá		Datos no disponibles	Completo	Sí
Paraguay	Sí	Datos no disponibles	---	Sí
Perú	Sí	Farmacias con Rx	No	
República Dominicana		Farmacias	No	
Saint Kitts y Nevis		Farmacias	No	
Santa Lucía		...	No	

## CUADRO 6 (continuación)

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	LÍNEA TELEFÓNICA GRATUITA DE ASISTENCIA PARA DEJAR DE FUMAR	TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN CON NICOTINA		
		DISPONIBLE EN	COBERTURA DEL COSTO	INCLUIDO EN LA LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
San Vicente y las Granadinas		Datos no disponibles	---	
Suriname		Farmacias	No	Sí
Trinidad y Tabago		Farmacias	Completo	Sí
Uruguay		Farmacias	Completo	Sí
Venezuela (República Bolivariana de)		Farmacias	Completo	

Nota: Información disponible al 31 de diciembre del 2020.

<sup>a</sup>Solo para los países que cumplen todos los requisitos según la nota técnica (capítulo 6).

Rx: prescripción.

... Datos no notificados o no disponibles.

--- No se aplica.

En negritas y cursivas aquellos países que aplican la medida O del paquete de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación.

Fuente: *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

tabaco a quienes desean dejarlo. Doce países han incluido el tratamiento farmacológico para dejar de fumar dentro de la lista de medicamentos esenciales en sus respectivos países (cuadro 6).

El apoyo para el abandono del tabaco se evaluó según el entorno en el que se ofrecía el servicio, ya fuera en centros de atención primaria, hospitales, consultas de profesionales de la salud, en la comunidad o en otros entornos.

Con respecto a los niveles asistenciales que están obligados a prestar servicios de abandono del tabaco, cinco países ofrecen estos servicios en la mayoría de sus centros de atención de salud primaria, mientras que quince países los proporcionan en algunos centros de atención primaria de salud. En cuanto a los hospitales, cinco países ofrecen estos servicios en la mayoría de sus hospitales, mientras que quince países solo pueden ofrecerlos en algunos de sus hospitales.

Por lo que atañe a las consultas privadas de los profesionales de la salud, tres países informaron que se ofrecen servicios para dejar de fumar en la mayoría de estos establecimientos, mientras que en doce países se prestan estos servicios en algunas consultas de profesionales de la salud. Los países también pueden considerar la infraestructura comunitaria como un espacio donde se pueden brindar servicios para el abandono del tabaco; sin embargo, únicamente un país ha podido utilizar la mayor parte de su infraestructura comunitaria con el fin de proporcionar servicios de apoyo destinados a dejar de fumar, mientras que once países pueden utilizar parte de su infraestructura comunitaria para hacerlo (cuadro 7).

Cabe destacar la experiencia de Ecuador, que puso en marcha intervenciones breves en su entorno de atención primaria de salud y que finalmente consiguió transferir este servicio a las comunidades con prioridades en materia de

## CUADRO 7

### Disponibilidad del tratamiento de la dependencia del consumo de tabaco en los diferentes niveles de atención y cobertura de los costos, Región de las Américas, 2020

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	ATENCIÓN PRIMARIA		HOSPITALES		CONSULTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD		COMUNIDAD		OTRO	
	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO
	No	---	No	---	No	No	No	---	No	---
Antigua y Barbuda	No	---	No	---	No	No	No	---	No	---
Argentina	En algunos	Total	En algunos	Total	En algunos	Parcial	En algunos	Parcial	No	---
Bahamas	En algunos	Total	En algunos	Total	No	---	No	---	En algunos	Total
Barbados	No	---	No	---	En algunos	No	En algunos	No	En algunos	Total
Belice	En algunos	Parcial	En algunos	No	No	---	No	---	En algunos	Parcial
Bolivia (Estado Plurinacional de)	No	---	No	---	No	---	No	---	No	---
<i>Brasil (2002)</i>	En algunos	Total	En algunos	Total	No	---	En algunos	No	No	---
<i>Canadá (2008)</i>	En la mayoría	Parcial	En la mayoría	Parcial	En la mayoría	Total	En algunos	No	En algunos	Parcial
Chile	No	---	No	---	No	---	No	---	No	---
Colombia	En algunos	Total	En algunos	Total	En algunos	No	No	---	En algunos	No
Costa Rica	En algunos	Total	En la mayoría	Total	En algunos	Total	En algunos	Total	En algunos	Parcial
Cuba	En la mayoría	Total	En la mayoría	Total	En la mayoría	Total	En la mayoría	Total	En algunos	Total
Dominica	No	---	No	---	No	---	No	---	No	---
Ecuador	En algunos	Total	En algunos	Total	No	---	No	---	No	---
<i>El Salvador (2016)</i>	No	---	No	---	No	---	No	---	No	---
<i>Estados Unidos de América (2008)</i>	En algunos	Parcial	En algunos	Parcial	En algunos	Parcial	En algunos	Parcial	No	---
Granada	No	---	No	---	No	---	No	---	No	---
Guatemala	No	---	En algunos	Parcial	En algunos	No	No	---	En algunos	No
Guyana	En algunos	Total	En algunos	Total	No	---	No	---	En algunos	Parcial
Haití	No	---	No	---	No	---	No	---	No	---

## CUADRO 7 (continuación)

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	ATENCIÓN PRIMARIA		HOSPITALES		CONSULTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD		COMUNIDAD		OTRO	
	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO	DISPONIBLE	COBERTURA DEL COSTO
Honduras	En algunos	Total	En algunos	Parcial	En algunos	Parcial	No	---	En algunos	Parcial
Jamaica (2016)	En la mayoría	Total	En la mayoría	Total	En algunos	Parcial	En algunos	No	En algunos	Parcial
México (2013)	En la mayoría	Total	No	---	No	No	En algunos	Parcial	En algunos	Total
Nicaragua	No	---	No	---	No	---	No	---	No	---
Panamá	En algunos	Parcial	En algunos	Parcial	En algunos	Parcial	No	---	En algunos	Parcial
Paraguay	En algunos	Parcial	En algunos	Total	En algunos	Total	No	---	En algunos	Parcial
Perú	No	---	En algunos	Total	No	---	No	---	No	---
República Dominicana	No	---	No	---	En la mayoría	No	No	---	En algunos	No
Saint Kitts y Nevis	No	---	No	---	No	---	No	---	No	---
Santa Lucía	En algunos	Total	No	---	No	---	No	---	En algunos	Parcial
San Vicente y las Granadinas	No	---	No	---	No	---	En algunos	---	No	---
Suriname	No	---	No	---	No	---	En algunos	No	No	No
Trinidad y Tabago	En algunos	Total	En algunos	Parcial	No	---	No	---	No	---
Uruguay	En la mayoría	Total	En la mayoría	Parcial	En algunos	Total	En algunos	No	En algunos	Parcial
Venezuela (República Bolivariana de)	En algunos	Total	En algunos	Total	En algunos	Total	No	---	En algunos	Total

Nota: Información disponible al 31 de diciembre del 2020.

<sup>a</sup>Solo para los países que cumplen todos los requisitos según la nota técnica (capítulo 6).

Rx: prescripción.

... Datos no notificados o no disponibles.

--- No se aplica.

En negritas y cursivas aquellos países que aplican la medida O del paquete de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación.

Fuente: Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes (8.<sup>a</sup> edición) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

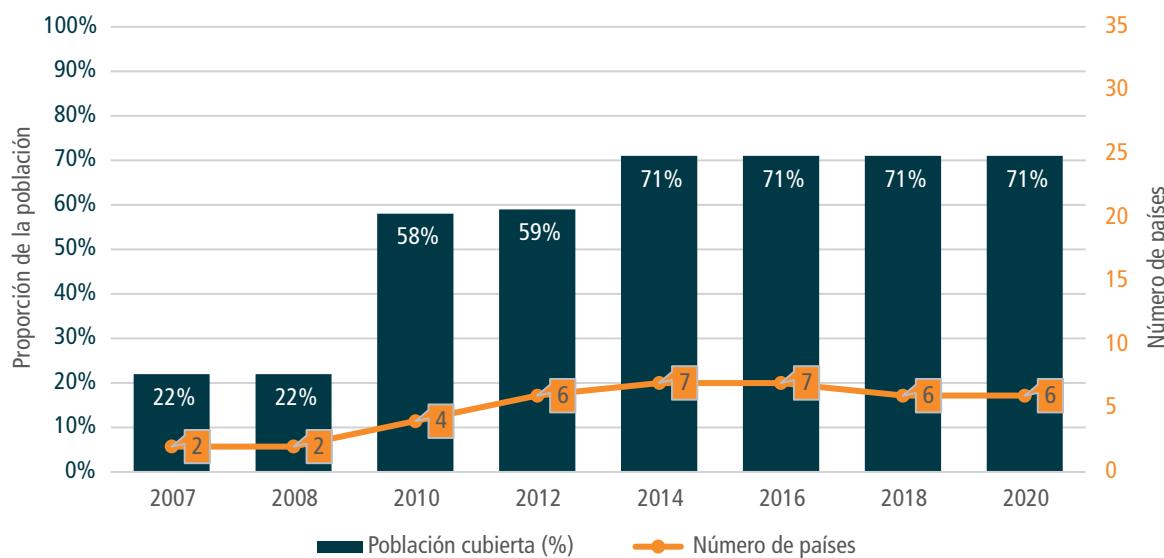
salud pública. En el 2018, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, en colaboración con la OPS/OMS y la European Respiratory Society, capacitó a unos 120 profesionales de la salud para que detecten de forma rutinaria a las personas que consumen tabaco y les informen de los servicios de abandono del tabaco disponibles a través del programa *Médico del Barrio*. Los resultados inmediatos de esta iniciativa fueron prometedores, ya que entre marzo y noviembre de 2018, se beneficiaron del programa 3916 personas para las que se tenía registrado el consumo de tabaco. De este grupo, 57,2% de los 2069 pacientes que completaron un programa de abandono del consumo de tabaco de cuatro meses informaron sobre su abstinencia en los siete días anteriores a la realización de la encuesta, mientras que 48,9% de los 968 pacientes que llevaron a

cabo la versión de seis meses del programa manifestaron una abstinencia completa.

El progreso en la aplicación de esta medida desde el 2008 hasta el 2020 mostró la misma tendencia en el crecimiento de la cobertura de la población que las otras medidas MPOWER. Sin embargo, en cifras absolutas, no tuvo el mismo alcance, lo que puede explicar que el ritmo de avance fuera más lento. En el 2008, solamente dos países habían implementado servicios de abandono del tabaco al más alto nivel de aplicación según el artículo 14 del CMCT de la OMS. Este número había aumentado a cuatro en el 2010 y a siete en el 2016, aunque en el 2018 la cifra volvió a bajar a seis y se ha mantenido así desde entonces. La cobertura de la población ha permanecido en 71% desde el 2016 (figura 18).

## FIGURA 18

### Cambio en el número de países que proporcionan asistencia para dejar de fumar al más alto nivel de aplicación y proporción de la población cubierta, Región de las Américas, 2007-2020



*Nota:* Información disponible al 31 de diciembre del 2020. Los números de la línea indican el número total de países que tenían la medida al más alto nivel de aplicación a 31 de diciembre del año correspondiente. Algunas cifras difieren de los informes anteriores debido a los ajustes de los datos facilitados por los países.

*Fuente:* Elaborado a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

Los países de la Región de las Américas deben acelerar la adopción de la medida O. Aunque los avances desde el 2008 han sido notables, es lamentable constatar que ha disminuido el número total de países que implementan esta medida al más alto nivel de aplicación. No obstante, podría haber una oportunidad para mejorar este aspecto, ya que la pandemia de COVID-19 ha llevado a exigir que se refuerzen los servicios de abandono del tabaco en todo el mundo, tanto a través de las interacciones presenciales como por medios virtuales (recuadro 2).

## 2.5. Advertir sobre los peligros del tabaco

Esta medida, la W del acrónimo MPOWER, también ha cosechado grandes éxitos desde el 2016, ya que ahora son 22 los países que aplican advertencias sanitarias al más alto nivel de aplicación (figura 19).

Estos 22 países tienen advertencias sanitarias gráficas que ocupan 50% o más de las principales superficies expuestas del empaquetado del tabaco y cumplen todas las recomendaciones establecidas en el artículo 11 y las directrices para su aplicación. La disposición (leyes o regulaciones) más reciente relacionada con esta medida se aplicó en Estados Unidos de América, cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por su sigla en inglés) emitió en marzo del 2020 una nueva norma que obliga a que 11 nuevas advertencias sobre diversas enfermedades absorban 50% de la parte superior del anverso y reverso de los paquetes de tabaco y al menos 20% de la parte superior de los anuncios de cigarrillos. Las advertencias incluyen una gran variedad de textos e imágenes gráficas. En el 2017, Honduras logró alcanzar el nivel más alto de aplicación de esta medida, cuando se

***“Cada Parte, dentro de un período de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte, adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas eficaces para conseguir lo siguiente: a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocione un producto de tabaco de manera falsa (...); y b) que en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos figuren también advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes apropiados [...]. Artículo 11 del CMCT de la OMS***

## **RECUADRO 2**

### **La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de ofrecer servicios de abandono del tabaco**

En diciembre del 2019, se notificó el primer caso de COVID-19 (enfermedad por el coronavirus del 2019) en Wuhan (China). Esta enfermedad infecciosa, causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, provocó una pandemia que afectó a todos los países del mundo. Los síntomas más comunes de la COVID-19 son fiebre, tos seca y fatiga corporal general, mientras que otros síntomas menos frecuentes son congestión nasal, dolores de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto y del olfato y erupciones cutáneas (29).

Cerca de 80% de las personas con COVID-19 pueden superar la enfermedad sin requerir atención hospitalaria; sin embargo, el 20% restante puede presentar manifestaciones clínicas más graves, como dificultades respiratorias. Los grupos poblacionales más vulnerables a las complicaciones graves de esta infección son las personas mayores y las personas con problemas médicos subyacentes (29).

El consumo de productos de tabaco contribuye al deterioro de la función y la capacidad pulmonar y es un factor de riesgo conocido para la aparición de enfermedades no transmisibles, lo que probablemente explica por qué los síntomas graves y el riesgo de morir por COVID-19 aumentan entre las personas que fuman (29-31). El acto de consumir tabaco en lugares públicos también puede aumentar el riesgo de infección, ya que puede hacer que el usuario desciende las medidas de seguridad

recomendadas, como llevar una mascarilla o evitar tocarse la boca, los ojos y la nariz cuando no se tienen las manos limpias.

Por estas razones, la OMS recomienda el abandono del consumo de tabaco y se ha movilizado para motivar aún más a los países a fortalecer los servicios de abandono del consumo de tabaco basados en la evidencia y apoyados por las instalaciones y tecnologías de comunicación actualmente disponibles. Al mismo tiempo, la OMS ha hecho hincapié en la importancia de realizar estudios sistemáticos para investigar la relación entre la COVID-19 y el consumo de tabaco (32, 33).

Los beneficios de dejar el tabaco pueden experimentarse transcurridos veinte minutos desde que el usuario toma una decisión tan importante para su salud, ya que la presión arterial, el ritmo cardíaco y la temperatura de las extremidades comienzan a estabilizarse. En las siguientes 12 a 72 horas, el cuerpo empieza a normalizar la concentración de monóxido de carbono y oxígeno en la sangre, con lo que se reduce el riesgo de sufrir un ictus. Los sentidos del gusto y del olfato vuelven a funcionar normalmente, y la relajación de los bronquiolos mejora la respiración. Entre la primera y la novena semana después de dejar de fumar, la tos y la disnea mejoran mucho, mientras que, entre la segunda y la décima semana de abandono del tabaco, las funciones pulmonares y circulatorias experimentaron una mejora de casi 30% (34).

**FIGURA 19****Estado de las políticas sobre advertencias sanitarias, Región de las Américas, 2021**

Nota: Datos disponibles al 31 de diciembre del 2021. Para más información, véase la nota técnica (capítulo 6).

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.ª edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

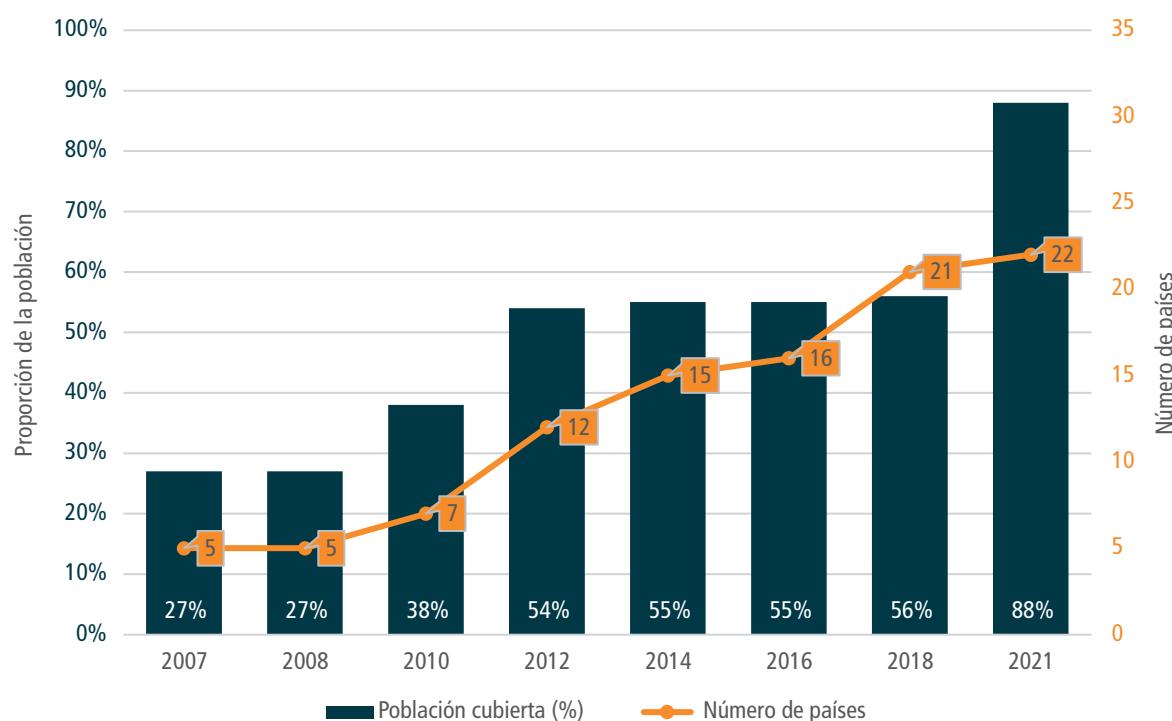
emitieron nuevas regulaciones que exigían la aparición de imágenes en el empaquetado de los productos de tabaco. Surinam retomó el cumplimiento de la obligación de advertir sobre los peligros del tabaco cuando se decidió en el 2018 colocar advertencias sanitarias en neerlandés, el idioma oficial del país. En el 2018, Antigua y Barbuda también se unió a la lista de países que lograron el más alto nivel de aplicación de la medida W.

Esta medida registró el mayor porcentaje de cobertura de la población a partir del 2020, ya que casi 90% de la población de la Región está expuesta actualmente a grandes advertencias sanitarias gráficas que figuran en los paquetes de tabaco, en cumplimiento del artículo 11 del CMCT de la OMS (figura 20).

Los años seleccionados corresponden a la fecha de corte de la medida P (protección contra la

**FIGURA 20**

**Cambio en el número de países y la proporción de la población cubierta por leyes que exigen advertencias sanitarias al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2007-2021**



Nota: Información disponible al 31 de diciembre del 2021. Los números de la línea indican el número total de países que tenían la medida al más alto nivel de aplicación a 31 de diciembre del año indicado.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

exposición al humo de tabaco) del paquete de medidas MPOWER, según los informes de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo basados en datos hasta el 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018. La fecha de corte de la medida W fue 31 de diciembre del 2021.

El CMCT de la OMS exige que cada Parte adopte la medida W en un plazo de tres años a partir de la entrada en vigor del tratado en el país. Hasta la fecha, diez Partes (Bahamas, Belice, Colombia, Dominica, Granada, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las

Granadinas) restan por cumplir los requisitos mínimos del Convenio, aunque el plazo para hacerlo ya ha vencido para todas ellas.

En las directrices para la aplicación del artículo 11 proporcionan una descripción más detallada de las características de presentación del empaquetado que se requieren para garantizar que las advertencias sanitarias sean más eficaces. Se ha demostrado que la eficacia de las advertencias y los mensajes aumenta con su tamaño; por lo tanto, las directrices recomiendan que las advertencias y los mensajes sobre la

salud “ocupen más del 50% de las superficies principales expuestas y deben proponerse que abarquen la mayor parte posible de dichas superficies”. Además, las directrices también abordan otras características del diseño, como un calendario rotativo de advertencias sanitarias y contenidos de los mensajes.

La aplicación de esta medida tiene numerosos beneficios. La aplicación de etiquetas de advertencia en los envases es relativamente poco costosa para los gobiernos. Esta medida proporciona un doble beneficio al aumentar la sensibilización del público sobre los daños asociados al consumo de tabaco, ya que las advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de productos de tabaco llegan de forma fiable a las personas que consumen tabaco cada vez que utilizan los productos (35-37), y el costo recae principalmente en la industria tabacalera. Las advertencias deben referirse a los efectos concretos sobre la salud relacionados con el consumo de tabaco, y resultan más eficaces cuando son pictóricas, gráficas, detalladas y están redactadas con firmeza (38, 39). Es importante que la advertencia sea grande, que cubra al menos la mitad de la superficie del paquete de tabaco y que rote regularmente (40, 41).

Uruguay tiene las advertencias más grandes de la Región, que cubren 80% del anverso y reverso de los paquetes de tabaco. Hay otros países en los que las advertencias sanitarias ocupan más de 50% de las superficies expuestas, como Canadá (75%) y Barbados, Ecuador, Guyana y Jamaica

(60%). Brasil, México y Venezuela (República Bolivariana de) tienen advertencias que ocupan 100% de una de las superficies principales y 30% de la superficie del lado opuesto.

En las directrices para la aplicación de los artículos 11 y 13 del CMCT de la OMS, que definen el empaquetado neutro, se establece que se anima a las Partes a considerar la adopción de medidas para “restringir o prohibir en el empaquetado la utilización de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional que no sean el nombre comercial [....]”. Posteriormente, en el 2019, Uruguay se convirtió en el primer país de la Región de las Américas en adoptar y aplicar la legislación sobre empaquetado neutro, y Canadá hizo lo propio ese mismo año.

El empaquetado neutro contribuye a aumentar la eficacia de las advertencias sanitarias, que ayudan a corregir la información imperfecta del mercado sobre el alcance de los riesgos para la salud que entraña el consumo de tabaco (artículo 11), y evita que el empaquetado se utilice para promocionar el producto o engañar a las personas que consumen tabaco sobre sus características (artículo 13). Otros países que han aplicado la legislación de empaquetado neutro son Australia en el 2012 y Arabia Saudí y Tailandia en el 2018.

En el cuadro 8 se muestran los requisitos específicos establecidos en cada país de la Región de las Américas para las advertencias sanitarias en el empaquetado del tabaco.

