



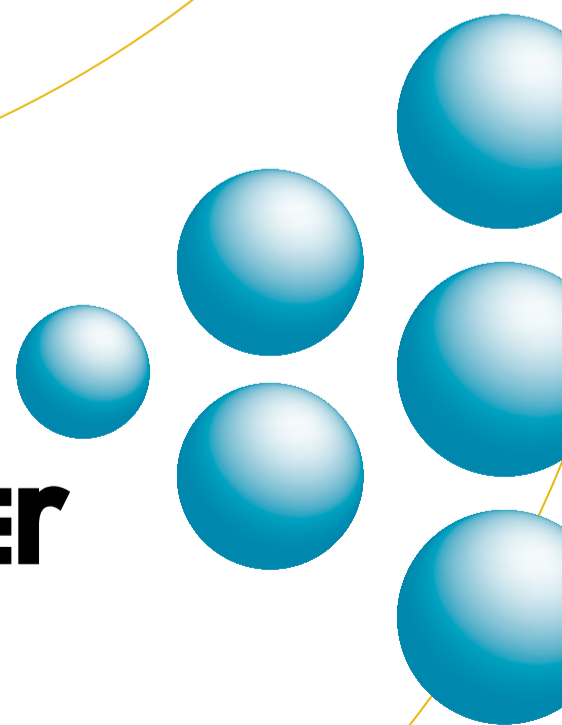
**Organización  
Mundial de la Salud**

**INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO, 2009**

**Consecución de ambientes libres de humo de tabaco**

Sin humo y con vida

**mpower**





**El humo de tabaco  
ajeno mata cada año  
a 600 000 personas.**





**No existe ningún nivel de  
exposición al humo de tabaco  
ajeno que no entrañe riesgos.**



- M**onitor **vigilar** el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- P**rotect **proteger** a la población del humo de tabaco
- O**ffer **ofrecer** ayuda para el dejar del tabaco
- W**arn **advertir** de los peligros del tabaco
- E**nforce **hacer** cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- R**aise **augmentar** los impuestos al tabaco

# A escala mundial, alrededor de un tercio de los adultos están expuestos sistemáticamente al humo ajeno

*El Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: consecución de ambientes libres de humo de tabaco es el segundo de una serie de informes de la Organización Mundial de la Salud que seguirán de cerca la situación de la epidemia de tabaquismo y los efectos de las intervenciones encaminadas a detenerla.*

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009:  
consecución de ambientes libres de humo de tabaco.

1. Tabaquismo - prevención y control. 2. Contaminación por humo de tabaco - prevención y control. 3. Contaminación por humo de tabaco - legislación. 4. Política de salud. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 356391 6

(NLM classification: WM 290)

**© Organización Mundial de la Salud, 2010**

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

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

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

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





**Organización  
Mundial de la Salud**

## Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009

---

**Consecución de ambientes libres de humo de tabaco**

Financiado con asistencia de  
**Bloomberg Philanthropies**

# Índice

- 7 SE ESTÁN LOGRANDO AVANCES: EL NÚMERO DE PERSONAS PROTEGIDAS POR MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO HA AUMENTADO EN 2008 EN CERCA DE 400 MILLONES**  
Carta del Subdirector General de la OMS

**8 RESUMEN**

**12 EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO**

**14** Artículo 8. Protección contra la exposición al humo de tabaco

**14** Directrices para la aplicación del artículo 8

**16** Recomendaciones de la OMS

**18 PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO**

**18** El humo de tabaco ajeno es peligroso para la salud

**20** Exposición al humo de tabaco ajeno y mortalidad prematura

**22** La exposición al humo ajeno provoca graves problemas de salud

**24** La amenaza económica del tabaquismo pasivo

**25** Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco reducen la exposición al humo ajeno

**26** Es necesario asegurar el cumplimiento de la ley para garantizar la debida protección contra el humo de tabaco ajeno

**27** Los sistemas de ventilación y las zonas reservadas para fumar no son eficaces

**28** Impacto sanitario de las normativas sobre ambientes libres de

**29** Otros beneficios de las normativas sobre ambientes libres de

**30** Las leyes sobre ambientes libres de son populares

**31** Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco no perjudican la actividad empresarial



**32** La industria tabacalera intenta evitar la introducción de legislaciones que prevean la creación de espacios totalmente libres de humo

**33** Recomendaciones clave

## **34** LA APLICACIÓN DE MEDIDAS EFICACES ESTÁ COBRANDO AUGE

**34** Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención

**38** Proteger a la población del humo de tabaco

**44** Ofrecer ayuda para el dejar del tabaco

**48** Advertir de los peligros del tabaco

**52** Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

**56** Aumentar los impuestos al tabaco

**60** Programas nacionales de control del tabaco y capacidades conexas

## **64** CONCLUSIÓN

## **66** REFERENCIAS

## **66** NOTA DE AGRADECIMIENTO

## ABREVIATURAS

AFRO	Oficina Regional de la OMS para África
AMRO	Oficina Regional de la OMS para las Américas
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
COP	Conferencia de las Partes
EMRO	Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental
EURO	Oficina Regional de la OMS para Europa
OMS	Organización Mundial de la Salud
SEARO	Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental
STEPS	WHO's STEPwise Approach to Surveillance (método progresivo de la OMS para la vigilancia)
TSN	Tratamiento de sustitución con nicotina
US\$	Dólar de los Estados Unidos de América
WPRO	Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental



**Aunque se han logrado avances, solo un 9% de los gobiernos exigen que los bares y restaurantes se mantengan libres de humo, y 65 países confirman que no aplican ninguna política de ambientes libres de humo de tabaco a nivel nacional.**

**Los gobiernos del mundo entero, en colaboración con la sociedad civil, deben actuar resueltamente contra la epidemia de tabaquismo, que constituye la principal causa mundial de defunción prevenible.**

Dr. Ala Alwan, Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud

# SE ESTÁN LOGRANDO AVANCES: EL NÚMERO DE PERSONAS PROTEGIDAS POR MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO HA AUMENTADO EN 2008 EN CERCA DE 400 MILLONES

Desde la entrada en vigor del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), hemos logrado notables progresos en la lucha contra la epidemia de tabaquismo. Los resultados presentados en el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009* - el segundo examen sobre la epidemia mundial de tabaquismo a nivel de países - nos indican qué países han implantado medidas antitabáquicas eficaces para reducir la demanda, qué países deben esforzarse más para proteger a su población contra los efectos nocivos del consumo de tabaco y qué países pueden ser considerados como modelos en lo que a la adopción de medidas se refiere.

El tabaquismo sigue cobrándose cada año en el mundo entero la vida de más de 5 millones de personas, y se prevé que esa cifra siga al alza. La carga de morbilidad asociada a esta causa, especialmente elevada en los países de ingresos bajos y medianos, aumentará a un ritmo incluso mayor en los próximos decenios. Es pues fundamental que sigamos ampliando e intensificando nuestros esfuerzos por reducir el tabaquismo.

Las medidas de control del tabaco son relativamente económicas de aplicar y

reportan enormes beneficios. El tabaco mata o causa discapacidad a muchas personas en sus años más productivos, lo que hace que numerosas familias pierdan su principal sostén económico, que mengüen los presupuestos de los hogares, que aumenten los costos relacionados con la atención de salud y que se obstaculice el crecimiento económico. Aunque la aplicación de programas de control del tabaco también acarrea algunos costos, éstos se pueden compensar con creces mediante el incremento de los impuestos sobre el tabaco, una medida que por sí sola ya resulta sumamente eficaz para reducir el consumo. Los últimos logros alcanzados en esta esfera han puesto de manifiesto la viabilidad de los ambientes libre de humo de tabaco, lo que, a su vez, ha suscitado en el mundo entero un mayor interés por promoverlos.

En el presente informe se documentan muchos de los avances logrados en el último año en materia de control del tabaco. El número de personas protegidas por al menos una medida completa del plan MPOWER ha aumentado en 400 millones, gracias a las intervenciones adoptadas por 17 países para combatir la epidemia de tabaquismo. En ese sentido, merecen especial mención los progresos

alcanzados en la consecución de ambientes libres de humo de tabaco, que constituye el tema central del presente informe.

Siete países, en su mayoría de ingresos medianos, adoptaron en 2008 una legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco. Varios de ellos han pasado de no tener ninguna ley de esa índole, o solo algún tipo de protección mínima en determinados tipos de espacios públicos o lugares de trabajo, a asegurar una protección total en todos los lugares. Con todo, los datos aquí consignados también indican que queda mucho por hacer. Aunque se han logrado avances, solo un 9% de los gobiernos exigen que los bares y restaurantes se mantengan libres de humo, y 65 países confirman que no aplican ninguna medida para la promoción de ambientes libres de humo de tabaco a nivel nacional.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que deja el listón muy alto, supone un fuerte impulso para la lucha antitabáquica mundial. Como se demuestra en el presente informe, se están realizando progresos en esta esfera, pero aún se puede, y se debe, hacer mucho más. Los gobiernos del mundo entero, en colaboración con la sociedad civil, deben continuar actuando con resolución contra la epidemia de tabaquismo, que constituye la principal causa mundial de defunción prevenible. Si seguimos dando máxima prioridad al control del tabaco, podremos aprovechar los logros alcanzados para acabar creando un mundo libres de humo de tabaco.

**Dr. Ala Alwan**  
Subdirector General  
Organización Mundial de la Salud



# Resumen

El tabaco, que constituye la principal causa de muerte prevenible, mata cada año en el mundo entero un número estimado de más de 5 millones de personas. El grueso de esas defunciones se producen en los países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que las diferencias entre las tasas de mortalidad correspondientes a estos últimos y las registradas en los países de ingresos altos seguirán aumentando en los próximos decenios si no se hace nada para evitarlo. De mantenerse las tendencias actuales, el tabaco provocará de aquí al año 2030 en el mundo entero más de 8 millones de defunciones, de las cuales un 80% corresponderán a muertes prematuras registradas en países de ingresos bajos y medianos. Para finales de este siglo, el tabaquismo podría cobrarse la vida de 1000 millones de personas, o incluso más, si no se adoptan medidas urgentes.

La satisfactoria trayectoria del CMCT, que al mes de julio de 2009 contaba con más de 160 Partes - el equivalente al 86% de la población mundial -, es una prueba inequívoca de que existe la voluntad política

de ampliar el alcance de las iniciativas de control del tabaco y mejorar su eficacia. El Convenio Marco de la OMS, junto con las directrices para su aplicación, sienta las bases para que los países puedan ejecutar y gestionar sus propias políticas antitabáquicas. Con el fin de convertir esa meta en realidad, la OMS implantó el pasado año el plan MPOWER, cuya finalidad es ayudar a aplicar en los países una serie de medidas eficaces de reducción de la demanda de tabaco previstas en el CMCT. A la par que la Conferencia de las Partes va realizando su labor, el plan MPOWER ofrece asistencia práctica a nivel de países para las esferas del CMCT por él abarcadas. Se trata de un instrumento centrado eminentemente en medidas relacionadas con la demanda, aunque la OMS reconoce también la importancia de las medidas relacionadas con la oferta contenidas en el Convenio Marco y se esfuerza al máximo por asegurar su aplicación.

El *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009* incluye, además

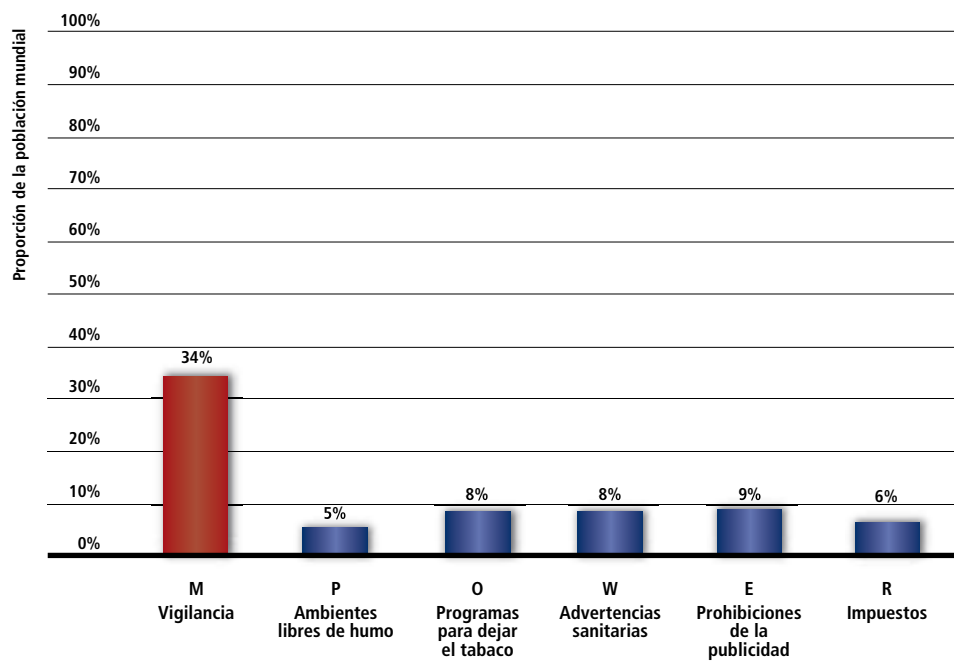
de datos actualizados con respecto a los presentados en 2008 sobre la aplicación de las seis medidas del plan MPOWER, información adicional recopilada en relación con otra serie de cuestiones. Las categorías relativas al logro de las distintas medidas se han perfeccionado y, dentro de lo posible, puesto en consonancia con las nuevas directrices para la aplicación del CMCT. Los datos del año pasado se han vuelto a analizar para ajustarlos a esas nuevas categorías y así poder efectuar comparaciones entre 2007 y 2008. En la edición de este año, nos hemos esforzado por simplificar la versión impresa del informe; para una consulta íntegra de los datos por países, véase el sitio [www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower).

El informe ofrece una visión de conjunto de los datos científicos en que se fundamenta la necesidad de proteger a las personas contra los efectos nocivos del humo ajeno a través de medidas legislativas y ejecutivas. En él se hace especial hincapié en la situación de la aplicación de políticas de creación

**En 2008 pasaron a estar protegidos por una legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco otros 154 millones de personas, principalmente en países de ingresos bajos y medianos.**



## PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL PROTEGIDA POR MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO, 2008



de ambientes libres de humo de tabaco, aspecto éste sobre el cual se han recopilado por primera vez datos pormenorizados a nivel mundial, tanto nacionales como desglosados por jurisdicciones subnacionales importantes. Se han realizado además análisis adicionales sobre las legislaciones conexas, que permiten una comprensión más cabal de los logros ya alcanzados y los desafíos futuros en esta esfera.

Aunque se han obtenido avances en la aplicación del plan MPOWER, puesto que a lo largo de 2008 el número de personas cubiertas por al menos una de las medidas previstas en el mismo aumentó en 400 millones, aún queda mucho por hacer. Menos del 10% de la población mundial está protegida por una o más medidas MPOWER.

El informe de este año, que hace énfasis especial en las legislaciones sobre ambientes libres de humo de tabaco, demuestra que es necesario asegurar muchas más mejoras en esta esfera. En 2008, 154 millones de personas, en su mayoría de países de ingresos medios, pasaron a estar protegidos por primera vez por una ley integral sobre ambientes libres de humo de tabaco. Las políticas de ambientes libres de humo de tabaco son cada vez más comunes en el

plano subnacional, en el que deben seguir realizándose avances, alentados por los logros que se vayan alcanzando a nivel nacional. Tan solo 22 de las 100 ciudades más grandes del mundo pueden considerarse completamente libres de humo de tabaco, aunque también en este terreno se siguen registrando mejoras importantes: desde la conclusión del proceso de acopio de datos para el presente informe, tres metrópolis brasileñas (Río de Janeiro, Salvador y São Paulo) han promulgado leyes integrales sobre ambientes libres de humo de tabaco.\* En efecto, los municipios y otras jurisdicciones subnacionales pueden proteger a sus ciudadanos incluso antes de implantarse una legislación nacional. Pese a diversos ejemplos alentadores notificados a este respecto, más del 90% de la población mundial sigue sin estar protegida por medidas de promoción de los ambientes libres de humo de tabaco. Además, la observancia de la legislación relativa a esta cuestión deja mucho que desear: solo el 2% de la población mundial vive en países que, además de contar con leyes integrales sobre ambientes libres de humo de tabaco, presentan elevados niveles de cumplimiento de las mismas.

Un hecho especialmente alarmante es que en lo tocante a la prohibición de la publicidad y la comercialización de los productos de

tabaco los progresos alcanzados en 2008 son prácticamente nulos. Solo Panamá ha aprobado una nueva prohibición relativa a la publicidad. La proporción de la población mundial que no está protegida por ninguna prohibición integral de la publicidad del tabaco sigue siendo superior al 91%. Los avances realizados en relación con el incremento de los impuestos son demasiado lentos: si bien algunos países han registrado mejoras, otros han ido retrocediendo. Cerca del 94% de la población mundial vive en países donde los impuestos representan menos del 75% del precio de un paquete de cigarrillos. Incrementar los impuestos en los tiempos actuales de dificultades financieras resulta universalmente beneficioso: se trata de una medida que, por un lado, permite a los gobiernos aumentar sus ingresos y, por otro, puede contribuir a reducir considerablemente la prevalencia del tabaquismo. Incluso a los tipos impositivos vigentes en estos momentos, el control del tabaco adolece de una importante subfinanciación. En términos mundiales, los ingresos recaudados cada año mediante los impuestos aplicados a los productos tabacaleros son 170 veces superiores al gasto anual en control del tabaco.

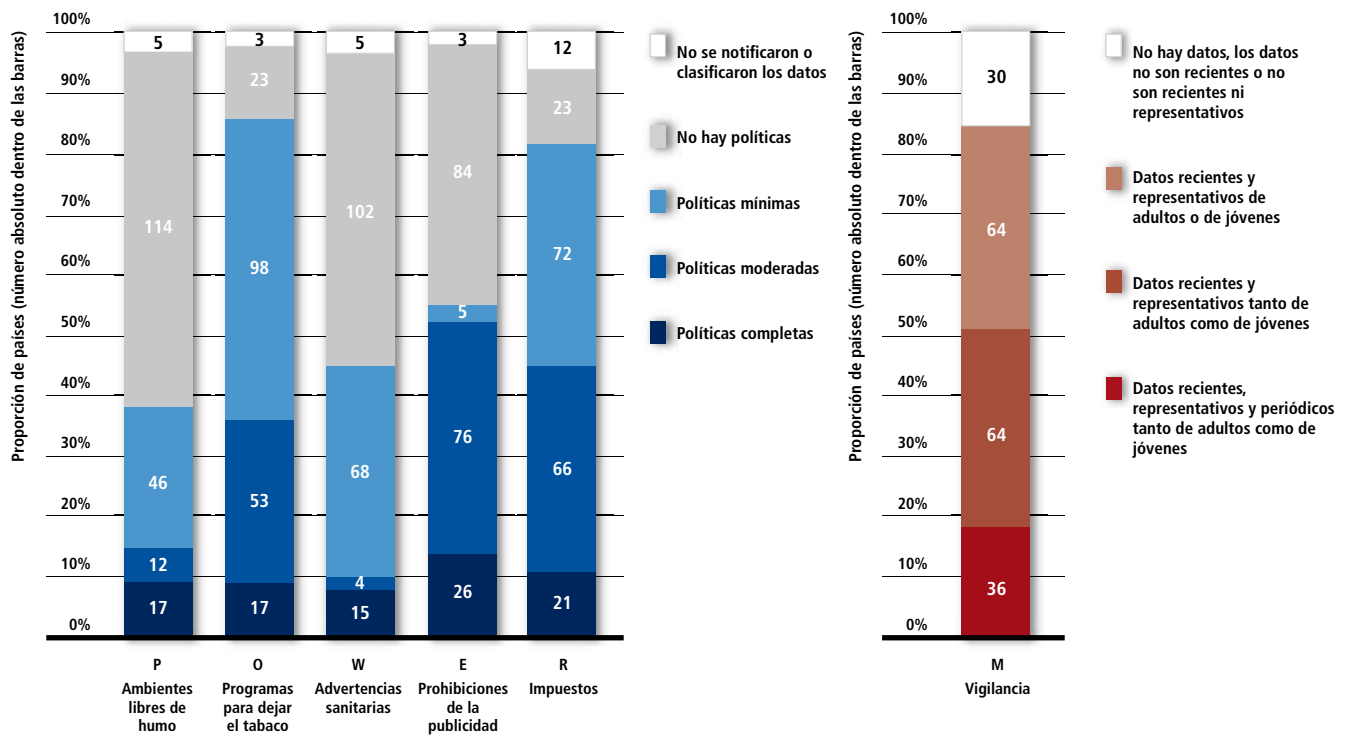
\* Para información más detallada, véase el cuadro 2.4.0.

**Tenemos mucho trabajo por delante. Menos del 10% de la población mundial está protegida por una o más medidas del plan MPOWER.**

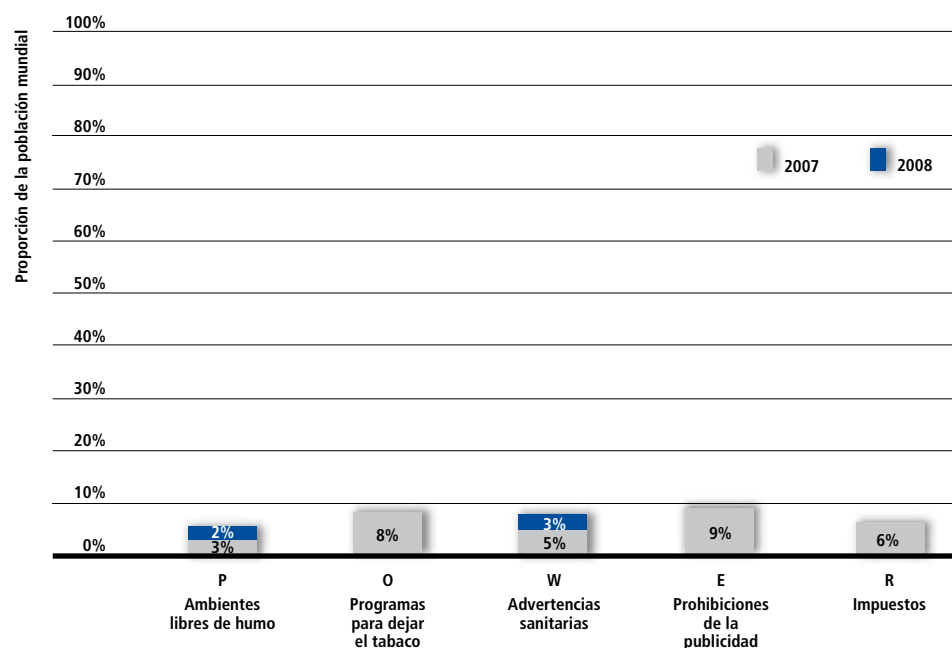




# SITUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO EN EL MUNDO, 2008



## AUMENTO DE LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL PROTEGIDA POR DETERMINADAS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO DESDE 2007



Nota: Este gráfico solo recoge los cambios de un 1% como mínimo. No se muestran aquí los datos relativos a la vigilancia por la falta de comparabilidad entre 2007 y 2008.

# El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), elaborado en respuesta a la mundialización de la epidemia de tabaquismo, es el primer tratado negociado por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud en virtud de las facultades que les confiere la Constitución de la OMS. Este instrumento fundamental para el control del tabaco a nivel mundial, que contiene obligaciones vinculantes para las Partes en el mismo, sirve de referencia para la reducción tanto de la demanda como de la oferta, al tiempo que ofrece orientaciones exhaustivas en relación con las políticas antitabáquicas en todos los niveles. El órgano rector del tratado, integrado por todas las Partes en el mismo, es la Conferencia de las Partes (COP), una entidad intergubernamental

encargada de supervisar la aplicación efectiva del CMCT.

Con el fin de abordar el complejo conjunto de determinantes relacionados con el consumo de tabaco, los negociadores del Convenio Marco de la OMS optaron por incluir en el texto tanto medidas de reducción de la oferta como medidas de reducción de la demanda. Las principales disposiciones relativas a la demanda están incluidas en el artículo 6 y los artículos 8 a 14, bajo los epígrafes que se indican a continuación:

Artículo 6. Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco

Artículo 8. Protección contra la exposición al humo de tabaco

Artículo 9. Reglamentación del contenido de los productos de tabaco

Artículo 10. Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco

Artículo 11. Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco

Artículo 12. Educación, comunicación, formación y concientización del público

Artículo 13. Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

Artículo 14. Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.

Las principales disposiciones relacionadas con la reducción de la oferta están contenidas en los artículos 15 a 17 del CMCT, titulados como sigue:

**La ciencia ha demostrado de forma inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.**





Artículo 15. Comercio ilícito de productos de tabaco

Artículo 16. Ventas a menores y por menores

Artículo 17. Apoyo a actividades alternativas económicamente viables

La adopción del Convenio Marco por los Estados Miembros de la OMS ha supuesto:

- la creación de un instrumento mundial para una acción concertada en la lucha contra la epidemia de tabaquismo;
- la reafirmación del derecho de todo ser

humano al goce del grado máximo de salud; y

- el fortalecimiento de la función del derecho internacional para la prevención y promoción de la salud.

Desde su entrada en vigor, el 27 de febrero de 2005, el CMCT se ha convertido en uno de los tratados con más adhesiones de la historia de las Naciones Unidas: actualmente cuenta con más de 160 Partes, que juntas representan a más del 86% de la población mundial. El poder de este tratado no solo reside en las obligaciones que establece, que son vinculantes

para todas las Partes, sino también en el hecho de que constituye una demostración formal del compromiso mundial de combatir el tabaquismo, que cada año mata a millones de personas y causa pérdidas económicas por valor de miles de millones de dólares.



# Artículo 8: Protección contra la exposición al humo de tabaco

Una abrumadora cantidad de datos, acopiados en el proceso de elaboración del CMCT, que demuestran los efectos beneficiosos de los ambientes libres de humo de tabaco vienen a avalar el artículo 8 del tratado (*Protección contra la exposición al humo de tabaco*), que incluye la afirmación general de que «la ciencia ha demostrado de manera inequívoca

que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad» (1). El artículo 8, que sienta las bases para la adopción de medidas internacionales destinadas a reducir la carga de morbilidad atribuible al humo ajeno, reviste particular importancia por cuanto impone a las Partes en el tratado la obligación legal de actuar en

esta esfera. La rotundidad de la formulación del artículo 8 y de las obligaciones en él establecidas han propiciado a nivel mundial mejoras innegables en lo que respecta a la protección de las personas contra la exposición al humo de tabaco, aunque queda mucho por hacer en la mayoría de los países y en todas las regiones.

## Directrices para la aplicación del artículo 8

Los objetivos de las directrices para la aplicación de este artículo son «prestar asistencia a las Partes en el cumplimiento de sus obligaciones con arreglo a lo previsto en el artículo 8 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, de manera compatible con las pruebas científicas relativas a la exposición al humo de tabaco ajeno y con las mejores prácticas mundiales en lo que respecta a la aplicación de medidas encaminadas a lograr ambientes libres de humo de tabaco... [e] identificar

los elementos principales de la legislación necesaria para proteger eficazmente a las personas contra la exposición al humo de tabaco, tal como requiere el artículo 8» (2).

El proceso de formulación de las directrices para la aplicación del artículo 8 surtió efectos rápidos y tangibles. Durante su segunda reunión, celebrada en julio de 2007, el grupo de trabajo presentó un proyecto de directrices para la aplicación del artículo 8, que la COP, que representa a todas las

Partes en el Convenio Marco, aprobó por unanimidad (2, 3).

La base en que se fundamentan las directrices aprobadas por la COP está en consonancia con los datos científicos disponibles y está respaldada por las mejores prácticas en esta esfera. Las directrices para la aplicación del artículo 8, que establecen elevados niveles de rendición de cuentas en relación con la observancia del tratado e incluyen una serie de principios y definiciones

**No existe un nivel inocuo de exposición al humo de tabaco. Todas las personas deben estar protegidas contra ese peligro.**



de términos, se componen en sustancia de cuatro secciones:

---

### El alcance de una legislación eficaz

En esta sección, las directrices indican que las Partes tienen la obligación de adoptar medidas que proporcionen protección *universal* contra la exposición al humo de tabaco en los lugares públicos cerrados, los lugares de trabajo interiores y los medios de transporte público. Se especifica asimismo que no hay exención alguna que se justifique sobre la base de argumentos sanitarios ni jurídicos y que cada Parte debe esforzarse por proporcionar este tipo de protección en el plazo de cinco años contados a partir de la fecha de entrada en vigor del tratado para esa Parte. Las directrices subrayan que el artículo 8 requiere la aplicación de medidas de protección también en esos «otros» lugares públicos, «según proceda» (3) y recuerdan que al identificar esos otros lugares las Partes deberán tener en cuenta las pruebas científicas con respecto a los posibles

peligros para la salud y estudiar las medidas más eficaces para proteger a la población.

---

### Informar, consultar y hacer participar al público a fin de asegurar su apoyo y una aplicación sin tropiezos

Esta sección se centra en la necesidad fundamental de lograr que la población comprenda y apoye las medidas legislativas relativas a los ambientes libres de humo de tabaco. Las directrices señalan que las Partes deberán hacer participar en el proceso de legislación a todos los interesados directos, en particular a las empresas que se verán más afectadas por las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco. El logro de elevados niveles de sensibilización y apoyo de la población, combinado con la aplicación rigurosa de las medidas legislativas pertinentes, obrará en favor de la ejecución de campañas educativas de amplio alcance que incluyan los siguientes mensajes clave:

1. la exposición al humo de tabaco ajeno causa daños importantes;
2. la eliminación del tabaco en los espacios

interiores es la única solución basada en datos científicos para asegurar una protección total contra la exposición;

3. todos los trabajadores tienen derecho a estar protegidos por ley, en condiciones de igualdad; y
4. los ambientes libres de humo de tabaco no afectan negativamente a los intereses económicos, en particular a los de la industria hostelera; la experiencia demuestra, por el contrario, que, además de resultar beneficiosos para la salud, reportan beneficios económicos en todos los sectores.

---

### Observancia

En la sección dedicada a la observancia, se indica que la legislación adoptada por cada una de las Partes deberá imponer responsabilidades legales con respecto al cumplimiento tanto por los fumadores como por los establecimientos mercantiles, y que estos últimos habrán de adoptar una serie de medidas consistentes, por ejemplo, en colocar carteles que indiquen la prohibición de fumar, retirar los ceniceros del local, supervisar la observancia de las normas y adoptar medidas contra las personas



que no las cumplan. Las sanciones aplicables en caso de incumplimiento de la ley, que penalizarán preferentemente a la empresa infractora antes que al fumador, deben ser lo bastante amplias y/o severas para tener un efecto disuasorio. Por otro lado, la legislación debe identificar a la autoridad responsable de la observancia, y prever un sistema tanto para vigilar el cumplimiento como para perseguir a los infractores. Las estrategias de observancia pueden incluir inmediatamente después de la promulgación de la ley un periodo inicial de «observancia poco estricta», durante el cual meramente se prevenga a los infractores, seguido de una transición gradual hacia una aplicación más contundente y rigurosa, que asegure un cumplimiento satisfactorio en el futuro. Las leyes que establecen ambientes

libres de humo de tabaco suelen cumplirse automáticamente en breve plazo; toda legislación sobre ambientes libres de humo de tabaco debe especificar el modo en que los miembros de la comunidad pueden presentar reclamaciones, ya que éstas a menudo constituyen el medio principal y más eficaz para asegurar el cumplimiento.

---

### Vigilancia y evaluación de las medidas

La vigilancia y evaluación de los efectos de las medidas aplicadas de conformidad con el artículo 8 es fundamental para mantener la sensibilización y el apoyo del público; examinar las mejores prácticas y

las enseñanzas extraídas; e identificar las maniobras de la industria tabacalera para socavar la aplicación de políticas de creación de ambientes libres de humo de tabaco. Las directrices prevén ocho indicadores de los procesos y resultados principales en relación con la vigilancia y evaluación (3).

Lo más destacable quizás sea que las directrices aprobadas por la COP para la aplicación del artículo 8 reiteran que no existe un nivel inocuo de exposición al humo de tabaco y que todas las personas deben estar protegidas contra ese peligro. Con estos principios en mente se ha elaborado el presente informe, centrado en el humo ajeno y en las medidas adoptadas por los gobiernos de las distintas partes del mundo para proteger a la población contra esta amenaza.

## Recomendaciones de la OMS

En apoyo de la preparación y redacción de las directrices de la COP para la aplicación del artículo 8, la OMS ha formulado una serie de recomendaciones de política detalladas adaptadas a los países para facilitar la adopción, así como la aplicación y observancia satisfactoria, de leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco (4). Basándose en datos probatorios relacionados

con la costoeficacia, la viabilidad y la aceptación de las políticas de promoción de los ambientes libres de humo de tabaco, y en las experiencias satisfactorias de un número rápidamente creciente de jurisdicciones en el mundo entero, la OMS hace las cuatro recomendaciones básicas de política enumeradas a continuación con miras a asegurar la protección de los trabajadores y

del público en general contra la exposición al humo ajeno (4):

1. Eliminar la fuente de contaminación – el humo del tabaco – creando ambientes 100% libres de humo. Ésta es la única estrategia eficaz para reducir la exposición al humo ajeno en los espacios interiores a niveles seguros y asegurar un grado de protección aceptable



contra los peligros asociados a la misma. No se recomienda recurrir a sistemas de ventilación o a la creación de zonas reservadas para fumar (ya sea con sistemas de ventilación independientes o sin ellos), puesto que no se trata de soluciones eficaces para reducir el grado de exposición a niveles de riesgo inocuos.

2. Promulgar leyes que exijan que los lugares de trabajo interiores y los lugares públicos cerrados sean ambientes totalmente libres de humo. Esas leyes deben proporcionar una protección universal, en condiciones de igualdad para todos. Las medidas de aplicación voluntaria no constituyen una respuesta aceptable para garantizar la debida protección. En algunas circunstancias, el principio de asegurar una protección universal eficaz puede requerir que también estén libres de humo determinados lugares de trabajo exteriores o cuasi exteriores.

3. Aplicar y hacer cumplir la ley. Promulgar leyes que promuevan la creación de ambientes libres de humo de tabaco no basta: es preciso que esas leyes se apliquen y se hagan cumplir debidamente y para ello se precisan una serie de esfuerzos y recursos relativamente pequeños pero fundamentales.

4. Organizar campañas de educación que reduzcan la exposición al humo ajeno en el

hogar, teniendo presente que cuando existen leyes sobre los lugares de trabajo libres de humo aumentan las probabilidades de que las personas (tanto las que fuman como las que no) conviertan voluntariamente su vivienda en un ambiente libre de humo de tabaco.

Este tipo de recomendaciones de política conforman el programa de control del tabaco de más amplio alcance impulsado por el CMCT. Con el fin de proporcionar a los Estados Miembros una asistencia técnica que les ayude a cumplir algunos de los compromisos contraídos en virtud del tratado, la OMS ha elaborado el plan MPOWER, que propone seis medidas de control del tabaco de demostrada eficacia para reducir el tabaquismo, consistentes en: aumentar los impuestos y los precios; prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la población del humo de tabaco ajeno; advertir de los peligros del tabaco; ofrecer ayuda a las personas que quieran abandonar el tabaco; y asegurar la vigilancia estricta de la epidemia y las políticas de prevención (5). Cada medida refleja una o más disposiciones del Convenio Marco de la OMS; la aplicación de este plan de seis medidas representa un punto de partida esencial para redoblar los esfuerzos encaminados a la reducción de la demanda de tabaco.

La OMS está elaborando, en el marco del plan MPOWER, material didáctico de contenido

práctico, así como instrumentos de evaluación, supervisión y vigilancia destinados a apoyar el CMCT y las directrices conexas. MPOWER es parte integrante del Plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado en 2008 por la 61.ª Asamblea Mundial de la Salud, y refleja el compromiso de los Estados Miembros en lo referente a la aplicación del Convenio Marco.



# Proteger a la población del humo de tabaco

## El humo de tabaco ajeno es peligroso para la salud

El humo ajeno es el humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo (humo lateral) o de otros productos de tabaco, generalmente en combinación con el humo exhalado por el fumador; sus componentes son similares a los del humo inhalado por el fumador activo (o corriente principal de humo) (6). Sin embargo, cada gramo de materia particulada es entre tres y cuatro veces más tóxico en el humo lateral que en la corriente principal de humo, y su nivel de toxicidad es superior a la suma de los niveles de toxicidad de los componentes que lo integran (7).

Se han identificado más de 4000 sustancias químicas en el humo de tabaco, de los que al menos 250 son demostradamente nocivas para la salud y más de 50 tienen efectos cancerígenos comprobados (8, 9). En los lugares donde está permitido fumar,

las personas pueden verse expuestas a importantes niveles de toxinas, ya que la contaminación causada por el humo de tabaco puede alcanzar niveles mucho más elevados que otras toxinas ambientales, como por ejemplo las partículas presentes en los gases de escape de los automóviles. Diversos estudios han demostrado que los niveles de contaminación en los espacios interiores en los que está permitido fumar son más elevados que los registrados en carreteras muy transitadas, en talleres mecánicos cerrados o durante tormentas de fuego (10).

El humo de tabaco ajeno, también denominado «humo de tabaco ajeno», puede pasar de un espacio a otro dentro de un mismo edificio, aunque las puertas se mantengan cerradas en las zonas de fumar. Las sustancias químicas tóxicas asociadas

a la contaminación por este tipo de humo no desaparecen en el momento en que se apaga el cigarrillo, ya que tienden a impregnar las alfombras, cortinas, prendas de vestir, alimentos, muebles y otros objetos. Estas toxinas pueden permanecer en una habitación semanas o incluso meses después de haberse fumado en ella (11, 12), aunque se abran las ventanas o se utilicen ventiladores o filtros de aire. De hecho, a veces se convierten en depósito de sustancias químicas, que en lugar de ser eliminadas vuelven a ser liberadas en el ambiente. Para hacer referencia a las toxinas del tabaco que van acumulándose con el paso del tiempo y acaban cubriendo la superficie de algunos elementos y objetos de las habitaciones, así como las pertenencias de los fumadores, a veces se emplea la expresión «humo de tercera mano o humo de tabaco residual» (13).





## SUSTANCIAS QUÍMICAS CONTENIDAS EN EL HUMO DE TABACO AJENO (LISTA NO EXHAUSTIVA)



**Se han detectado más de 4 000 sustancias químicas en el humo de tabaco.**



# Exposición al humo de tabaco ajeno y mortalidad prematura

El humo de tabaco ajeno está presente en prácticamente todos los lugares públicos en los que se permite fumar (14), y no existe ningún nivel de exposición que no entrañe riesgos (15).

En términos mundiales, se estima que alrededor de una tercera parte de los adultos están expuestos de forma regular al humo de tabaco ajeno (16). En la Unión Europea, el 14% de los no fumadores están expuestos al humo ajeno en el hogar, y una tercera parte de la población adulta activa lo está en su lugar de trabajo al menos durante parte de la jornada laboral (17). En el Canadá, aproximadamente una cuarta parte de los no fumadores afirman estar expuestos regularmente al humo ajeno en sus hogares, dentro de vehículos o en espacios públicos (18).

Se estima que en el mundo entero unos 700 millones de niños - es decir, aproximadamente un 40% de la población infantil total - están expuestos al humo de

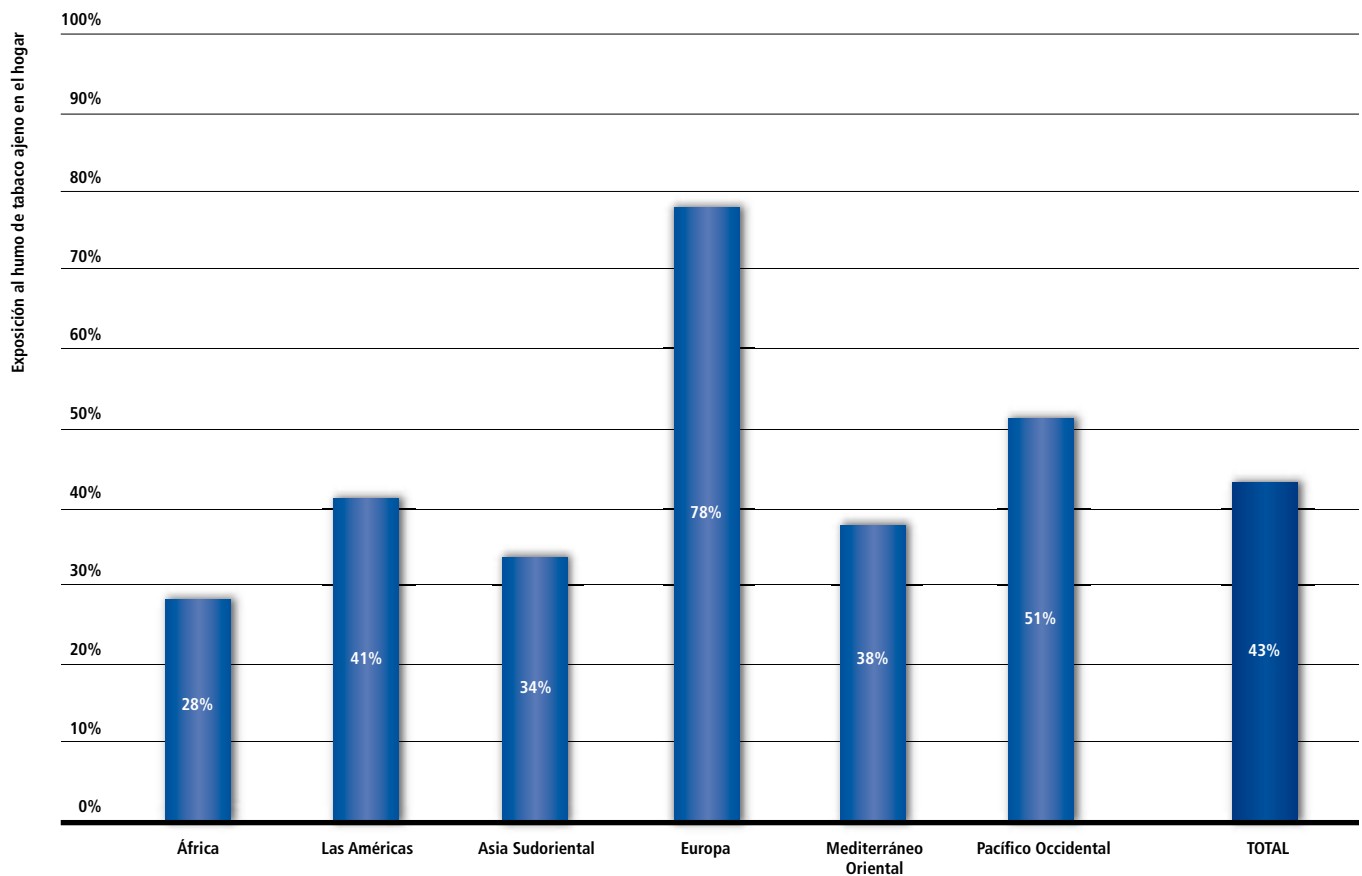
tabaco ajeno en sus hogares (19). La tasa media mundial de niños con al menos un progenitor fumador, según la definición empleada en la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, se estima en un 43% (20). Según los datos obtenidos de este estudio, entre los encuestados, cerca de la mitad de los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 15 años que no han fumado nunca están expuestos en sus casas al humo de tabaco ajeno; el porcentaje es similar en cuanto a su exposición en lugares distintos del hogar; estos jóvenes tienen una probabilidad entre 1,5 y 2 veces mayor de empezar a fumar que los que no padecen ese tipo de exposición (20).