## CUADRO 8

### Características de las advertencias sanitarias en el empaquetado de los cigarrillos, Región de las Américas, 2021

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	PORCENTAJE DE SUPERFICIES PRINCIPALES CUBIERTAS (PROMEDIO DEL ANVERSO / REVERSO) <sup>b</sup>	NÚMERO DE ADVERTENCIAS ESPECIFICADAS EN LA LEY <sup>b</sup>	¿APARECE EN TODO EL PAQUETE DESTINADO A LA VENTA AL POR MENOR? <sup>b</sup>	¿DESCRIBE LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO PARA LA SALUD? <sup>b</sup>	¿SE ESPECIFICAN POR LEY EL TAMAÑO Y EL COLOR DE LA LETRA? <sup>b</sup>	¿LOS MENSAJES SON ROTATIVOS? <sup>b</sup>	ADVERTENCIA ESCRITA EN EL IDIOMA DEL PAÍS <sup>b</sup>	¿INCLUYE IMÁGENES? <sup>b</sup>	¿ESTÁN PROHIBIDOS LOS TÉRMINOS ENGAÑOSOS?
<i>Antigua y Barbuda (2018)</i>	50-50/50 <sup>c</sup>	c	c	c	c	c	c	c	c
<i>Argentina (2012)</i>	50-50/50	10	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bahamas	d	d	Sí						
<i>Barbados (2017)</i>	60-60/60	16	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Belice	d	1			Sí			Sí	
<i>Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009)</i>	60-60/60	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Brasil (2003)</i>	65-30/100	9	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Canadá (2011)</i>	75-75/75	16	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Chile (2006)</i>	50-50/50	4	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Colombia	30-30/30	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Costa Rica (2013)</i>	50-50/50	12	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuba	30 <sup>e</sup>	5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
Dominica	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Ecuador (2013)</i>	60-60/60	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>El Salvador (2011)</i>	50-50/50	10	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Estados Unidos de América (2020)</i>	50-50/50 <sup>c, f</sup>	11 <sup>c, f</sup>	Sí <sup>c, f</sup>	Sí <sup>c, f</sup>	Sí <sup>c, f</sup>	Sí <sup>c, f</sup>	Sí <sup>c, f</sup>	Sí <sup>c, f</sup>	Sí <sup>c, f</sup>
Granada	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	13-25/0	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
<i>Guyana (2018)</i>	60-60/60	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Haití	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Honduras (2017)</i>	50-50/50	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

## CUADRO 8 (continuación)

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	PORCENTAJE DE SUPERFICIES PRINCIPALES CUBIERTAS (PROMEDIO DEL ANVERSO / REVERSO) <sup>b</sup>	NÚMERO DE ADVERTENCIAS ESPECIFICADAS EN LA LEY <sup>b</sup>	¿APARECE EN TODO EL PAQUETE DESTINADO A LA VENTA AL POR MENOR? <sup>b</sup>	¿DESCRIBE LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO PARA LA SALUD? <sup>b</sup>	¿SE ESPECIFICAN POR LEY EL TAMAÑO Y EL COLOR DE LA LETRA? <sup>b</sup>	¿LOS MENSAJES SON ROTATIVOS? <sup>b</sup>	ADVERTENCIA ESCRITA EN EL IDIOMA DEL PAÍS <sup>b</sup>	¿INCLUYE IMÁGENES? <sup>b</sup>	¿ESTÁN PROHIBIDOS LOS TÉRMINOS ENGAÑOSOS?
<i>Jamaica (2013)</i>	60-60/60	16	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>México (2009)</i>	65-30/100	10	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nicaragua	50-50/50 <sup>g</sup>	6 <sup>g</sup>	Sí		Sí	Sí <sup>g</sup>	Sí	g	Sí
<i>Panamá (2005)</i>	50-50/50	5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Paraguay	40-40/40	4	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Perú (2011)</i>	50-50/50	12	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
República Dominicana	d	1	Sí		Sí		Sí		
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<i>Santa Lucía (2017)</i>	50-50/50	16	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<i>Suriname (2016)</i>	50-50/50	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Trinidad y Tabago (2013)</i>	50-50/50	24	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Uruguay (2005)<sup>h</sup></i>	80-80/80 <sup>i</sup>	4	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Venezuela (República Bolivariana de) (2004)</i>	65-30/100	12	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: Información disponible al 31 de diciembre del 2020. Celdas vacías: la legislación no cubre el criterio especificado. En negritas y cursivas aquellos países que aplican la medida W del conjunto de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación.

<sup>a</sup>Solo los países con alertas importantes de salud y todas las características, según la nota técnica (capítulo 6).

<sup>b</sup>Características utilizadas para la clasificación de las regulaciones, de acuerdo con la nota técnica.

<sup>c</sup>Regulación pendiente.

<sup>d</sup>No se indica en la ley.

<sup>e</sup>Las advertencias deben ocupar, por ley, 30% de cada superficie principal o 60% de una de ellas.

<sup>f</sup>Regulación adoptada, pero sin aplicar al 31 de diciembre del 2020.

<sup>g</sup>La regulación se adoptó en el 2010, pero no se ha regulado ni aplicado al 31 de diciembre del 2020.

<sup>h</sup>Solo se permite una única presentación por marca, y ahora se exige por ley un empaquetado neutro.

– La ley no establece advertencias sanitarias.

Fuente: *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.ª edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

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

Hacer cumplir las prohibiciones sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco es otra medida en la que la Región ha avanzado muy poco. Solamente nueve países (Antigua y Barbuda, Brasil, Colombia, Guyana, Panamá, México, Suriname, Uruguay y Venezuela [República Bolivariana de]) tienen legislación que implementa esta medida al más alto nivel de aplicación (figura 22). Desde el 2017 hasta la fecha, únicamente se han producido dos incorporaciones con respecto al cumplimiento de esta medida: Antigua y Barbuda en el 2018 y Venezuela (República Bolivariana de) en el 2019. Más recientemente, en diciembre del 2021, México promulgó una legislación en cumplimiento del artículo 13 del CMCT de la OMS. Con respecto a la cobertura de la población para esta medida, entre el 2018 y el 2021 la población cubierta por políticas que prohíben la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco en la Región de las Américas casi se duplicó (figura 21).

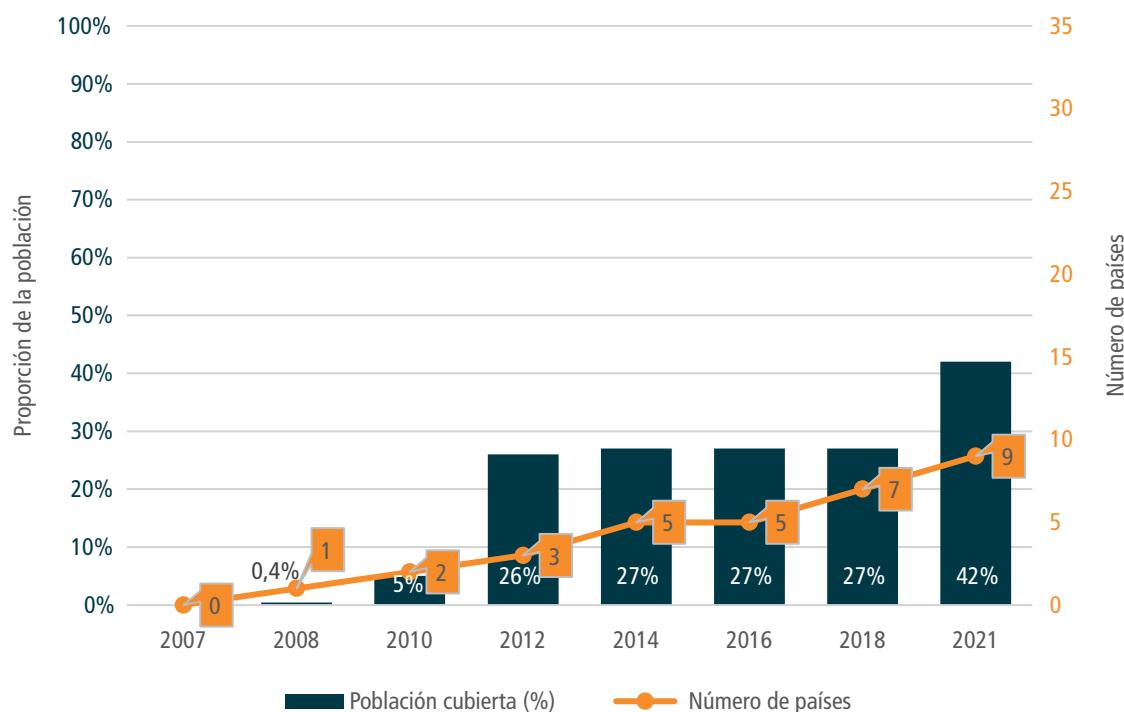
Al igual que las demás medidas, el CMCT de la OMS estableció un plazo de cinco años para la aplicación de esta medida. De las 21 Partes de la Región que aún no han cumplido con este mandato, el plazo de cinco años desde la entrada en vigor del Convenio ya ha expirado para todas ellas. Nueve países han aplicado prohibiciones parciales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, mientras que 17 países han avanzado muy poco o nada en este sentido. Véanse los cuadros 9 y 10 para tener información sobre la situación actual de las regulaciones que prohíben la publicidad del tabaco.

***“Cada Parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dicha prohibición comprenderá, de acuerdo con el entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte en cuestión, una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos originados en su territorio [...] dentro de un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para la Parte en cuestión”. Artículo 13.2 del CMCT de la OMS***

La evidencia y la información procedentes de los propios documentos internos de la industria tabacalera muestran que la captación de nuevas personas que fumen a través de la publicidad, la promoción y el patrocinio es crucial para la supervivencia de la industria (42). Esta es la estrategia de la industria, empleada para dirigirse

## FIGURA 21

**Cambio en el número de países y la proporción de la población cubierta por regulaciones que prohíben completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2007-2021**



Nota: Datos disponibles hasta el 31 de diciembre del 2021. Los números de la línea indican el número total de países que aplicaron la medida al más alto nivel de aplicación al 31 de diciembre del año indicado. Los años seleccionados corresponden a la fecha de corte de la medida E (hacer cumplir las prohibiciones sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco) del conjunto de medidas MPOWER, según los informes de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo basados en datos hasta el 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.ª edición) (8) y datos recopilados por Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

a sus principales clientes, es decir, a la población joven, que es más susceptible de iniciarse en el hábito, y a las mujeres, que consumen tabaco con menos frecuencia y, por lo tanto, constituyen un mercado especializado atractivo.

La publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco tienden a vincular ciertas características del estilo de vida, como la felicidad, el entretenimiento, la belleza,

el atractivo físico y los eventos deportivos, con el consumo de tabaco. Esto, a su vez, aumenta el atractivo del producto para el público destinatario. Además, la presencia generalizada del tabaco en las distintas plataformas de los medios de comunicación contribuye enormemente a "normalizar" el consumo de tabaco, ya que se presenta simplemente como un producto de consumo más y se ocultan sus efectos adversos.

**FIGURA 22**

**Estado de las políticas que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, Región de las Américas, 2021**



Nota: Datos disponibles al 31 de diciembre del 2021. Para obtener más información, véase la nota técnica (capítulo 6).

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

La industria tabacalera intenta evitar la regulación adoptando códigos publicitarios débiles y voluntarios, desacreditando la base de evidencia en la que se fundamentan las restricciones y utilizando tanto a los grupos de presión como a los litigios para evitar las prohibiciones, además de divulgar la creencia de que estas diversas supuestas responsabilidades sociales de

las empresas únicamente sirven para mejorar la vida de aquellos que son especialmente vulnerables. Durante la pandemia de COVID-19, este escenario ha sido particularmente frecuente en algunos lugares, donde la industria buscó utilizar la vulnerabilidad causada por la pandemia como una estrategia para infiltrarse en los marcos regulatorios a través del ofrecimiento

de equipo médico, insumos e incluso becas académicas a los gobiernos y a la población joven proveniente de estratos socioeconómicos pobres. Las directrices para la aplicación del artículo 13 reafirman la idea de que solo es eficaz la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Las formas contemporáneas de mercadeo integran la publicidad y la promoción mediante la venta de productos. Esto incluye actividades de mercadeo directo y relaciones públicas, así como mercadeo personal o interactivo en línea. Si solo se prohíben ciertas formas de publicidad directa, se crea una oportunidad para que la industria tabacalera reoriente su gasto e impulse otras formas de publicidad y estrategias de comunicación; también recurrirá a modalidades

más creativas e indirectas para promover el consumo de tabaco, sobre todo en la población joven (42).

Por estos motivos, las directrices se refieren a elementos atípicos que no suelen reconocerse como formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Entre ellas se encuentran la extensión y el uso compartido de la marca, la colocación de productos de tabaco o marcas en plataformas de medios de entretenimiento, la responsabilidad social empresarial de la industria del tabaco y, por supuesto, el empaquetado de los productos de tabaco. En las directrices también se recomienda que la legislación utilice un lenguaje claro y sin complicaciones, así como definiciones inequívocas, y que evite proporcionar listas

## CUADRO 9

### Regulaciones que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en diversos medios de comunicación, Región de las Américas, 2021

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	PUBLICIDAD DIRECTA					EXPOSICIÓN DE PRODUCTOS EN LOS PUNTOS DE VENTA
	TELEVISIÓN Y RADIO NACIONALES <sup>b</sup>	REVISTAS Y PERIÓDICOS LOCALES <sup>b</sup>	VALLAS PUBLICITARIAS Y ANUNCIOS AL AIRE LIBRE <sup>b</sup>	INTERNET <sup>b</sup>	PUNTOS DE VENTA <sup>b</sup>	
<i>Antigua y Barbuda (2018)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Argentina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Bahamas	Sí					
Barbados						
Belice						
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	Sí	Sí	Sí		
<i>Brasil (2011)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Canadá	Sí	Sí	Sí	Sí		
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
<i>Colombia (2009)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

## CUADRO 9 (continuación)

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	PUBLICIDAD DIRECTA					EXPOSICIÓN DE PRODUCTOS EN LOS PUNTOS DE VENTA
	TELÉVISIÓN Y RADIO NACIONALES <sup>b</sup>	REVISTAS Y PERIÓDICOS LOCALES <sup>b</sup>	VALLAS PUBLICITARIAS Y ANUNCIOS AL AIRE LIBRE <sup>b</sup>	INTERNET <sup>b</sup>	PUNTOS DE VENTA <sup>b</sup>	
Cuba						
Dominica						
Ecuador	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	c
El Salvador	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Estados Unidos de América	Sí					
Granada						
Guatemala						
<i>Guyana (2017)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Haití						
Honduras	Sí	Sí	Sí			
Jamaica	Sí					
<i>México (2021)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nicaragua	Sí		Sí			
<i>Panamá (2008)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Paraguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Perú	Sí			Sí		
República Dominicana						
Saint Kitts y Nevis						
Santa Lucía						
San Vicente y las Granadinas						
<i>Suriname (2013)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Trinidad y Tabago	Sí		Sí			Sí
<i>Uruguay (2005)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Venezuela (República Bolivariana de) (2019)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: Datos disponibles al 31 de diciembre del 2021.

<sup>a</sup>Solo para los países con una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

<sup>b</sup>Características utilizadas para la clasificación, según la nota técnica.

<sup>c</sup>La publicidad en los puntos de venta solo está permitida en el interior, no puede verse en el exterior y no puede ser mayor de 1 m<sup>2</sup>.

En negritas y cursivas aquellos países que aplican la medida E del conjunto de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

## CUADRO 10

### Regulaciones que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco a través de diferentes formas de publicidad indirecta, Región de las Américas, 2021

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	DISTRIBUCIÓN GRATUITA POR CORREO U OTROS MEDIOS <sup>b</sup>	DESCUENTOS PROMOCIONALES <sup>b</sup>	EXTENSIÓN DE MARCA <sup>b</sup>	USO COMÚN DE MARCAS <sup>b</sup>	COLOCACIÓN DE MARCAS DE TABACO EN TELEVISIÓN O EN PELÍCULAS <sup>b</sup>	COLOCACIÓN DE PRODUCTOS DE TABACO EN TELEVISIÓN O EN PELÍCULAS <sup>b</sup>	PROHIBICIÓN DE PUBLICITAR EL PATROCINIO FINANCIERO O DE OTRO TIPO, O EL APOYO DE LA INDUSTRIA TABACALERA A EVENTOS, ACTIVIDADES O PERSONAS <sup>b</sup>
<i>Antigua y Barbuda (2018)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Argentina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bahamas							
Barbados							
Belice							
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
<i>Brasil (2003)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí <sup>c</sup>
Canadá	Sí	Sí			Sí		Sí
Chile	Sí	Sí	Sí		Sí		
<i>Colombia (2009)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí <sup>d</sup>	Sí	Sí	Sí
Costa Rica			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuba							
Dominica							
Ecuador	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí
El Salvador			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estados Unidos de América							
Granada							
Guatemala	Sí	Sí					
<i>Guyana (2018)</i>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Haití							
Honduras							
Jamaica							

## CUADRO 10 (continuación)

PAÍS Y AÑO DE LA LEGISLACIÓN <sup>a</sup>	DISTRIBUCIÓN GRATUITA POR CORREO U OTROS MEDIOS <sup>b</sup>	DESCUENTOS PROMOCIONALES <sup>b</sup>	EXTENSIÓN DE MARCA <sup>b</sup>	USO COMÚN DE MARCAS <sup>b</sup>	COLOCACIÓN DE MARCAS DE TABACO EN TELEVISIÓN O EN PELÍCULAS <sup>b</sup>	COLOCACIÓN DE PRODUCTOS DE TABACO EN TELEVISIÓN O EN PELÍCULAS <sup>b</sup>	PROHIBICIÓN DE PUBLICITAR EL PATROCINIO FINANCIERO O DE OTRO TIPO, O EL APOYO DE LA INDUSTRIA TABACALERA A EVENTOS, ACTIVIDADES O PERSONAS <sup>b</sup>
<b>México (2021)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nicaragua							
<b>Panamá (2005)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Paraguay	Sí		Sí	Sí			Sí
Perú							
República Dominicana							
Saint Kitts y Nevis							
Santa Lucía							
San Vicente y las Granadinas							
<b>Suriname (2016)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
Trinidad y Tabago					Sí		Sí
<b>Uruguay (2005)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Venezuela (República Bolivariana de) (2019)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota: Datos disponibles al 31 de diciembre del 2021.

<sup>a</sup>Solo para las regulaciones que prohíben completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

<sup>b</sup>Características utilizadas para la clasificación según la nota técnica (capítulo 6).

La legislación prohíbe el patrocinio de actividades culturales y deportivas. Sin embargo, la legislación no prohíbe el patrocinio de otro tipo de eventos, actividades o personas.

Aunque la legislación no prohíbe explícitamente el uso de marcas de productos no tabacaleros (uso común de marcas), ni define la publicidad y promoción de los productos de tabaco, entendemos que el uso común de marcas queda comprendido en la prohibición actual de todas las formas de publicidad y promoción porque este país es Parte en el CMCT, y se supone que se aplica la definición de este Convenio.

En negritas y cursivas aquellos países que aplican la medida E del conjunto de medidas MPOWER al más alto nivel de aplicación.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

de actividades prohibidas que sean, o puedan entenderse, exhaustivas.

El concepto de “extensión de la marca” se refiere a cuando la marca, el emblema, el nombre comercial, el logotipo, la decoración comercial o cualquier otra característica distintiva, incluidas sus combinaciones de colores, de un producto de tabaco se vincula a un producto o servicio no tabacalero para transmitir una asociación entre el producto de tabaco y el producto o servicio no tabacalero. Por “uso común de marcas” se entiende lo contrario: cuando el nombre de una marca, el emblema, la marca comercial, el logotipo, la insignia comercial o cualquier otra característica distintiva, incluidas las combinaciones de colores, de un producto o servicio no tabacalero se vincula a un producto o empresa de tabaco para establecer una asociación entre ambos.

Las empresas tabacaleras siguen buscando la forma de crear una imagen de buen comportamiento cívico empresarial participando en actividades cuya política comercial se percibe como “socialmente responsable”. La industria aprovechó la reciente pandemia de COVID-19 asociándose con los gobiernos para adquirir equipo médico e incluso facilitar la investigación de vacunas. En las directrices se recomienda la prohibición total de todo tipo de contribuciones procedentes de la industria tabacalera, ya que constituyen una forma de patrocinio.

La exposición de productos de tabaco en los puntos de venta también constituye una forma de publicidad y promoción. En los lugares donde están prohibidas muchas actividades de publicidad y promoción, el producto se sigue exhibiendo, y se calcula que con ello aumentan

las ventas entre 10% y 28%, a menudo debido a las compras impulsivas (43-48). En las directrices se aconseja que las Partes prohíban por completo la exposición y visibilidad de todos los productos de tabaco en los puntos de venta, incluidos los fijos y los vendedores ambulantes. Ocho países de la Región (Colombia, Costa Rica, Guyana, Panamá, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela [República Bolivariana de]) han prohibido los expositores en los puntos de venta (cuadro 9).

## 2.7. Aumentar los impuestos a los productos de tabaco

*“[...] aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco [...]. Artículo 6 del CMCT de la OMS*

Los impuestos sobre el tabaco se consideran la intervención más costo-eficaz para reducir el consumo de tabaco (25, 49), al mismo tiempo que su aplicación no conlleva costos elevados y genera mayores ingresos al Estado. Sin embargo, esta medida sigue siendo la que menos avanza desde el 2008, tanto a nivel regional como mundial. En la edición más reciente del *Informe*

*OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021* (8), se informa que, a nivel mundial, solo dos nuevos países se habían sumado a la lista de aplicación de esta medida al más alto nivel desde el anterior informe del 2019. Ninguno de ellos era un país de ingresos bajos. Desde la publicación de la primera edición de este informe hace trece años, únicamente diecisiete países se han agregado la lista de países con tipos impositivos iguales o superiores a 75% del precio de los productos de tabaco.

En la Región de las Américas, entre el 2008 y el 2012 solo dos países habían implementado esta medida al más alto nivel de aplicación. La situación siguió variando, pero se observó un salto considerable entre el 2016 y el 2018, cuando hubo cuatro países que aplicaron medidas para que el umbral de los impuestos indirectos totales representara 75% o más del precio de venta al público de los productos de tabaco (figura 23). No obstante, desde el 2018, el precio de la marca de cigarrillos más vendida ha aumentado de manera sustancial, mientras que en uno de los cuatro países los impuestos especiales específicos solo se incrementaron ligeramente, lo que dio lugar a que la cuota tributaria total cayera por debajo del umbral de 75% en este país y en el 2020 disminuyera el total a tres países (figura 24).

La OMS lleva a cabo un seguimiento bianual de los impuestos sobre el tabaco utilizando un indicador estandarizado de participación en los impuestos, definido como el porcentaje total que representan los impuestos indirectos en el precio al por menor de la marca de cigarrillos más vendida. El nivel más alto de aplicación, considerado como la mejor práctica, corresponde a la situación en la que los impuestos indirectos

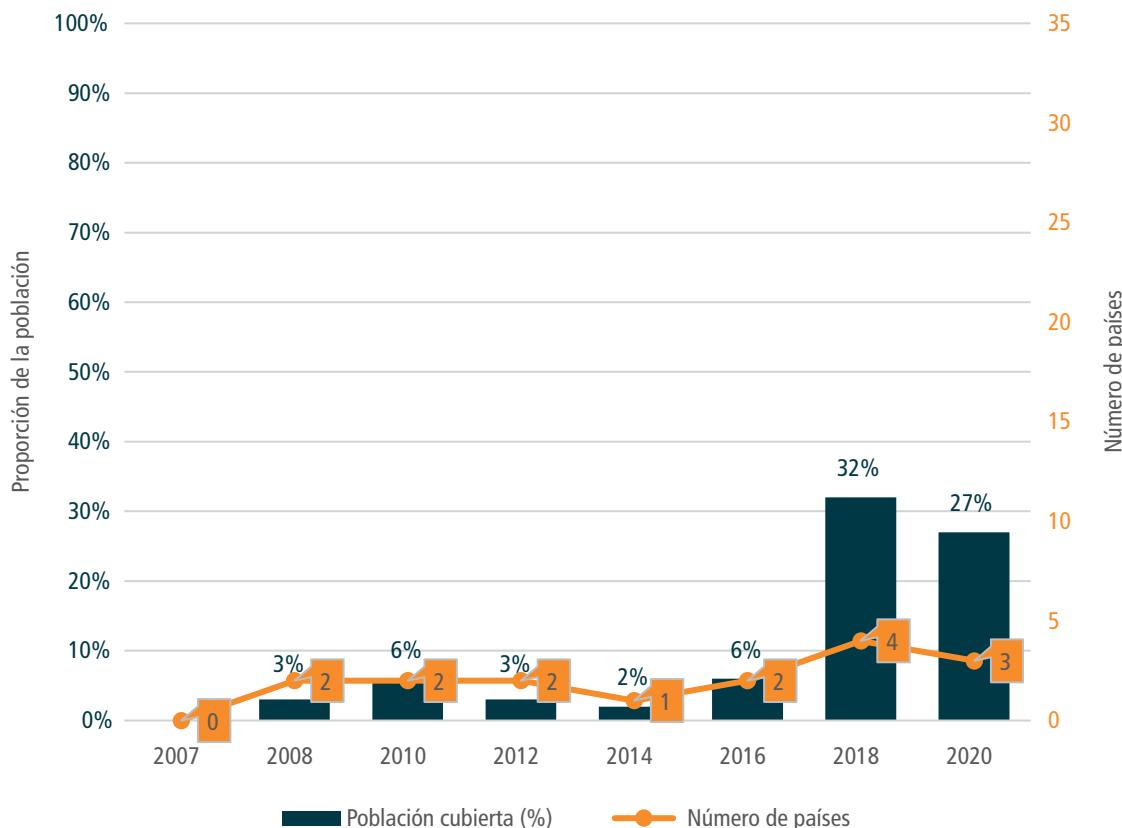
totales representan 75% o más del precio de los productos de tabaco. Sin embargo, otros indicadores pueden complementar el indicador de la OMS, a fin de captar múltiples dimensiones de las políticas destinadas a que los productos de tabaco sean menos asequibles. Por ello, la OMS también supervisa los indicadores de accesibilidad y de precios, así como la información sobre la estructura y la administración de los impuestos sobre el tabaco. Además, Tobacconomics ha publicado recientemente una tarjeta de puntuación de los impuestos sobre los cigarrillos, que utiliza una escala de cinco puntos con cuatro componentes de puntuación y puede proporcionar a los responsables de formular las políticas una evaluación exhaustiva y práctica de su política fiscal sobre el tabaco (50).