Se estima que el humo de tabaco ajeno causa cada año en el mundo entero unas 600 000 muertes prematuras (16), es decir, prácticamente el mismo número de defunciones anuales provocadas por el sarampión o por complicaciones relacionadas con el parto (21). Del total de muertes

atribuibles al humo ajeno, un 31% se da en la población infantil. Entre los adultos, un 64% ocurre en la población femenina (16). En los Estados Unidos de América, se registran cada año unas 50 000 defunciones atribuibles al humo de tabaco ajeno, lo que representa alrededor de un 11% de la mortalidad relacionada con el tabaco (22). En la Unión Europea, la exposición al humo ajeno en el lugar de trabajo causa cada año un número estimado de 7 600 defunciones, a las que hay que añadir otras 72 100 muertes provocadas por la exposición en el hogar (23).



## PORCENTAJE MEDIO DE ADOLESCENTES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 13 Y LOS 15 AÑOS QUE VIVEN EN HOGARES CON PERSONAS QUE FUMAN, POR REGIONES DE LA OMS, 2008



Fuente: (20).



**Se estima que alrededor de una tercera parte de la población adulta mundial está expuesta de forma habitual al humo de tabaco ajeno.**

# La exposición al humo ajeno provoca graves problemas de salud

El hecho de que el tabaco tiene efectos nocivos en la salud quedó demostrado de manera concluyente hace más de 50 años (24). Ahora bien, el tabaco no solo causa enfermedades y mata a los fumadores: los no fumadores que respiran aire que contiene humo de tabaco ajeno también tienen mayores probabilidades de enfermar y morir.

En el cuarto de siglo transcurrido desde la confirmación de los riesgos para la salud relacionados con el humo de tabaco ajeno (25-27), se han elaborado 14 informes de consenso científico, a cargo de prácticamente todas las grandes instituciones médicas y científicas, como el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la OMS (6), la Oficina del Director General de Salud de los Estados Unidos (28), la Agencia de Protección Ambiental de California (29) y

el Comité Científico sobre Tabaco y Salud del Reino Unido (30), que confirman de forma rotunda que la exposición al humo de tabaco ajeno contribuye al padecimiento de diversas enfermedades graves y a menudo mortales en los no fumadores. Numerosos estudios confirman que el tabaquismo pasivo es causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad atribuibles a una amplia variedad de enfermedades (31). La exposición al humo de tabaco ajeno contribuye en aproximadamente un 1% a la carga mundial de morbilidad y representa entre un 10% y un 15% de la carga de morbilidad por tabaquismo activo (16). Por otro lado, está asociada a una menor calidad de vida sanitaria entre las personas que no han fumado nunca, ya que cuanto más elevados son los niveles de exposición, más bajos tienden a ser los grados de medición de la calidad de vida (32). En las viviendas

en las que se fuma, incluso los animales de compañía tienen mayores probabilidades de padecer cáncer (33-35).

En los lactantes que han estado expuestos a este riesgo, ya sea en el útero de la madre o después de nacer, se aprecian niveles de riesgo mayores de muerte prematura (36) e insuficiencia ponderal (37), y el riesgo de muerte súbita es el doble de elevado (38). Entre los niños expuestos al humo ajeno, el riesgo de padecer infecciones respiratorias agudas es entre un 50% y un 100% más elevado (39); también se observa en el citado grupo una mayor incidencia de las infecciones del oído (28) y un mayor riesgo de padecer discapacidades del desarrollo y problemas de conducta (40, 41).



**Respirar humo de tabaco ajeno tiene efectos graves y a menudo mortales en la salud.**

## ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL HUMO DE TABACO AJENO

### NIÑAS

Tumores de cerebro\*

Enfermedades del oído medio

Linfoma\*

Síntomas respiratorios, deficiencia pulmonar

Asma\*

Síndrome de muerte súbita del lactante

Leucemia\*

Enfermedades de las vías respiratorias inferiores

### ADULTAS

Ataque apopléjico\*

Irritación nasal, cáncer de senos nasales\*

Cáncer de mama\*

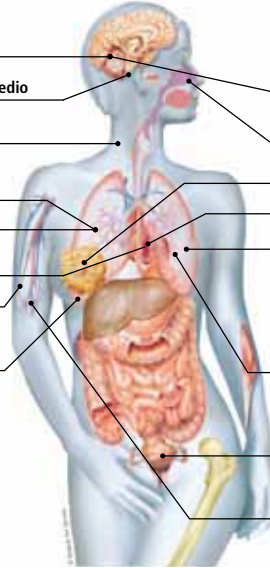
Cardiopatías coronarias

Cáncer de pulmón

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,\* síntomas respiratorios crónicos,\* asma,\* deficiencia pulmonar\*

Consecuencias obstétricas: insuficiencia ponderal del recién nacido; parto prematuro\*

Arterioesclerosis\*



\* Existen indicios de causalidad  
Existen pruebas de causalidad

### NIÑOS

Tumores de cerebro\*

Enfermedades del oído medio

Linfoma\*

Síntomas respiratorios, deficiencia pulmonar

Asma\*

Síndrome de muerte súbita del lactante

Leucemia\*

Enfermedades de las vías respiratorias inferiores

### ADULTOS

Ataque apopléjico\*

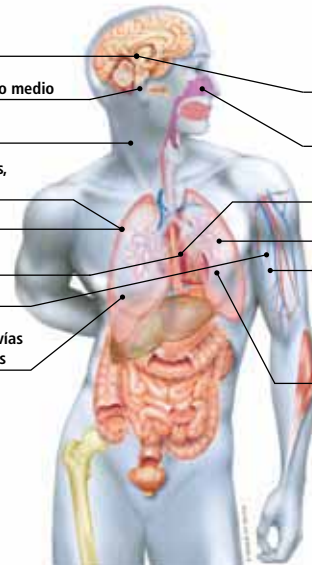
Irritación nasal, cáncer de senos nasales\*

Cardiopatías coronarias

Cáncer de pulmón

Arterioesclerosis\*

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,\* síntomas respiratorios crónicos,\* asma,\* deficiencia pulmonar\*



\* Existen indicios de causalidad  
Existen pruebas de causalidad



Fuente: (28).

# La amenaza económica del tabaquismo pasivo

Además de representar una carga importante y cada vez mayor para la salud, el tabaquismo pasivo también impone una pesada carga económica a las personas y a los países, tanto en términos de costos directos de atención sanitaria como en términos de costos indirectos achacables a una reducción de la productividad. Se calcula que solo en los Estados Unidos la exposición al humo de tabaco ajeno ocasiona anualmente costos directos de tipo médico por valor de US\$ 5 000 millones, a los que hay que sumar otros US\$ 5 000 millones por los costos indirectos relacionados con una disminución de la productividad debida a la pérdida de ingresos salariales por discapacidad y muerte prematura (42). Según estimaciones realizadas en 1994 por la Oficina de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos, el aire

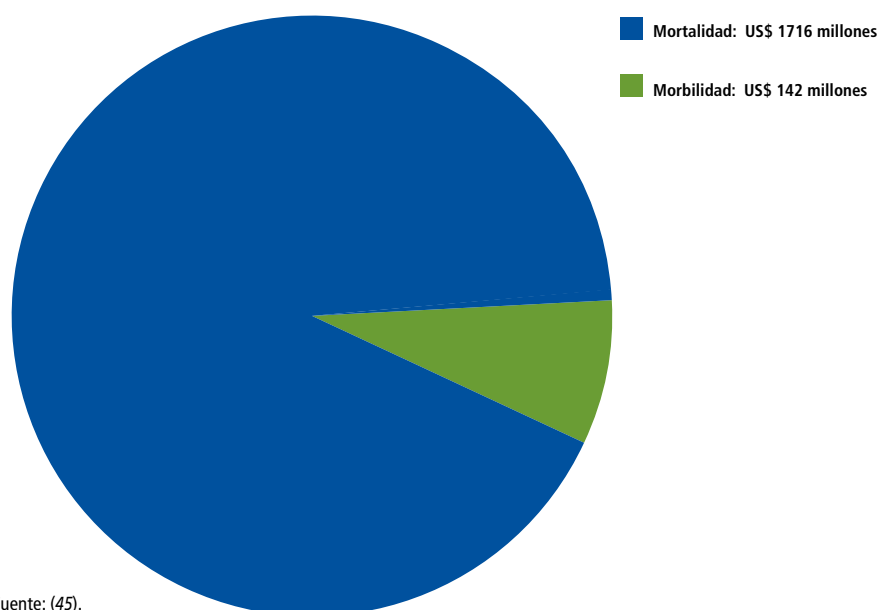
limpio de humo de tabaco incrementa la productividad en un 3% (43).

Las estimaciones efectuadas en el marco de varios estudios indican que un 10% del costo económico total relacionado con el tabaco se debe a la exposición al humo ajeno (44). En los Estados Unidos, los costos económicos atribuibles al consumo de tabaco ascienden a un total anual aproximado de US\$ 193 000 millones (de los cuales US\$ 96 000 millones corresponden a gastos de atención sanitaria relacionados con el tabaquismo y US\$ 97 000 millones a pérdidas de productividad) (22).

También se han llevado a cabo estudios económicos sobre el costo del consumo de tabaco en otros países, pero en la mayoría de los casos no se evalúan los

costos específicamente relacionados con la exposición al humo de tabaco ajeno. Los estudios que sí consignan datos de esta índole, muestran valores bastante similares a los obtenidos en los Estados Unidos. En la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), por ejemplo, los costos relacionados con la atención médica directa, la asistencia sanitaria prolongada y la pérdida de productividad atribuibles al tabaquismo pasivo ascienden a unos US\$ 156 millones anuales (aproximadamente US\$ 24 por habitante; un 23% de los costos totales relacionados con el tabaco) (45).

## COSTOS ATRIBUIBLES A LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD RELACIONADAS CON EL TABACO EN LA REGIÓN ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE HONG KONG (CHINA), 1998



# Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco reducen la exposición al humo ajeno

Según las conclusiones del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, «existen pruebas científicas suficientes que demuestran que la aplicación de políticas de ambientes libres de humo de tabaco contribuye a reducir de forma sustancial la exposición al humo de tabaco ajeno» (46). Los estudios sobre los efectos de las medidas de esta índole indican de forma sistemática que hacen reducir la exposición al humo ajeno entre un 80% y un 90% en ambientes donde la exposición es elevada, y que pueden propiciar una disminución de hasta un 40% en los niveles generales de exposición (47). Las personas que trabajan en ambientes libres de humo

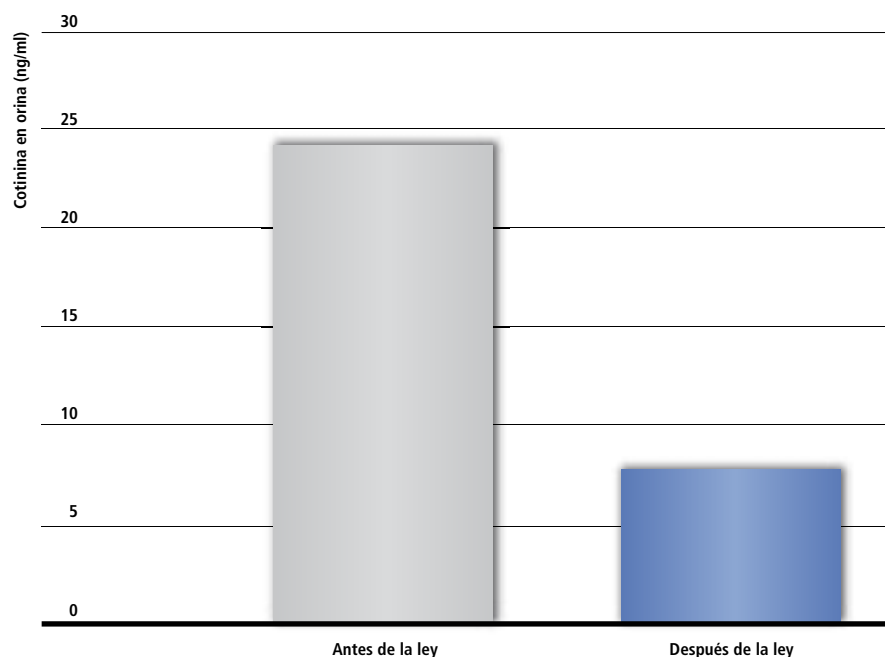
de tabaco presentan niveles de exposición entre tres y ocho veces menos elevados que otros trabajadores (48). En los adultos no fumadores que viven en comunidades donde se aplican leyes integrales sobre ambientes libres de humo de tabaco, las probabilidades de exposición al humo de tabaco ajeno son entre cinco y 10 veces menores que en los que viven en lugares desprovistos de una legislación de este tipo (49). El caso de Irlanda proporciona sólidas pruebas sobre los efectos positivos de la reducción de los niveles de exposición. Tras la aplicación en 2004 de una legislación sobre ambientes libres de humo de tabaco en el país, las concentraciones de nicotina y partículas en el aire ambiente en

espacios cerrados supervisados disminuyeron en un 83%. Asimismo, se registró entre los empleados de los bares una disminución del 79% en los niveles de monóxido de carbono en el aire exhalado y una reducción del 81% en los valores de cotinina en saliva.\* La exposición de este grupo de trabajadores al humo de tabaco ajeno bajó drásticamente, pasando de 30 a cero horas semanales (50, 51).

Estas conclusiones han sido confirmadas en numerosos otros lugares con una legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco en vigor. En Toronto (Canadá), una ley introducida en 2004 que impone la

## Las políticas sobre ambientes libres de humo de tabaco reducen la exposición al humo de tabaco ajeno entre un 80% y un 90% en los ambientes con niveles de exposición elevados.

NIVELES DE COTININA EN ORINA ENTRE EMPLEADOS DE BAR EN TORONTO (CANADÁ), ANTES Y DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE UNA LEGISLACIÓN INTEGRAL SOBRE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO



Fuente: (52).

\* El análisis de las concentraciones de cotinina en saliva o en orina se utiliza como marcador biológico para medir la exposición al humo de tabaco ajeno.

prohibición total de fumar en los bares permitió reducir los niveles de cotinina en orina\* entre los empleados de bar en un 68% en apenas un mes, mientras que los empleados de bar pertenecientes a una comunidad de control seleccionada para el estudio en la que no se aplicaba ninguna ley de ese tipo no presentaban ningún cambio significativo en esos valores (52). En Escocia, la legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco promulgada en 2006 propició una reducción del 86% en la concentración de partículas en suspensión en los pubs (53) y una disminución

de los valores de cotinina en saliva entre los no fumadores adultos equivalente al 39% (47).

En el estado de Nueva York, los niveles de cotinina en saliva en adultos no fumadores disminuyó un 47% en el primer año tras la aprobación de una prohibición completa de fumar en 2003 (54); en Nueva Zelandia, la legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco promulgada en 2004 al parecer ha reducido la exposición de los encargados de bar al humo de tabaco ajeno en alrededor de un 90% (55); y en Finlandia,

una ley sobre ambientes libres de humo de tabaco aplicada a nivel nacional ha propiciado la reducción de los niveles de exposición del humo ajeno en los lugares de trabajo a los que se aplican sus disposiciones: el porcentaje de trabajadores que declaraban estar expuestos al humo de tabaco pasó del 51%, antes de la introducción de la ley, al 12%, transcurridos tres años desde su entrada en vigor (56).

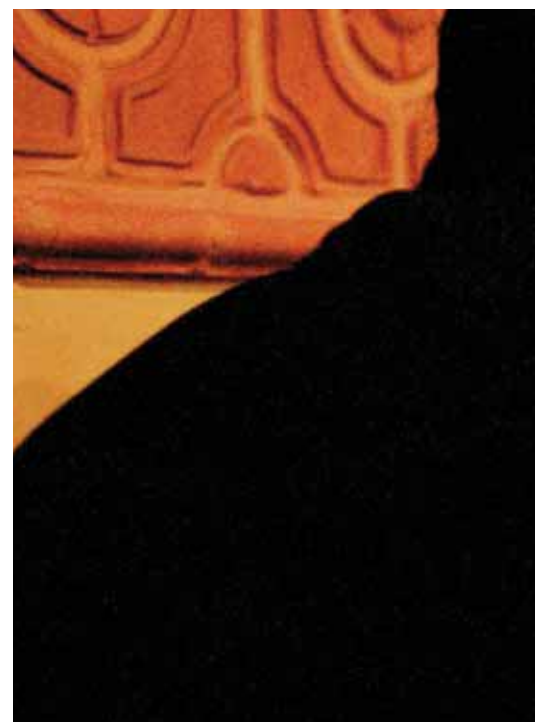
## Es necesario hacer cumplir de la ley para garantizar la debida protección contra el humo de tabaco ajeno

Basándose en los datos científicos disponibles, la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, ha concluido que los ambientes completamente libres de humo de tabaco son la única solución de eficacia demostrada para proteger debidamente a la población contra los efectos nocivos del humo ajeno, ya que no existe ningún nivel de exposición que pueda considerarse aceptable (2).

Una vez promulgada una ley sobre ambientes libres de humo de tabaco, los gobiernos deben apoyarla con decisión a través de medidas ejecutivas activas uniformes que propicien elevados niveles de observancia, al menos hasta el momento en que la ley empiece a cumplirse automáticamente. Aunque un creciente número de países ha introducido legislación que obliga a crear ambientes libres de humo de tabaco, la

mayoría de ellos carecen de estas leyes - o solo cuentan con disposiciones de un alcance muy limitado -, o no logran hacerlas cumplir eficazmente. Una legislación que es completa pero que no se ejecuta debidamente no previene la exposición al humo ajeno; tampoco brinda la suficiente protección una ley que solo se aplique a determinados espacios, por muy bien que se haga cumplir.

**Los ambientes completamente libres de humo de tabaco son la única solución de eficacia demostrada para proteger a la población debidamente contra los efectos nocivos del humo ajeno.**





Garantizar la plena observancia de las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco es esencial para darles credibilidad, sobre todo en el periodo inmediatamente posterior a su promulgación (57). La adopción activa, junto con la divulgación pública, de medidas destinadas a hacer cumplir esas leyes, puede ser necesaria durante ese periodo para poner de manifiesto el firme empeño del gobierno por garantizar su observancia. En ese sentido, la realización de inspecciones sin previo aviso por las instancias públicas competentes puede resultar muy eficaz.

Una vez alcanzado un elevado nivel de cumplimiento, a menudo es posible reducir la

aplicación de medidas ejecutivas formales, ya que las normas relativas a los ambientes libres de humo de tabaco suelen acabar aplicándose de manera automática en los lugares donde el público y la comunidad empresarial apoyan las políticas y leyes pertinentes. Atribuir al propietario o encargado de los locales la responsabilidad de mantener los ambientes libres de humo de tabaco es la manera más eficaz de garantizar el cumplimiento. En muchos países, la ley dispone que los propietarios de establecimientos mercantiles tienen la obligación legal de asegurar a sus empleados un lugar de trabajo seguro. Imponer multas u otras sanciones a los propietarios de establecimientos mercantiles ofrece más

probabilidades de garantizar la observancia que multar uno a uno a los fumadores infractores.

Es fundamental supervisar sistemáticamente la aplicación de la legislación y el impacto de la misma. Determinar, y dar a conocer públicamente, la ausencia de repercusiones negativas en la actividad empresarial tras la introducción de una legislación sobre ambientes libres de humo de tabaco contribuirá aún más a la observancia y aceptación de las leyes en cuestión.

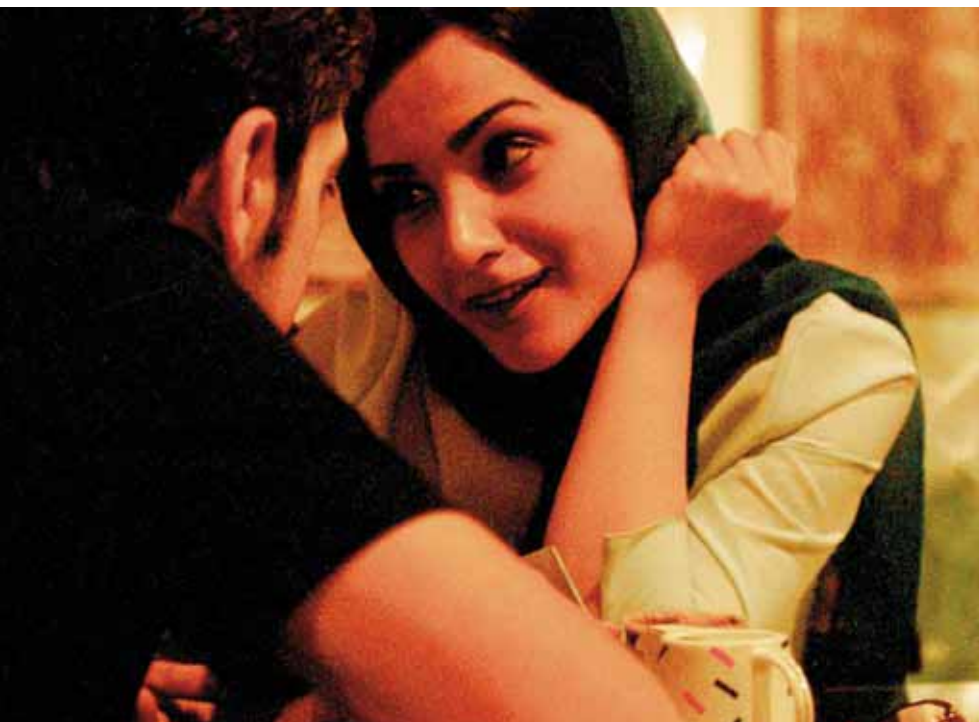
## Los sistemas de ventilación y las zonas reservadas para fumar no son eficaces

Fumar en cualquier lugar de un edificio aumenta considerablemente las concentraciones de humo de tabaco ajeno, incluso en los ambientes libres de humo de tabaco (58). Separar físicamente a los fumadores de los no fumadores permitiendo que se fume únicamente en los espacios especialmente designados al efecto solo reduce la exposición al humo ajeno en

alrededor de la mitad, de modo que brinda meramente una protección parcial (59).

La ASHRAE (American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers) concluyó en 2005 que la aplicación de una ley integral sobre ambientes libres de humo de tabaco es el único medio eficaz para eliminar los riesgos asociados al humo de tabaco

ajeno y que no se debe recurrir a los sistemas de ventilación para controlar la exposición a esos riesgos y sus efectos en la salud (60, 61). Esta toma de posición coincide con otras conclusiones en cuanto a la ineficacia de la utilización de sistemas de ventilación y zonas reservadas para fumar a fin de prevenir la exposición al humo ajeno (62, 63).



**Los sistemas de ventilación y las zonas reservadas para fumar no previenen la exposición al humo de tabaco ajeno.**

# Impacto sanitario de las normativas sobre ambientes libres de humo de tabaco

## Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco contribuyen a la reducción de los síntomas respiratorios

Dado que propician una disminución inmediata de los niveles de contaminación y exposición al humo ajeno (64), las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco propician mejoras en la salud respiratoria al poco tiempo de su promulgación. En Escocia, los empleados de bar experimentaron, a los tres meses de la introducción de una legislación integral en la materia, una disminución del 26% de los síntomas respiratorios; los trabajadores asmáticos pasaron a tener las vías respiratorias menos inflamadas (65). En California, los empleados de bar registraron una reducción del 59% en los síntomas respiratorios y una disminución del 78% en los síntomas de irritación de los órganos sensoriales transcurridas ocho semanas desde la implantación de una nueva ley que prohíbe fumar en los locales de hostelería (66).

## Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco contribuyen a la reducción de la morbilidad por cardiopatías

Incluso los niveles bajos de exposición al humo ajeno tienen un efecto clínico importante en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (67). Los ambientes libres de humo de tabaco reducen la incidencia de infarto de miocardio entre la población general prácticamente de inmediato, incluso en los primeros meses siguientes a su implantación (68). Diversos estudios confirman la disminución de las hospitalizaciones por

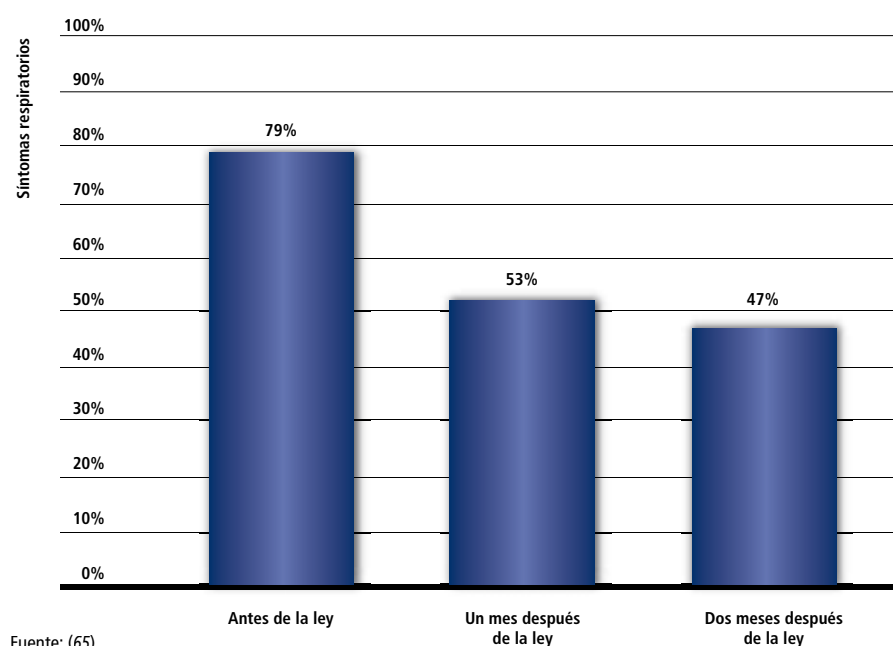
infarto de miocardio tras la promulgación de una legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco (69-74). Por otra parte, muchos de esos estudios, realizados en jurisdicciones subnacionales (estados/provincias y municipios) pertenecientes a países en los que no hay en vigor ninguna legislación nacional en la materia, muestran no solo el impacto de las medidas legislativas en cuestión, sino también los beneficios potenciales asociados a la promulgación de leyes a nivel local cuando no se aplican prohibiciones de alcance nacional.

## Se espera en que las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco contribuyan a reducir los casos de cáncer de pulmón

Debido a que suele transcurrir mucho tiempo entre la exposición al humo de tabaco ajeno

y la aparición de un cáncer de pulmón, aún no se dispone de datos exhaustivos sobre la disminución potencial de la morbilidad por esta enfermedad después de la introducción de políticas sobre ambientes libres de humo de tabaco. Entre 1988 y 2004, periodo durante el cual California implantó una legislación integral en la materia, las tasas de morbilidad por cáncer de pulmón o de bronquios disminuyeron cuatro veces más rápido en dicho estado que en el resto de los Estados Unidos de América, aunque ello puede atribuirse, al menos en parte, al hecho de que la prevalencia del tabaquismo se redujo en California de forma más drástica que en el resto del país, donde esa tendencia ya se había iniciado a comienzos de los años ochenta (75).

## SÍNTOMAS RESPIRATORIOS ENTRE EMPLEADOS DE BAR EN ESCOCIA, ANTES Y DESPUÉS DE LA INTRODUCCIÓN DE UNA LEGISLACIÓN INTEGRAL SOBRE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO



Fuente: (65).

# Otros beneficios de las normativas sobre ambientes libres de humo de tabaco

## Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco ayudan a los fumadores a reducir o abandonar el consumo de tabaco

Los ambientes libres de humo no solo protegen a los no fumadores sino que además reducen el consumo de tabaco en los fumadores habituales en entre dos y cuatro cigarrillos diarios (76) y ayudan a quienes quieren dejar de fumar, así como a los que ya lo han logrado, a abandonar el tabaco a largo plazo. En los Estados Unidos, el consumo por habitante es entre un 5% y un 20% inferior en los estados en los que hay en vigor leyes integrales sobre

ambientes libres de humo de tabaco que en los que carecen de ellas (77).

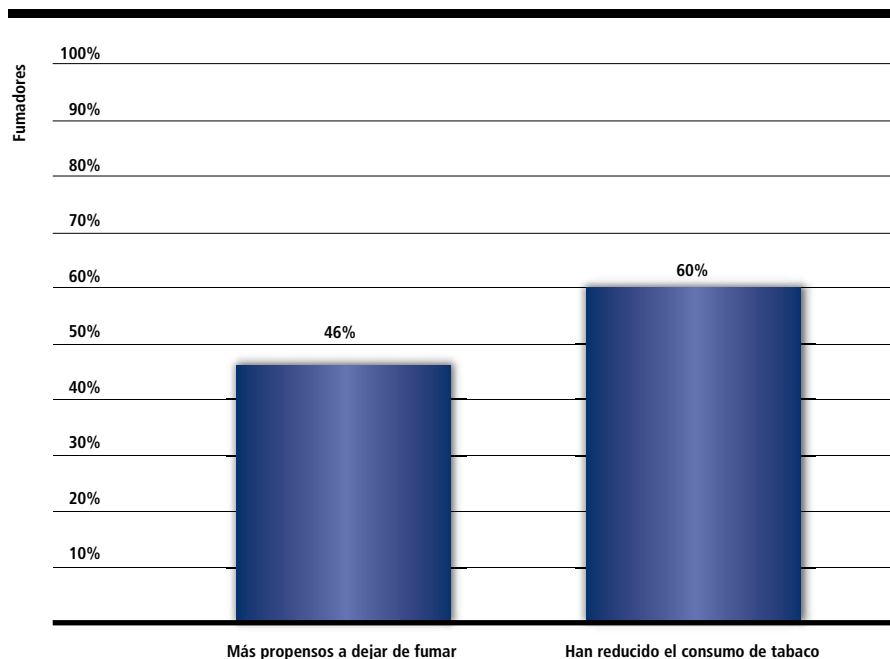
Se estima que la prohibición total de fumar en lugares trabajo implantada en varias naciones industrializadas ha reducido la prevalencia del tabaquismo entre los trabajadores en un promedio del 3,8%, el consumo medio de tabaco entre los trabajadores que siguen fumando en 3,1 cigarrillos diarios, y el consumo total de tabaco entre los trabajadores en un promedio del 29% (78). Las personas que trabajan en lugares completamente libres de humo de tabaco tienen prácticamente el doble de posibilidades de dejar de fumar que las que trabajan en lugares donde no se aplican este tipo de

políticas, y el consumo diario de quienes siguen fumando se reduce en cerca de cuatro cigarrillos al día (79).

Tras la promulgación de una legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco en Irlanda, alrededor del 46% de los fumadores declararon que la nueva ley les había hecho más propensos a dejar de fumar; el 80% de quienes consiguieron abandonar el tabaco afirmaron que la ley les había ayudado a lograrlo y el 88% que la ley les estaba ayudando a no retomar el hábito (80). En Escocia, el 44% de las personas que habían dejado de fumar indicaron que la legislación sobre ambientes libres de humo de tabaco les había ayudado a abandonar el tabaco (81).

## Los ambientes libres de humo de tabaco no solo protegen a los no fumadores sino que además reducen el consumo de tabaco en los fumadores habituales y ayudan a quienes quieren dejar de fumar.

### IRLANDA: EFECTOS DE LA LEY SOBRE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS FUMADORES



Fuente: (80).

## Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco propician la creación de hogares libres de humo

Las legislaciones que crean espacios públicos libres de humo de tabaco también alientan a las familias a mantener sus hogares libres de humo (82), protegiendo así a los niños y otros miembros de la familia contra el tabaquismo pasivo (83). En Australia, la introducción, en los años noventa, de leyes que crean lugares

de trabajo libres de humo de tabaco, ha ido acompañada gradualmente de un incremento de la proporción de adultos que evitan exponer a sus hijos al humo de tabaco ajeno en el hogar (84). Incluso entre los fumadores, es bastante frecuente que tomen la iniciativa de no fumar en casa tras la promulgación de una legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco (85, 86). La adopción voluntaria de medidas para mantener el hogar libre de humo también contribuye a reducir el tabaquismo entre los adultos y los

jóvenes. Los hogares libres de humo reducen la probabilidad de que los jóvenes que conviven con no fumadores comiencen a experimentar con el tabaco. Los adolescentes que viven en hogares donde está permitido fumar tienen prácticamente el doble de probabilidades de comenzar a hacerlo, incluso si los adultos que conviven con ellos son no fumadores, que los pertenecientes a hogares en los que no se fuma (87).

# Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco son populares

Las encuestas de opinión pública muestran que las legislaciones sobre ambientes libres de humo de tabaco son sumamente populares, dondequiera que se promulguen, incluso entre los fumadores, y que esa aceptación tiende a aumentar con el tiempo en los lugares donde se aplican. En general, donde más apoyo reciben las normas sobre ambientes libres de humo de tabaco es en los hospitales y demás centros de atención sanitaria, y donde menos, en los bares y pubs (88-90).

En 2006, el Uruguay pasó a ser el primer país de la Región de las Américas completamente libre de humo, con la puesta en vigor de una

prohibición de fumar aplicable a todos los espacios públicos, incluidos bares, restaurantes y casinos. La ley contó con el apoyo de ocho de cada 10 uruguayos, y fue respaldada por cerca de dos terceras partes de los fumadores del país (91). Tras la adopción, en 2004, de una serie de leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco en Nueva Zelanda, el 69% de la población se manifestó a favor del derecho de toda persona de trabajar en un ambiente libre de humo (92).

En Irlanda, la ley que crea lugares de trabajo libres de humo, introducida en marzo de 2004, fue calificada de eficaz por el 96% de

la población general, incluido el 89% de los fumadores (93). En California, se comprobó que el 75% de la población aprobaba las leyes sobre lugares de trabajo libres de humo, incluidos restaurantes y bares, transcurridos los primeros años desde su promulgación en ese estado, en 1998 (94).

Aunque en China escasean los lugares públicos libres de humo, el 90% de los habitantes de las grandes ciudades, sean o no fumadores, están a favor de que se prohíba fumar en los medios de transporte público y en las escuelas y hospitales (95). Más del 80% de la población urbana apoya la introducción



**En todos los países en los que se ha introducido una ley integral sobre ambientes libres de humo de tabaco, los ambientes libres de humo de tabaco gozan de gran aceptación y tienen un impacto nulo o positivo en la actividad empresarial.**

de una normativa sobre ambientes libres de humo de tabaco aplicable a los lugares de trabajo, y aproximadamente la mitad está a favor de que se prohíba fumar en restaurantes

y bares (95). En Rusia, donde también hay en vigor pocas restricciones sobre el consumo de tabaco en los lugares públicos, cerca de una tercera parte de la población se muestra

favorable a la introducción de una prohibición total de fumar en los restaurantes (96).

## Las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco no perjudican la actividad empresarial

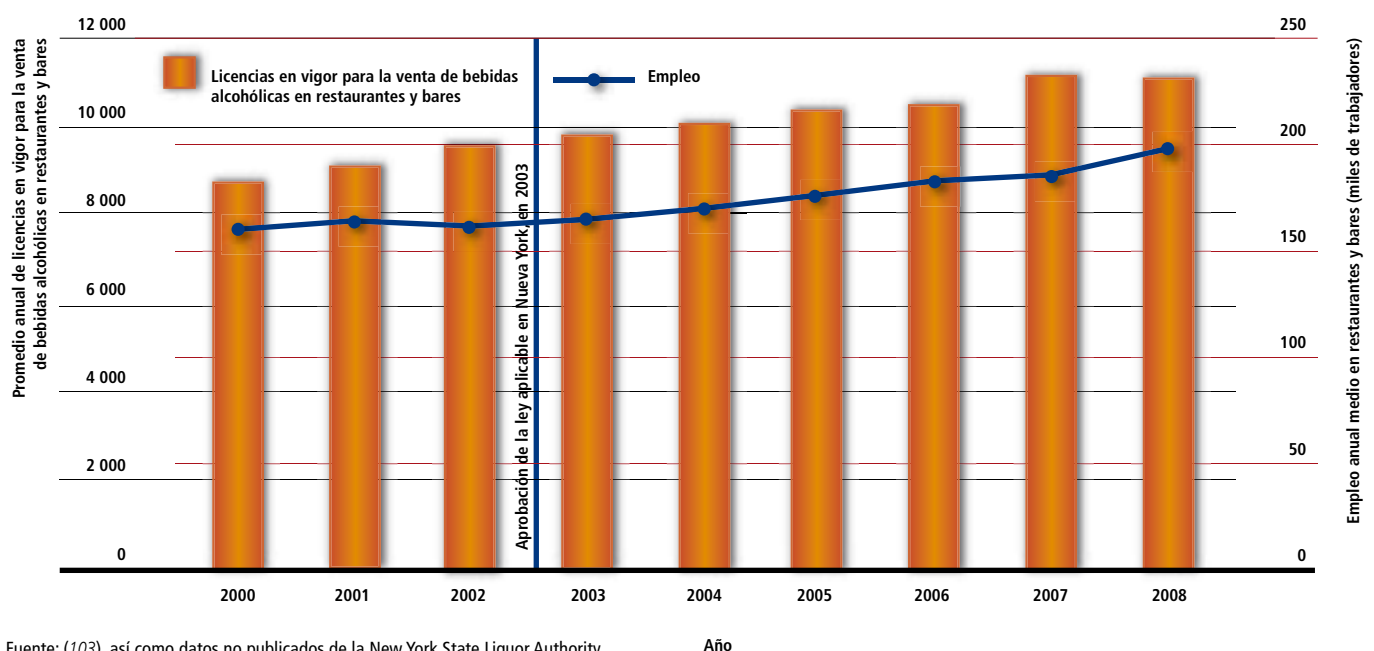
Pese a las voces de alarma lanzadas desde la industria tabacalera y la hostelería, la experiencia ha demostrado que en todos los países en los que se ha introducido una legislación sobre ambientes libres de humo de tabaco, los espacios libres de humo de tabaco gozan de gran aceptación, que no se han registrado problemas para aplicar o hacer cumplir las medidas conexas, y que el impacto en la actividad empresarial, incluida la hostelera, es nulo o positivo (97, 98). Se han alcanzado conclusiones similares en todas las jurisdicciones examinadas, entre ellas Australia, el Canadá, los Estados Unidos de América y el Reino Unido (99); Noruega (100); Nueva Zelandia (101); el estado de California (102); la ciudad de Nueva York (103); y varios estados y municipios de los Estados Unidos de América (104).

En la ciudad de Nueva York, donde la legislación sobre ambientes libres de humo de tabaco se implantó en dos etapas (una primera fase, en 1995, que abarcaba la mayoría de los lugares de trabajo, incluida la mayor parte de los restaurantes, y una segunda fase, en 2003, en la que la prohibición se hizo extensiva a los bares y al resto de los restaurantes), el empleo en el sector de la restauración aumentó tras la promulgación de la ley de 1995 (105). La tasa de empleo combinada correspondiente a los bares y los restaurantes y los ingresos de esos sectores aumentaron en el año siguiente a la adopción de la ordenanza de 2003 (103), tendencia ésta que se ha mantenido desde entonces.

Tampoco se observaron tras la introducción de una legislación completa sobre los ambientes libres de humo de tabaco cambios estadísticos

significativos en los indicadores económicos referentes a la industria hostelera en Massachusetts (106), ni perjuicios económicos en los establecimientos de restauración y bares en la ciudad estadounidense de tamaño medio de Lexington (Kentucky) (107), ni ningún impacto económico adverso en el turismo en Florida (108). Se comprobó asimismo que en lo que respecta a la venta de bares ubicados en comunidades con leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco los precios eran similares a los pagados por locales similares en zonas en las que no se aplican restricciones antitabáquicas (109). Este tipo de datos probatorios de carácter económico pueden ser de utilidad para demostrar que las afirmaciones de la industria tabacalera según las cuales la creación de ambientes libres de humo de tabaco causa perjuicios económicos son infundadas (97, 110).