Las directrices para la aplicación del artículo 6 contienen seis principios rectores:

- 1.** La determinación de las políticas tributarias relativas al tabaco es un derecho soberano de las Partes.
- 2.** Los impuestos eficaces sobre el tabaco (que conducen a un aumento de los precios reales al consumidor) reducen considerablemente el consumo del tabaco y su prevalencia.
- 3.** Los impuestos eficaces sobre el tabaco son una fuente de ingresos importante.
- 4.** Los impuestos al tabaco son económicamente eficaces y reducen las desigualdades en materia de salud.
- 5.** Los sistemas fiscales que conciernen al tabaco y su administración deberán ser eficientes y eficaces.

## FIGURA 23

### Cambio en el número de países y la proporción de la población cubierta por los impuestos sobre el tabaco al más alto nivel de aplicación, Región de las Américas, 2007-2020



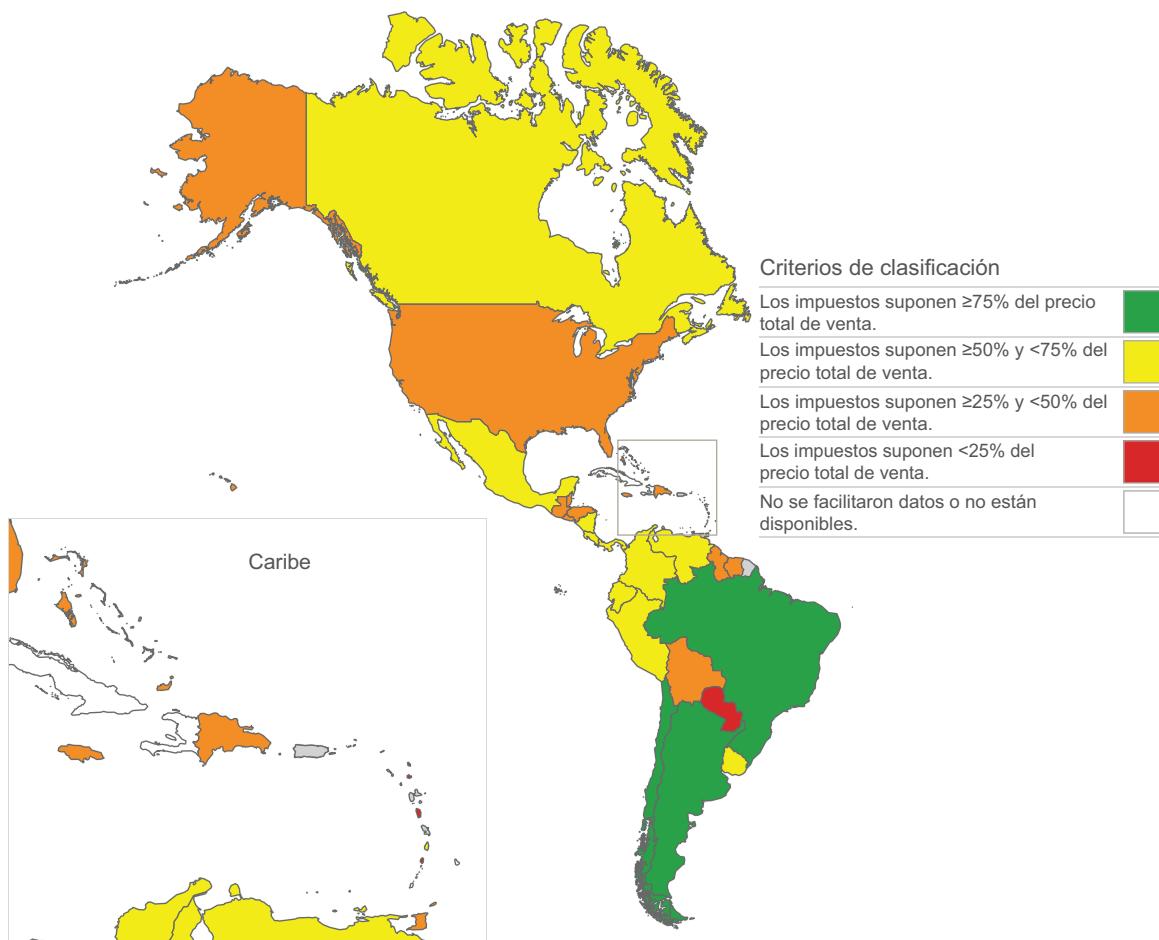
Nota: Los números de la línea indican el número total de países que tenían la medida al más alto nivel de aplicación a 31 de julio del año correspondiente.

Fuente: Basado en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

6. Las políticas tributarias relativas al tabaco se deberán proteger contra intereses creados por la industria tabacalera.

En estas directrices también se ofrecen recomendaciones sobre el diseño y la administración de los impuestos sobre el tabaco. En cuanto al diseño, hay que tener en cuenta las consideraciones siguientes:

1. Al establecer o aumentar sus niveles nacionales de tributación, las Partes deben tener en cuenta, entre otras cosas, la elasticidad de la demanda con respecto al precio y a los ingresos, así como la tasa de inflación y los cambios en los ingresos familiares, a fin de procurar que los productos de tabaco se vuelvan cada vez menos asequibles y, de esa manera, reducir el consumo y la prevalencia.

**FIGURA 24****Situación de los impuestos al tabaco, Región de las Américas, 2020**

Nota: Datos disponibles al 31 de julio del 2020. Para obtener más información, véase la nota técnica (capítulo 6).

Fuente: Basado en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes (8.<sup>a</sup> edición) (8).

Por lo tanto, las Partes deberían considerar la posibilidad de introducir procesos de ajustes regulares o procedimientos de reevaluación periódica de los niveles de tributación de los productos de tabaco.

2. Las Partes deberían aplicar el sistema más simple y eficiente que satisfaga sus necesidades fiscales y de salud pública, teniendo en cuenta sus circunstancias

nacionales. Las Partes deberían considerar la posibilidad de aplicar sistemas tributarios específicos o mixtos con un nivel impositivo mínimo específico, dado que esos sistemas tienen ventajas considerables sobre los sistemas exclusivamente *ad valorem*.

3. Las tasas tributarias se deberían revisar, incrementar o ajustar de forma periódica, tal vez anualmente, para tener en cuenta



© czarny\_bez/AdobeStock

la evolución de la tasa de inflación y el crecimiento de los ingresos, con miras a reducir el consumo de productos de tabaco.

4. Todos los productos de tabaco se deberían gravar de manera comparable, según proceda, en particular cuando exista riesgo de sustitución, para velar por que los sistemas tributarios se estructuren de tal forma que sean mínimos los incentivos para que los usuarios cambien a productos más baratos de la misma categoría o compren artículos de tabaco más baratos.

En las directrices se ofrecen otras recomendaciones sobre la administración fiscal, el uso de los ingresos tributarios para financiar el control del tabaco y las ventas libres de impuestos:

1. Asegurarse de que haya sistemas transparentes de licencias, o de aprobación o control equivalentes.
2. Adoptar y emplear medidas y sistemas de centros de almacenamiento y producción para facilitar los controles fiscales respecto de los productos de tabaco.

- 3.** A fin de reducir la complejidad de los sistemas de recaudación fiscal, los impuestos internos se deberían imponer en el punto de fabricación, importación o despacho para el consumo del centro de almacenamiento o producción.
- 4.** Se debería exigir por ley que los pagos de impuestos se transfieran a intervalos fijos y deberían incluir información sobre los volúmenes de producción o venta, los precios por marcas y los impuestos adeudados y los pagados. Se podría también incluir información sobre los volúmenes de insumos de materias primas.
- 5.** Las autoridades fiscales deberían permitir la publicación de la información contenida en los informes, a través de los medios de difusión existentes, incluidos los medios en línea, teniendo en cuenta las normas de confidencialidad establecidas en la legislación nacional.
- 6.** Aplicación de medidas para prevenir el acaparamiento, que incluyan, entre otras, limitar la introducción en el mercado de volúmenes excesivos de productos de tabaco inmediatamente antes de un aumento de los impuestos y gravar con el nuevo impuesto a los productos de tabaco ya producidos o almacenados y que no aún no se hubieran suministrado al consumidor final, incluidos los de venta al por menor (impuesto a las existencias o inventario).
- 7.** Exigir la aplicación del marcado fiscal a fin de fortalecer el cumplimiento de la legislación tributaria.
- 8.** Se debería designar claramente a las autoridades encargadas de la recaudación fiscal y acordarles las debidas atribuciones, además de velar por el intercambio de información entre los organismos encargados de hacer cumplir la ley, así como establecer una gama de sanciones apropiadas con miras a desalentar la evasión fiscal.
- 9.** Considerar la posibilidad de destinar los ingresos derivados de los impuestos sobre el tabaco a los programas de control del tabaco.
- 10.** Prohibir o restringir la venta o la importación por parte de los viajeros internacionales de productos de tabaco libres de impuestos o de derechos de aduana.

Estas recomendaciones hacen hincapié en la necesidad de medidas de control y supervisión para prevenir el comercio ilícito, como las contenidas en el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* (50-51). Con ello se desmienten aún más los argumentos esgrimidos por la industria tabacalera en el sentido de que el aumento de los impuestos es un precursor del contrabando y otros tipos de evasión fiscal. Al mismo tiempo, para aumentar la concientización sobre las tácticas utilizadas por la industria, la OMS ha acuñado el acrónimo SCARE (S: contrabando y comercio ilícito; C: litigios y otras acciones legales; A: retórica en contra de las personas pobres; R: reducción de la recaudación tributaria; y E: efecto negativo en el empleo). La oposición e interferencia de la industria tabacalera ha sido un reto frecuente y de gran importancia al que se han enfrentado los países en el proceso de formulación y

aplicación de políticas encaminadas a aumentar los impuestos al tabaco. En el cuadro 11 se muestra un análisis comparativo de los cambios en la accesibilidad de cigarrillos durante el período comprendido entre el 2008 y el 2020.

La aplicación del conjunto de medidas MPOWER es un indicador útil para la evaluación general del control del tabaco. La tributación del tabaco funciona mejor si se aplica como parte de un paquete integral de medidas MPOWER.

## CUADRO 11

### Cambios en la accesibilidad de las marcas de cigarrillos más vendidas, Región de las Américas, 2010-2020

PAÍS	PORCENTAJE DEL PIB PER CÁPITA NECESARIO PARA COMPRAR 2000 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>a</sup>						EN COMPARACIÓN CON EL 2010, ¿LOS CIGARRILLOS SON AHORA MENOS ASEQUIBLES?	¿LOS CIGARRILLOS SE HICIERON MENOS ASEQUIBLES ENTRE LOS AÑOS 2018 Y 2020?
	2010	2012	2014	2016	2018	2020		
Antigua y Barbuda	1,77	1,74	2,12	1,90	1,76	3,69	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Argentina	1,32	1,27	1,35	2,12	1,84	2,37	Sí	Sí
Bahamas	0,92	1,64	2,27	2,76	---	3,33	Sí	---
Barbados	3,39	3,45	4,18	4,43	4,12	---	---	---
Belice	5,85	5,59	5,40	5,32	4,25	7,36	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Bolivia (Estado Plurinacional de)	4,32	4,38	4,71	5,18	4,70	5,27	Sí	Sí
Brasil	1,63	1,75	2,01	2,04	1,51	1,57	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Canadá <sup>e</sup>	1,77	1,61	1,64	1,83	1,96	2,27	Sí	Sí
Chile	1,82	2,20	2,04	2,33	2,65	3,01	Sí	Sí
Colombia	1,57	1,59	1,55	1,54	2,02	2,60	Sí	Sí
Costa Rica	1,86	2,60	2,82	2,68	2,73	3,26	Sí	Sí
Cuba		10,77	9,81	8,68	14,17	---	---	---
Dominica	1,86	2,29	2,13	1,96	2,26	2,40	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Ecuador	3,67	4,59	4,88	8,60	8,55	10,72	Sí	Sí
El Salvador	5,87	5,69	5,57	5,25	7,10	8,30	Sí	Sí
Estados Unidos de América <sup>f</sup>	1,18	1,18	1,13	1,11	1,09	1,16	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Granada	3,77	---	3,24	3,22	3,05	---	---	---
Guatemala	5,95	5,47	6,41	6,28	6,28	6,25	Sin cambios <sup>c</sup>	No <sup>b</sup>
Guyana	3,84	2,74	2,69	2,92	2,99	2,10	No <sup>d</sup>	No <sup>b</sup>
Haití	---	---	---	18,92	---	---	---	---

## CUADRO 11 (continuación)

PAÍS	PORCENTAJE DEL PIB PER CÁPITA NECESARIO PARA COMPRAR 2000 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>a</sup>						EN COMPARACIÓN CON EL 2010, ¿LOS CIGARRILLOS SON AHORA MENOS ASEQUIBLES?	¿LOS CIGARRILLOS SE HICERON MENOS ASEQUIBLES ENTRE LOS AÑOS 2018 Y 2020?
	2010	2012	2014	2016	2018	2020		
Honduras	7,50	7,97	7,78	8,23	8,38	9,13	Sí	Sí
Jamaica	13,54	13,60	14,12	15,34	16,47	16,46	Sí	No <sup>b</sup>
México	2,56	2,97	3,10	2,90	2,68	3,75	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Nicaragua	8,69	6,85	7,84	8,32	7,05	19,46	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Panamá	4,04	3,49	3,33	2,96	2,87	2,84	No <sup>d</sup>	No
Paraguay	0,63	0,66	0,56	0,67	0,61	0,67	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Perú	3,15	3,08	3,33	5,04	6,95	5,96	Sí	No <sup>b</sup>
República Dominicana	5,74	5,27	5,07	4,33	4,85	7,08	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
San Kitts y Nevis	1,63	1,89	1,74	1,67	1,64	---	---	---
Santa Lucía	2,68	3,41	2,64	2,88	2,87	3,39	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
San Vicente y las Granadinas	3,21	3,22	3,36	3,16	5,04	4,21	Sí	No <sup>b</sup>
Suriname	2,66	2,80	2,91	5,02	5,71	6,91	Sí	Sí
Trinidad y Tabago	1,48	1,58	1,77	2,41	2,59	2,74	Sí	Sí
Uruguay	2,94	2,47	2,02	2,41	2,68	2,77	Sin cambios <sup>c</sup>	Sí
Venezuela (República Bolivariana de)	4,49	5,39	8,96	15,31	82,02	---	---	---

Notas: Datos disponibles al 31 de julio del 2020.

<sup>a</sup>Calculado usando el precio (en moneda local) de un paquete de 20 cigarrillos de la marca más vendida para la fecha de elaboración de las diferentes ediciones del presente informe, y los estimados del PIB per cápita de la base de datos de las Perspectivas Económicas Mundiales del FMI, octubre del 2020 (<http://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2020/October>) con ajustes adicionales.

<sup>b</sup>Los cigarrillos se hicieron menos asequibles entre el 2016 y el 2018, pero luego se hicieron más asequibles entre el 2018 y el 2020.

<sup>c</sup>Sin cambio en la asequibilidad desde el 2010. "Sin cambio" quiere decir que la tasa de crecimiento de los mínimos cuadrados no es estadísticamente significativa al nivel de 5.

<sup>d</sup>La marca más vendida de cigarrillos es más asequible, en comparación con el 2010.

<sup>e</sup>La OMS ha utilizado los tipos subnacionales y nacionales de impuestos especiales para reflejar un tipo tributario medio para Canadá. Por lo tanto, los tipos tributarios comunicados son diferentes de los tipos indicados aquí. El precio indicado es un promedio ponderado de ventas del precio correspondiente a la marca más vendida en Canadá.

<sup>f</sup>Los datos fiscales de Estados Unidos de América incluyen un promedio ponderado de fuentes federales (o nacionales) y no federales (o no nacionales), por lo que no pueden ser aprobados por las autoridades federales (o nacionales).

... Datos no disponibles.

Fuente: Basado en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes (8.<sup>a</sup> edición) (8).

La participación de los impuestos en el precio de venta al público de un producto de tabaco seleccionado es un indicador de la eficacia de la política fiscal, pero un indicador más importante es la accesibilidad, es decir, si los aumentos de impuestos conducen a aumentos de precios que estén por encima de los ingresos y los aumentos generales de precios. La experiencia con los impuestos sobre el tabaco aporta argumentos sólidos a favor de la elaboración de indicadores estandarizados que midan los niveles de tributación, la accesibilidad y los precios, junto con información complementaria

sobre la estructura y la administración tributaria (50). En el cuadro 12 se muestran los cambios en los impuestos y en los precios de las marcas más vendidas de cigarrillos en la Región de las Américas del 2008 al 2020.

Es importante encomiar a los países de la Región que han establecido el uso de los ingresos tributarios específicamente para los programas de salud. Esta medida consolida aún más el hecho de que el aumento de los impuestos sobre el tabaco es, de hecho, el mecanismo más costo-eficaz para controlar el consumo de tabaco.

## CUADRO 12

### Impuestos y precios correspondientes a un paquete de 20 cigarrillos de las marcas más vendidas en la Región de las Américas, 2008-2020

PAÍS	2008			2020		
	PRECIO DE UN PAQUETE DE 20 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA (PARIDAD DEL PODER ADQUISITIVO [PPA] CON DÓLARES INTERNACIONALES) <sup>a</sup>	IMPUESTOS ESPECIALES SOBRE LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>b</sup> (COMO PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PROPORCIÓN TOTAL DE IMPUESTOS EN LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>c</sup> (PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PRECIO DE UN PAQUETE DE 20 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA (PARIDAD DEL PODER ADQUISITIVO [PPA] CON DÓLARES INTERNACIONALES) <sup>a</sup>	IMPUESTOS ESPECIALES SOBRE LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>b</sup> (COMO PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PROPORCIÓN TOTAL DE IMPUESTOS EN LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>c</sup> (PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)
Antigua y Barbuda	3,77	0,00	14,77	6,88	0,00	13,14
Argentina	2,36	62,60	69,20	4,83	54,54	76,62
Bahamas	2,66	31,23	31,23	11,26	30,00	43,21
Barbados	5,52	34,18	47,77	....	....	....
Belice	4,27	48,00	57,17	4,20	23,64	34,75
Bolivia <sup>d</sup> (Estado Plurinacional de)	2,18	29,50	41,00	4,39	24,15	35,65
Brasil	1,98	25,79	57,15	2,29	38,57	81,55
Canadá <sup>d, e</sup>	6,31	58,79	64,55	10,78	52,81	61,71

**CUADRO 12 (continuación)**

PAÍS	2008			2020		
	PRECIO DE UN PAQUETE DE 20 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA (PARIDAD DEL PODER ADQUISITIVO [PPA] CON DÓLARES INTERNACIONALES) <sup>a</sup>	IMPUESTOS ESPECIALES SOBRE LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>b</sup> (COMO PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PROPORCIÓN TOTAL DE IMPUESTOS EN LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>c</sup> (PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PRECIO DE UN PAQUETE DE 20 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA (PARIDAD DEL PODER ADQUISITIVO [PPA] CON DÓLARES INTERNACIONALES) <sup>a</sup>	IMPUESTOS ESPECIALES SOBRE LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>b</sup> (COMO PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PROPORCIÓN TOTAL DE IMPUESTOS EN LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>c</sup> (PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)
Chile <sup>d</sup>	3,49	60,40	76,37	7,06	64,07	80,04
Colombia <sup>d</sup>	1,68	23,80	34,31	3,67	57,17	73,13
Costa Rica <sup>d</sup>	2,54	44,22	41,57	6,30	43,03	53,62
Cuba	....	75,00	75,00	....	....	....
Dominica	1,99	12,57	25,61	2,90	9,68	22,72
Ecuador	3,55	53,57	64,29	11,38	56,14	66,85
El Salvador	2,90	29,97	41,47	6,97	35,05	46,55
Estados Unidos de América <sup>f</sup>	4,58	31,55	36,57	7,33	34,79	39,97
Granada	3,26	0,00	40,50	....	....	....
Guatemala	3,09	41,07	51,79	5,17	38,27	48,98
Guyana	2,38	14,25	28,04	3,65	13,16	27,54
Haití	....	....	....	....	....	....
Honduras <sup>d</sup>	2,12	32,20	45,25	5,06	17,89	42,64
Jamaica	9,26	29,63	43,88	16,82	27,89	42,58
México <sup>d</sup>	4,03	48,13	61,17	7,04	53,77	67,57
Nicaragua <sup>d</sup>	2,81	6,74	19,79	10,59	56,33	69,37
Panamá	4,02	21,33	36,59	8,53	43,48	56,52
Paraguay <sup>d</sup>	0,49	6,42	15,52	0,84	9,22	18,31
Perú <sup>d</sup>	2,86	25,21	41,18	6,86	52,46	67,71
República Dominicana <sup>d</sup>	5,83	43,24	57,03	13,30	29,02	44,27
Saint Kitts y Nevis	2,85	6,52	18,20	....	....	....
Santa Lucía	3,79	28,25	30,08	4,65	39,33	51,29
San Vicente y las Granadinas	3,11	3,11	16,15	5,17	6,88	23,11
Suriname	3,42	48,40	57,49	10,10	21,88	26,53
Trinidad y Tabago	3,24	23,64	36,69	7,12	14,60	25,71

## CUADRO 12 (continuación)

PAÍS	2008			2020		
	PRECIO DE UN PAQUETE DE 20 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA (PARIDAD DEL PODER ADQUISITIVO [PPA] CON DÓLARES INTERNACIONALES) <sup>a</sup>	IMPUESTOS ESPECIALES SOBRE LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>b</sup> (COMO PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PROPORCIÓN TOTAL DE IMPUESTOS EN LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>c</sup> (PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PRECIO DE UN PAQUETE DE 20 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA (PARIDAD DEL PODER ADQUISITIVO [PPA] CON DÓLARES INTERNACIONALES) <sup>a</sup>	IMPUESTOS ESPECIALES SOBRE LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>b</sup> (COMO PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)	PROPORCIÓN TOTAL DE IMPUESTOS EN LA MARCA MÁS VENDIDA <sup>c</sup> (PORCENTAJE DEL PRECIO DE VENTA)
Uruguay <sup>d</sup>	3,49	47,79	65,82	5,91	47,88	65,92
Venezuela (República Bolivariana de)	6,07	68,16	70,79	....	66,79	73,37

Nota: Datos disponibles al 31 de julio del 2020.

<sup>a</sup>PPA: Dólares internacionales con paridad de poder adquisitivo.

<sup>b</sup>Incluye los impuestos especiales específicos y *ad valorem*.

<sup>c</sup>Incluye los impuestos especiales, las tasas aduaneras aplicables, el impuesto sobre el valor agregado (IVA) y otros impuestos sobre el consumo.

<sup>d</sup>El país ha aumentado los impuestos selectivos al consumo de tabaco desde el 2018; sin embargo, debido a la variabilidad de los precios, el efecto no es necesariamente evidente en los indicadores fiscales.

<sup>e</sup>La OMS ha utilizado los tipos subnacionales y nacionales de impuestos especiales para reflejar un tipo tributario medio para Canadá. Por lo tanto, los tipos tributarios comunicados son diferentes de los tipos indicados aquí. El precio indicado es un promedio ponderado de ventas del precio correspondiente a la marca más vendida en Canadá.

<sup>f</sup>Los datos fiscales de Estados Unidos de América incluyen un promedio ponderado de fuentes federales (o nacionales) y no federales (o no nacionales), por lo que no pueden ser aprobados por las autoridades federales (o nacionales).

.... Los datos no se comunicaron o no estaban disponibles.

Fuente: Elaborado a partir de los informes de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2019 y 2021 (8, 23).