### EMPLEO ANUAL MEDIO EN LOS RESTAURANTES Y BARES DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK, ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LEGISLACIÓN SOBRE AMBIENTES LIBRES DE



Fuente: (103), así como datos no publicados de la New York State Liquor Authority y la New York City Economic Development Corporation.

Nota: Promedio anual medio calculado a partir de los totales mensuales.

# La industria tabacalera intenta evitar la introducción de legislaciones que prevean la creación de ambientes totalmente libres de humo

Para la industria tabacalera no es ninguna novedad que el humo que sale de la punta encendida del tabaco presenta concentraciones más elevadas de sustancias carcinógenas que el humo de tabaco que exhala el fumador (7). En un informe confidencial de 1978, la industria calificaba la creciente preocupación del público en general por la exposición al humo de tabaco ajeno como «el factor más peligroso registrado hasta la fecha para la viabilidad de la industria tabacalera» (111). La industria reconoce la eficacia de los ambientes libres de humo de tabaco y también el hecho de que la aplicación de excepciones puede debilitar su impacto. Según un informe interno elaborado en 1992 por Philip Morris: «La prohibición total de fumar en el lugar de trabajo perjudica sobremanera al volumen de negocios del sector. (...) La aplicación de restricciones menos severas en esos ambientes, como la creación de zonas reservadas para fumar, tienen un impacto mucho menor en las tasas de abandono del tabaco y una repercusión mínima en el consumo» (112).

En un intento de socavar las campañas de restricción del consumo de tabaco, la industria tabacalera ha intentado en reiteradas ocasiones crear controversias pseudocientíficas. Sin embargo, el objetivo final de ese tipo de iniciativas respaldadas por la industria es mantener

la aceptabilidad social del acto de fumar e impedir la adopción de políticas realmente eficaces que creen espacios públicos y lugares de trabajo totalmente libres de humo (113). Las medidas propugnadas como adaptaciones «razonables» por la industria tabacalera, como el empleo de sistemas de ventilación y la creación de zonas reservadas para fumar, también debilitan el efecto deseado de las medidas legislativas, por cuanto siguen permitiendo la exposición de las personas al humo ajeno y reducen la motivación de los fumadores para dejar el tabaco (114).

Pese al fundamento científico irrefutable de las conclusiones sobre los efectos nocivos del humo ajeno, la industria tabacalera se empeña en tildarlas de meras «especulaciones», con la finalidad obvia de desacreditarlas (115). Asimismo, se ha servido de algunos grupos de presión para lograr que algunas personas se mostraran renuentes a aceptar esas conclusiones. Buena parte de los intentos por desacreditar los estudios científicos sobre los efectos del humo de tabaco ajeno en la salud son promovidos por la industria tabacalera, que elabora y divulga sus propios estudios tendenciosos para minimizar los efectos nocivos del humo ajeno por temor a que las restricciones antitabáquicas traigan consigo una reducción de las ventas y ganancias (116-119). La industria tabacalera

también se ha dedicado a lanzar ataques contra los investigadores consagrados al estudio de los efectos del humo de tabaco ajeno, cuestionando su motivación o cualificación, lo que no le ha impedido reconocer a nivel interno la validez de las conclusiones resultantes (120, 121).

Si un investigador cuenta con apoyo financiero de la industria tabacalera o está afiliado a la misma, las probabilidades de que concluya que el humo de tabaco ajeno no es nocivo para la salud se multiplican por 100 (122). Muchas de las investigaciones financiadas por la industria tabacalera no se publican en revistas médicas revisadas por otros expertos, son de dudosa calidad científica, y por tanto no deben utilizarse en contextos científicos, jurídicos o normativos a no ser que su calidad venga avalada por un examen independiente (123). La industria del tabaco incluso ha intentado crear sus propias revistas médicas con revisión científica externa para publicar estudios sobre los efectos del humo ajeno que redunden en favor de sus intereses (124). Un tribunal federal de los Estados Unidos de América ha dictaminado que las afirmaciones de la industria tabacalera según las cuales la exposición al humo de tabaco ajeno no causa enfermedades son «fraudulentas» (125).

## La industria tabacalera ha intentado en reiteradas ocasiones crear controversias pseudocientíficas en un intento de socavar las campañas de restricción del consumo de tabaco.

# Recomendaciones clave

A continuación se enumeran una serie de recomendaciones clave – conformes con las directrices para la aplicación del artículo 8 del CMCT – basadas en las enseñanzas extraídas de las experiencias de varios países y cientos de jurisdicciones subnacionales y locales que han logrado implantar con éxito leyes que exigen que los lugares de trabajo y los lugares públicos interiores estén totalmente libres de humo de tabaco (4):

1. Para proteger la salud pública, se necesita una legislación que exija ambientes completamente libres de humo, y no medidas de aplicación voluntaria.
2. La legislación en cuestión, además de completa, debe ser sencilla, clara y de obligado cumplimiento.
3. Es preciso adoptar medidas en todos los niveles jurisdiccionales en los que sea posible lograr una legislación eficaz.
4. Es crucial prever la oposición de la industria tabacalera, a menudo movilizadas a través de terceros, y responder a la misma.
5. La participación de la sociedad civil es fundamental para lograr una legislación eficaz.
6. La educación y la celebración de consultas con los principales interlocutores son imprescindibles para garantizar una aplicación sin tropiezos.
7. Para asegurar una aplicación satisfactoria, es fundamental un plan eficaz de aplicación y observancia, junto con la oportuna estructura ejecutora; dentro de ese marco, se recomienda recurrir, entre otras cosas, a enjuiciamientos severos que incluyan la imposición de sanciones o el cierre de establecimientos si el infractor es reincidente.
8. Supervisar la aplicación y observancia es primordial, como también lo es medir el impacto de los ambientes libres de humo de tabaco; asimismo, y en la medida de lo posible, se documentarán las experiencias y se darán a conocer los resultados a otras jurisdicciones para ayudarlas en sus esfuerzos

por introducir y aplicar debidamente una legislación eficaz.

9. Separar físicamente a los fumadores de los no fumadores (por ejemplo, creando salas especiales para los primeros) o instalar sistemas de ventilación en las zonas en las que está permitido fumar no elimina el riesgo sanitario resultante de la exposición al humo ajeno.

Todas las personas, con independencia de que sean fumadoras o no, son vulnerables a los efectos sanitarios nocivos del tabaco ajeno, y los gobiernos tienen la obligación de proteger su salud como derecho humano fundamental (3). Este deber está implícito en el derecho a la vida y en el derecho al disfrute del más alto grado posible de salud, reconocidos en numerosos instrumentos jurídicos internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. Los citados derechos, recogidos formalmente en el Preámbulo del Convenio Marco de la OMS, han sido ratificados en las constituciones de más de 100 países. Ha quedado demostrado que los acuerdos voluntarios, frecuentemente promovidos por la industria del tabaco como «solución de compromiso», no son suficientemente eficaces para alcanzar los objetivos de salud pública porque no eliminan – y en el mejor de los casos solo reducen – la exposición al humo de tabaco ajeno (126). La aplicación de una legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco constituye la mejor estrategia para reducir ese riesgo.

Algunos avances logrados en fecha reciente han puesto de manifiesto la viabilidad de los ambientes libres de humo, lo que ha generado en el mundo entero un mayor interés por su promoción. Aunque aún queda mucho por hacer en esta esfera, hay muchos ejemplos de mejoras en la aplicación de las políticas pertinentes. Incluso la prohibición de fumar en restaurantes, bares y otros establecimientos hosteleros, que suelen ser considerados

como los lugares más difíciles de convertir en ambientes libres de humo, se ha implantado satisfactoriamente en varios países, con una observancia prácticamente universal y un firme apoyo público. Esas experiencias pueden servir de ejemplo a otros países para crear ambientes libres de humo de tabaco y hacer extensivos estos últimos a la enorme mayoría de la población mundial que sigue sin estar protegida contra los efectos nocivos de la exposición al humo de tabaco ajeno.

No existe ningún nivel inocuo de exposición al humo de tabaco. El riesgo sanitario que supone la exposición al humo ajeno es la principal razón de ser de la prohibición de fumar en los lugares de trabajo y espacios públicos, ya que cuando una persona decide encender un cigarrillo, ello perjudica a las personas de su entorno. Los ambientes libres de humo garantizan el derecho de los no fumadores a respirar aire limpio, alienta a los fumadores a dejar el tabaco y permite a los gobiernos avanzar en sus esfuerzos de prevención del tabaquismo mediante la adopción de medidas sanitarias sumamente populares.

# La aplicación de medidas eficaces está cobrando auge



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

### Las actividades de vigilancia deben ser representativas y repetirse periódicamente

La vigilancia, el seguimiento y la evaluación conforman la piedra angular del proceso de elaboración de una política de control del tabaco debidamente documentada. Aunque varias disposiciones del CMCT exigen la recopilación de datos, el artículo 20 (*Investigación, vigilancia e intercambio de información*) y el artículo 21 (*Presentación de informes e intercambio de información*)

describen a grandes rasgos los requisitos de vigilancia que sientan las bases para asegurar el oportuno seguimiento.

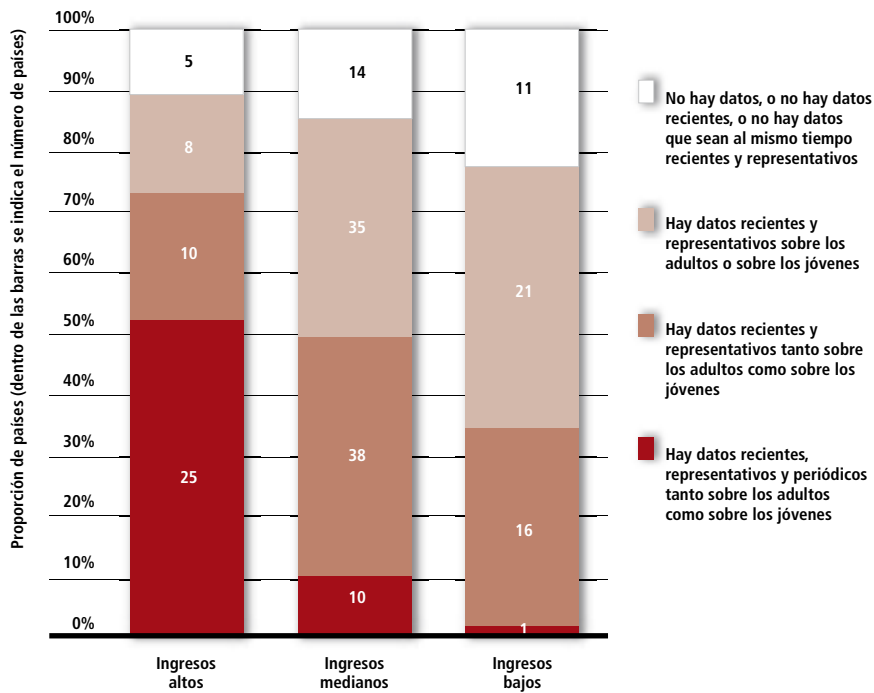
Los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación deben emplear prácticas de recopilación y análisis de datos normalizados y científicamente válidos. Las encuestas de población basadas en una muestra representativa y aleatoria, con un tamaño suficientemente amplio, pueden proporcionar las estimaciones requeridas; estos instrumentos pueden centrarse exclusivamente en el

consumo de tabaco o combinarse con encuestas relativas a otras cuestiones sanitarias prioritarias que interesen al ministerio de salud de un determinado país. Es fundamental que esas encuestas se repitan a intervalos regulares, empleando las mismas preguntas y las mismas técnicas de muestreo y análisis y notificación de datos. Asegurar la comparabilidad de los datos correspondientes a diferentes periodos es imprescindible para poder seguir de cerca y evaluar debidamente el impacto de las intervenciones de control del tabaco a lo largo del tiempo. Una opción es



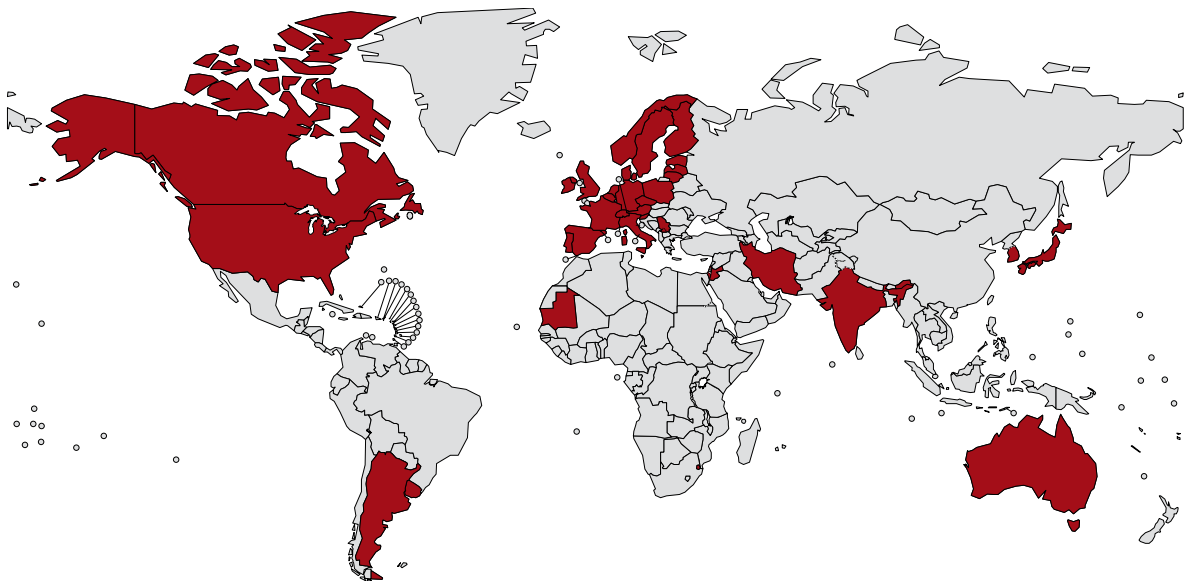


## VIGILANCIA



**Las actividades de vigilancia pueden generar datos que proporcionen argumentos poderosos para defender un mayor control del tabaco.**

VIGILANCIA DEL CONSUMO DE TABACO – PAÍSES CON LOS MEJORES RESULTADOS, 2008



incorporar preguntas normalizadas relativas al consumo de tabaco dentro de las encuestas demográficas o censos ya implantados.

Existen asimismo otras actividades de vigilancia fundamentales, como por ejemplo la evaluación del modo en que el Gobierno asegura el cumplimiento de las medidas antitabáquicas y su observancia social, con énfasis especial en la recaudación tributaria y la evasión de impuestos, los ambientes libres de humo, y las prohibiciones relativas a la publicidad y comercialización del tabaco.

También hay que supervisar el alcance y la forma que adquieren las actividades de publicidad, comercialización y promoción del tabaco, incluida la promoción de eventos tanto públicos como privados por parte de la industria tabacalera. La importancia de eliminar la interferencia de esta última en las iniciativas de control del tabaco se reconoce en el artículo 5.3 del Convenio Marco de la OMS, que estipula que las Partes «actuarán de una manera que proteja dichas políticas [de salud pública] contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria». En el entendimiento de que esta disposición es un elemento crucial para asegurar un control eficaz del tabaco, la Conferencia de las Partes

adoptó en noviembre de 2008 por consenso una serie de directrices para su aplicación (3).

Las actividades de vigilancia pueden generar datos que proporcionen argumentos poderosos para defender un mayor control del tabaco; es importante dar amplia difusión a los resultados obtenidos, de modo que los gobiernos, los dirigentes nacionales y la sociedad civil puedan aprovecharlos para elaborar políticas de control del tabaco y crear la capacidad necesaria para una aplicación y ejecución eficaz de las otras intervenciones previstas en el plan de medidas MPOWER.

---

### **Solo una tercera parte de los países disponen de datos recientes, representativos y obtenidos periódicamente repetidas de sistemas de vigilancia.**

■ En general, las actividades de vigilancia arrojan resultados más satisfactorios en los países de ingresos altos. Donde más se precisa de mejoras es en los países de ingresos bajos y medianos, ya que en ellos el tabaquismo está aumentando más rápidamente.

- Más del 20% de los países de ingresos bajos y alrededor de un 15% de los países de ingresos medios carecen de datos nacionales sobre la prevalencia del tabaquismo entre los adultos o los jóvenes, o solo disponen de datos que no son recientes y/o representativos.
- Un total de 100 países, que representan a un 55% de la población mundial (frente a un 48% en 2007) cuentan con datos recientes y representativos sobre la prevalencia del tabaquismo tanto en los adultos como en los jóvenes, obtenidos de encuestas realizadas en 2003 o con posterioridad a esa fecha. Sin embargo, solo 36 países, que representan al 34% de la población mundial, recopilan ese tipo de datos de forma periódica (es decir, a intervalos de cinco años o menos).

## **La vigilancia, el seguimiento y la evaluación conforman la piedra angular del proceso de elaboración de una política de control del tabaco debidamente documentada.**

# Turquía amplía las encuestas sobre el tabaquismo

La disponibilidad de datos sobre la prevalencia y las tendencias del tabaquismo entre los adultos y los jóvenes que sean de fecha reciente y representativos de la población nacional es un factor clave para dirigir con éxito un programa de control del tabaco. Turquía ha mostrado un firme empeño por asegurar la vigilancia necesaria, en primer lugar con la celebración, en 2003, de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS), para la cual se basó en una muestra representativa a nivel nacional y regional de estudiantes con edades comprendidas entre los 13 y 15 años, y, en segundo lugar, con la realización, en ese mismo año, de la Encuesta Nacional de Salud de la OMS.

El país ha repetido en 2009 la encuesta GYTS con muestras representativas a nivel nacional y regional correspondientes a cuatro divisiones geográficas (las tres ciudades principales - Ankara, Estambul e Izmir - y el resto del país). Este representativo diseño muestral permitirá realizar comparaciones directas entre los datos de 2003 y 2009 y determinar los avances y escollos de las intervenciones adoptadas por Turquía en materia de control del tabaco.

En diciembre de 2008, Turquía destacó por ser el primer país en completar la compilación de datos para la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos

(GATS), una nueva encuesta concebida como componente del Sistema Mundial CDC/OMS de Vigilancia del Tabaco. Esta herramienta se ha introducido en 14 países de ingresos bajos y medianos con un número de fumadores elevado. Se trata de una encuesta domiciliaria normalizada sobre el consumo de tabaco entre los adultos que recoge datos sobre la población de 15 años o más en cuanto a: la prevalencia y las tendencias del tabaquismo; la exposición al humo ajeno; los intentos de abandono del tabaco; la exposición a los medios de comunicación; y los conocimientos, actitudes y percepciones en relación con los efectos nocivos del tabaquismo y con las medidas de control del tabaco.

Los resultados de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos en Turquía revelan que el 31% de los adultos de 15 años o más (un 48% de la población masculina y un 15% de la femenina) son fumadores habituales. La prevalencia del tabaquismo es especialmente importante entre los 25 y 44 años, grupo de edad en el que un 40% se autodefine como fumador habitual. Más de la mitad de la población adulta de Turquía no ha fumado nunca, y un 95% de los adultos tienen conocimiento de las advertencias sanitarias incluidas en las cajetillas de cigarrillos.



## Seguimiento de las actividades de la industria tabacalera en Nigeria

Además de recabar datos sobre la prevalencia del tabaquismo y otros indicadores relacionados con el consumo de tabaco, también es necesario seguir de cerca las actividades de la industria tabacalera. En África, ésta ha ido reforzando sobremanera su presencia en los últimos años, organizando, entre otras cosas, agresivas campañas comerciales, orientadas sobre todo a los jóvenes.

En Nigeria, la ONG ambientalista Environmental Rights Action/Friends of the Earth (Nigeria ERA/FOTEN) ha logrado identificar diversos grupos de presión creados y utilizados por la industria del tabaco para ayudarla a llevar a cabo sus actividades. La organización ha denunciado casos de prácticas injustas de la industria para con los cultivadores de tabaco y su indiferencia al empleo de mano de obra infantil, ha

revelado la organización de conciertos de música, y otros eventos que atraen a la juventud, patrocinados por la industria, en los que se han distribuido gratuitamente cigarrillos y productos relacionados con el tabaco, y ha sacado a la luz programas de cooperación de la industria con diversas instituciones públicas, así como iniciativas centradas en la responsabilidad social de las empresas.

ERA/FOTEN también ha fortalecido considerablemente la capacidad de muchas organizaciones más pequeñas para participar en las actividades de vigilancia de la industria y en iniciativas comunitarias de promoción; asimismo, está encabezando la formación de la Alianza para el Control del Tabaco en Nigeria, una coalición de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el ámbito de la lucha antitabáquica.

# Proteger a la población del humo de tabaco

## Avances en la aplicación de medidas para la creación de ambientes libres de humo de tabaco

Entre 2007 y 2008, se han registrado notables progresos en cuanto a la protección de la población contra los efectos nocivos del humo ajeno. Siete países (Colombia, Djibouti, Guatemala, Mauricio, Panamá, Turquía y Zambia) se unieron en 2008 al grupo de países con políticas integrales en la materia, con lo que el número total de jurisdicciones nacionales con una legislación completa sobre ambientes libres de humo de tabaco aumentó a 17.

En términos mundiales, la población total cubierta por leyes integrales que promueven ambientes libres de humo de tabaco pasó del 3,1% al 5,4% en apenas un año, lo que hizo aumentar el número de personas protegidas a nivel mundial contra los efectos nocivos del humo ajeno en 154 millones. Varios de los países pasaron de carecer totalmente de una ley nacional, o de prever solo una protección mínima en determinados tipos de espacios públicos o lugares de trabajo, a asegurar una protección completa en todos los tipos de ambientes.

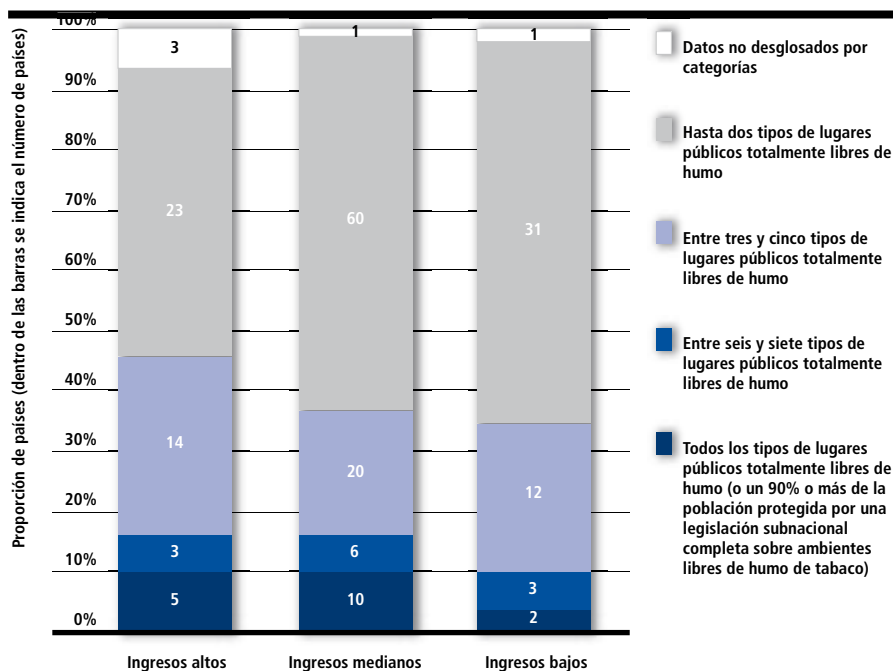
Con todo, sigue habiendo 114 países, en diferentes niveles de desarrollo económico, que continúan mostrando niveles bajísimos de protección legal, que van de la ausencia total de medidas para asegurar ambientes libres de humo de tabaco a la aplicación de políticas que únicamente abarcan uno o dos de los ocho tipos de lugares públicos objeto de evaluación. En cerca de la mitad de los países de ingresos altos y casi dos terceras partes de los países de ingresos bajos y medianos, los niveles de protección son bajísimos. Más de un tercio de los países de ingresos altos, alrededor de una cuarta parte de los de ingresos medianos y aproximadamente una tercera parte de los países de ingresos bajos presentan niveles intermedios de protección, lo que significa que tres o más, pero no la totalidad, de los distintos tipos de espacios públicos y lugares de trabajo están completamente libres de humo.

Los mejores resultados en cuanto a la promulgación de leyes integrales sobre ambientes libres de humo de tabaco se han registrado entre los países de ingresos medianos: seis de los siete países adicionales que han introducido nuevas políticas en esta

esfera, aseguran una protección completa que abarca a todos los lugares públicos.

En varios países, para promover significativamente los ambientes libres de humo de tabaco, incluidos bares y restaurantes, se planteó la necesidad política de incluir en las leyes excepciones que permitiesen la creación de zonas reservadas para fumar. Los requisitos relativos a esas zonas son tan rigurosos y complejos desde el punto de vista técnico que se preveía que en la práctica solo un número reducido, o incluso nulo, de establecimientos, tratarían de construir ese tipo de espacios. Dado que no se han solicitado datos sobre el número de salas para fumadores que han llegado a crearse, pese a las complejidades técnicas, es imposible saber si las citadas leyes han logrado la ausencia total de ese tipo de espacios, como era su objetivo. Por ese motivo, los países en cuestión no han sido distribuidos por categorías en los análisis efectuados para la presente sección. En futuras iniciativas de recopilación de datos, se subsanará esta laguna y se evaluará también el grado de cumplimiento de la ley en esta esfera. Como señalábamos al

## LEGISLACIÓN SOBRE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO





de observancia que las leyes aplicables únicamente a determinados lugares públicos. Los países que carecen de una prohibición total tienden a arrojar los niveles de observancia más bajos.

En los países más ricos, las probabilidades de lograr niveles altos de cumplimiento de las legislaciones integrales sobre ambientes libres de humo de tabaco son mayores. En el grupo de ingresos altos, cuatro de los cinco países que han implantado una legislación nacional completa en la materia presentan niveles de observancia elevados (un país no ha notificado datos al respecto). Solo tres de los 10 países de ingresos medianos con una legislación completa registran niveles altos de cumplimiento; ninguno de los dos países de ingresos bajos con una legislación integral en esta esfera ha notificado grados de observancia elevados, lo que parece indicar que las leyes en cuestión no brindan a la población una protección completa.

El grado de cumplimiento de las medidas sobre ambientes libres de humo de tabaco varía en función del tipo de espacio; cerca

de la mitad de los países que aplican esas medidas (alrededor del 50%) han notificado niveles de observancia elevados en al menos uno de los sectores. Los tipos de espacio para los que se han notificado los grados de cumplimiento más elevados son: los medios de transporte público (la observancia es elevada en el 50% de los países), los interiores de oficinas (49%), los servicios de salud (42%), las instituciones docentes diferentes de las universidades (38%), los restaurantes (32%) y los bares (30%).

### Los países con leyes integrales sobre ambientes libres de humo de tabaco son más propensos a contar con disposiciones rigurosas para asegurar su cumplimiento

En 2008 se recogieron por primera vez datos sobre la existencia de disposiciones legislativas que tienen por objeto asegurar el cumplimiento de las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco. Los países de ingresos altos son más propensos a aprobar

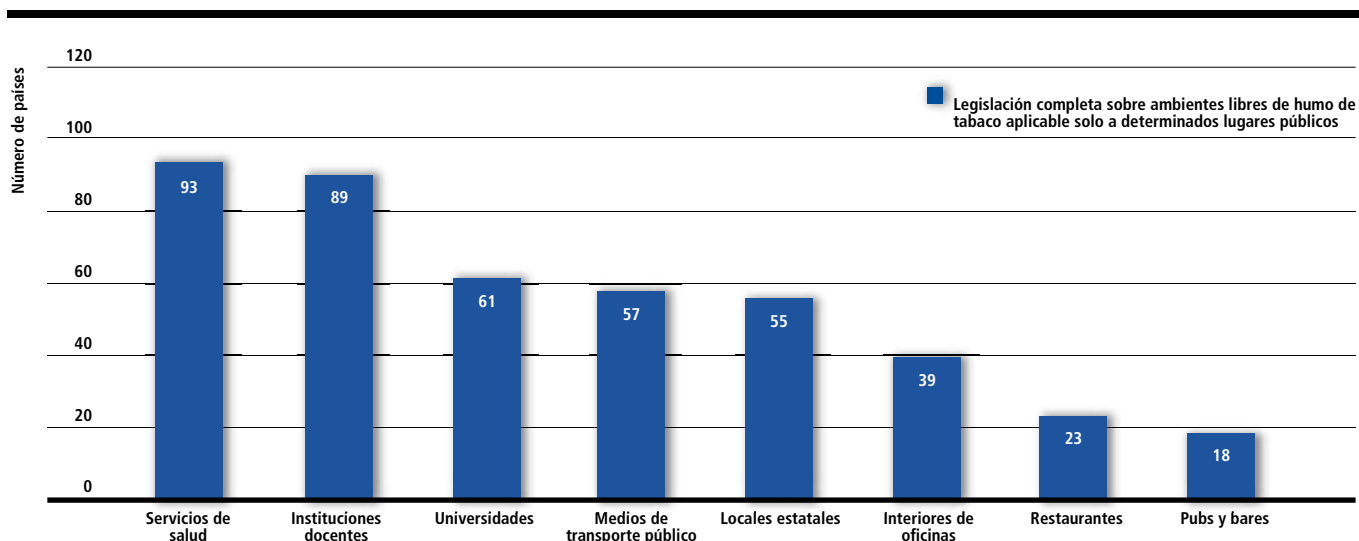
mecanismos estrictos para hacer cumplir este tipo de legislaciones, incluidas disposiciones como la aplicación de sanciones a las empresas o establecimientos que infringen la ley y la implantación de un sistema de reclamaciones para denunciar las infracciones. En tres de los cinco países de ingresos altos con leyes completas sobre ambientes libres de humo de tabaco hay en vigor disposiciones legales que permiten la aplicación de mecanismos rigurosos y transparentes para asegurar el cumplimiento de las mismas. En el grupo de ingresos medianos, esa proporción es de ocho de un total de 10 países, y en el grupo de ingresos bajos cuenta con un mecanismo de esa índole uno de los dos países en los que todos los lugares públicos han sido declarados ambientes libres de humo de tabaco.

### Legislaciones sobre ambientes libres de humo de tabaco a nivel subnacional

En 2008 se recogieron por primera vez datos sobre la aplicación de legislaciones sobre ambientes libres de humo de tabaco

## El cumplimiento de las políticas sobre ambientes libres de humo de tabaco varía considerablemente, presentando las prohibiciones totales mayores probabilidades de observancia que las restricciones parciales.

### SITUACIÓN DE LA LEGISLACIÓN SOBRE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO, POR TIPOS DE LUGARES PÚBLICOS



PAÍS	POBLACIÓN PROTEGIDA POR UNA LEGISLACIÓN COMPLETA SOBRE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO EN GRANDES JURISDICCIONES SUBNACIONALES		POBLACIÓN TOTAL (MILES DE PERSONAS)
	PORCENTAJE	NÚMERO (MILES DE HABITANTES)	
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	100	61 019	61 019
Canadá	98	32 589	33 170
Australia	96	20 142	20 951
Emiratos Árabes Unidos	29	1 292	4 503
Estados Unidos de América	28	84 999	308 798
República Centroafricana	14	623	4 424
Iraq	14	4 069	29 492
Argentina	12	4 813	39 934
México	8	8 605	107 801
Suiza	4	329	7 512
Venezuela (República Bolivariana de)	3	873	28 122
China	1	7 000	1 344 074
<b>Total</b>	<b>3.4</b>	<b>226 320</b>	<b>Población mundial: 6 741 434</b>

a nivel subnacional. Muchos países cuentan con sistemas de gobierno en los que las jurisdicciones de los estados o provincias, así como las de carácter local, tienen importantes atribuciones legislativas y están facultadas para promulgar leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco (u otro tipo de leyes) sin depender para ello del gobierno nacional.

Dentro del nutrido grupo de países que no han promulgado ninguna legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco a nivel nacional, algunas jurisdicciones subnacionales han logrado implantar su propio conjunto completo de leyes. A menudo,

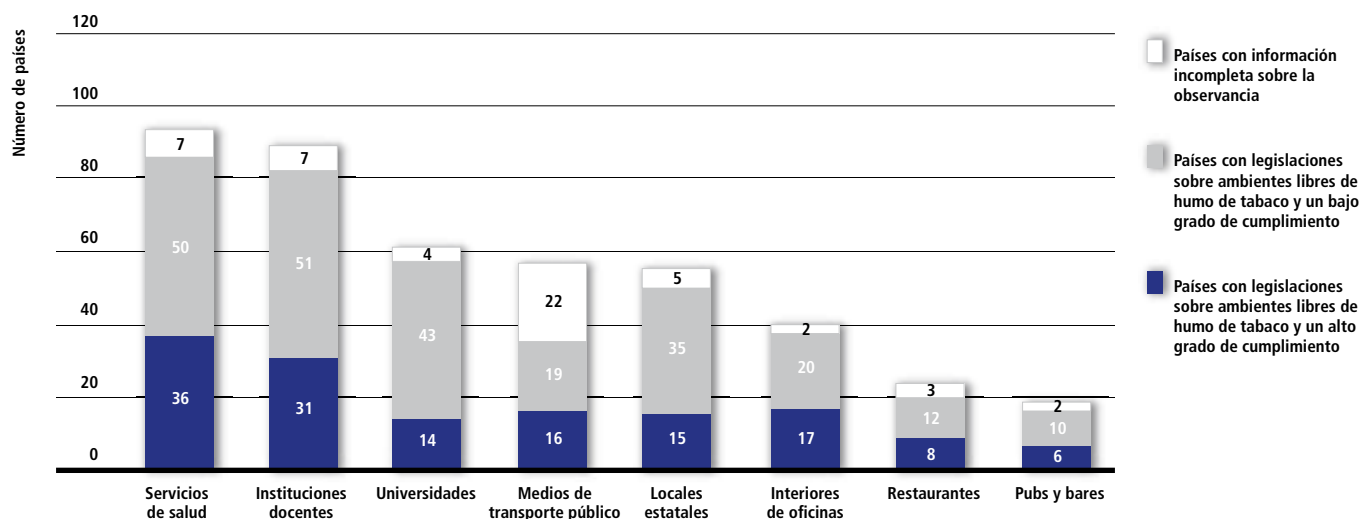
resulta políticamente más viable introducir una legislación sobre ambientes libres de humo de tabaco que cubra a una población más pequeña, por ejemplo una determinada ciudad o provincia. En algunos países (en particular, en Australia, el Canadá y los Estados Unidos de América), los gobiernos de los estados o provincias tienen amplias atribuciones legislativas, reservadas en la mayoría de los países al gobierno nacional.

Hoy por hoy, el 7% de la población de los países de ingresos altos está protegida por una legislación integral sobre ambientes libres de humo de tabaco a nivel nacional, y otro 8%, a nivel subnacional. En cambio,

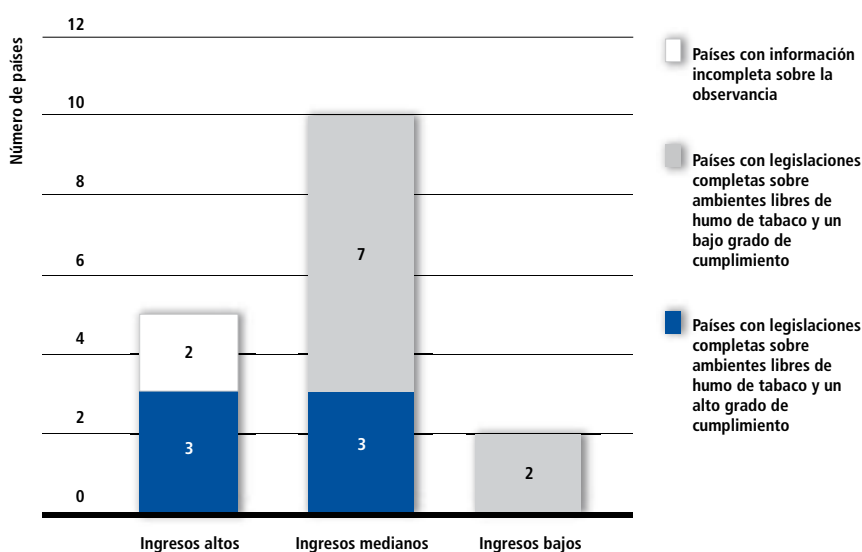
en los países de ingresos medianos y bajos, prácticamente no se han adoptado legislaciones de ese tipo a nivel subnacional, aunque muchas jurisdicciones tendrían la autoridad jurídica para hacerlo.

Si todas las jurisdicciones legalmente facultadas para implantar políticas integrales sobre ambientes libres de humo de tabaco hicieran uso de esa atribución, se brindaría protección contra el humo ajeno a un total adicional de 3300 millones de personas. Dicho de otro modo, el 53% de la población no cubierta actualmente por una legislación de esa índole podría, en potencia, ser protegida por leyes aprobadas a nivel subnacional.

## CUMPLIMIENTO DE LAS LEGISLACIONES SOBRE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO, POR TIPOS

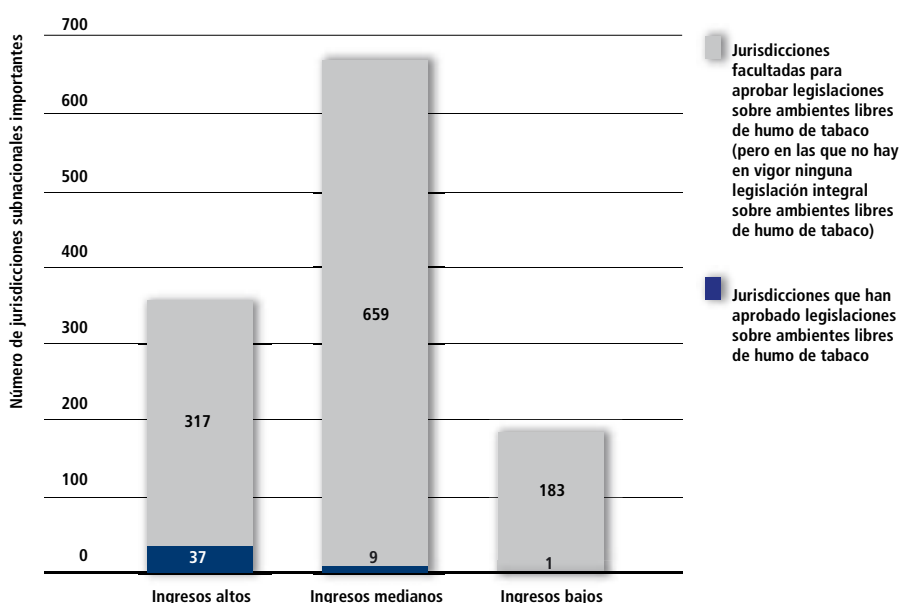


## CUMPLIMIENTO DE LAS LEGISLACIONES COMPLETAS SOBRE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO

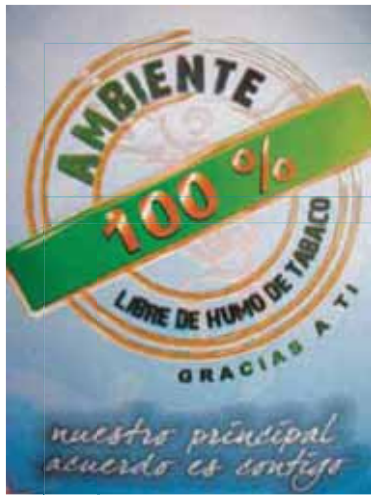


**Al implantar nuevas políticas, también es importante asegurar que éstas alcancen elevados niveles de observancia, para así proteger a las personas en la práctica y no solo sobre el papel.**

## NIVELES POTENCIALES DE PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN CONTRA LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO AJENO EN EL PLANO SUBNACIONAL







## México D.F. se convierte en una ciudad totalmente libre de humo de tabaco

México Distrito Federal (Ciudad de México o México D.F.), con una población de cerca de 9 millones de habitantes, aprobó en febrero de 2008 una ley integral sobre ambientes libres de humo de tabaco que prohíbe fumar en lugares públicos y de trabajo

cerrados, incluido el transporte público, los bares y los restaurantes. Antes de la entrada en vigor de esta ley, entre los adultos cerca del 40% de los hombres y el 17% de las mujeres se declaraban fumadores actuales, lo que revela una prevalencia del tabaquismo considerablemente mayor que en el resto del país. Con anterioridad a febrero de 2008, ya había en vigor algunas medidas de protección contra la exposición al humo ajeno, pero su cumplimiento era prácticamente nulo.

El Jefe de Gobierno de México D.F. y la Asamblea Legislativa lograron, con el apoyo de activistas clave del control del tabaco, que la Ley de Ambientes Libres de Humo de 2008 brindara a toda la población de México D.F. protección contra la exposición al humo de tabaco ajeno. El Gobierno de México D.F. y los defensores del control del tabaco aunaron fuerzas para asegurar un firme apoyo y una participación activa en todas las etapas del proceso político, consiguieron que diversos interlocutores de la sociedad civil coordinaran iniciativas de apoyo a las leyes sobre ambientes libres de

humo de tabaco, pusieron en marcha una estrategia mediática de gran envergadura, que contó con la valiosa participación de diversos activistas políticos y de la sociedad civil, y aseguraron la disponibilidad de los recursos financieros necesarios para ejecutar campañas de promoción y estudios de investigación para informar sobre las medidas relacionadas con los ambientes libres de humo y aumentar el conocimiento y el apoyo en favor de las mismas.