© bartasadowski/AdobeStock



© Lester Balajadia/Shutterstock

## CAPÍTULO 3

# Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) es el primer tratado internacional negociado bajo los auspicios de la OMS en un esfuerzo para dar una respuesta mundial a la epidemia de tabaquismo. El CMCT de la OMS entró en vigor el 27 de febrero del 2005 e incluye todas las medidas que han demostrado ser eficaces para reducir la epidemia de tabaquismo. No obstante, varios años después de su promulgación y a pesar de que 30 Estados miembros de la Región de las Américas son Partes en el CMCT, las medidas no se han aplicado de manera uniforme en toda la Región (10, 52).

Desde el 2008, la OMS, por medio de su informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo, ha hecho un seguimiento de los progresos realizados por los países en el control del tabaco con respecto a las seis disposiciones clave del

paquete de medidas MPOWER (el estado de aplicación se presenta en el capítulo 2 de este informe). Cuatro de estas medidas corresponden a cuatro “mejores inversiones” en relación con el control del tabaco según el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* (9), lo que significa que se consideran mejores inversiones costo-eficaces para reducir la carga prevenible y evitable de morbilidad, mortalidad y discapacidad debidas a las ENT.

A continuación, se resumen los avances que se han producido por lo que se refiere al control del tabaco en la Región de las Américas:

- Brasil es el único Estado miembro y Parte en el CMCT que ha aplicado las seis medidas MPOWER y las cuatro mejores inversiones sobre las ENT relacionadas con el control del tabaco según el plan de acción mundial.

- Seis Partes en el CMCT (Canadá, Chile, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay) han aplicado cuatro medidas MPOWER.
- Ocho Partes en el CMCT (Antigua y Barbuda, Chile, Guyana, México, Panamá, Suriname, Uruguay y Venezuela [República Bolivariana de]) y una Parte no estatal (Argentina) han puesto en práctica tres mejores inversiones sobre las ENT relacionadas con el control del tabaco según el plan de acción mundial.
- Nueve países, siete Partes en el CMCT (Antigua y Barbuda, Ecuador, Guyana, Jamaica, Perú, Surinam y Venezuela [República Bolivariana de]), y dos Partes no estatales (Argentina y Estados Unidos de América) han aplicado tres medidas MPOWER.

En un intento por priorizar estas disposiciones fundamentales del CMCT y acelerar su aplicación para alcanzar los objetivos establecidos a fin de reducir el consumo de tabaco y las muertes prematuras por las ENT, en el 2017 todos los Estados miembros de la Región aprobaron la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022*.

La estrategia y plan de acción está armonizada con los compromisos asumidos por los Estados parte en el CMCT, así como con la Declaración de Puerto España de la Comunidad del Caribe (CARICOM) del 2007, la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2011), el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* y el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*, y la Agenda 2030 para el Desarrollo

Sostenible de las Naciones Unidas. La estrategia también contribuye a los objetivos mundiales de control del tabaco y de las ENT (53-54).

Cabe destacar que en la estrategia y plan de acción se establece la línea estratégica de acción 4, “Fortalecer la capacidad de los Estados miembros en las políticas de salud pública para hacer frente a los intentos de interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que defienden sus intereses” (cuadro 13). Reforzar la implementación de planes, programas y mecanismos de coordinación multisectorial para el control del tabaco contribuye a acelerar la adopción de otras medidas que también se promueven en la estrategia y plan de acción, y que están relacionadas con ambientes sin humo de tabaco; empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y reducción de la accesibilidad de los productos de tabaco.

### **3.1. Estado de ejecución de las líneas estratégicas de acción**

#### **3.1.1. Línea estratégica de acción 1: Aplicación de medidas para el establecimiento de ambientes completamente libres de humo de tabaco y para la adopción de medidas efectivas sobre empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco**

En lo que respecta a la línea estratégica de acción 1, seis nuevos países se han unido a la línea de base de 18 países, lo que eleva a 24 el número de países que han aprobado leyes que crean ambientes libres de humo de tabaco en todos los espacios públicos y lugares de trabajo interiores y en el transporte público. Además, se han incorporado seis nuevos países a la línea de base de 16 países, con lo que ya son 22 los que han aprobado normas que establecen la inclusión

## CUADRO 13

### Líneas estratégicas de acción para el 2018-2022

LÍNEAS ESTRÁTÉGICAS DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN
Línea estratégica de acción 1	Aplicación de medidas para el establecimiento de ambientes completamente libres de humo de tabaco y para la adopción de medidas efectivas sobre empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (artículos 8 y 11) <sup>a</sup>
Línea estratégica de acción 2	Implementación de la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, y la adopción de medidas para reducir la asequibilidad al mismo (artículos 6 y 13)
Línea estratégica de acción 3	Ratificar el CMCT y el <i>Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco</i> por parte de aquellos Estados miembros que aún no lo hayan hecho
Línea estratégica de acción 4	Fortalecer la capacidad de los Estados miembros en las políticas de salud pública para hacer frente a los intentos de interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que defienden sus intereses (artículo 5.3)

Nota: <sup>a</sup>Medidas consideradas como “mejores inversiones” por la OMS y el paquete de medidas MPOWER.

Fuente: Elaborado a partir de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022: examen de mitad de período* (53).

obligatoria de advertencias sanitarias grandes y visualmente llamativas en todos los envases de tabaco. En cuanto al empaquetado neutro o la presentación única por marca, el número total de países ha pasado de uno en la línea de base a dos (cuadro 14).

#### 3.1.2. Línea estratégica de acción 2: Implementación de la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, y la adopción de medidas para reducir la asequibilidad al mismo

En cuanto a la línea estratégica de acción 2, cuatro nuevos países aprobaron regulaciones que prohíben por completo toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. En dos de ellos, esta prohibición incluyó también la de exhibir productos de tabaco en los puntos de venta. Tres países adoptaron medidas que aumentaron

la carga tributaria impuesta a los productos de tabaco y dos países alcanzaron una carga tributaria mayor que 75% del precio de venta al por menor. Las dos medidas incluidas en esta línea estratégica de acción han sido las más combatidas por la industria tabacalera desde la entrada en vigor del CMCT en el 2005 (cuadro 15).

#### 3.1.3. Línea estratégica de acción 3: Ratificar el CMCT y el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* por parte de aquellos Estados miembros que aún no lo hayan hecho

Con respecto la línea estratégica de acción 3, no se muestran avances en la ratificación del CMCT de la OMS. Sin embargo, el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* fue ratificado por otros dos países (cuadro 16).

## CUADRO 14

### Objetivos de la línea estratégica de acción 1 y estado correspondiente

OBJETIVO 1.1: ADOPTAR LEGISLACIÓN DE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO EN TODA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	
INDICADOR, LÍNEA DE BASE Y META	ESTADO
<p>1.1.1 Número de países con normativa a nivel nacional que establece ambientes 100% libres de humo de tabaco en todo lugar público y de trabajo cerrado, y en el transporte público</p> <p>Línea de base (2016): 18 Meta (2022): 35</p>	Seis países se han unido a los 18 que conforman la línea de base, con lo que el total es de 24
OBJETIVO 1.2: INCLUIR ADVERTENCIAS SANITARIAS EN EL EMPAQUETADO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO	
INDICADOR, LÍNEA DE BASE Y META	ESTADO
<p>1.2.1 Número de países con advertencias sanitarias gráficas en el empaquetado de tabaco que cumplen con los criterios del <i>Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo</i></p> <p>Línea de base (2016): 16 Meta (2022): 35</p>	Seis países se han unido a los 16 que conforman la línea de base, con lo que el total es de 22
<p>1.2.2. Número de países que adoptan una política de empaquetado neutro o presentación única</p> <p>Línea de base (2016): 1 (presentación única) Meta (2022): 6</p>	Desde entonces, dos países se han sumado a la línea de base aplicando el empaquetado neutro; sin embargo, el total solo se eleva a dos. Esto se debe a que el país en la línea de base había implementado la presentación única en ese momento

Fuente: Elaborado a partir de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022: examen de mitad de periodo* (53), así como datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

#### 3.1.4. Línea estratégica de acción 4: Fortalecer la capacidad de los Estados miembros en las políticas de salud pública para hacer frente a los intentos de interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que defienden sus intereses

En cuanto a la línea estratégica de acción 4, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) ha estado brindando apoyo para aplicar medidas que protejan el diseño y la implementación

de políticas sobre el control del tabaco de los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera y de quienes trabajan para promover sus intereses.

Varios países se han esforzado por implantar mecanismos destinados a gestionar los conflictos de intereses para los funcionarios públicos. Ante la falta de información estandarizada para comunicar los avances, ya que no existe un indicador mundial sobre este tema, la Oficina ha

## CUADRO 15

### Objetivos de la línea estratégica de acción 2 y estado correspondiente

OBJETIVO 2.1: ADOPTAR UNA PROHIBICIÓN TOTAL DE LA PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO	
INDICADOR, LÍNEA DE BASE Y META	ESTADO
2.1.1. Número de países con una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco  Línea de base (2016): 5 Meta (2022): 20	Cuatro países se han unido a los países de la línea de base, con lo que el total es de nueve
2.1.2. Número de países que incluyen en su prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio una prohibición de la exhibición del producto en el punto de venta  Línea de base (2016): 4 Meta (2022): 19	Cuatro países se han unido a los países de la línea de base, con lo que el total es de ocho
OBJETIVO 2.2: REDUCIR LA ASEQUIBILIDAD DE LOS PRODUCTOS DE TABACO MEDIANTE EL AUMENTO DE LOS IMPUESTOS AL CONSUMO DE TABACO	
INDICADOR, LÍNEA DE BASE Y META	ESTADO
2.2.1. Número de países en los cuales los impuestos totales representan 75% o más del precio final de venta al por menor, o en los que el aumento ha sido significativo para promover un cambio de categoría en la clasificación  Línea de base (2016): 2 Meta (2022): 10	Un país se ha sumado a la línea de base y ha aplicado políticas fiscales para garantizar que los impuestos totales sobre los productos de tabaco representen 75% del precio final de venta al por menor, y dos países han registrado aumentos sustanciales para promover el cambio de categoría en la clasificación, lo que eleva el total a cinco
2.2.2. Número de países que aumentan sus impuestos al consumo de tabaco de forma tal que promueve un incremento del índice de asequibilidad presentado en el <i>Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015</i> <sup>a</sup>  Línea de base (2016): 0 Meta (2022): 20	12 países

Nota: <sup>a</sup>Porcentaje del PIB per cápita que se necesita para comprar 100 paquetes de la marca de cigarrillos más vendida del país.

Fuente: Elaborado a partir de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022: examen de mitad de período (53)*, así como datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

elaborado un instrumento que permite recopilar datos comparables sobre este tema en los Estados miembros. Estos datos figurarán en el informe final de la estrategia que se presentará en el 2023 (cuadro 17).

Según la resolución de la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en septiembre del 2017 mediante la cual se aprobó la estrategia y plan de acción, los Estados miembros solicitaron que la Oficina promueva alianzas con otras

## CUADRO 16

### Objetivos de la línea estratégica de acción 3 y estado correspondiente

OBJETIVO 3.1: LOGRAR LA RATIFICACIÓN DEL CMCT	
INDICADOR, LÍNEA DE BASE Y META	ESTADO
3.1.1 Número de países que son Estados parte en el CMCT  Línea de base (2016): 30 Meta (2022): 33	Ningún otro país se ha unido a los países de la línea de base. El total se mantiene en 30
OBJETIVO 3.2: LOGRAR LA RATIFICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA ELIMINACIÓN DEL COMERCIO ILÍCITO DE PRODUCTOS DE TABACO	
INDICADOR, LÍNEA DE BASE Y META	ESTADO
3.2.1. Número de Estados parte en el CMCT que son también Estados parte en el <i>Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco</i>  Línea de base (2016): 4 Meta (2022): 20	Dos países se han unido a los países de la línea de base, con lo que el total es de seis

Fuente: Elaborado a partir de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022: examen de mitad de período (53)*, así como datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

organizaciones internacionales y entidades subregionales, así como con miembros de la sociedad civil a nivel nacional e internacional, para ayudar en la implementación de dicha estrategia (54). En respuesta, la Oficina ha movilizado, sin precedentes, recursos para el control del tabaco y ha renovado las alianzas establecidas.

En el 2020, por primera vez, la Iniciativa Bloomberg para Reducir el Consumo de Tabaco (55), a través de la OMS, destinó fondos específicamente para acelerar la implementación del paquete de medidas MPOWER en la Región de las Américas. Estos fondos se materializaron a través de un proyecto ejecutado durante el período 2021-2022, teniendo en cuenta los mandatos de la *Estrategia y plan de acción para*

*fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022*. Esta importante inyección de fondos ha permitido a la Oficina ampliar su asistencia técnica, adaptada a las necesidades concretas de los países, y hacer frente a los argumentos esgrimidos en contra de las iniciativas legislativas nacionales.

Asimismo, desde el 2016 la Oficina colabora con la Secretaría del Convenio para implementar el proyecto FCTC 2030 en la Región de las Américas, en alianza con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y expertos de la sociedad civil e instituciones académicas. El proyecto se encuentra actualmente en su tercera fase. Varios países de la Región de las Américas presentaron solicitudes en

## CUADRO 17

### Objetivos de la línea estratégica de acción 4 y estado correspondiente

OBJETIVO 4.1: ESTABLECER MECANISMOS EFICACES PARA EVITAR LA INTERFERENCIA DE LA INDUSTRIA TABACALERA O DE AQUELLOS QUE DEFIENDEN SUS INTERESES	
INDICADOR, LÍNEA DE BASE Y META	ESTADO
<p>4.1.1 Número de países que cuentan con mecanismos de identificación y manejo de conflictos de interés para los funcionarios y empleados públicos con competencia en las políticas de control del tabaco</p> <p>Línea de base (2016): no disponible Meta (2020): 20</p>	Número de países: no disponible <sup>a</sup>

Nota: <sup>a</sup>Se ha elaborado el indicador y se han recopilado los datos correspondientes, que se comunicarán en el 2023 en el informe final de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022*.

Fuente: Elaborado a partir de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022: examen de mitad de período* (53), así como recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

respuesta a la convocatoria mundial del proyecto, y cinco Estados miembros fueron seleccionados por la Secretaría del CMCT de la OMS: Colombia y El Salvador comenzaron a ejecutar el proyecto en el 2017 (fase 1); Costa Rica y Suriname, en el 2019 (fase 2); y Panamá, en el 2021 (fase 3). El proyecto se centra en:

1. Aplicar medidas de gobernanza del control del tabaco, de conformidad con el artículo 5 del CMCT de la OMS y en consonancia con la línea estratégica de acción 4 de la estrategia y plan de acción.
2. Reforzar los impuestos sobre el tabaco, de acuerdo con el artículo 6 del CMCT de la OMS

(línea estratégica de acción 2 de la estrategia y plan de acción).

3. Aplicar medidas sujetas a plazos, de conformidad con los artículos 8, 11 y 13 del CMCT de la OMS (líneas estratégicas de acción 1 y 2 de la estrategia y plan de acción).
4. Aplicar otros artículos del Convenio de acuerdo con las prioridades nacionales.
5. Promover la aplicación del tratado como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

## **RECUADRO 3**

### **América del Sur libre de humo de tabaco**

En la Región de las Américas, los países de América del Sur constituyen la primera subregión completamente libre de humo de tabaco, con la reciente adopción de ambientes completamente libres de humo de tabaco en el 2020: en el Estado Plurinacional de Bolivia fue en febrero y en Paraguay, en diciembre. Cabe destacar que ambos países han incluido en el ámbito de esta prohibición el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina, como los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado, en espacios públicos cerrados y lugares de trabajo interiores.

El humo, exhalado por una persona que fuma o emitido por productos de tabaco encendidos, contiene miles de sustancias químicas; muchas de ellas son conocidas por ser cancerígenas. La OMS ha advertido que la única forma de garantizar la protección de la población contra la exposición al humo del tabaco es prohibir absolutamente el consumo de tabaco en los espacios públicos cerrados y lugares de trabajo interiores. En el artículo 8 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) se advierte que no existe un nivel seguro en relación con la exposición a este

riesgo, que puede causar enfermedades, discapacidad e incluso la muerte.

Los ambientes libres de humo de tabaco no solo protegen a las personas que no fuman, sino que también contribuyen a promover el abandono de quienes sí fuman y a fomentar la desnormalización del consumo de tabaco en la población infantil y joven. La experiencia de los países que han implantado esta medida al más alto nivel de aplicación constata que no perjudica las actividades comerciales de los sitios que hasta ahora han adoptado su implementación.

Además, se sabe que las personas que fuman productos de tabaco (como cigarrillos, pipas de agua, bidis, puros y productos de tabaco calentado) son más vulnerables a la infección por COVID-19, debido a las prácticas físicas y fisiológicas que implica el consumo de tabaco, y a sus efectos nocivos para la salud, como la reducción de la capacidad pulmonar. En este contexto, se acentúa la necesidad de que todos los países de la Región de las Américas adopten e implementen ambientes completamente libres de humo de tabaco al más alto nivel.





© Guillermo Spelucin/Shutterstock

## CAPÍTULO 4

# Retos que plantea el control del tabaco

En este capítulo se ofrecen detalles sobre los numerosos retos que impiden el progreso del control del tabaco tanto a nivel regional como mundial. En la primera parte se incluye información relativa a los productos novedosos y emergentes de nicotina y tabaco, ya que contribuyen en gran medida a los obstáculos que se presentan en el ámbito del control del tabaco. También se incluye una representación visual en la que se describe el estado de la regulación de estos productos. En la segunda parte del capítulo se exponen algunos de los problemas que siguen perjudicando el tan necesario progreso en el control del tabaco.

### 4.1. Productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco

#### 4.1.1. Panorama general

Ante los considerables esfuerzos que se han realizado a nivel regional y mundial para hacer frente a la epidemia de tabaquismo, el control del tabaco sigue siendo una prioridad y un desafío ya que cada vez hay más productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco disponibles y accesibles, que se promueven mediante un mercadeo engañoso que niega la evidencia existente de los riesgos para la salud asociados al uso de estos productos

y promueve un entorno con una regulación laxa o inexistente.

#### *Productos de tabaco*

El artículo 1 del CMCT de la OMS define los productos de tabaco como “los productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé”.

#### *Productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco*

Los principales productos novedosos y emergentes de nicotina y tabaco pueden clasificarse en tres categorías generales:

1. sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN);
2. sistemas electrónicos sin nicotina (SESN);
3. productos de tabaco calentados (PTC).

**Los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN)** son dispositivos que calientan un líquido para crear un aerosol que es inhalado



© yurakrasil/Adobe Stock

por el usuario. El líquido contiene nicotina (pero no tabaco) y otras sustancias químicas que son tóxicas para la salud humana (56).

**Los sistemas electrónicos sin nicotina (SESN)** son similares a los SEAN, pero no contienen nicotina. El modo de uso es similar al de los SEAN, pero la solución calentada que se suministra en forma de aerosol a través del dispositivo no suele contener nicotina. En la práctica, sin embargo, se ha comprobado que muchos de los líquidos electrónicos que se comercializan como “sin nicotina” contienen esta sustancia al ser analizados. Dependiendo del dispositivo utilizado, el usuario puede elegir líquidos electrónicos que contengan o no nicotina o puede añadir esta sustancia a un líquido electrónico formulado sin nicotina, lo que hace casi imposible distinguir entre SEAN y SESN (56).

Los SEAN y los SESN se denominan colectivamente cigarrillos electrónicos (56). Estos productos que apenas se distinguen pueden clasificarse como sistemas abiertos o sistemas cerrados. Los sistemas abiertos son dispositivos que permiten a los usuarios hacer sus propias mezclas de los líquidos electrónicos que compran, que pueden ser sin nicotina, con varias concentraciones de nicotina o con sabores. Los sistemas cerrados vienen con un recipiente precargado (llamado cartucho, cápsula o depósito) sin posibilidad de que el usuario haga sus propias mezclas.

**Los productos de tabaco calentados (PTC)** son productos que generan aerosoles mediante el calentamiento del tabaco o la activación de un dispositivo que contiene tabaco; estos aerosoles contienen nicotina y otras sustancias químicas tóxicas (57, 58).

#### **4.1.2. Estado de las pruebas sobre los productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco**

La industria tabacalera comercializa los productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco como productos de “riesgo reducido” o “daño reducido”. La idea es que las personas que fuman cigarrillos convencionales, que no quieren o no pueden dejar la nicotina, deberían tener una alternativa menos dañina. De hecho, desde hace algunos años, se están introduciendo continuamente nuevos productos que supuestamente reducen la exposición y los riesgos, incluidos otros como el tabaco sin humo (59).

Ahora bien, no existen productos de tabaco o nicotina cuyo consumo sea seguro para la población. Por lo tanto, términos como daño reducido o riesgo reducido tienden a confundir a la población y a proporcionar una falsa sensación de seguridad en circunstancias para las que no existen pruebas científicas que demuestren que el consumo de los llamados productos de daño reducido sea seguro para la salud. La mayoría de los datos disponibles proceden de informes publicados por la industria tabacalera, que tienden a estar sesgados hacia conclusiones favorables sobre los beneficios del cambio a los cigarrillos electrónicos y a los productos de tabaco calentados (60, 61). Todavía no hay datos suficientes para concluir si estos productos novedosos y emergentes son menos nocivos que los productos convencionales y, desde luego, actualmente no hay suficiente información sobre los efectos de las emisiones de estos productos en los fumadores pasivos, dado que contienen sustancias químicas nocivas y potencialmente perjudiciales.

La industria tabacalera sostiene que la presencia de las denominadas alternativas menos nocivas

que contienen estos nuevos productos puede contribuir, en última instancia, a reducir la prevalencia del consumo de tabaco y a mejorar la salud de la población en todo el mundo. Sin embargo, las pruebas que hay en torno a esta afirmación no son concluyentes. Para que quede bien claro, el término “abandono del tabaco” se utiliza cuando una persona ha desistido completamente de consumir cualquier forma de tabaco o producto de nicotina (62). Por lo tanto, el cambio al consumo de otras formas de tabaco y nicotina no puede considerarse abandono del tabaco. También se plantea la cuestión de cuál debe ser la duración del consumo de estos nuevos productos para poder considerar que una persona ha abandonado “con éxito” el consumo de tabaco o nicotina. Debe señalarse que este grupo de productos novedosos suele desempeñar un papel complementario al consumo de los productos convencionales, lo que indica que se trata de un caso de “doble uso o consumo”, que expone a los usuarios a mayores concentraciones de nicotina y establece así una forma de mantener la dependencia (8).

Una escuela de pensamiento afirma que estos nuevos productos pueden considerarse tratamientos de sustitución con nicotina. Sin embargo, cuando se emplean auténticos tratamientos de sustitución con nicotina para dejar de fumar, estos productos han sido diseñados de forma que la exposición a las concentraciones de nicotina se reduce exponencialmente durante un período determinado, lo que permite que el usuario se vuelva menos dependiente de la nicotina hasta que pueda prescindir de ella. Por el contrario, los productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco están sometidos a un menor escrutinio por parte de las autoridades nacionales y, por lo tanto, no se benefician del mismo grado de aseguramiento de la calidad

que los tratamientos de sustitución con nicotina aprobados.

No obstante, el objetivo principal de las estrategias de mercadeo de estos productos es, en última instancia, atraer a nuevos consumidores y, al mismo tiempo, poder contentar a los actuales consumidores de tabaco que desean dejarlo. Además, la industria se esfuerza por difundir información errónea al público sobre los riesgos asociados al uso de estos productos, aprovechando la ausencia de pruebas disponibles que corroboren el alcance de los daños relacionados con ellos (63, 64).

La OMS señala que los cigarrillos electrónicos son especialmente peligrosos para la población infantil y adolescente. La nicotina es un producto muy adictivo, y el cerebro de la población joven sigue desarrollándose hasta los veinte años. Los SEAN aumentan el riesgo de padecer cardiopatías y otras enfermedades. Su uso también conlleva riesgos considerables para las embarazadas, ya que perjudican el crecimiento del feto (65). En realidad, la mayoría de los usuarios de SEAN no dejan de fumar cigarrillos de combustión, sino que utilizan tanto SEAN como cigarrillos de este tipo, lo que, como mínimo, mantiene los importantes riesgos para la salud asociados al consumo de cigarrillos y puede incrementarlos (8). Asimismo, como su nombre indica, los PTC son productos de tabaco y, por lo tanto, entran en la misma categoría que los cigarrillos convencionales; su consumo provocará efectos adversos similares a los derivados de los productos de tabaco convencionales. En consecuencia, la promoción de estos nuevos productos de nicotina y tabaco como medidas de reducción de daños no es más que otra estratagema mediante la cual la industria tabacalera intenta engañar a la población sobre

la naturaleza intrínsecamente peligrosa de sus productos (8).

#### **4.1.3. Regulación de los productos nuevos y emergentes: decisiones de la Conferencia de las Partes en el CMCT y situación regional y mundial**

A lo largo de los años se han logrado avances importantes en el control del tabaco, lo que ha dado lugar a que más de 5300 millones de personas estén protegidas de los daños del tabaco por al menos una medida MPOWER (8). Sin embargo, con los avances en el diseño y el uso de la tecnología, no siempre es fácil distinguir los productos convencionales de los novedosos cuando los comparamos. La experiencia previa también ha demostrado que existen diferencias en la composición de los líquidos electrónicos con respecto a la información que aparece en las etiquetas de los envases y en la publicidad. El resultado es que la legislación y los mecanismos reguladores no consiguen seguir el ritmo de los continuos cambios de diseño y funcionalidad (8).

Las estrategias de mercadeo dirigidas a la población más joven pueden dar lugar a que esta población acabe enganchándose a formas más letales de nicotina y tabaco, así como a sustancias ilegales. Además, debido a la ausencia de humo emitido cuando se utilizan estas categorías de productos, muchas personas encuentran un punto a favor en esta característica, ya que permite que las restricciones para no tener humo de tabaco sean permeables. Algunos de estos productos permiten imitar el movimiento de la mano a la boca asociado a fumar productos convencionales, lo que podría aumentar la aceptación de la conducta de fumar en la sociedad, sirviendo al mismo tiempo de desencadenante para los antiguos fumadores que pueden mostrarse proclives a retomar el hábito (66-68).

#### **4.1.4. Decisiones de la Conferencia de las Partes en el CMCT**

De acuerdo con su mandato en el control de la epidemia mundial de tabaquismo, a lo largo de los años la Conferencia de las Partes (COP) en el CMCT de la OMS ha adoptado varios enfoques distintos para establecer vías más claras que permitan hacer frente al aumento de estos nuevos productos de nicotina y tabaco. Los debates se remontan a la tercera sesión, en el 2009 (COP3), ya que estos productos han creado otro nivel de injerencia de la industria tabacalera y sus aliados afines, y se consideran un importante obstáculo para el progreso en la aplicación del CMCT. Todas las decisiones de la COP se ven reforzadas por el artículo 5.2 del CMCT de la OMS, que obliga a las Partes a aplicar medidas eficaces destinadas para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco. Más adelante, en este capítulo, se expondrán los objetivos y las opciones para regular estos productos basándose en las decisiones de la COP mencionadas anteriormente.

Con respecto a los SEAN/SESN, en la decisión FCTC/COP6(9) adoptada por la COP6 se invitó a las Partes a “considerar la posibilidad de prohibir o regular los SEAN/SESN, por ejemplo, como productos del tabaco, productos medicinales, productos de consumo u otras categorías, según proceda, teniendo en cuenta un elevado nivel de protección de la salud humana”. Los productos de consumo son los que compra el consumidor medio, mientras que los productos terapéuticos son los que comprenden los líquidos electrónicos que contienen nicotina y no pueden venderse sin una licencia farmacéutica. En estos casos, esta forma de regulación actúa como una prohibición de facto, ya que ninguna marca ha recibido el registro necesario para su comercialización o venta como medicamento (58).

Posteriormente, en la decisión FCTC/COP7(9) (69) la COP7 invitó a las Partes a “que consideren la posibilidad de aplicar medidas regulatorias como las mencionadas en el documento FCTC/COP7/11 para prohibir o restringir la fabricación, importación, distribución, presentación, venta y uso de SEAN/SESN, según corresponda a su legislación nacional y sus objetivos en materia de salud pública”.

En cuanto a los PTC, en la octava reunión de la Conferencia de las Partes (COP8) en el CMCT de la OMS se reconoció que “los productos de tabaco calentados son productos de tabaco, por lo que están sujetos a las disposiciones del CMCT de la OMS”. En la decisión FCTC/COP8(22) también se recordó a las Partes sus compromisos en el marco del CMCT de la OMS al abordar los problemas planteados por los productos de tabaco novedosos y emergentes, y considerar la posibilidad de dar prioridad, entre otras medidas, a proteger las políticas y actividades de control del tabaco contra cualesquiera intereses comerciales y otros intereses creados relacionados con los productos de tabaco novedosos y emergentes, en particular los intereses de la industria tabacalera.

#### **4.1.5. Estado de la regulación de los productos novedosos y emergentes de nicotina y tabaco**

Los productos novedosos y emergentes de nicotina y tabaco han evolucionado con el tiempo, en parte debido a las lagunas del entorno regulatorio existente, tanto a nivel regional como mundial. Algunos factores como el contexto demográfico y los mercados han contribuido a ampliar estas lagunas, lo que amenaza con anular los numerosos avances logrados en el control del tabaco (8). Estos factores se ven agravados por los intentos de la industria tabacalera y sus asociados de enmascarar las diferencias entre

las tres categorías de productos novedosos y emergentes, y de crear confusión sobre los riesgos conexos, al tiempo que desvían la atención del marco regulatorio que ya existe (66-68).

Sin embargo, los países han tomado medidas a lo largo de los años para sortear estas lagunas y hacer frente al aumento de estos nuevos productos. Los países que hasta ahora han abanderado el control del tabaco han optado por promulgar prohibiciones que tienen como objetivo prohibir la fabricación, importación, exportación o comercialización de estos productos según los mandatos de las decisiones de la COP. Otros han decidido someter estos productos a las clasificaciones establecidas, como productos de tabaco, de consumo o terapéuticos, y han aplicado, por tanto, las medidas indicadas en el paquete de medidas MPOWER. Con todo, todavía hay muchos países que no han promulgado algún tipo de medida para abordar estos productos novedosos y emergentes.

Las prohibiciones de comercialización, la limitación de las posibilidades de posesión de productos novedosos y emergentes por parte de los menores, así como las restricciones a la publicidad, promoción y patrocinio, son posibles opciones que considerar de cara a prevenir la iniciación del consumo de tabaco, especialmente en la población joven. En los casos en que se prohíbe la venta o la comercialización, no se aplican las demás regulaciones que rigen los productos de tabaco convencionales, como el empaquetado y el etiquetado, los impuestos y las normas de contenido, ya que los productos no se venden legalmente dentro de la jurisdicción (69, 70). Se anima a los gobiernos y a otras entidades reguladoras a que realicen pruebas con los aromatizantes calentados e inhalados para determinar su seguridad y a que sometan los nuevos

productos a las regulaciones indicadas en el artículo 8 a fin de proteger tanto a los usuarios como a los no usuarios contra cualquier riesgo potencial para la salud. En el cuadro 18 se describe cómo pueden aplicarse las seis medidas MPOWER a la nueva clase de productos.

### *Visión general de las regulaciones vigentes para los sistemas electrónicos de administración de nicotina y sistemas electrónicos sin nicotina a nivel mundial y regional*

#### **Estado a nivel mundial**

A nivel mundial, 32 países prohíben actualmente la fabricación, importación o venta de los productos SEAN o SESN (8). Además de los países que prohíben la venta, tres países han adoptado la prohibición de todos los sabores, excluido el sabor a tabaco, y seis países han prohibido sabores seleccionados. En 69 países se aplican limitaciones de edad a la venta de estos productos (cuadro 19). Aunque algunos países han impuesto restricciones a la fabricación, importación o venta de estos productos, también han prohibido su uso en lugares públicos. Sin embargo, sigue siendo preocupante que 84 países no cuenten con una legislación que aborde los productos SEAN y SESN en ninguno de los ámbitos mencionados (8).

#### **Estado a nivel regional**

En los mercados mundiales y regionales está aumentando la demanda de productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco. Sin embargo, la demanda en la Región de las Américas, aunque está aumentando, es considerablemente menor en comparación con otras regiones del mundo. Este hecho puede considerarse positivo para la Región y debería llevar a los Estados miembros a reflexionar sobre los efectos a

## CUADRO 18

### Aplicación de MPOWER a productos nuevos y emergentes de nicotina y tabaco

MEDIDAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA	
M	Se recomienda a los gobiernos que utilicen sus actuales sistemas de vigilancia y monitoreo del tabaco para evaluar la evolución del uso de los productos SEAN y de la nicotina por sexo y edad
P	Las personas que no son usuarias de los productos SEAN deberían estar protegidas de la exposición a las emisiones de estos dispositivos. Los lugares libres de humo en interiores nunca deberían eximir a los productos SEAN (o SESN o PTC) de una prohibición
O	Las pruebas sobre el uso de los productos SEAN como posible ayuda para dejar de fumar siguen siendo objeto de debate, y no hay evidencia suficiente para apoyar su uso a nivel poblacional, en comparación con los métodos probados. Los países también deberían utilizar enfoques basados en evidencia para ayudar a los usuarios de los productos SEAN que deseen abandonar el tabaco
W	Deberían imponerse advertencias sanitarias gráficas y contundentes para todos los productos SEAN, en consonancia con las estrategias generales de control del tabaco, con el fin de disuadir a la población joven de su uso
E	Dado que los mismos elementos promocionales que hacen que los productos SEAN resulten atractivos para las personas fumadoras adultas podrían hacerlos atractivos para la población infantil y las personas que no fuman, debería aplicarse una prohibición efectiva de la publicidad, promoción y patrocinio de los SEAN
R	Los propios productos SEAN llevan riesgos para la salud. Por lo tanto, deberían aplicarse impuestos a estos productos, de acuerdo con las normas nacionales, para evitar su consumo, especialmente en la población infantil y adolescente

Nota: SEAN, sistema electrónico de administración de nicotina; SESN, sistema electrónico sin nicotina; PTC, producto de tabaco calentado.

Fuente: Elaborado a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

largo plazo si esta demanda aumentara y diera lugar a una nueva epidemia de tabaquismo y nicotina. Así pues, se trata de una razón de peso para que los reguladores acaten los mandatos de la COP del CMCT, los cuales reafirman la recomendación de prohibir o regular estos nuevos productos (71).

Canadá y Chile regulan esta categoría de productos como terapéuticos; sin embargo, en Canadá, esta norma solo rige si la publicidad proclama un beneficio medicinal o terapéutico. De lo contrario, se regula como un producto de consumo.

#### Prohibiciones sobre la fabricación, venta e importación

En la Región de las Américas, los productos SEAN o SESN están prohibidos en siete países (8). En cinco de ellos, sin embargo, la prohibición de comercialización no elimina la posibilidad de que estos productos entren ilegalmente en el mercado, por lo que también han optado por regular su uso en consonancia con la legislación sobre ambientes libres de humo.

En el cuadro 20 se muestra el estado del marco regulatorio de los productos SEAN y SESN para la Región de las Américas al año 2021. En quince

## CUADRO 19

### Número de países que aplican las medidas del paquete MPOWER para los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y sistemas electrónicos sin nicotina (SESN) a nivel mundial, 2020

<b>Prohibiciones sobre la fabricación, importación, exportación o venta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualmente, 32 países prohíben la fabricación, importación o venta de SEAN y SESN</li> </ul>
<b>REGULACIONES APICADAS</b>	
P	<ul style="list-style-type: none"> <li>30 países han aplicado plenamente las medidas</li> <li>45 países han aplicado parcialmente las medidas (8)</li> </ul>
W	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocho países aplican plenamente las advertencias sanitarias a estos productos (en dos países, las advertencias se aplican solo a los dispositivos)</li> <li>En 45 países solo se cumplen parcialmente los criterios para las advertencias sanitarias (en nueve países estos criterios parciales afectan solo a los líquidos electrónicos y en dos países únicamente a los dispositivos) (8)</li> </ul>
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>22 países han prohibido totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos SEAN y SESN (cuatro países solo aplican la prohibición total a los dispositivos y tres países únicamente aplican la prohibición total a los líquidos electrónicos)</li> <li>52 países han impuesto prohibiciones parciales (dos países aplican las prohibiciones solo a los dispositivos y un país únicamente a los líquidos electrónicos) (8)</li> </ul>
R	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay 51 países con datos sobre los productos SEAN de sistema abierto (23 países aplican un impuesto especial a los líquidos electrónicos de sistema abierto)</li> <li>44 países cuentan con datos sobre los productos SEAN de sistema cerrado (19 países aplican impuestos especiales a los líquidos electrónicos de sistema cerrado, comúnmente vendidos como <i>pods</i>)</li> <li>En el caso de los líquidos electrónicos de sistema cerrado, ningún país aplica impuestos tan elevados como 75% del precio de la marca más barata de producto SEAN de sistema cerrado (8)</li> <li>En los países donde se aplica un impuesto especial a los líquidos electrónicos de los productos SEAN, el impuesto suele ser bajo, y solo tres países tienen impuestos iguales o superiores a 75% del precio de la marca más barata para los líquidos electrónicos de sistema abierto</li> </ul>
<b>MONITOREO DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS</b>	
M	<ul style="list-style-type: none"> <li>87 países incluyen este seguimiento en las encuestas escolares utilizadas para monitorear el consumo de tabaco en la población adolescente. Esto significa que hay una proporción igual de población en la que no se lleva a cabo ningún monitoreo (8)</li> </ul>

Fuente: Basado en la información contenida en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

## CUADRO 20

### Estado de la regulación de los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y sistemas electrónicos sin nicotina (SESN), Región de las Américas, 2021

PAÍS	PROHIBICIÓN TOTAL DE VENTA	REGULACIÓN DE LOS PRODUCTOS	REGULACIÓN DE LA VENTA			REGULACIÓN DEL USO Y LA PUBLICIDAD			R MEDIDAS	M MEDIDAS
			REGULADO COMO PRODUCTO TERAPÉUTICO	REGULADO COMO PRODUCTO DE TABACO	REGULADO COMO PRODUCTO DE CONSUMO	REGULADO POR LAS MISMAS LEYES QUE P <sup>b</sup>	REGULADO POR LAS MISMAS LEYES QUE W <sup>b</sup>	REGULADO POR LAS MISMAS LEYES QUE E <sup>b</sup>	ADULTOS	JÓVENES
			-	-	-	-	-	-	No	Sí
Antigua y Barbuda	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí
Argentina	Sí	a*	-	Sí	-	Sí	-	Sí	Sí	Sí
Bahamas	No	No	-	-	-	-	-	-	No	No
Barbados	No	Sí			Sí	Sí	No	No <sup>c</sup>	No	No
Belice	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí
Bolivia (Estado Plurinacional de)	No	Sí**	-	Sí**	-	Sí**	Sí**	Sí**	Sí	Sí
Brasil*	Sí	a	-	-	Sí	Sí	-	Sí	Sí	Sí
Canadá*	No <sup>d</sup>	Sí	Sí <sup>e</sup>	No	Sí	No <sup>f</sup>	No <sup>f</sup>	No <sup>f</sup>	Sí	Sí
Chile	No	Sí	Sí	-	-	-	-	-	Sí	No
Colombia	No	No	-	-	-	-	-	-	Sí	Sí
Costa Rica	No	Sí	No	Sí	No	Sí*	Sí	Sí	Sí*	No
Cuba	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí
Dominica	No	No	-	-	-	-	-	-	No	No
Ecuador	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
El Salvador	No	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí
Estados Unidos de América	No	Sí	Sí <sup>h</sup>	Sí	No	No	No <sup>i</sup>	No <sup>i</sup>	Sí	Sí
Granada	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí
Guatemala	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí
Guyana*	No	Sí	-	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí
Haití	No	No	-	-	-	-	-	-	No	No
Honduras*	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No
Jamaica	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí

## CUADRO 20 (continuación)

PAÍS	PROHIBICIÓN TOTAL DE VENTA	REGULACIÓN DE LOS PRODUCTOS	REGULACIÓN DE LA VENTA			REGULACIÓN DEL USO Y LA PUBLICIDAD			R MEDIDAS	M MEDIDAS		
			REGULADO COMO PRODUCTO TERAPÉUTICO	REGULADO COMO PRODUCTO DE TABACO	REGULADO COMO PRODUCTO DE CONSUMO	REGULADO POR LAS MISMAS LEYES QUE	REGULADO POR LAS MISMAS LEYES QUE	REGULADO POR LAS MISMAS LEYES QUE				
México*	Sí	a	-	Sí	-	Sí	-	-	Sí	No		
Nicaragua	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí		
Panamá*	Sí	a	-	-	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí		
Paraguay*	No	Sí	-	Sí	-	Sí <sup>g</sup>	No <sup>g**</sup>	Sí <sup>g</sup>	No	Sí		
Perú	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí		
República Dominicana	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí		
Saint Kitts y Nevis	No	No	-	-	-	-	-	-	No	No		
Santa Lucía	No	Sí	-	Sí	-	Sí	Sí	-	No	Sí		
San Vicente y las Granadinas	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí		
Suriname*	Sí	-	-	-	-	-	-	-	No	Sí		
Trinidad y Tabago	No	No	-	-	-	-	-	-	No	Sí		
Uruguay*	Sí	a	-	Sí	-	Sí	-	Sí	Sí	Sí		
Venezuela (República Bolivariana de)*	Sí	-	-	-	-	-	-	-	No	Sí		
Total	7	18	3	11	6	15	6	10	2	12	26	

Notas: Información disponible al 31 de diciembre del 2021.

<sup>a</sup>Como la prohibición de la venta no elimina la posibilidad de que estos productos entren ilegalmente en el mercado, algunos países también han optado por regular su uso para ser coherentes con la legislación sobre ambientes libres de humo de tabaco o su publicidad, promoción y patrocinio.

<sup>b</sup>Según las medidas del paquete MPOWER: P, proteger a la población del humo de tabaco; W, advertir sobre los peligros del tabaco; E, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

<sup>c</sup>La publicidad, difusión o publicación de dispositivos electrónicos para fumar no puede promover, fomentar o inducir el uso de dispositivos electrónicos para fumar como una alternativa segura a los productos de tabaco.

<sup>d</sup>Está prohibida la venta de productos que contengan más de 6,6% (66 mg/ml) de nicotina.

<sup>e</sup>Solo si la publicidad afirma un beneficio medicinal o terapéutico, de lo contrario, se regula como un producto de consumo.

<sup>f</sup>La Ley de Productos de Tabaco y Vapeo (TVPA) del 2018 proporciona regulaciones adicionales en el marco de las medidas P, W y E.

<sup>g</sup>La Resolución 630/2019 establece disposiciones específicas para los cigarrillos electrónicos con regulaciones en virtud de las medidas P, W y E. Las etiquetas de advertencia sanitarias aún están pendientes.

<sup>h</sup>Solo si la publicidad afirma un beneficio medicinal o terapéutico, de lo contrario, se regula como un producto de tabaco.

<sup>i</sup>Hay requisitos parciales en relación con la medida W y prohibiciones parciales respecto a la medida E.

\* Los productos SESN se tratan igual que los productos SEAN.

\*\* Regulación pendiente.

--- No se aplica.

Fuente: Basado en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8) y datos recopilados por el Equipo Regional de la OPS/OMS de Control del Tabaco.

países, estos productos no están regulados en ninguno de los ámbitos enumerados en el cuadro 20.

### **Productos de tabaco calentados**

#### **Estado a nivel mundial**

La COP8 del CMCT de la OMS reconoció a los PTC como productos de tabaco y señaló que, por lo tanto, deberían estar sujetos a las disposiciones del CMCT de la OMS y ser monitoreados y regulados de la misma manera que cualquier otro producto de tabaco. Según los datos recogidos para el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021* (8.<sup>a</sup> edición) (8), los PTC están prohibidos en once países, ya sea para la venta o con otro tipo de prohibición que restrinja su disponibilidad. En los 184 países restantes, los PTC están regulados implícita o explícitamente como productos de tabaco o bien están regulados de forma expresa en otras categorías. Es necesario realizar más análisis en el futuro para comprender mejor cómo se abordan estos productos en cada país (8).

#### **Estado a nivel regional**

Tres países de la Región de las Américas han aplicado la prohibición total de la venta de PTC, y otros cinco países los regulan como productos de tabaco mencionando explícitamente los PTC. En 19 países, las definiciones y disposiciones son suficientemente amplias como para incluir los PTC y, por lo tanto, su regulación. Los siete países restantes no cuentan con ninguna forma de regulación para los PTC.

En el cuadro 21 se expone el estado del marco regulatorio de los PTC en la Región de las Américas al 2021.

Se pueden utilizar varios enfoques para regular tanto los productos SEAN como los productos

SESN, así como los PTC, entre los que se incluyen los enfoques a corto y largo plazo. Mientras tanto, las prohibiciones pueden ser temporales, o estos productos pueden clasificarse según una categoría existente (tabaco, productos farmacéuticos o de consumo), lo que permite regularlos en consecuencia (8).

En un plazo más corto, los países pueden optar por modificar las regulaciones existentes para incluir estos productos novedosos y emergentes de nicotina y tabaco, y clasificar los PTC como productos de tabaco, excepto en aquellas circunstancias en las que dicha clasificación pueda dar lugar a regulaciones más laxas o debilitar las disposiciones de control del tabaco existentes. Cuando no estén prohibidos, la clasificación de los PTC expresamente como productos de tabaco garantizaría que estos productos estuvieran sujetos a todos los mecanismos reguladores del CMCT de la OMS, velando por la protección de los objetivos de salud pública y evitando las lagunas regulatorias; esto debería incluir la ampliación de las definiciones legales para cubrir los diseños de los productos y poder adaptarlos a futuras innovaciones.

Dado que el inicio del uso de los sistemas de administración electrónica, especialmente en la población joven, suscita la preocupación de los reguladores, es una razón más para que estos productos se sometan al mismo marco regulatorio que el del tabaco. Se debería, asimismo, examinar la posibilidad de negarse a permitir sistemas en que los usuarios puedan controlar las características de un dispositivo y sus ingredientes líquidos (sistemas abiertos) (8).

Sin embargo, a largo plazo, los países deben tomar todas las medidas necesarias para garantizar que sus políticas de control del tabaco sean lo suficientemente amplias como para regular todas

## CUADRO 21

### Estado del marco regulatorio de los productos de tabaco calentados (PTC), Región de las Américas, 2021

ESTADO	ESTADOS MIEMBROS	TOTAL
Se prohíbe la venta de productos de tabaco calentados	Brasil, México y Panamá	3
Regulados como productos de tabaco con mención explícita de los PTC	Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Costa Rica, Estados Unidos de América, Guyana, Jamaica, Paraguay, Santa Lucía, Trinidad y Tabago y Uruguay	10
Regulados como productos de tabaco*	Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de)	15
Sin regulación	Bahamas, Belice, Dominica, Haití, Granada, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas	7

Nota: Información disponible al 31 de diciembre del 2021.

\*La legislación o regulación vigente incluye una definición o disposiciones lo suficientemente amplias como para incluir los productos de tabaco calentados y, por tanto, implica su regulación.

Fuente: Elaborado con datos aprobados por las respectivas autoridades nacionales y a partir del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

las formas de productos novedosos y emergentes de nicotina y tabaco, y para evitar cualquier posible laguna legal que pueda dar lugar a que la industria tabacalera comercialice y venda estos productos en el futuro y amenace los progresos realizados por los países en el control del tabaco.

## 4.2. Otros retos que plantea el control del tabaco

### 4.2.1. El control del tabaco y la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 sigue planteando importantes problemas de salud pública en todo el mundo por su devastador impacto en los sistemas de salud y en las economías nacionales, lo que obliga a los países a desviar valiosos recursos para hacer frente a esta situación. Las pruebas disponibles han establecido fuertes vínculos entre esta afección

y las enfermedades no transmisibles, siendo el control del tabaco uno de los principales factores de riesgo transversales que influyen en la gravedad y el riesgo de mortalidad por COVID-19 (72). El consumo de tabaco aumenta el riesgo de transmisión y produce efectos en la salud más graves para quienes se infectan. Las personas que fuman son más susceptibles a las infecciones bacterianas y virales, incluido el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), que es notablemente similar al SARS-CoV-2. Se sabe que el contacto entre la mano y la boca es una de las vías para infectarse por COVID-19, y esta forma de contacto se produce con frecuencia y repetidamente cuando se fuma, ya que no es posible mantener una mascarilla. Fumar en lugares públicos donde se reúnen otros fumadores sin mascarilla aumentará la probabilidad de infectarse.