El apoyo del público en general, muy importante durante el periodo anterior a la promulgación de la ley, se consolidó aún más tras la entrada en vigor de los reglamentos conexos. Actualmente, más del 90% de los habitantes de México D.F. apoyan las restricciones aplicables a los lugares de trabajo, restaurantes y hoteles, y más del 70% están a favor de los bares libres de humo. La proporción de personas que declaran haber estado expuestas al humo ajeno en el último mes ha disminuido del 80% a poco más de la mitad, y las tasas de exposición diaria han bajado drásticamente, del 28% al 12%. En las encuestas actuales, implantados ya sólidamente los ambientes libres de humo de tabaco, el 98% de los entrevistados concuerdan en que el humo de tabaco ajeno es peligroso, el 97% creen que la ley es beneficiosa para su salud, y el 98% coinciden en que las personas tienen el derecho de respirar un aire limpio.

Ahora que se ha unido al grupo de otras grandes jurisdicciones subnacionales que han apostado por los ambientes libres de humo, México D.F. puede actuar como importante catalizador para la adopción de actuaciones similares en toda América Latina y en las demás regiones del mundo.

## En Nueva Zelanda las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco gozan de gran aceptación y se hacen cumplir eficazmente

Nueva Zelanda, que cuenta con una de las políticas de control del tabaco más estrictas del mundo, aprobó primero una legislación de alcance nacional en 1990 con el fin de crear determinados espacios libres de humo, como los lugares de trabajo y las escuelas. En diciembre de 2004, entró en vigor una ley integral sobre ambientes libres de tabaco. Su promulgación ha supuesto un fortalecimiento importante de las disposiciones vigentes, al hacer extensivos libres de humo a todos los lugares de trabajo interiores, incluidos los establecimientos de hostelería (pubs, bares, restaurantes y casinos), sin excepción alguna para la creación de zonas reservadas para fumar

Se llevó a cabo una campaña educativa tan intensiva que muchos fumadores del país decidieron que dejarían de fumar el día en que entraba en vigor de la ley, y en el periodo inmediatamente posterior se registró un marcado aumento de la demanda de servicios de deshabituación tabáquica. Asimismo, aumentaron considerablemente las llamadas a la línea telefónica especial de atención a las personas deseosas de abandonar el tabaco, y el número de participantes en el programa de tratamiento de sustitución con nicotina subvencionado por el Estado registró un incremento del 20%.

La ley sobre ambientes libres de humo de tabaco ha contado con buena aceptación por parte del público en general, cuyo apoyo ha ido reforzándose constantemente desde su entrada en vigor. En 2004, el 61%

de los neozelandeses aprobaban que no se pueda fumar en bares, pubs y locales nocturnos; ese porcentaje aumentó al 74% en 2005 y al 82% en 2006. El apoyo en favor de los bares libres de humo también aumentó considerablemente entre los fumadores, de un 29% en 2004 a un 64% en 2006. Cerca del 90% de las personas entrevistadas en 2006 estaban a favor de los restaurantes libres de humo, porcentaje que en el caso de los fumadores se situaba en un 75%.

Los estudios realizados en esta esfera, vienen mostrando elevados niveles de cumplimiento de la ley sobre ambientes libres de humo de tabaco. El número de personas que declaran estar expuestas al humo ajeno en el lugar de trabajo, disminuyó entre 2004 y 2006 del 21% al 8%, y los niveles de exposición de los clientes de los bares se ha reducido en un 90%, aproximadamente. El número de acciones legales emprendidas por las autoridades sanitarias por casos de infracción de la ley ha sido muy reducido: en total ha habido menos de 10 enjuiciamientos por esta causa. Contrariamente a las advertencias lanzadas por los opositores de la ley, según las cuales ésta tendría graves efectos económicos en la industria hostelera, no se ha observado ningún descenso en la frecuentación de los bares o en los ingresos de este sector.



# mpower Ofrecer ayuda para dejar el tabaco

## El tratamiento de la dependencia del tabaco ayuda a los fumadores a dejar de fumar y obra en apoyo de otras iniciativas de control del tabaco

Es difícil lograr que dejen el tabaco los más de 1000 millones de consumidores que hay en el mundo. Sin embargo, la mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar cuando se les informa sobre los riesgos de este hábito para la salud (127). Aunque la mayoría de quienes abandonan el tabaco, lo hacen sin ningún tipo de intervención, la prestación de asistencia en esta esfera incrementa considerablemente las tasas de cesación tabáquica (128). En noviembre de 2008, la Conferencia de las Partes pidió a un grupo de trabajo que elaborara unas directrices para ayudar a las Partes a aplicar el artículo 14 del CMCT en lo referente a la asistencia para dejar el tabaco y que presentara el oportuno informe en la Conferencia de 2010 (129).

El tratamiento de la dependencia del tabaco es principalmente una responsabilidad

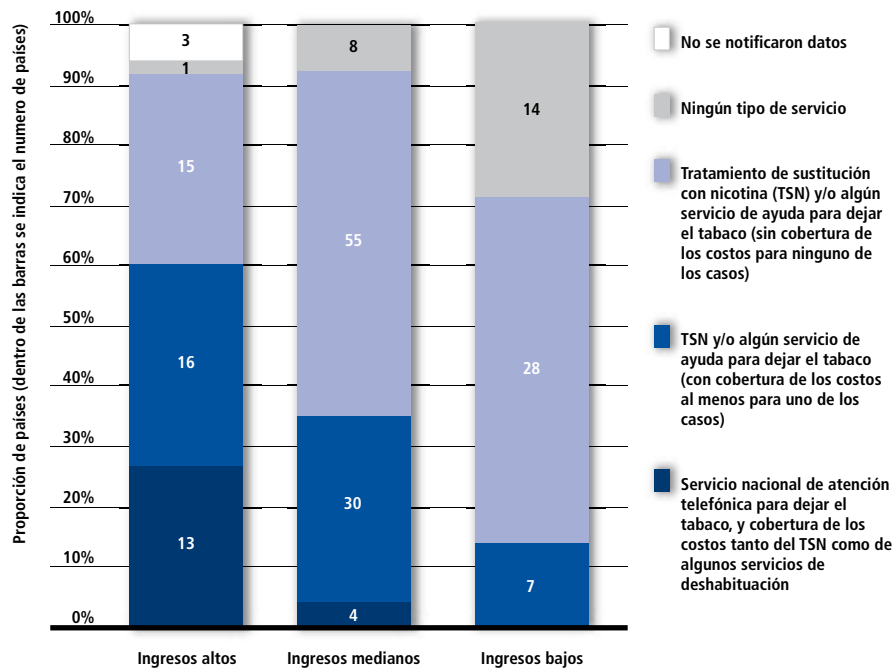
que incumbe al sistema de atención sanitaria de cada país (1). Si bien tienen un menor impacto a nivel de toda la población, las intervenciones individuales de deshabituación tabáquica repercuten en la salud de cada persona y resultan sumamente costoeficaces en comparación con muchas otras actividades promovidas por los sistemas sanitarios (130). Las personas que dejan de fumar, con independencia de su edad, sus antecedentes como fumadores o su estado de salud, experimentan inmediatamente una serie de beneficios sanitarios profundos y pueden reducir la mayoría de los riesgos asociados al tabaquismo en apenas unos pocos años tras dejar el tabaco (131, 132).

Aunque el tratamiento de la dependencia del tabaco puede incluir varios métodos, es importante que los programas comprendan: servicios de asesoramiento para dejar el tabaco que estén incorporados dentro de los servicios de atención primaria; una línea de atención telefónica, gratuita y de fácil acceso, para las personas deseosas de abandonar el tabaco; y el acceso a medicamentos asequibles para el tratamiento de la dependencia.

Para ofrecer a los consumidores de tabaco unos servicios integrados de asesoramiento breve es necesario contar con un sistema de atención primaria que funcione eficazmente. Las medidas encaminadas a fortalecer la atención primaria de salud pueden basarse en las estrategias de fortalecimiento de los sistemas sanitarios elaborados por la OMS para la mejora de seis componentes clave de los mismos (liderazgo/gobernanza, personal sanitario, apoyo informativo, tecnología y productos médicos, financiación y prestación de servicios) (133). Los servicios de apoyo para dejar de fumar resultan relativamente poco costosos si se incorporan dentro de servicios de atención primaria ya existentes, y suelen tener una buena aceptación entre los pacientes; su eficacia es mucho mayor si incluyen orientaciones claras, firmes y personalizadas para dejar el tabaco (128). Existen muchas oportunidades o puntos de acceso para incorporar el asesoramiento breve para el abandono del tabaco dentro de la atención primaria. Ya se ha comenzado a integrar este tipo de servicios en el control y la prevención de las enfermedades cardiovasculares y también en el tratamiento de la tuberculosis (134, 135). Por otro lado,

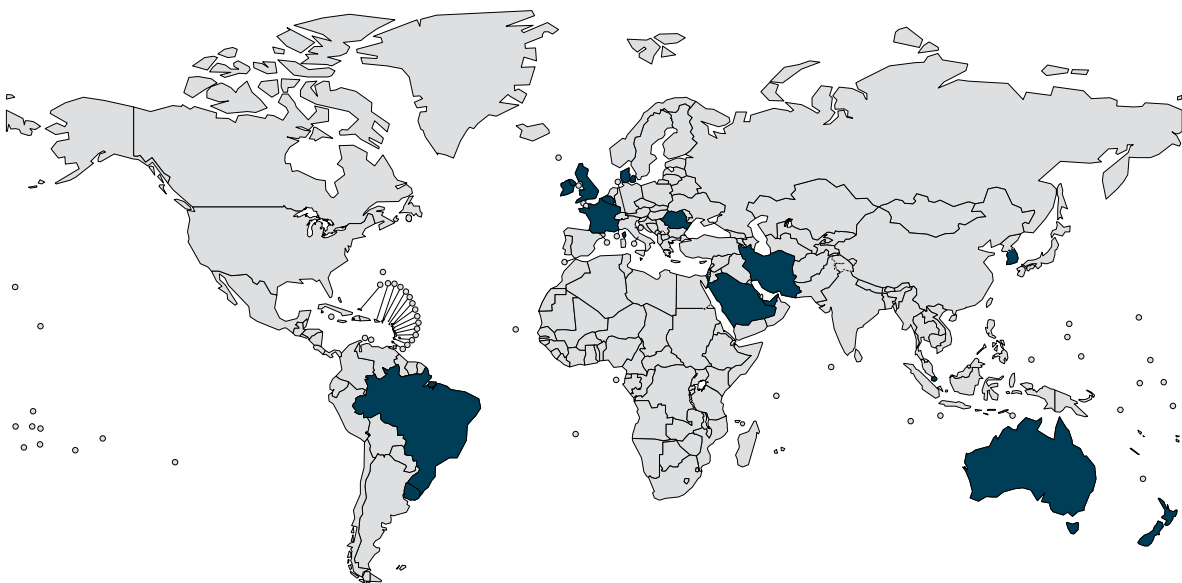


## TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO



**Los servicios de ayuda para dejar de fumar son especialmente eficaces si forman parte de un programa coordinado de control del tabaco.**

## TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO - PAÍSES CON LOS MEJORES RESULTADOS, 2008



es importante que los médicos y demás profesionales de la salud se abstengan de fumar, para así servir de modelo al resto de la sociedad.

Ese tipo de servicios de orientación y apoyo se pueden ofrecer igualmente a través de un teléfono de atención al fumador, que debería ser gratuito y accesible al público, dentro de un horario adecuado (136).

El tratamiento farmacológico para la adicción a la nicotina debería utilizarse, a ser posible, conjuntamente con servicios de apoyo y asesoramiento, aunque también resulta eficaz si se administra por separado (128). La dispensación de medicamentos para dejar el tabaco puede duplicar las probabilidades de que un fumador efectivamente deje de fumar, probabilidades que aumentan aún más si los fármacos se facilitan de forma combinada con los oportunos servicios de asesoramiento. El tratamiento de sustitución con nicotina (TSN) se ha incorporado recientemente en la 16.ª edición de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales, sobre la base de pruebas científicas de alta calidad que demuestran su eficacia, su nivel aceptable de seguridad y su costoeficacia (137). Es fundamental asegurar una amplia disponibilidad de al menos algunas formas de TSN, a precios asequibles, para los fumadores que quieran dejar el tabaco.

Los servicios de ayuda para dejar de fumar son especialmente eficaces si forman parte de un programa coordinado de control del tabaco. Los países ricos con recursos financieros sustanciales deberían ofrecer servicios de cesación tabáquica integrales gratuitos o a un costo mínimo, y cabe esperar también que los países de ingresos bajos y medianos puedan implantar eficazmente al menos algunos tipos de

servicios de apoyo. La mayoría de los países pueden utilizar de un modo provechoso las opciones de asistencia de menor costo, aunque la posibilidad de subvencionar los medicamentos no entre dentro de sus posibilidades presupuestarias. El Uruguay, un buen ejemplo de un país de ingresos medianos firmemente comprometido con la causa del control eficaz del tabaco, ha puesto en práctica algunos de los componentes de un programa completo de cesación. El Estado cubre los costos de algunos tipos de tratamiento de sustitución con nicotina y medicamentos, pero no sufraga otros tipos de servicios, debido a las restricciones de costos. Aunque el Uruguay ha elaborado unas directrices nacionales para el tratamiento del tabaquismo y ofrece amplios servicios de asistencia, no existe actualmente ningún servicio nacional de atención para dejar de fumar ni ningún mecanismo oficial para la prestación de asesoramiento clínico en el nivel de la atención primaria, si bien está previsto implantar esos servicios próximamente, en cuanto se disponga de los fondos necesarios. Los gobiernos pueden utilizar los ingresos fiscales procedentes de los impuestos sobre el tabaco para financiar servicios telefónicos de asistencia para dejar de fumar y subvencionar servicios clínicos de cesación tabáquica. Por otro lado, también es probable que la prestación de ayuda para dejar de fumar haga disminuir la oposición a otras medidas de control del tabaco.

---

### Solo 17 países aseguran el acceso a una asistencia integral para dejar de fumar

- Tres países (los Emiratos Árabes Unidos, Israel y Rumania) han pasado a formar parte del grupo de países que ofrecen una asistencia integral para dejar de fumar en

2008, incrementando así el número total de países que cuentan con un servicio de atención telefónica para el abandono del tabaco y cubren los costos tanto del tratamiento de sustitución con nicotina como de algunos servicios de cesación tabáquica a 17, que juntos representan un 8,2% de la población mundial (ese porcentaje era del 7,7% en 2007).

- Los países de ingresos altos han logrado los mayores avances en lo referente a la prestación de asistencia a las personas que desean dejar el tabaco: en 27% de ellos, hay en funcionamiento un servicio de asistencia telefónica para dejar de fumar y se cubren, al menos parcialmente, los costos tanto del tratamiento de sustitución con nicotina como de algunos servicios de cesación tabáquica. Los países de ingresos altos son los que tienen mayor capacidad para sufragar esos gastos.
- Alrededor de una tercera parte de los países de ingresos medianos y menos del 15% de los países de ingresos bajos ofrecen cobertura para los tratamientos de sustitución con nicotina y/o los servicios de deshabituación tabáquica. Solo cuatro países de ingresos medianos, y ningún país de ingresos bajos, tienen en funcionamiento una línea de atención gratuita para ayudar a dejar de fumar y cubren tanto los TSN como los servicios de cesación tabáquica.
- En la gran mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, los costos de la asistencia para dejar el tabaco no están cubiertos por el Estado; el 8% de los países de ingresos medianos y el 29% de los países de ingresos bajos no ofrecen ningún tipo de asistencia a los fumadores.



## Inglaterra ofrece servicios integrales gratuitos de tratamiento de la dependencia del tabaco para todos

Los cuatro países que integran el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte cuentan con un servicio nacional de tratamiento de la dependencia del tabaco, mayormente gratuito y universalmente accesible para todos los fumadores, que se enmarca dentro de su Servicio Nacional de Salud (NHS).

En Inglaterra, por ejemplo, los tratamientos de sustitución con nicotina (TSN) pueden comprarse sin receta médica en las farmacias y otros establecimientos (por ejemplo, en supermercados o tiendas pequeñas). Esos tratamientos, al igual que otros medicamentos antitabáquicos, también pueden adquirirse con receta, a un precio reducido. Dado que las personas con pocos ingresos quedan totalmente exentas del pago de los fármacos prescritos por el médico, todos los medicamentos dispensados con receta, incluidos los TSN, el bupropión y la vareniclina, son gratuitos para cerca de la mitad de la población inglesa, en tanto que las demás personas tienen que abonar una pequeña cantidad, que viene a equivaler a unos US\$ 10 para la medicación correspondiente a aproximadamente un mes (aunque con posibles variaciones).

Existen asimismo dos líneas de atención telefónica para dejar de fumar, una operada a través del NHS y otra a cargo de una organización independiente llamada Quit. El número de ayuda del NHS atiende a los fumadores 16 horas diarias, los siete días de la semana. Quienes llaman a este servicio reciben asesoramiento por teléfono; seguidamente, se les contacta insistentemente por teléfono o mediante correos electrónicos o mensajes de texto para mantenerlos motivados, ofrecerles un apoyo continuado y facilitarles información detallada sobre los servicios de

tratamiento locales. El NHS dispone asimismo de un teléfono de asistencia llamado Asian Tobacco Helpline que está operativo un día a la semana y ofrece servicios similares en bengalí, gujarati, hindi, punjabi y urdu.

Cualquier fumador puede acudir a su médico de cabecera y ser remitido a un servicio de tratamiento especializado o dirigirse directamente al centro de tratamiento, sin cargo alguno. Con ánimo de mejorar aún más estos servicios terapéuticos, Inglaterra ha creado un centro nacional de capacitación que elaborará métodos didácticos basados en criterios científicos para los asesores y gestores de servicios de deshabituación tabáquica; evaluará las competencias fundamentales y expedirá los certificados pertinentes a los asesores; y organizará y acreditará actividades formativas. Según las conclusiones de una evaluación realizada sobre este particular, en Inglaterra los servicios de tratamiento llegan en mayor medida a los fumadores de ingresos bajos - contrariamente a lo que suele ocurrir con las iniciativas de promoción de la salud -, lo que significa que se está facilitando ayuda a las personas que más lo necesitan. Para más información sobre el tratamiento de la dependencia en Inglaterra, véase el sitio web <http://smokefree.nhs.uk/>.

El ejemplo que acabamos de ver muestra lo que es posible lograr con una importante inversión de recursos. En el caso de los países de ingresos bajos y medianos, que no cuentan con suficientes fondos para respaldar la ejecución de un programa integral de abandono del tabaco, se pueden adoptar diversas medidas para ayudar a las personas a dejar de fumar, a la espera de que se elaboren iniciativas más completas, como en el caso antes descrito del Uruguay.

## Las advertencias sanitarias en el empaquetado de los productos de tabaco y las campañas mediáticas muy impactantes permiten divulgar información esencial sobre los peligros sanitarios asociados al tabaquismo

Aunque hay pruebas concluyentes al respecto, relativamente pocos consumidores de tabaco tienen plena consciencia del riesgo que el tabaco acarrea para su salud, un fenómeno que se repite en todas las partes del mundo (138). Los fumadores tienden a subestimar los riesgos que el consumo de tabaco puede entrañar para ellos mismos y para las personas de su entorno. El artículo 11 (*Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*) del CMCT de la OMS dispone que las Partes tienen la obligación de cumplir una serie de normas mundiales en relación con la colocación de advertencias que indiquen claramente los peligros asociados al consumo de tabaco en el idioma principal del país, que ocupen no menos del 30% de la superficie principal expuesta en todos los productos de tabaco y que vayan rotando periódicamente.

La Conferencia de las Partes ha elaborado y adoptado unas directrices para la aplicación del artículo 11 (3).