El virus del SARS-CoV-2 entra en las células humanas a través de un receptor situado en las vías respiratorias conocido como ACE-2. Fumar puede regular al alza los receptores ACE-2, proporcionando más puntos de entrada para el virus (73). Este hecho puede hacer que las personas que fuman sean más susceptibles de contraer la COVID-19. Múltiples estudios también han documentado que los fumadores infectados con COVID-19 corren el riesgo de padecer la enfermedad de forma más grave y tienen más probabilidades de necesitar asistencia respiratoria (74, 75).

La industria tabacalera ha utilizado la pandemia de COVID-19 como una oportunidad para difundir agresivamente resultados de investigación engañosos, a menudo realizados por autores que han recibido financiación y otros apoyos de la industria tabacalera y sus organizaciones asociadas, que afirman, irónicamente, que la nicotina desempeña una función protectora en las infecciones por COVID-19. Con estos estudios, algunos de los cuales han demostrado tener graves defectos metodológicos, se intenta restar importancia al consumo de tabaco como factor de riesgo de enfermedades graves y potencialmente mortales (76, 77), perjudicando así las medidas para reforzar el control del tabaco.

La pandemia ha demostrado que es necesario apoyar a todos los sectores, incluidos el comercial y la industria privada. La industria tabacalera ha explotado este hecho con el fin de reforzar su papel de agente corporativo socialmente responsable y mejorar su reputación, facilitando así la comercialización de sus productos letales y aumentando los esfuerzos de los grupos de presión para debilitar los marcos reguladores del control del tabaco (78, 79).

Algunas organizaciones de la sociedad civil han sacado a la luz esta situación, siguen monitoreando las acciones de la industria para interferir durante la pandemia de COVID-19 y han expuesto las diversas actividades que se llevan a cabo en todo el mundo. La experiencia ha demostrado que la industria tabacalera ha intentado penetrar en todos los sectores con la intención de que se le permita ejercer su influencia. Algunas de las actividades más comunes observadas durante este período incluyen donaciones puntuales de equipo de protección personal (EPP) y respiradores, además de la financiación de iniciativas de salud pública destinadas a luchar contra la COVID-19. Sorprendentemente, la industria siguió buscando medios para manipular la vulnerabilidad de los gobiernos durante este tiempo mediante la financiación de vacunas y el ofrecimiento de becas a la población joven. Estas dos actividades tienen el potencial de crear una percepción positiva de la imagen de la industria tabacalera durante un período prolongado, con la posibilidad de que finalmente sean vistos como "defensores" de la salud pública.

#### **4.2.2. Interferencia de la industria tabacalera**

La evidencia demuestra que durante décadas la industria tabacalera y sus aliados han desplegado una serie de tácticas y estrategias para impedir que los Estados parte apliquen medidas de control del tabaco que mejorarían las condiciones de salud de sus poblaciones (79). En este sentido, la industria tabacalera ha dedicado importantes recursos a influir en las políticas públicas mediante la impugnación de leyes y regulaciones eficaces para el control del tabaco, el cuestionamiento de hechos de salud pública y el empleo de litigios ante tribunales nacionales e internacionales con objeto de

poner en tela de juicio la aplicación nacional de medidas como las promovidas por el CMCT de la OMS (80, 81). Este hecho se hizo especialmente visible durante la pandemia de COVID-19, tal y como se ha descrito anteriormente.

La industria tabacalera utiliza una serie de estrategias no solo para intimidar a los gobiernos y evitar que adopten normas de control del tabaco, sino también para debilitar las regulaciones que ya están en vigor. La industria tabacalera también busca, a través de los litigios, encarecer la aplicación de las medidas de control del tabaco, retrasar el proceso de aplicación de una medida y disuadir a otros gobiernos de seguir el ejemplo de regulaciones más sólidas. El conocimiento previo de las estrategias legales de la industria tabacalera ayuda a los Estados miembros a

anticiparse a los argumentos, reforzar sus posiciones jurídicas y diseñar leyes y regulaciones más firmes y resilientes (82).

Las estrategias y tácticas empleadas por la industria tabacalera para desafiar las políticas de control del tabaco suelen ser similares en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Estas tácticas incluyen cuestionar la legislación existente y propuesta, influir en la ciencia y la investigación, socavar los esfuerzos de los expertos en salud pública y colaborar con grupos de presión, entre otras. La industria también ha recusado, ante varios tribunales nacionales e internacionales, el proceso seguido por los gobiernos al adoptar normas de control del tabaco o ha aducido argumentos sobre otros tipos de derechos comerciales



© Moy Ortega/Shutterstock

supuestamente puestos en peligro por ellas, como la expresión comercial o el derecho a explotar un negocio (83, 84).

Una de las políticas de control del tabaco que ha sido ampliamente cuestionada es la que pretendía prohibir o regular la forma en que las empresas pueden representar y anunciar sus productos en el mercado. Se trata del mandato de incorporar mensajes o advertencias que proporcionen más y mejor información a la población sobre los efectos reales y nocivos derivados del consumo de sus productos, por ejemplo, mediante la adopción de advertencias sanitarias gráficas o el establecimiento de restricciones o prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco. Ambas son medidas de control del tabaco que han sido objeto de un fuerte escrutinio judicial debido a las acciones de la industria.

Una serie de impugnaciones ha llevado a varios gobiernos a tener que defenderse ante los tribunales nacionales e internacionales en situaciones en las que han decidido aplicar restricciones estrictas a la forma que tienen las empresas tabacaleras de identificar y promocionar sus productos, por ejemplo, mediante la incorporación del empaquetado neutro de los productos de tabaco (82). Sin embargo, es fundamental señalar que los argumentos esgrimidos por la industria tabacalera ante los tribunales no solo carecen de fundamento, sino que además han sido rechazados por varios tribunales en todo el mundo. Muchos gobiernos se han enfrentado con éxito a las impugnaciones planteadas por la industria tabacalera, y el derecho de los Estados miembros a aplicar medidas de control del tabaco que protejan la salud de su población ha

sido ampliamente respaldado por los tribunales, como en el caso de Uruguay contra Philip Morris International.

#### **4.2.3. Agenda pendiente del paquete de medidas MPOWER**

Las políticas relativas a los ambientes libres de humo de tabaco y las advertencias sanitarias gráficas se están aplicando a un ritmo razonable en la Región de las Américas. Pero aún queda mucho trabajo por hacer, sobre todo para conseguir la voluntad política al más alto nivel, algo necesario para hacer cumplir esa legislación en las respectivas jurisdicciones.

Por lo que respecta a las medidas relacionadas con el monitoreo del consumo de tabaco y las políticas de prevención, la oferta de ayuda para dejar de fumar, la aplicación de las prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, y el aumento de los impuestos sobre el tabaco, la diferencia es mucho mayor. La oposición de la industria tabacalera y sus aliados, mediante el uso de argumentos económicos y jurídicos sin fundamento, sigue siendo el mayor obstáculo para que los países avancen y establezcan marcos regulatorios acordes con el CMCT. Los países también carecen de recursos para poner en marcha programas de abandono del consumo de tabaco y realizar encuestas representativas a nivel nacional, un obstáculo crucial que se debe superar para apoyar a quienes desean dejar de fumar y conseguir un panorama actualizado y claro de la epidemia de tabaquismo a nivel nacional. Sin embargo, los gobiernos pueden acabar con esta brecha aplicando una de las intervenciones más costo-eficaces para el control del tabaco, es decir, la tributación del tabaco, que representa una situación beneficiosa para todos, tanto para la salud pública como para las finanzas públicas (85).

Sin embargo, la tributación del tabaco sigue siendo la medida menos aplicada en la Región de las Américas, principalmente debido a la información engañosa sobre el impacto negativo que tendría el aumento de los impuestos, por ejemplo, en el incremento del comercio ilícito de tabaco. La industria tabacalera también exagera (o incluso presenta resultados que no se ajustan a la realidad) múltiples factores cuando se habla de la fiscalidad del tabaco. Por ejemplo, la investigación independiente ha demostrado continuamente que el nivel de comercio ilícito es mucho menor que las estimaciones que maneja la industria.

Desde hace más de una década, el control del tabaco ha sido monitoreado a nivel mundial a

través de las distintas ediciones del informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Frente a numerosos desafíos, más grandes que pequeños, en la Región de las Américas se ha seguido avanzando considerablemente en el control del tabaco. Estos logros han ganado terreno gracias a la firme colaboración de quienes se dedican al objetivo de que el control del tabaco continúe siendo una prioridad para la salud pública. No obstante, a pesar de los rotundos éxitos que se han cosechado hasta el momento, el plazo de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* está a punto de concluir, y las metas que se establecieron como parte de dicha estrategia aún no se han alcanzado.



© ftlaudgirl/Adobe Stock



© Fernanda/AdobeStock

# CAPÍTULO 5

# Conclusión

En todo el mundo, 5500 millones de personas están ahora protegidas por al menos una medida MPOWER. Esta cifra se ha multiplicado por más de cuatro desde la publicación en el 2008 del primer informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. En la Región de las Américas, 977 millones de personas están cubiertas por como mínimo una medida MPOWER; sin embargo, esta cifra se traduce en que hay 41 millones de personas que siguen sin estar protegidas por ninguna de las medidas MPOWER.

En el momento de publicarse la primera medición de los avances realizados en el control del tabaco a través del paquete de medidas MPOWER en el 2008, en la Región de las Américas había un solo Estado miembro que había implementado medidas para proteger a las personas contra la exposición al humo del tabaco (P) al más alto nivel de aplicación. Desde entonces, los progresos han sido continuos, y la Región de las Américas es ahora la que presenta el mayor número de países que han aplicado esta medida al más alto nivel. El resultado fue que, en el 2020, América del Sur se convirtió en la primera subregión libre de humo de tabaco en la Región de las Américas. Aun así, hay 11 países de esta Región que todavía tienen

que adoptar normas que se ajusten plenamente al artículo 8 del CMCT de la OMS. De esta cifra, siete son Partes en el CMCT de la OMS que ya han superado el plazo desde que ratificaron la aplicación de esta disposición.

La segunda medida MPOWER más implementada en la Región de las Américas es la medida W: advertir sobre los peligros del tabaco. Hasta la fecha, 22 Estados miembros están aplicando esta medida al más alto nivel, lo que hace que la Región ocupe el segundo lugar a nivel mundial. Todavía quedan trece Estados miembros por aplicar esta medida al más alto nivel, de los cuales diez son Partes en el CMCT de la OMS.

Lamentablemente, los avances han sido más escasos en lo que respecta a las otras cuatro medidas: monitorear la prevalencia del consumo de tabaco y las políticas de prevención (M); ofrecer ayuda para el abandono del tabaco (O); hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (E); y aumentar los impuestos a los productos de tabaco (R). Únicamente diez Estados miembros (nueve son Partes) disponen de datos periódicos, recientes y representativos sobre el consumo de tabaco en la

población joven y adulta. Seis Estados miembros cuentan con líneas nacionales gratuitas para dejar de fumar, tratamiento de sustitución con nicotina y apoyo psicológico para el abandono del hábito tratando la dependencia del tabaco. Cinco de estos Estados miembros son Partes en el CMCT de la OMS. Nueve Partes en el CMCT de la OMS están aplicando la medida E al más alto nivel de aplicación. En cuanto al aumento de los impuestos a los productos de tabaco, tres Estados miembros (dos son Partes) han alcanzado una cuota impositiva de 75% sobre el precio de venta al público de los productos de tabaco. Los números correspondientes a estas cuatro medidas equivalen a que la Región de las Américas ocupa el tercer lugar, a nivel mundial, en cuanto a las medidas M, O, E y R.

La elaboración y posterior implementación de la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022*, que aprobaron todos los Estados miembros dentro de la Región, ha permitido monitorear los notables avances en el control del tabaco, alcanzados en muchos países de la Región. Esto también ha puesto de manifiesto que es posible seguir mejorando el control del tabaco. Sin embargo, la industria tabacalera y quienes trabajan para favorecer sus intereses siguen intentando frustrar estos posibles logros. No cabe duda de que la tendencia de los productos de tabaco nuevos y emergentes está actuando

como un gran impedimento para que el control del tabaco avance. Las prohibiciones de venta de estos productos solo están en vigor en una pequeña proporción de Estados miembros (siete para los cigarrillos electrónicos y tres para los PTC). En aquellos países donde estos productos están sujetos a regulación, la industria tabacalera está trabajando activamente para revertir estos logros a través de intensos grupos de presión y litigios con el objetivo de debilitar los respectivos marcos regulatorios. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha sido el mayor de todos los desafíos para el control del tabaco hasta la fecha, ya que la industria tabacalera se las ha arreglado una vez más para utilizar una situación debilitante en su beneficio.

Queda mucho trabajo por hacer para alcanzar los compromisos de reducir y, en última instancia, de poner fin al consumo de tabaco que los países han asumido a través del CMCT de la OMS, la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022*, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Los países deben comprometerse a permanecer vigilantes y dar prioridad a la salud pública para garantizar que su población esté protegida contra los peligros del tabaco. La OPS y la OMS han asumido la responsabilidad de prestar apoyo a los países en la consecución de estas metas.



© Gorka Vega Barbero/Shutterstock



© OPS

## CAPÍTULO 6

# Nota técnica

Los datos presentados en este documento proceden del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a los productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8), actualizado con los datos recopilados en el 2021 por el Equipo Regional de Control del Tabaco de la OPS cuando así se indica. La metodología utilizada para calcular cada indicador se describe en esta nota técnica.

Los datos sobre la tributación del tabaco (la medida R del paquete de medidas MPOWER) eran datos que estaban disponibles para los Estados miembros de la OPS al 31 de julio del 2020. En cuanto al monitoreo y el abandono del tabaco (las medidas M y O del paquete MPOWER), los datos presentados llegaron hasta el 31 de diciembre del 2020. Por lo que respecta a proteger contra la exposición al humo del tabaco, la advertencia sobre los peligros del tabaco y la aplicación de las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (medidas P, W y E, respectivamente, del paquete de medidas MPOWER), los datos reflejan el estado de la legislación adoptada hasta el 31 de diciembre del 2021, una fecha de entrada en vigor establecida que no fue objeto de ningún conflicto legal que

pudiera haber afectado a la fecha de aplicación. Las leyes y regulaciones que no estaban en vigor al 31 de diciembre del 2021 incluyen una nota a pie de página que así lo indica.

## 6.1 Evaluación de las políticas existentes

### 6.1.1. Fuentes de datos

Los datos recopilados para el paquete de medidas MPOWER proceden de las fuentes siguientes:

- Para todas las áreas: informes oficiales de las Partes en el CMCT enviados a la Conferencia de las Partes (COP) y documentos de referencia adjuntos.
- M (monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención): encuestas sobre la prevalencia del tabaco disponibles en los informes oficiales a la COP, tanto a través de la oficina regional en Washington, D. C., como de las oficinas en los países de la OPS. En esta nota técnica se muestran los indicadores empleados para caracterizar la prevalencia del consumo de tabaco.
- P (proteger a la población del humo del tabaco): leyes de control del tabaco, incluidas

sus regulaciones, adoptadas por los Estados miembros en relación con los ambientes sin humo de tabaco. Si una ley se adoptó antes del 31 de diciembre del 2021, pero aún no se aplicó, se examinó la ley respectiva y se añadió una nota para aclarar que esta ley se adoptó, aunque no se implementó al 31 de diciembre del 2021.

- O (ofrecer ayuda para el abandono del tabaco): los datos no notificados a través del mecanismo de notificación de la COP se recogieron principalmente a través de las oficinas regionales y en los países de la OMS.
- W (advertir sobre los peligros del tabaco): leyes de control del tabaco, incluidas sus regulaciones, adoptadas por los Estados miembros con respecto al empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco. Si una ley se adoptó antes del 31 de diciembre del 2021, pero aún no se aplicó, se examinó la ley respectiva y se añadió una nota para aclarar que esta ley se adoptó, aunque no se implementó al 31 de diciembre del 2021.
- E (hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco): leyes de control del tabaco, incluida su regulación, adoptadas por los Estados miembros con respecto a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Si una ley se adoptó antes del 31 de diciembre del 2021, pero aún no se aplicó, se examinó la ley respectiva y se añadió una nota para aclarar que esta ley se adoptó, aunque no se implementó al 31 de diciembre del 2021.
- R (aumentar los impuestos a los productos de tabaco): leyes sobre los impuestos al tabaco, incluidas sus regulaciones, adoptadas por los Estados miembros. Los datos sobre los precios

y los ingresos tributarios se obtuvieron de los países a través de su Ministerio de Finanzas u otros organismos gubernamentales.

### **6.1.2. Validación de los datos técnicos**

Dos expertos, uno de la Sede de la OMS y otro del Equipo Regional de Control del Tabaco de la OPS, revisaron los datos sobre la legislación de cada país. Cualquier incoherencia surgida se resolvió con un tercer experto que no participó en la evaluación legislativa original. Este método produjo un consenso sobre cada dato. Cualquier desacuerdo en la interpretación de la legislación se resolvió de esta manera: a) comprobar el texto o los textos originales de la legislación; b) tratar de obtener el consenso de los dos expertos que participaron en la recogida de datos; c) solicitar aclaraciones a los jueces o abogados del país en cuestión; y d) recurrir a la decisión del tercer experto cuando persistan las diferencias. También se comprobó la integridad de los datos y la coherencia lógica para todas las variables.

### **6.1.3. Aprobación final de los datos**

Los datos validados de cada país se presentaron a los respectivos gobiernos en forma de hoja de información resumida para cada país, con el fin de que los revisaran y aprobaran definitivamente. Si las autoridades nacionales solicitaron cambios, los expertos de la OMS y la OPS revisaron la legislación y las aclaraciones solicitadas por las autoridades nacionales, lo que dio lugar a que estas actualizaran o no los datos. Si no se llegó a un acuerdo con las autoridades nacionales, se reflejó en la casilla correspondiente de la ficha del país.

Se puede obtener más información sobre el tratamiento de los datos en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a los productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

#### **6.1.4. Análisis de los datos y nivel máximo de consecución de las medidas**

En el informe se describe el estado de aplicación del paquete de medidas MPOWER en cada país de la Región de las Américas. Es preciso subrayar que los datos del informe se basan en la legislación vigente y reflejan el estado de las normas adoptadas, aunque no necesariamente aplicadas, siempre que la ley establezca una fecha de entrada en vigor y esta no sea objeto de impugnación.

El nivel de aplicación de cada medida se clasifica en una de las cuatro categorías, identificadas por los colores verde, amarillo, anaranjado y rojo. El color verde indica el nivel más alto de aplicación de la medida en cuestión. En el cuadro 4 se

muestra el año en que se alcanzó el mayor nivel de aplicación para las medidas MPOWER.

#### **6.2 Indicadores y datos utilizados para caracterizar el estado de aplicación del paquete de medidas MPOWER**

##### **6.2.1. M: monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención**

###### *Criterios de clasificación*

La solidez de un sistema nacional de vigilancia del tabaco se evaluó en función de la frecuencia y la periodicidad de las encuestas nacionales representativas de jóvenes y adultos en un país. En el cuadro 22 se presentan los indicadores utilizados para caracterizar la prevalencia del consumo de tabaco. Un país se situó en la categoría superior del monitoreo (M) cuando se cumplieron todos los

#### **CUADRO 22**

#### **Indicadores utilizados para caracterizar la prevalencia del consumo de tabaco**

GRUPO ETARIO	INDICADOR
<b>JÓVENES<sup>a</sup></b>	
Consumo actual de tabaco	Consumo de cualquier producto de tabaco (para fumar o sin humo) en los 30 días anteriores a la encuesta
Consumo actual de tabaco para fumar	Consumo de cualquier producto de tabaco para fumar (cigarrillos u otros) en los 30 días anteriores a la encuesta
Consumo actual de cigarrillos	Consumo de cigarrillos en los 30 días anteriores a la encuesta
Consumo actual de tabaco sin humo	Consumo de cualquier producto de tabaco sin humo en los 30 días anteriores a la encuesta
Consumo actual de cigarrillos electrónicos	Consumo de cigarrillos electrónicos en los 30 días anteriores a la encuesta
<b>ADULTOS<sup>a</sup></b>	
Consumo actual de tabaco	Consumo de cualquier producto de tabaco (para fumar o sin humo) en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional
Consumo actual de tabaco para fumar	Consumo de cualquier producto de tabaco para fumar (cigarrillos u otros) en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional

## CUADRO 22 (continuación)

GRUPO ETARIO	INDICADOR
<b>ADULTOS<sup>a</sup></b>	
Consumo actual de cigarrillos	Consumo de cigarrillos en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional
Consumo actual de tabaco sin humo	Consumo de cualquier producto de tabaco sin humo en los 30 días anteriores a la encuesta
Consumo actual de cigarrillos electrónicos	Consumo de cigarrillos electrónicos en los 30 días anteriores a la encuesta; incluye tanto a las personas que fuman a diario como de manera ocasional

Nota: <sup>a</sup>La definición de los grupos etarios se detalla en cada encuesta.

criterios enumerados a continuación, tanto para las encuestas de jóvenes como de adultos:

- Si la encuesta se llevó a cabo recientemente.
- Si la encuesta era representativa de la población del país.
- Si se repitió una encuesta similar en un plazo de cinco años (periódica).
- Si la población joven y la adulta fueron encuestadas a través de encuestas escolares y de hogares, respectivamente.

Las encuestas se consideraron recientes si se realizaron en los últimos cinco años. A efectos de este informe, esto significa el 2015 o más tarde. Las encuestas se consideraron representativas únicamente si se utilizó un método de muestreo aleatorio científico para garantizar resultados representativos a nivel nacional (aunque pueden proporcionar información útil, las encuestas subnacionales o las encuestas nacionales de grupos de población específicos no aportan información suficiente para permitir una acción de control del tabaco para la población total). Las encuestas se consideraron periódicas si se

repetía la misma encuesta u otra con las mismas o similares preguntas al menos una vez cada cinco años.

Se aplicaron las definiciones siguientes para las encuestas de jóvenes y adultos:

- Encuesta de jóvenes: encuesta realizada en los centros escolares a estudiantes (hombres y mujeres) de grados que incluían adolescentes de entre 13 y 15 años. Las preguntas deben proporcionar indicadores que sean coherentes con la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes y sus manuales.
- Encuesta de adultos: encuestas de hogares que proporcionan indicadores para las personas mayores de 15 años, coherentes con los de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos y sus manuales.

	Existen datos recientes, representativos y periódicos tanto para la población adulta como para la población joven.
	Existen datos recientes y representativos tanto para la población adulta como para la población joven.
	Existen datos recientes y representativos para la población adulta o la población joven.
	No existen datos recientes, o los datos no son ni recientes ni representativos.

## 6.2.2 P: proteger contra la exposición al humo del tabaco

### Criterios de clasificación

Se evaluaron las leyes relativas a los ambientes libres de humo de tabaco para comprobar si proporcionan un espacio interior totalmente sin humo, en todo momento, en los ocho tipos de lugares siguientes:

- Centros de salud.
- Centros educativos que no sean universidades.
- Universidades.
- Edificios o instalaciones gubernamentales.
- Oficinas y lugares de trabajo interiores no considerados en ninguna otra categoría.
- Restaurantes (o lugares que sirven principalmente comida).
- Bares y pubs (o lugares que sirven principalmente bebidas).
- Transporte público.

Los países que no tienen una prohibición completa de fumar a nivel nacional, pero en los que al menos 90% de la población está cubierta por leyes subnacionales completas de ambientes libres de humo de tabaco, se agruparon en la categoría superior.

Espacio totalmente libre de humo de tabaco: un espacio en el que está prohibido fumar en todo momento, en todas las zonas y en todas las circunstancias.

■	Todos los lugares públicos, los lugares de trabajo interiores y el transporte público están totalmente libres de humo de tabaco (o al menos 90% de la población está cubierta por la legislación subnacional).
■	Entre seis y siete tipos de espacios públicos y lugares de trabajo están completamente libres de humo de tabaco.
■	Entre tres y cinco tipos de espacios públicos y lugares de trabajo están completamente libres de humo de tabaco.
■	Ausencia total de prohibiciones o hasta dos tipos de espacios públicos y lugares de trabajo completamente libres de humo de tabaco.

## 6.2.3 O: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco

### Criterios de clasificación

El estado del tratamiento de la dependencia de la nicotina se evaluó según la disponibilidad de los componentes siguientes:

- Tratamiento de sustitución con nicotina.
- Apoyo para dejar de fumar.
- Reembolso de los costos de los componentes mencionados.
- Existencia de una línea telefónica gratuita nacional de asistencia para dejar de fumar.

Servicios para dejar de fumar: el apoyo al abandono del tabaco estaba disponible en los centros de salud u otros servicios de atención primaria, hospitalares, oficinas de profesionales de la salud o en la comunidad.

Disponibilidad de los servicios: “en la mayoría” significa que el acceso no fue un obstáculo para el tratamiento; “en algunos” indica que la falta de disponibilidad de los servicios fue a menudo un obstáculo para el tratamiento.

●	Existe una línea telefónica nacional de ayuda al abandono del tabaco, un tratamiento de sustitución con nicotina y algunos servicios para dejar de fumar; todos los costos están cubiertos.	●	Advertencia de tamaño medio que carece de una o más de las características apropiadas, o una advertencia grande en la que faltan cuatro o más características apropiadas.
●	Existe un tratamiento de sustitución con nicotina o algunos servicios para el abandono del tabaco; los costos de al menos uno de ellos están cubiertos.	●	Ninguna advertencia o una advertencia pequeña (en promedio menos de 30% del anverso y el reverso).
●	Existe un tratamiento de sustitución con nicotina o algunos servicios para el abandono del tabaco; los costos no están cubiertos.		
●	Ninguno.		

## 6.2.4 W: advertir sobre los peligros del tabaco

### Criterios de clasificación

Las advertencias sanitarias se evaluaron en función de su tamaño y de las características siguientes:

- Las advertencias sanitarias son obligatorias por ley.
- Aparecen en todos los embalajes de venta al público.
- Describen los efectos nocivos del tabaco para la salud.
- El tipo de letra, el tamaño y el color están impuestos por ley.
- Las advertencias se rotan.
- Las advertencias están escritas en los idiomas del país.
- Las advertencias incluyen imágenes o pictogramas.

●	Advertencia de gran tamaño (cubre una media de al menos 50% del anverso y el reverso del embalaje) con todas las características adecuadas.
●	Lo mismo que la categoría anterior, salvo que las regulaciones están pendientes.
●	Advertencia de tamaño medio (cubre una media de entre 30% y 49% del anverso y el reverso del empaquetado) con todas las características apropiadas, o una advertencia grande, que carece de una a tres de las características apropiadas.

## 6.2.5 E: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

### Criterios de clasificación

Las regulaciones se evaluaron en función de si había una prohibición de los tipos de actividades siguientes:

#### Publicidad directa

- Televisión y radio nacionales.
- Revistas y periódicos locales.
- Vallas publicitarias y anuncios al aire libre.
- Publicidad en los puntos de venta.

#### Publicidad indirecta

- Promoción:
  - Distribución gratuita por correo u otros medios,
  - descuentos promocionales,
  - extensión de marca,
  - uso común de marcas,
  - colocación de marcas de tabaco o aparición de productos de tabaco en televisión o películas.

- Patrocinio:

- Contribución (financiera o de otro tipo) a cualquier evento, actividad o persona,
  - responsabilidad social empresarial.

Las prohibiciones completas de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco suelen comenzar con la prohibición de la publicidad directa en los medios de comunicación nacionales y avanzan hacia la prohibición de la publicidad indirecta, la promoción y el patrocinio. La distinción básica para los dos grupos más bajos (de color anaranjado y rojo) fue si las prohibiciones abarcaban la televisión, la radio y la prensa escrita del país, y los grupos restantes se formaron en función de la medida en que la ley comprendía las prohibiciones de otras formas de publicidad directa e indirecta incluidas en el cuestionario de recogida de datos para el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: Hacer frente a los productos nuevos y emergentes* (8.<sup>a</sup> edición) (8).

En los casos en que la ley no abordaba explícitamente la publicidad transfronteriza, se interpretó que la publicidad a nivel nacional e internacional estaba comprendida en la prohibición solo si la publicidad estaba totalmente prohibida a nivel nacional. Los países donde al menos 90% de la población estaba cubierta por una legislación subnacional que prohibía completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco se agruparon en la categoría más alta.

La característica que determinaba la prohibición de la promoción era que, como mínimo, la legislación prohibía dar publicidad al patrocinio o apoyo financiero o de otro tipo de la industria tabacalera a eventos, actividades o personas.

■	Prohibición de todas las formas de publicidad directa e indirecta.
■	Prohibición de la publicidad en la televisión, la radio y la prensa escrita nacionales, así como de algunas formas de publicidad directa e indirecta, aunque no todas.
■	Prohibición solo en la televisión, la radio y la prensa escrita nacionales.
■	Ausencia total de una prohibición, o una prohibición que no cubra al menos la televisión, la radio y la prensa escrita nacionales.

## 6.2.6 R: aumentar los impuestos a los productos de tabaco

### Criterios de clasificación

El estado de la tributación del tabaco se evaluó según el porcentaje del precio total de venta al público que comprendía los impuestos al tabaco. Los impuestos analizados incluían el impuesto especial, el impuesto sobre el valor agregado (IVA), los derechos de importación y cualquier otro impuesto sobre el tabaco. Solo se ha tenido en cuenta el precio de la marca de cigarrillos más vendida en cada país.

La accesibilidad de los cigarrillos se calculó como el porcentaje del PIB per cápita necesario para comprar 2000 cigarrillos de la marca más vendida en cada año del informe, desde el 2008 hasta la actualidad.

	Los impuestos representan ≥75% del precio de venta al público.
	Los impuestos representan ≥50% y <75% del precio de venta al público.
	Los impuestos representan ≥25% y <50% del precio de venta al público.
	Los impuestos representan <25% del precio de venta al público.
	No se proporcionaron datos o no estaban disponibles.

# Referencias

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Consultado el 2 de febrero del 2022. Disponible en: Objetivos de Desarrollo Sostenible | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (undp.org).
2. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Ginebra: OMS. Consultado el 26 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. Organización Panamericana de la Salud. The disease burden of noncommunicable diseases in the Region of the Americas 2000-2019. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/enlace-data-portal-noncommunicable-diseases-mental-0>.
5. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle: Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME); 2020. Disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
6. Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184688/9789241509459\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/184688/9789241509459_eng.pdf).
7. Organización Mundial de la Salud. WHO global report on the trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. 4.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240039322>.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes. 8.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240032095>. Resumen en español en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032842>.
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-sp.pdf#page=23](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf#page=23) (anexo 4).
10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022. 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/11) [consultado el 6 de abril del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34441>.
11. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes. Washington, D.C.: OPS; [fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/emtj>.
12. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Washington, D. C.: OPS; [fecha desconocida]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1751:2009-global-adult-tobacco-survey-gats&Itemid=1185&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1751:2009-global-adult-tobacco-survey-gats&Itemid=1185&lang=es).
13. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Mundial de Estudiantes de Profesiones de la Salud. Washington, D.C.: OPS; [fecha desconocida]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1750:2009-global-health-professions-student-survey-ghpss&Itemid=1185&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1750:2009-global-health-professions-student-survey-ghpss&Itemid=1185&lang=es).

14. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Mundial de Personal de las Escuelas. Washington, D.C.: OPS; [fecha desconocida]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1749:2009-global-school-personnel-survey-gsps&Itemid=1185&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1749:2009-global-school-personnel-survey-gsps&Itemid=1185&lang=es).
15. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco Questions for Surveys: A Subset of Key Questions from Global Adult Tobacco Surveys (GATS). 2.<sup>a</sup> edición. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América; 2011. Disponible en: <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=1196>.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: plan de medidas MPOWER. 1.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43897>.
17. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 April 12. MPOWER package of data driven tobacco control measure helps protect up to 5 billion lives. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/mpower-package-of-data-driven-tobacco-control-measures-helps--up-to-5-billion-lives>.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: consecución de ambientes libres de humo de tabaco. 2.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44420>.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: advertencia sobre los peligros del tabaco: resumen. 3.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70681>.
20. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco: resumen. 4.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85382>.
21. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015: aumentar los impuestos al tabaco. 5.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-PND-15.5>.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención: resumen. 6.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258599>.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2019: ofrecer ayuda para dejar el tabaco. 7.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>. Resumen en español en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-PND-2019.5>.
24. Organización Mundial de la Salud. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43677>.
25. Departamento de Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos. Surgeon General's report: The health consequences of smoking—50 years of progress. Rockville: Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2014.
26. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Nueva York: Naciones Unidas; 2011. Disponible en: [https://digitallibrary.un.org/record/710899/files/A\\_66\\_L-1-ES.pdf?ln=en](https://digitallibrary.un.org/record/710899/files/A_66_L-1-ES.pdf?ln=en).
27. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/35010>.
28. Organización Mundial de la Salud. Offer help to quit tobacco. Ginebra: OMS; [fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/quitting/offer-help-to-quit-tobacco-use>.
29. Wang JB, Olgin JE, Nah G, Vittinghoff E, Cataldo JK, Pletcher MJ, et al. Cigarette and ecigarette dual use and risk of cardiopulmonary symptoms in the Health eHeart Study. PLoS One. 2018;13(7):e0198681. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198681>.

30. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Brote de lesiones pulmonares asociado al uso de productos de cigarrillos electrónicos o vapeo. Atlanta: CDC; 2020. Disponible en: [https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/spanish/enfermedad-pulmonar-grave/index.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/spanish/enfermedad-pulmonar-grave/index.html) [consultado el 2 de julio del 2021].
31. Pray IW, Atti SK, Tomasallo C, Meiman JG. E-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury among clusters of patients reporting shared product use – Wisconsin, 2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(9):236–240. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6909a4>.
32. Organización Mundial de la Salud. Tobacco & COVID19. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-52---tobacco-covid-19>.
33. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS: consumo de tabaco y COVID19. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>.
34. Zwar NA, Mendelsohn CP, Richmond RL. Supporting smoking cessation. BMJ. 2014;348:f7535. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.f7535>.
35. Chapman S, Liberman J. Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. Tob Control. 2005. Aug;14 Suppl 2: ii8–13. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tc.2005.012591>.
36. Kozlowski LT, Edwards BQ. "Not safe" is not enough: smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product. Tob Control. 2005;14 Suppl 2: ii3–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tc.2004.008334>.
37. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Report on the twenty-second, twenty-third and twenty-fourth sessions, Supplement no. 2. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas; 2001.
38. Noar M, Hall MG, Francis DB, Ribisl KM, Pepper JK, Brewer NT. Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies. Tob Control. 2016;25(3):341–54. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051978>.
39. Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. Tob Control. 2011;20:327–37. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tc.2010.037630>.
40. Noar M, Francis DB, Bridges, C, Sontag JM, Ribisl KM, Brewer NT. The impact of strengthening cigarette pack warnings: systematic review of longitudinal observational studies. Soc Sci Med. 2016; 164:118–129. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.011>.
41. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Carga del consumo de cigarrillos en los EE. UU. Atlanta: CDC; 2020 [consultado el 17 de noviembre del 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/acerca/Carga-del-consumo-de-tabaco-en-los-Estados Unidos.html>.
42. Lee S, Ling PM, Glantz SA. The vector of the tobacco epidemic: tobacco industry practices in low and middle-income countries. Cancer Causes Control. 2012;23 (S1 Suppl 1):117–129. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10552-012-9914-0>.
43. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. Tob Control. 2012;21(2):127–138. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050345>.
44. Cohen JE, Planinic L, Lavack A, Robinson D, O'Connor S, DiNardo J. Changes in retail tobacco promotions in a cohort of stores before, during, and after a tobacco product display ban. Am J Public Health. 2011;101(10):1879–1881. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300172>.
45. Carter OB, Phan T, Mills BW. Impact of a point-of-sale tobacco display ban on smokers' spontaneous purchases: comparisons from postpurchase interviews before and after the ban in Western Australia. Tob Control. 2015;24(e1):e81–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-050991>.
46. Lee JG, Henriksen L, Myers AE, Dauphinee AL, Ribisl KM. A systematic review of store audit methods for assessing tobacco marketing and products at the point of sale. Tob Control. 2014;23(2):98–106. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050807>.

47. Robertson L, Cameron C, McGee R, Marsh L, Hoek J. Point-of-sale tobacco promotion and youth smoking: a meta-analysis. *Tob Control*. 2016;25:e83–e89. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052586>.
48. Fooks GJ, Gilmore AB, Smith KE, Collin J, Holden C, Lee K. Corporate social responsibility and access to policy elites: an analysis of tobacco industry documents. *PLoS Med*. 2011; 8(8):e1001076. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001076>.
49. Organización Panamericana de la Salud. Manual técnico de la OMS sobre política y administración de impuestos al tabaco. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55952>.
50. Sandoval RC, Malik S, Roche M, Belausteguiotia I, Morales G. Fostering the use of taxes to address the tobacco epidemic in the Americas: Lessons learned for a comprehensive approach to tax health harming products and prevent NCDs. *Rev Panam Salud Pública* [de próxima publicación].
51. Organización Mundial de la Salud, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80881>.
52. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1>.
53. Organización Panamericana de la Salud. Informes de progreso sobre asuntos técnicos: Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022: Examen de mitad de período. 58.º Consejo Directivo de la OPS, 72.ª sesión del comité Regional de la OMS para las Américas; 28 y 29 de septiembre del 2020; sesión virtual. Washington, D.C.: OPS; 2020 (documento CD58/INF/14) [consultado el 6 de abril del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd58inf14-informes-progreso-sobre-asuntos-tecnicos-estrategia-plan-accion-para>.
54. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana y 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre del 2017 (documento CSP29/11) [consultado el 6 de abril del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34441/CSP29-11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
55. Bloomberg Philanthropies: Reducing tobacco use. The Bloomberg Initiative to reduce tobacco use. Disponible en: [Reducing Tobacco Use | Bloomberg Philanthropies \(bloomberg.org\)](https://www.bloomberg.org/reducing-tobacco-use).
56. Organización Mundial de la Salud. Sistemas electrónicos de administración de nicotina. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/147990>.
57. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Public health consequences of e-cigarettes. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/24952>.
58. Organización Mundial de la Salud. Tabaco: Cigarrillos electrónicos. Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 13 de septiembre del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>.
59. Organización Mundial de la Salud. Nota informativa sobre los productos de tabaco calentados (segunda edición). Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334318/WHO-HEP-HPR-2020.2-spa.pdf>.
60. Stevens EM, Hébert ET, Tackett AP, Leavens ELS, Wagener TL. Harm perceptions of the JUUL E-cigarette in a sample of ever users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4755. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134755>
61. Gruszcynski L (editor). The regulation of e-cigarettes: international, European and national challenges. Edward Elgar Publishing; 2019.
62. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and metaanalysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. *Tob Induc Dis*. 2010; 8(1):8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1617-9625-8-8>.

63. STOP Initiative. Modern Addiction: Hooking the Next Generation. 2022. Disponible en: <https://exposetobacco.org/campaigns/modern-addiction/>.
64. Berry KM, Fetterman JL, Benjamin EJ, Bhatnagar A, Barrington-Trimis JL, Leventhal AM, et al. Association of electronic cigarette use with subsequent initiation of tobacco cigarettes in US youths. *JAMA Netw Open*. 2019;2(2):e187794. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7794>.
65. Campaign for Tobacco-Free Kids. Electronic cigarettes: an overview of key issues. Washington, D.C.: Campaign for Tobacco-Free Kids; 3 de mayo del 2022. Disponible en: <https://www.tobaccofreekids.org/us-resources/fact-sheet/electronic-cigarettes-an-overview-of-key-issues>.
66. Barrington-Trimis J, Samet J, McConnell R. Flavorings in electronic cigarettes: an unrecognized respiratory health hazard?. *JAMA*. 2014;312(23):2493–2494. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.14830>.
67. Pisinger C, Godtfredsen N, Bender AM. A conflict of interest is strongly associated with tobacco industry-favourable results, indicating no harm of e-cigarettes. *Prev Med*. 2019;119:124–131. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.12.011>.
68. Everard CD, Silveira ML, Kimmel HL, Marshall D, Blanco C, Compton WM. Association of electronic nicotine delivery system use with cigarette smoking relapse among former smokers in the United States. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e204813. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2766789>.
69. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. 6.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia de las Partes en el CMCT de la OMS. Moscú, Rusia; del 13 al 18 de octubre del 2014. Disponible en: <https://fctc.who.int/es/who-fctc/governance/conference-of-the-parties/sixth-session-of-the-conference-of-the-parties-to-the-who-fctc>.
70. Campaign for Tobacco-Free Kids [Internet]. Influencer posts promoting tobacco and e-cigarettes. Washington, D.C.: Campaign for Tobacco-Free Kids; 2019. Disponible en: <https://www.tobaccofreekids.org/media/2019/influencer-posts>.
71. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Mediterráneo Oriental. Advancing tobacco control during the COVID-19 pandemic: MPOWER implementation Tobacco Free Initiative. Cairo: OMS; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352319/9789290229445-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
72. Liu W, Tao ZW, Wang L, Yuan ML, Liu K, Zhou L, et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chin Med J (Engl)*. 2020;133(9):1032–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000775>.
73. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis*. 2020;18(March):20. Disponible en: <https://doi.org/10.18332/tid/119324PMID:32206052>.
74. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: a metaanalysis. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9): 1653–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ntr/nta a082>.
75. STOP Initiative. The Role of the WHO FCTC in COVID-19 Responses. 2020. Disponible en: [https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/STOP\\_COVID19\\_Policy\\_Brief\\_v02.pdf](https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/STOP_COVID19_Policy_Brief_v02.pdf).
76. Tobacco Control Research Group [Internet]. Bath: University of Bath; 2020 [consultado el 14 de septiembre del 2020]. Tobacco Tactics: COVID-19. Disponible en: <https://tobaccotactics.org/wiki/covid-19/>.
77. Organización Mundial de la Salud. Tobacco industry interference with tobacco control. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/83128/9789241597340\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/83128/9789241597340_eng.pdf?sequence=1).
78. Truth Tobacco Industry Documents. Universidad de San Francisco; [fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.industrydocuments.ucsf.edu/tobacco/>.

79. Organización Mundial de la Salud. Litigios relativos a la reglamentación de productos de nicotina y tabaco novedosos y emergentes: comparación entre jurisdicciones. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240020368>.
80. STOP Initiative [Internet]. Global Tobacco Industry Interference Index. 2022. Disponible en: <https://exposetobacco.org/global-index/>.
81. Organización Panamericana de la Salud. The Use of Law to Address Noncommunicable Diseases in the Caribbean. Subregional Workshop Report. Miami, 3-5 March 2020. Washington, D.C.: OPS; 2021, p.31 Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53821>.
82. Crosbie E, Severini G, Beem A, Tran B, Sebrie EM. New tobacco and nicotine products in Latin America and the Caribbean: assessing the market and regulatory environment. *Tob Control.* 2021 Dec 16; tobaccocontrol-2021-056959. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056959>.
83. STOP Initiative [Internet]. Crooked Nine: Nine Ways the Tobacco Industry Undermines Health Policy. 2019. Disponible en: <https://exposetobacco.org/resource/crookednine/>.
84. O'Neill Institute for National and Global Health Law. Tobacco Industry Strategy in Latin American Courts: A Litigation Guide. O'Neill Institute for National and Global Health Law: Washington, D.C.; 2012. Disponible en: [https://oneill.law.georgetown.edu/wp-content/uploads/2018/05/2012\\_O'Neill\\_TobaccoLitGuide\\_ENG.pdf](https://oneill.law.georgetown.edu/wp-content/uploads/2018/05/2012_ONeill_TobaccoLitGuide_ENG.pdf).
85. Schotte K, Commar A, Blecher E, Prasad V. Global Challenges in Tobacco Control: Salud Publica Mex [Internet]. 2017 Mar 31:59(suppl. 1):s5-s7. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/8076>.

# Anexos

## Anexo 1

Prevalencia del consumo actual de tabaco, de productos para fumar y de cigarrillos en la población adulta, encuestas más recientes (datos proporcionados por los países)

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO			CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO PARA FUMAR			CONSUMIDOR ACTUAL DE CIGARRILLO		
				AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M
Antigua y Barbuda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argentina	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Para Enfermedades No Transmisibles	2018	18+	...	...	...	...	...	...	22,2	26,1	18,6
Bahamas	Encuesta STEPS	2019	18-69	17,5	32,5	3,7	17,4	32,4	3,6	...	...	...
Barbados	Salud de la Nación	2011-12	25+	...	...	...	9,2	15,5	3,7	...	...	...
Belice	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados	2015	15-49	...	16,4	2,1	...	...	...	...	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Encuesta STEPS	2019	18-69	17,8	30,0	5,8	17,7	29,8	5,6	...	...	...
Brasil	Encuesta Nacional de Salud	2019	18+	12,8	16,2	9,8	12,6	15,9	9,6	...	...	...
Canadá	Encuesta Canadiense sobre Tabaco y Nicotina	2019	15+	14,0	15,9	12,0	11,9	12,7	11,1	11,9	12,6	11,0
Chile	Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile	2018	12-64	...	...	...	...	...	...	31,1	33,4	28,8
Colombia	Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia	2019	12-65	...	...	...	9,8	13,8	6,0	...	...	...

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO			CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO PARA FUMAR			CONSUMIDOR ACTUAL DE CIGARRILLO		
				AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M
Costa Rica	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos - GATS	2015	15+	9,1	13,6	4,5	8,9	13,4	4,4	8,8	13,1	4,4
Cuba	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)	2019	15-49	...	23,4	10,5	...	23,4	10,5	...	22,7	10,4
Dominica	Encuesta STEPS de Dominica	2007-08	15-64	10,4	17,0	3,2	10,2	16,6	3,2	...	...	...
Ecuador	Encuesta STEPS	2018	18-69	13,7	23,8	4,0	13,7	23,8	4,0	10,7	19,3	2,5
El Salvador	Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Población Adulta	2014-15	20+	...	...	...	7,8	15,1	2,3	...	...	...
Estados Unidos de América <sup>a</sup>	Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud, Centro para las Estadísticas y la Calidad de la Salud Conductual, SAMHSA	2019	18+	22,8	28,6	17,4	20,8	24,9	17,1	18,1	20,3	16,1
Granada	Encuesta STEPS	2010-11	25-64	...	...	...	18,7	30,7	6,5	...	...	...
Guatemala	VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil	2014-15	15-49	...	21,6	1,6	...	...	...	...	21,5	1,5
Guyana	Encuesta STEPS	2016	18-69	...	...	...	15,4	26,6	3,3	14,5	25,4	2,8
Haití	Encuesta sobre Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios en Haití	2016-17	15-64	...	...	4,5	...	9,8	1,7	...	9,6	1,7
Honduras	Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA	2011-12	15-59 (hombres) 15-49 (mujeres)	...	24,6	1,8	...	...	...	...	24,2	1,7
Jamaica	Encuesta sobre Salud y Modo de Vida III	2016-17	15+	...	...	...	15,0	26,0	5,0	...	...	...
México	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2018	20+	...	...	...	...	...	...	17,9	28,4	9,2

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO			CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO PARA FUMAR			CONSUMIDOR ACTUAL DE CIGARRILLO		
				AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M
Nicaragua	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud	2001	15-49	...	...	...	...	...	5,5	...	...	5,2
Panamá	Encuesta Nacional de Salud	2019	15+	5,0	8,1	1,9	4,9	8,0	1,8	...	...	...
Paraguay	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Paraguay (STEPS)	2011	15-74	...	...	...	14,5	22,8	6,1	...	...	...
Perú	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar	2019	15+	...	...	...	...	...	...	1,6 <sup>b</sup>	2,4 <sup>b</sup>	0,6 <sup>b</sup>
República Dominicana	Encuesta de Demografía y Salud	2013	15-59 (hombres) 15-49 (mujeres)	...	12,8	4,6	...	...	...	...	9,2	3,9
Saint Kitts y Nevis	Encuesta STEPS	2007-08	25-64	8,7	16,2	1,1	8,7	16,2	1,1	...	...	...
Santa Lucía	Encuesta STEPS	2012	25-64	14,7	25,5	4,0	14,5	25,3	4,0	...	...	...
San Vicente y las Granadinas	Encuesta sobre Salud y Nutrición	2013-14	18-69	...	...	...	12,2	21,9	2,5	...	...	...
Suriname	Encuesta STEPS	2013	25-65	...	...	...	20,1	34,0	6,5	20,0	34,0	6,5
Trinidad y Tabago	Encuesta STEPS Panamericana sobre Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo	2011	15-64	21,2	33,5	9,6	21,1	33,5	9,4	...	...	...
Uruguay	Encuesta Continua de Hogares	2019	15+	...	...	...	19,7	23,5	16,1	...	...	...
Venezuela (República Bolivariana de)	Estudio Nacional de Drogas en Población General	2011	18-65	21,5	28,9	14,4	...	...	...	19,4	25,2	13,9

Notas: <sup>a</sup>Para más detalles sobre los productos incluidos o excluidos de cada indicador, consulte la documentación publicada de la encuesta que se usó como fuente de los datos.

<sup>b</sup>Personas que fuman cigarrillos a diario.

... Datos no notificados o no disponibles.

H: hombres; M: mujeres

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes.

8.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032095>.

## Anexo 2

# Prevalencia del consumo actual de tabaco sin humo y de cigarrillos electrónicos en la población adulta, encuestas más recientes (datos proporcionados por los países)

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	PREVALENCIA ACTUAL DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DE TABACO SIN HUMO (%)			PREVALENCIA ACTUAL DE CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (%)		
				AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Antigua y Barbuda	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Argentina	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Para Enfermedades No Transmisibles	2018	18+	...	...	...	1,1	...	...
Bahamas	Encuesta STEPS	2012	25-64	0,5	0,9	0,1	...	...	...
Barbados	Encuesta STEPS	2007	25+	0,3	0,0	0,6	...	...	...
Belice	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Encuesta STEPS	2019	18-69	...	...	...	0,7	1,0	0,5
Brasil	Encuesta Nacional de Salud	2013	18+	0,3	0,5	0,2	...	...	...
Canadá	Encuesta Canadiense sobre Tabaco y Nicotina	2019	15+	0,4	0,7	<1 <sup>a</sup>	4,7	5,8	3,6
Chile	Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile	2018	12-64	...	...	...	1,5	2,0	1,1
Colombia	Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia	2019	12-65	...	...	...	0,7	1,0	0,4
Costa Rica	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos - GATS	2015	15+	0,1	0,1	0,0	1,3	1,6	0,9
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	Encuesta STEPS	2007-08	15-64	0,8	1,6	0,0	...	...	...
Ecuador	Encuesta STEPS	2018	18-69	0,0	0,0	0,0	2,2	1,7	4,8
El Salvador	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos de América	Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud, Centro para las Estadísticas y la Calidad de la Salud Conductual, SAMHSA	2019	18+	3,3	6,2	0,6	...	...	...
Granada	Encuesta STEPS	2010-11	25-64	1,2	2,2	0,3	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	Encuesta sobre Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios en Haití	2016-17	15-64	...	...	3,1	...	...	...

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	PREVALENCIA ACTUAL DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DE TABACO SIN HUMO (%)			PREVALENCIA ACTUAL DE CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (%)		
				AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Honduras	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Jamaica	...	...	...	...	...	...	...	...	...
México	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2018	20+	...	...	...	1,2	1,9	0,7
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	Encuesta Nacional de Salud	2019	15+	0,1	0,1	0,1	0,4	0,8	0,1
Paraguay	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Paraguay (STEPS)	2011	15-74	2,3	3,0	1,6	...	...	...
Perú	...	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	Encuesta de Demografía y Salud	2007	15-49	...	1,9	0,3	...	...	...
Saint Kitts y Nevis	Encuesta STEPS	2007-08	25-64	0,2	0,3	0,1	...	...	...
Santa Lucía	Encuesta STEPS	2012	25-64	0,8	1,3	0,2	...	...	...
San Vicente y las Granadinas	Encuesta sobre Salud y Nutrición	2013-14	18-69	0,1	0,2	0,0	...	...	...
Suriname	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	Encuesta STEPS Panamericana sobre Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo	2011	15-64	0,4	0,5	0,3	...	...	...
Uruguay	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos - GATS	2016-17	15+	0,1	0,3	0,0	0,2	0,3	0,2
Venezuela (República Bolivariana de)	Estudio Nacional de Drogas en Población General	2011	18-65	3,5	6,2	0,9	...	...	...

Notas: <sup>a</sup>Alta variabilidad del muestreo; aunque se puede determinar una estimación a partir de la tabla, los datos deben suprimirse.

... Datos no notificados o no disponibles.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes.

8.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032095>.

## Anexo 3

### Prevalencia del consumo actual de tabaco, de tabaco para fumar y de cigarrillos en la población joven (de 13 a 15 años), encuestas más recientes (datos proporcionados por los países)

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO			CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO PARA FUMAR			CONSUMIDOR ACTUAL DE CIGARRILLO		
				AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M
Antigua y Barbuda	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	7,5	7,9	7,0	6,1	6,3	5,9	1,4	1,5	1,2
Argentina	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2018	13-15	20,2	18,7	21,4	19,5	17,6	21,1	18,0	15,5	20,0
Bahamas	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2013	13-15	12,6	16,1	8,4	10,7	13,8	6,9	3,8	4,6	2,6
Barbados	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2013	13-15	14,5	17,4	11,4	12,6	15,7	9,3	7,0	8,8	5,0
Belice	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2014	13-15	12,3	16,6	8,2	11,5	15,7	7,5	7,8	10,4	5,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2018	13-15	10,9	13,6	8,1	9,3	11,6	6,9	6,9	8,6	5,2
Brasil	Encuesta Nacional de Salud Escolar	2015	13-15	6,9	6,7	7,0	...	...	...	5,4	5,3	5,6
Canadá	Encuesta Canadiense sobre Tabaco Alcohol y Drogas en Estudiantes	2018-19	Grados 7-9	...	...	...	1,0	1,1	0,9	...	...	...
Chile	Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile	2019	13-17	...	...	...	15,2	13,1	17,3	...	...	...
Colombia	Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes	2017	13-15	20,2	20,6	19,6	...	...	...	9,0	9,2	8,6

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO			CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO PARA FUMAR			CONSUMIDOR ACTUAL DE CIGARRILLO		
				AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M
Costa Rica	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2013	13-15	8,9	9,7	8,1	8,3	9,0	7,6	5,0	5,7	4,3
Cuba	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2018	13-15	11,5	13,0	9,7	9,8	11,8	7,6	8,7	10,2	7,1
Dominica	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2009	13-15	25,3	30,4	19,8	...	...	...	11,6	13,8	8,9
Ecuador	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	13,0	15,3	10,7	11,8	13,9	10,0	8,0	8,9	7,0
El Salvador	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2015	13-15	13,1	15,3	10,7	12,2	14,7	9,4	9,9	11,4	8,2
Estados Unidos de América <sup>a</sup>	Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes	2020	Secundaria	...	...	...	...	...	...	4,6	5,4	3,9
Granada	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	9,7	12,5	7,1	8,4	11,0	6,1	5,4	6,7	4,1
Guatemala	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2015	13-15	17,1	19,5	14,4	15,7	18,0	13,2	12,9	14,7	11,1
Guyana	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2015	13-15	14,8	19,0	10,4	11,7	16,1	7,5	8,6	13,3	3,8
Haití	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2005	13-15	19,7	20,3	19,2	...	...	...	14,0	14,1	13,8
Honduras	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	7,9	9,6	6,4	6,1	7,6	4,8	5,2	6,1	4,4
Jamaica	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	15,6	15,9	15,0	14,4	14,4	13,9	11,2	11,1	10,9
México	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2011	13-15	19,8	21,6	17,7	18,1	19,8	16,1	14,6	15,8	12,9

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO			CONSUMIDOR ACTUAL DE TABACO PARA FUMAR			CONSUMIDOR ACTUAL DE CIGARRILLO		
				AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M	AMBOS SEXOS	H	M
Nicaragua	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	14,2	16,4	11,8	12,6	14,7	10,4	10,9	12,9	8,9
Panamá	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	7,8	7,9	7,4	5,9	6,2	5,4	3,9	4,2	3,5
Paraguay	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	8,1	8,8	7,2	7,2	7,4	6,8	3,0	2,7	3,3
Perú	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	7,2	8,4	5,9	6,4	7,1	5,6	4,9	5,4	4,5
República Dominicana	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	7,4	8,3	6,0	4,4	4,2	4,0	2,4	2,4	1,8
Saint Kitts y Nevis	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2010	13-15	9,2	10,4	7,8	...	...	...	4,0	4,8	3,2
Santa Lucía	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	10,2	12,4	8,1	7,9	9,4	6,4	6,3	7,3	5,3
San Vicente y las Granadinas	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2018	13-15	9,3	9,9	8,7	8,4	8,9	7,9	4,1	4,1	4,1
Suriname	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	11,7	17,1	7,3	11,1	16,1	7,0	8,7	12,8	5,3
Trinidad y Tabago	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	14,0	17,3	10,8	11,0	13,6	8,6	6,7	8,6	4,9
Uruguay	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	11,5	9,7	13,6	10,3	8,3	12,7	8,6	6,9	10,5
Venezuela (República Bolivariana de)	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	14,3	15,9	12,3	10,1	11,0	9,0	7,6	8,2	7,0

Notas: <sup>a</sup>Esta encuesta presenta indicadores adicionales; consulte <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6950a1-H.pdf>.

... Datos no notificados o no disponibles.

H: hombres; M: mujeres

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes. 8.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032095>.

## Anexo 4

### Prevalencia del consumo actual de tabaco sin humo y de cigarrillos electrónicos en la población joven (de 13 a 15 años), encuestas más recientes (datos proporcionados por los países)

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	PREVALENCIA ACTUAL DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DE TABACO SIN HUMO (%)			PREVALENCIA ACTUAL DE CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (%)		
				AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Antigua y Barbuda	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	2,1	2,6	1,6	4,0	4,0	3,7
Argentina	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2018	13-15	1,5	2,3	0,8	7,1	8,1	6,2
Bahamas	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2013	13-15	2,8	4,0	1,6	...	...	...
Barbados	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2013	13-15	2,9	2,9	3,0	...	...	...
Belice	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2014	13-15	2,3	2,9	1,7	6,5	8,9	4,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2018	13-15	2,8	3,6	2,0	7,4	9,7	5,0
Brasil	Encuesta Nacional de Salud Escolar	2015	13-15	...	...	...	0,2	0,2	0,1
Canadá <sup>a</sup>	Encuesta Canadiense sobre Tabaco Alcohol y Drogas en Estudiantes	2018-19	Grades 7-9	0,6	0,8	0,5	11,1	11,7	10,4
Chile	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes	2017	13-15	3,9	4,2	3,5	9,0	9,0	8,8
Costa Rica	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2013	13-15	1,6	1,7	1,6	...	...	...
Cuba	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2018	13-15	2,3	1,9	2,6	6,1	7,6	4,2
Dominica	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2009	13-15	8,4	10,2	6,4	...	...	...
Ecuador	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	2,1	2,5	1,8	10,7	12,7	8,7
El Salvador	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2015	13-15	2,0	2,1	2,0	2,7	3,3	2,1
Estados Unidos de América	Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes	2020	Secundaria	3,1	4,8	1,4	19,6	20,4	18,7
Granada	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	1,8	2,0	1,6	7,2	9,7	4,9
Guatemala	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2015	13-15	2,4	3,0	1,8	5,6	5,7	5,2
Guyana	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2015	13-15	4,1	4,6	3,0	9,0	9,3	8,0

PAÍS	NOMBRE DE LA ENCUESTA	AÑO	GRUPO ETARIO	PREVALENCIA ACTUAL DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DE TABACO SIN HUMO (%)			PREVALENCIA ACTUAL DE CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (%)		
				AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Haití	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	2,2	2,7	1,9	...	...	...
Jamaica	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	2,6	2,8	2,5	11,7	13,7	9,7
México	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2011	13-15	4,9	5,9	3,9	...	...	...
Nicaragua	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	3,5	4,0	2,9	8,6	10,1	7,2
Panamá	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	2,3	2,2	2,4	6,4	7,1	5,2
Paraguay	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	1,7	2,0	1,3	12,5	14,0	11,1
Perú	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	1,9	2,2	1,5	6,3	7,1	5,4
República Dominicana	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	3,1	4,2	2,3	7,7	7,9	6,9
Saint Kitts y Nevis	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	3,5	4,5	2,4	11,0	15,0	6,6
San Vicente y las Granadinas	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2018	13-15	2,5	3,0	2,0	8,1	8,4	7,8
Suriname	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2016	13-15	1,1	1,7	0,6	5,9	7,4	4,6
Trinidad y Tabago	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2017	13-15	4,1	5,0	3,2	17,2	21,7	12,9
Uruguay	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	1,7	2,0	1,5	13,9	16,8	10,7
Venezuela (República Bolivariana de)	Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes - GYTS	2019	13-15	7,5	9,8	5,0	9,5	9,6	9,5

Notas: <sup>a</sup>Moderada variabilidad en el muestreo, interpretar con precaución (solo consumo de productos de tabaco sin humo entre mujeres).

... Datos no notificados o no disponibles.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes. 8.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032095>.

# Anexo 5

## Administración de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes en la Región de las Américas, 1999-2021

PAÍS	AÑO DE LA ENCUESTA			
	2000	2004	2009	2017
Antigua y Barbuda				
Argentina	2000	2003	2007	2012
Bahamas	2000	2004	2009	2013
Barbados	1999	2002	2007	2013
Belice	2002	2008	2014	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2000	2003	2012	2018
Brasil	2002	2006	2009	2011
Chile	2000	2003	2008	2016
Colombia	2001	2007		
Costa Rica	1999	2002	2008	2013
Cuba	2000	2004	2010	2018
Dominica	2000	2004	2009	
Ecuador	2001	2007	2016	
El Salvador	2003	2009	2015	2021 <sup>a</sup>
Granada	2000	2004	2009	2016
Guatemala	2006	2008	2015	
Guyana	2000	2004	2010	2015
Haití	2000	2005		
Honduras	2003	2016		
Jamaica	2000	2006	2010	2017
México	2003	2005	2006	2011
Nicaragua	2003	2014	2019	
Panamá	2002	2008	2012	2017
Paraguay	2003	2008	2014	2019
Perú	2000	2003	2007	2014
República Dominicana	2004	2011	2016	
Saint Kitts y Nevis	2002	2010		
Santa Lucía	2000	2007	2011	2017
San Vicente y las Granadinas	2000	2007	2011	2018
Suriname	2000	2004	2009	2016
Trinidad y Tabago	2000	2007	2011	2017
Uruguay	2000	2007	2014	2019
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	2003	2008	2010
				2019

Notas: Esta tabla muestra el año en que los países realizaron la encuesta.

Brasil, Canadá, Chile, Colombia y Estados Unidos de América producen datos representativos a nivel nacional sobre el consumo de tabaco por parte de los jóvenes a través de un sistema de vigilancia distinto del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco.

<sup>a</sup>El Salvador realizó una nueva ronda de la encuesta en el 2021 utilizando una herramienta de recopilación de datos electrónica como proyecto piloto. Los datos aún no estaban disponibles en el momento de la publicación de este informe.

Las celdas azules indican cuándo se realizó una encuesta subnacional. No se dispone de estimaciones representativas a nivel nacional.

Las celdas de color verde claro indican cuándo se realizó la encuesta nacional que proporciona estimaciones representativas a nivel nacional.

Las celdas de color verde oscuro indican cuándo se realizaron encuestas nacionales y subnacionales. Se dispone de estimaciones representativas a nivel nacional y pueden desglosarse por nivel subnacional según los parámetros de muestras establecidos.

## Anexo 6

### Año en el que se alcanzó el nivel más alto de aplicación de las medidas M, P, O, W y E del paquete MPOWER en cada país

PAÍS	M (MONITOREAR EL CONSUMO DE TABACO)	P (PROTEGER DE LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO AJENO)	O (OFRECER AYUDA PARA ABANDONAR EL TABACO)	W (ADVERTIR SOBRE LOS PELIGROS DEL TABACO)	E (HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO)
Antigua y Barbuda		2018		2018 <sup>a</sup>	2018
Argentina		2011		2012	
Bahamas	2018				
Barbados		2010		2017	
Belice					
Bolivia (Estado Plurinacional de)		2020		2009	
Brasil	2015	2011	2002	2003	2011
Canadá	2007 o anterior	2007	2008	2011 <sup>b</sup>	
Chile	2007 o anterior	2013		2006	
Colombia		2008			2009
Costa Rica	2007 o anterior	2012	2020	2013	
Cuba					
Dominica					
Ecuador	2016	2011		2012	
El Salvador		2015		2011	
Granada					
Guatemala		2008			
Guyana		2017		2018	2017
Haití					
Honduras		2010		2017	
Jamaica		2013	2016	2013	
México		2021	2013	2009	2021
Nicaragua					
Panamá	2012	2008		2005	2008
Paraguay		2020			
Perú	2007 o anterior	2010		2011	
República Dominicana					
Saint Kitts y Nevis					
Santa Lucía		2020		2017	
San Vicente y las Granadinas					

PAÍS	M (MONITOREAR EL CONSUMO DE TABACO)	P (PROTEGER DE LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO AJENO)	O (OFRECER AYUDA PARA ABANDONAR EL TABACO)	W (ADVERTIR SOBRE LOS PELIGROS DEL TABACO)	E (HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO)
Suriname		2013		2016	2013
Trinidad y Tabago		2009		2013	
Estados Unidos de América	2007 o anterior		2008	2020 <sup>c</sup>	
Uruguay	2007 o anterior	2005		2005 <sup>b</sup>	2014
Venezuela (República Bolivariana de)		2011		2004	2019

Notas: El año en el que se alcanzó el mayor nivel de logro de la medida R (aumentar los impuestos sobre el tabaco) no se incluye en esta tabla.

<sup>a</sup>Regulación pendiente.

<sup>b</sup>Empaquetado neutro obligatorio.

<sup>c</sup>Disposición adoptada pero no aplicada antes del 31 de diciembre de 2020.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes. 8.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2021, y complementado con información del Equipo Regional de Control del Tabaco de la OPS.

## Anexo 7

### Datos adicionales sobre los impuestos al tabaco

PAÍS	I. ESTRUCTURA Y NIVEL DE IMPUESTOS				II. ASEQUIBILIDAD		III. ADMINISTRACIÓN FISCAL	
	TIPO DE IMPUESTO	SE APlica UN IMPUESTO SELECTIVO	MAYOR DEPENDENCIA DEL IMPUESTO	IMPUESTO ESPECÍFICO MÍNIMO	PRECIO DE VENTA AL POR MENOR UTILIZADO	COMO BASE DEL COMPONENTE AD VALOREM EN UN RÉGIMEN DE IMPUESTOS AD VALOREM	PORCENTAJE DEL PIB PER CÁPITA NECESARIO PARA COMPRAR 2000 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA EN EL 2020 (CUANTO MAYOR SEA EL PORCENTAJE, MENOS ASEQUIBLE SERÁ)	TIMBRES FISCALES O CÓDIGOS DE BARRAS APLICADOS A LOS PRODUCTOS DEL TABACO <sup>b</sup>
Antigua y Barbuda	Sin impuestos selectivos	—	—	—	—	—	3,69%	Sin cambio
Argentina	Selectivo <i>ad valorem</i>	Sí	—	Sí	No	2,37%	Sí	Sí
Bahamas	Selectivo específico	Sí	—	—	—	3,33%	Sí	...
Barbados	...	...	...	...	...	...	...	...
Belice	Selectivo específico	Sí	—	—	—	7,36%	Sin cambio	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Selectivo específico	No	—	—	—	5,27%	Sí	Sí
Brasil	Selectivo mixto	Sí	Sí	No	Sí	1,57%	Sin cambio	Sí
Canadá	Selectivo específico	Sí	—	—	—	2,27%	Sí	Sí
Chile	Selectivo mixto	Sí	Sí	No	Sí	3,01%	Sí	No
Colombia	Selectivo mixto	Sí	Sí	No	Sí	2,60%	Sí	No
Costa Rica	Selectivo mixto	Sí	Sí	Sí	No	3,26%	Sí	No
Cuba	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	Selectivo específico	Sí	—	—	—	2,40%	Sin cambio	No
Ecuador	Selectivo específico	Sí	—	—	—	10,72%	Sí	Sí
El Salvador	Selectivo mixto	Sí	No	No	No	8,30%	Sí	No

PAÍS	I. ESTRUCTURA Y NIVEL DE IMPUESTOS						II. ASEQUIBILIDAD	III. ADMINISTRACIÓN FISCAL
	TIPO DE IMPUESTO SELECTIVO APLICADO	SE APLICA UN IMPUESTO SELECTIVO UNIFORME (Sí: UNIFORME; No: ESCALONADO O CON TIPOS VARIABLES)	MAYOR DEDENCIA DEL IMPUESTO ESPECIFICO EN LOS SISTEMAS HÍBRIDOS	IMPUESTO ESPECIFICO MINIMO APlicado EN UN RÉGIMEN DE IMPUESTOS AD VALOREM	PRECIO DE VENTA AL POR MENOR UTILIZADO COMO BASE DEL COMPONENTE AD VALOREM EN UN RÉGIMEN DE IMPUESTOS AD VALOREM O MIXTO (O PRECIO DE VENTA AL POR MENOR EXCLUIDO EL IVA)	PORCENTAJE DEL PIB PER CÁPITA NECESARIO PARA COMPRAR 2000 CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA EN EL 2020 (CUANTO MAYOR SEA EL PORCENTAJE, MENOS ASEQUIBLE SERÁ)	LOS CIGARRILLOS SON MENOS ASEQUIBLES DESDE EL 2010	TIMBRES FISCALES O CÓDIGOS DE BARRAS APLICADOS A LOS PRODUCTOS DEL TABACOb PROHIBIR O LIMITAR LAS COMPRAS LIBRES DE IMPUESTOS POR PARTE DE VIAJEROS
Estados Unidos de América <sup>a</sup>	Selectivo específico	Sí	—	—	—	1,16%	Sin cambio	No
Granada	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	Selectivo <i>ad valorem</i>	Sí	—	No	6,25%	Sin cambio	No	No
Guyana	Selectivo específico	Sí	—	—	2,10%	No	Sí	No
Haití	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	Selectivo específico	Sí	—	—	9,13%	Sí	Sí	No
Jamaica	Selectivo específico	Sí	—	—	16,46%	Sí	No	No
México	Selectivo mixto	Sí	No	No	3,75%	Sin cambio	Sí	...
Nicaragua	Selectivo específico	Sí	—	—	19,46%	Sin cambio	No	...
Panamá	Selectivo <i>ad valorem</i>	Sí	—	Sí	2,84%	No	No	Sí
Paraguay	Selectivo <i>ad valorem</i>	Sí	—	No	0,67%	Sin cambio	Sí	No
Perú	Selectivo específico	Sí	—	—	5,96%	Sí	No	No
República Dominicana	Selectivo mixto	Sí	Sí	No	7,08%	Sin cambio	Sí	No
Saint Kitts y Nevis	...	...	...	...	...	...	No	...
Santa Lucía	Selectivo específico	Sí	—	—	3,39%	Sin cambio	No	No

San Vicente y las Granadinas	Selectivo específico	Sí	—	—	—	—	4,21%	Sí	No	No
Suriname	Selectivo específico	Sí	—	—	—	—	6,91%	Sí	Sí	No
Trinidad y Tabago	Selectivo específico	Sí	—	—	—	—	2,74%	Sí	No	No
Uruguay	Selectivo específico	Sí	—	—	—	—	2,77%	Sin cambio	No	No
Venezuela (República Bolivariana de)	Selectivo <i>ad valorem</i>	...	—	No	Sí	—	—	—	—	Sí

Notas: a)información no aprobada por las autoridades nacionales,  
bSegún los datos reportados en: Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2019: ofrecer ayuda para dejar el tabaco. Ginebra: OMS, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241516204>.

... Datos no notificados o no disponibles.

- Información no requerida o no aplicable.

Fuente: Elaborado a partir de la información de los informes OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2019 y 2021. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2019: ofrecer ayuda para dejar el tabaco. 7.<sup>a</sup> edición. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326072>. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: hacer frente a productos nuevos y emergentes. 8.ª edición. Ginebra: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240032095>.

El *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas* 2022 presenta el progreso en la aplicación del paquete técnico MPOWER durante el período 2018-2021. Si bien se han logrado avances significativos, el informe también pone de manifiesto las brechas en la aceleración de la agenda de control del tabaco tanto a nivel mundial como regional. En conjunto, 26 de los 35 Estados Miembros de la Región están implementando al menos una medida del paquete técnico al más alto nivel de aplicación, lo que supone que 96% de la población está protegida contra los daños del tabaco. En el informe también se explican en detalle los motivos por los que la pandemia de COVID-19 supone una de las amenazas principales para los progresos alcanzados. El desarrollo y la accesibilidad cada vez mayores de la categoría de productos de tabaco y nicotina nuevos y emergentes se suman al reto de acelerar la aplicación de las medidas de control. Sin embargo, a pesar de estos obstáculos, la Región de las Américas ocupa la segunda posición en cuanto a la prevalencia del consumo de tabaco en el mundo y América del Sur es una subregión completamente libre de humo de tabaco.