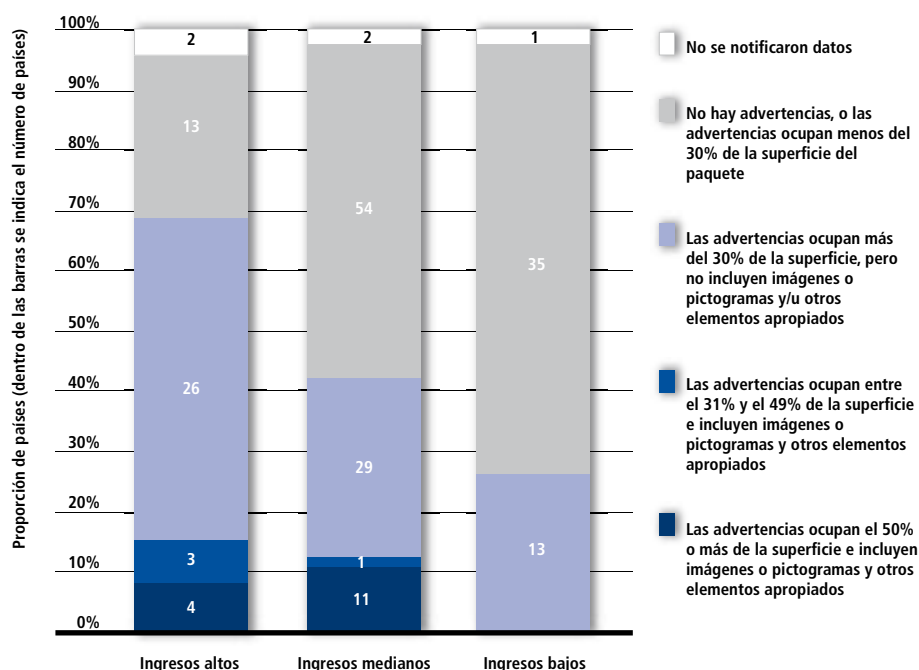
La utilización de advertencias detalladas sobre los peligros del tabaco es fundamental para modificar la imagen de la que goza, sobre todo entre los adolescentes y los adultos jóvenes, es decir en los grupos de edad en los que las probabilidades de empezar a fumar son más grandes (139). En última instancia, el objetivo de la educación antitabáquica y de la contrapublicidad no es otro que modificar las normas sociales en relación con el consumo de tabaco. Ello hará que muchas personas opten por no consumir tabaco, al tiempo que contribuirá a reforzar el apoyo en favor de otras medidas de control del tabaco. El artículo 12 (*Educación, comunicación, formación y concientización del público*) del CMCT de la OMS avala este extremo imponiendo a las Partes la obligación legal de promover el acceso a la información sobre los riesgos que acarrea para la salud el consumo de tabaco y sobre los beneficios que reporta el abandono de ese hábito. Se ha establecido a estos efectos un grupo de trabajo encargado de elaborar un conjunto de directrices para la aplicación del artículo 12, que se someterá

a la aprobación de la Conferencia de las Partes (140).

La inclusión de advertencias prominentes en el empaquetado de los productos de tabaco constituye la forma más directa de trasladar mensajes sanitarios a todos los fumadores, así como a los no fumadores que vean los paquetes (138, 141-143). Las advertencias sanitarias alientan a los fumadores a dejar el tabaco, al tiempo que disuaden a los no fumadores de empezar a consumirlo; se trata de una medida que, además de gozar de buena aceptación entre el público general, puede aplicarse a un costo prácticamente nulo para los gobiernos. Es sumamente importante que las advertencias figuren tanto en la cara anterior como en la posterior de los paquetes, de modo que no puedan escapar a la atención de los fumadores; sin embargo, la mayoría de los países no exigen la colocación de advertencias de gran tamaño en ambas caras del empaquetado.

Las advertencias sanitarias deben describir problemas de salud y enfermedades específicos causados por el tabaquismo, y ser rotativos, para así seguir captando la atención del público. Las advertencias gráficas, además

## ADVERTENCIAS SANITARIAS



de resultar más eficaces que las que solo incluyen texto escrito (143), son esenciales para las personas que no saben leer y para los niños pequeños con padres fumadores. También es fundamental prohibir el uso de expresiones como «con bajo contenido de alquitrán», «ligeros» o «suaves», que crean la falsa impresión de que un determinado producto es menos nocivo que otro (144).

La publicidad contra el tabaco, en todo tipo de medios, puede ayudar a dar a conocer plenamente los peligros asociados al tabaco y contribuir a que su consumo deje de aceptarse como una norma social. En los adolescentes expuestos a mensajes antitabáquicos eficaces por televisión el riesgo de convertirse en fumadores habituales es la mitad que entre los no expuestos (145), y en los fumadores adultos las probabilidades de que dejen el tabaco son mayores (146). Las campañas más agresivas, que utilizan imágenes gráficas para mostrar los daños físicos causados por el tabaquismo son especialmente eficaces para persuadir a los consumidores de dejar el tabaco (147). La industria tabacalera ha creado su propia publicidad antitabáquica, pero los anuncios que utiliza no solo no reducen el consumo de tabaco sino que incluso pueden hacerlo aumentar, sobre todo entre los jóvenes (148). Además de recurrir a la publicidad de pago, las campañas educativas contra el

tabaco también se pueden complementar eficazmente y sin grandes gastos con iniciativas basadas en las relaciones públicas que generan una cobertura mediática gratuita (estrategia a veces designada con el término inglés «earned media») (149).

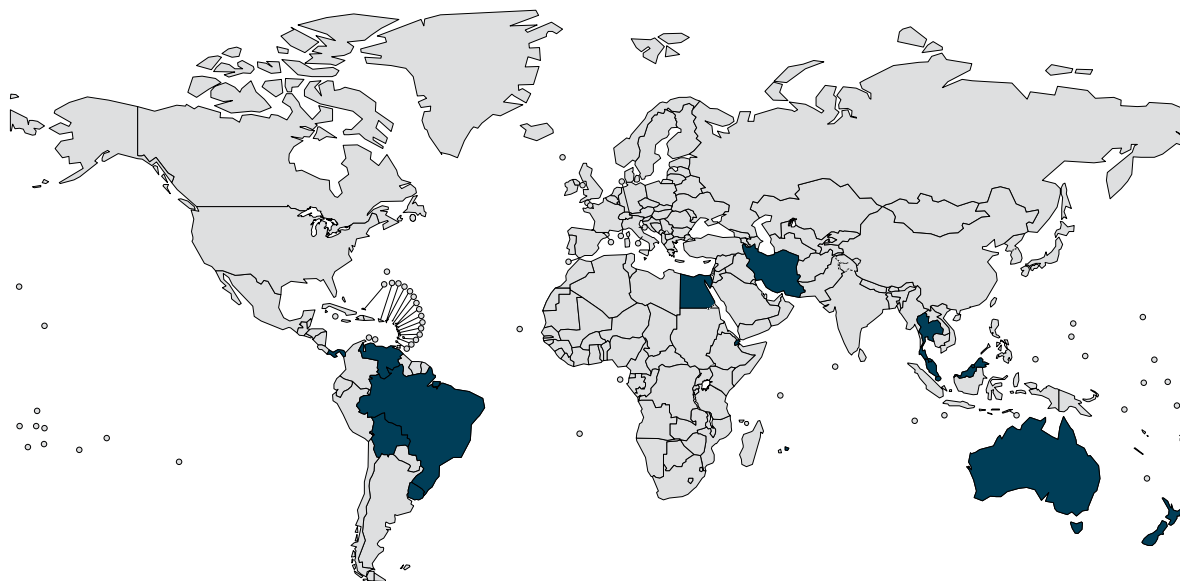
### Solo el 8% de la población mundial vive en países en los que los paquetes de cigarrillos van provistos de advertencias gráficas impactantes

- Cinco países (Djibouti, Egipto, Irán, Malasia y Mauricio, con una población conjunta de 178 millones) se sumaron en 2008 al grupo de países que cumplen plenamente las directrices para la aplicación del artículo 11 del CMCT de la OMS en lo referente a la inclusión de advertencias en el empaquetado de los productos de tabaco. Actualmente, 15 países, que representan el 7,6% de la población mundial (frente a un 4,9% en 2007) exigen que las advertencias sanitarias ocupen como mínimo la mitad de la cara anterior y posterior de las cajetillas de cigarrillos, que incluyan asimismo imágenes gráficas y que cumplan todas las demás características especificadas.
- Todos los países que han comenzado

a aplicar en 2008 plenamente los requisitos relativos a las advertencias sanitarias pertenecen al grupo de ingresos medianos.

- Menos del 10% de los países de ingresos altos exigen la colocación de advertencias sanitarias con todas las características apropiadas. Aunque más de una cuarta parte de los países de ingresos bajos utilizan advertencias que ocupan al menos un 30% de la superficie del paquete, todos ellos acusan la falta de otras características importantes: destaca en particular la omisión de incluir imágenes gráficas o pictogramas que puedan ser entendidos fácilmente por las personas con un nivel educativo bajo o que no saben leer.
- En más del 70% de los países de ingresos bajos y en cerca del 55% de los países de ingresos medianos no se exige incluir advertencias de ningún tipo o se permite que éstas ocupen menos del 30% de la superficie principal expuesta.
- En la mayoría de los países, básicamente todos los productos de tabaco para fumar distintos de los cigarrillos manufacturados (como los bidis, los kreteks, el tabaco de liar y el tabaco para pipas de agua) están desprovistos de advertencias sanitarias. Solo un país de ingresos altos y seis países de ingresos medianos exigen la colocación de advertencias sanitarias contundentes en esos productos de tabaco para fumar.

## ADVERTENCIAS SOBRE LOS PELIGROS DEL TABACO - PAÍSES CON LOS MEJORES RESULTADOS, 2008



# Cinco países, con una población conjunta de 178 millones, adoptaron en 2008 la obligación de incluir advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de cigarrillos.

## Campaña mediática en la India



**Imagen de la campaña televisiva «esponja» en la India. «Los pulmones son esponjas. Los pulmones de un fumador son como esponjas encharcadas de alquitrán.»**

En la India, donde vive el 10% del total mundial de fumadores, mueren cada año cerca de un millón de personas por enfermedades relacionadas con el tabaco. Cerca de una tercera parte de los varones indios fuman cigarrillos o bidis, y más de la mitad fuman o consumen tabaco para mascar. Entre las mujeres el consumo de tabaco, tradicionalmente bajo, está aumentando, al igual que los jóvenes, que presentan tasas de tabaquismo cada vez más altas.

El país ha puesto en marcha, en el marco del fortalecimiento sistemático de su programa nacional de control del tabaco, diversas campañas mediáticas destinadas a aumentar la concienciación del público sobre los efectos nocivos del tabaquismo y del humo ajeno, modificar las actitudes frente al consumo de tabaco y motivar a los fumadores para dejar de fumar. Al igual que las advertencias colocadas en los paquetes y envases, los anuncios utilizados en la esfera del servicio público deben ser rotativos, para así mantener su fuerza de impacto.

En su última campaña, la India utilizó el anuncio «esponja», inicialmente ideado por el Instituto del Cáncer de Nueva Gales del Sur (Australia), que muestra gráficamente la cantidad de alquitrán cancerígeno que los pulmones de un fumador medio absorben en apenas un año. Esta impactante ilustración pone de manifiesto que fumar es más dañino de lo que muchos creen.

La campaña «esponja» se adaptó y se puso en marcha en cinco idiomas: además de la versión inglesa, se utilizaron traducciones al bengalí, gujaratí, hindi y tamil. El Gobierno de la India gastó aproximadamente US\$ 1 millón para la emisión televisiva del anuncio, que se difundió en 40 cadenas nacionales y regionales durante un periodo de seis semanas en los meses de junio y julio de 2009.

La campaña fue sometida previamente a una serie de pruebas rigurosas con 24 grupos focales locales, para asegurar que tuviera un efecto similar en el público indio. Entre los 10 anuncios de control del tabaco sometidos a evaluaciones previas, el anuncio «esponja» obtuvo los mejores resultados en lo referente a los indicadores comportamentales, en particular en cuanto a su capacidad para suscitar en los fumadores preocupación por su consumo de tabaco, aumentar las probabilidades de que lo dejen y hacerlos más propensos a buscar asistencia para dejar de fumar.

Estas evaluaciones previas son fundamentales para asegurar el éxito de una campaña mediática, pues las diferencias culturales y las disparidades en los sistemas de valores pueden influir en el modo en que se reciben los mensajes, por lo que deben estudiarse antes de promover una publicidad en un determinado país.



## Estrategias de cobertura mediática gratuita para combatir la promoción y el patrocinio del tabaco en Indonesia

En Indonesia la reglamentación de la industria del tabaco adolece de importantes deficiencias. Las leyes sobre la prohibición de la publicidad y la comercialización del tabaco son débiles, como también lo son las relativas a los ambientes libres de humo de tabaco o a la inclusión de advertencias sanitarias en el empaquetado de los cigarrillos; por otro lado, los intereses de la industria tabacalera están sobradamente representados a nivel gubernamental. Así las cosas, las principales multinacionales tabacaleras pueden aplicar libremente diversas tácticas de comercialización cuyo empleo está prohibido en otros países.

El patrocinio por parte de las compañías tabacaleras de eventos destinados a los adolescentes y los jóvenes adultos pueden resultar especialmente difíciles de supervisar y regular, incluso en los países en los que hay en vigor una reglamentación estricta en materia de control del tabaco. Varias organizaciones no gubernamentales indonesias han concebido y aplicado eficazmente estrategias de cobertura mediática gratuita, consistentes en hacer llegar sus preocupaciones a los periodistas que luego elaboran reportajes para los medios escritos o de radio y televisión.

En julio de 2008, una serie de ONG indonesias se pusieron en contacto con la popular cantante Alicia Keys para pedirle que retirara la propaganda de las compañías tabacaleras patrocinadoras del concierto que tenía previsto dar en Yakarta y que denunciara las prácticas de la industria del tabaco. El suceso se divulgó a través de diversos canales mediáticos internacionales, generando así una serie de noticias en

los medios de comunicación tanto nacionales como internacionales. Dada la magnitud de la cobertura mediática de este incidente, Alicia Keys exigió la eliminación inmediata de toda propaganda relacionada con el tabaco, y la empresa patrocinadora (Philip Morris International) se avino a retirar las vallas publicitarias y los carteles en los que se promocionaba su participación en el evento.

El empleo de estrategias de cobertura mediática gratuita ha permitido alcanzar otros muchos logros, que van desde la interrupción de actividades de promoción y distribución gratuita de muestras de cigarrillos en conciertos hasta la retirada forzosa de compañías de tabaco en festivales de música de gran prestigio o la denuncia de estrategias de comercialización del tabaco dirigidas directamente a los niños.



## El Irán exige la colocación de advertencias contundentes en el empaquetado de los productos de tabaco



**Advertencias gráficas utilizadas en el Irán en los paquetes de tabaco**

En respuesta al persistente problema del tabaquismo, la República Islámica del Irán adoptó en 2006 una ley integral para el control del tabaco por la que se establecía un programa nacional de control del tabaco, dirigido por el Ministerio de Salud, que prohíbe todo tipo de publicidad y comercialización directa o indirecta de productos de tabaco, prevé una serie de subidas de impuestos anuales, aún en curso, y exige la colocación de advertencias sanitarias impactantes en el empaquetado de los cigarrillos, entre otras intervenciones.

En 2008 el país reforzó la legislación en vigor exigiendo la inclusión de advertencias gráficas en todas las cajetillas de cigarrillos vendidas en el territorio nacional a partir de enero de 2009. Las citadas advertencias ocupan el 50% de la cara anterior y posterior de todos los empaquetados e incorporan ilustraciones gráficas a todo color de diversas enfermedades causadas por el tabaco. Se ha aprobado la utilización de un total de ocho advertencias sanitarias, que se colocarán, con carácter rotativo, en los paquetes durante un periodo de dos años, momento en que serán sustituidos por otro conjunto de advertencias gráficas. También se prohíbe el uso de expresiones engañosas como «suaves» o «ligeros». En vista de todo ello, cabe afirmar que los requisitos aplicados por Irán se ajustan plenamente a lo dispuesto en las directrices para la aplicación del artículo 11 del CMCT de la OMS en cuanto a tamaño, contenido y presentación de las advertencias en los paquetes de cigarrillos, previniendo así eficazmente a los fumadores sobre los riesgos del tabaquismo para su salud.

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

## La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco reduce el tabaquismo y hace que el consumo de tabaco deje de considerarse como algo normal

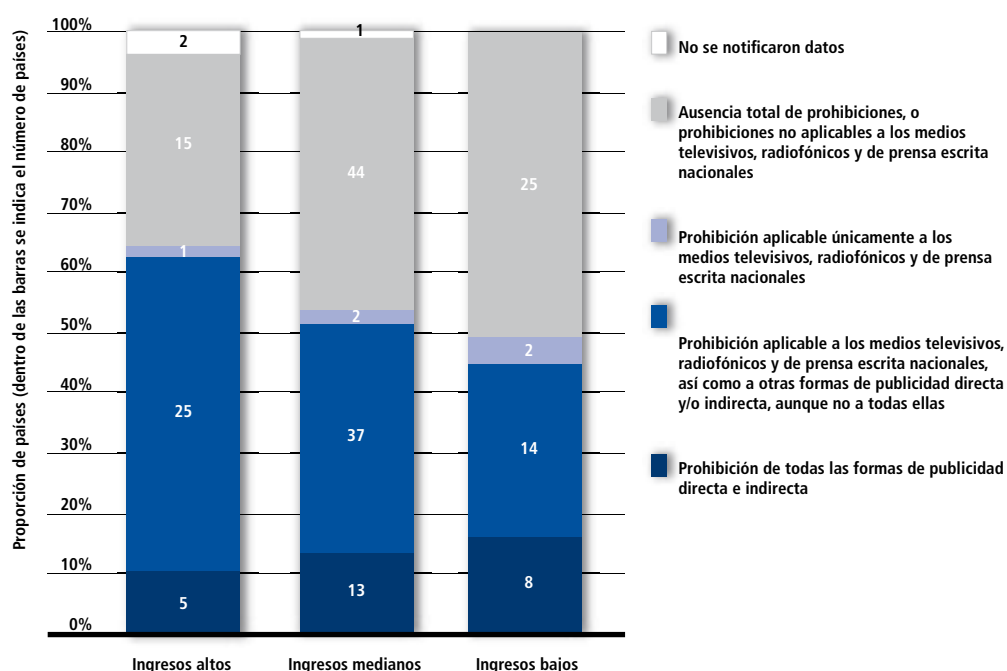
La industria tabacalera gasta cada año en el mundo entero miles de millones de dólares en publicidad, promoción y patrocinio (150). Para contrarrestar este hecho, el artículo 13 del CMCT de la OMS (*Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*) dispone que cada Parte debe aplicar una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, de conformidad con los principios constitucionales nacionales (1). A fin de ayudar a los países a lograr ese objetivo, la Conferencia de las Partes ha adoptado una serie de directrices para la aplicación del artículo 13 (3).

La publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco pueden hacer que fumar sea socialmente más aceptable, debilitar la eficacia de las medidas encaminadas a educar a la población sobre los peligros asociados al tabaquismo y fortalecer la influencia de la industria tabacalera en los medios de comunicación, en el mundo del deporte y en el sector del ocio y del espectáculo. Una prohibición total aplicable a todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio protege a las personas frente a las tácticas de comercialización y puede reducir el consumo de tabaco en alrededor de un 7%, con independencia de otras intervenciones antitabáquicas (151). Las prohibiciones totales anulan la capacidad de la industria para seguir dirigiendo sus estrategias de comercialización a los jóvenes que aún no han empezado a fumar y a los fumadores adultos que quieren dejar el tabaco. Las prohibiciones parciales, en cambio, tienen un efecto mínimo o nulo: si se prohíbe la publicidad en un determinado medio, la

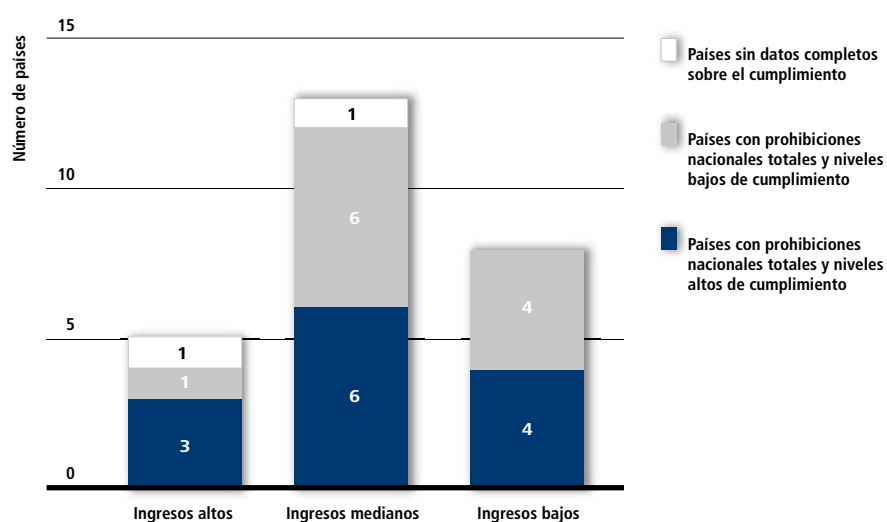
industria tabacalera simplemente reorientará sus recursos hacia otras esferas en las que la publicidad está permitida (152, 153).

La industria tabacalera se opone enérgicamente a estas prohibiciones porque son muy eficaces para reducir el consumo de tabaco. El sector suele aducir que no es necesaria una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, sino que basta con códigos voluntarios y autorregulación. Sin embargo, las restricciones voluntarias resultan ineficaces porque no tienen fuerza de ley y, en último término, porque la industria tabacalera incumple sus propias regulaciones voluntarias (154). La intervención del gobierno, a través de una legislación debidamente elaborada y aplicada, es imprescindible en vista de la demostrada capacidad de la industria tabacalera para burlar las prohibiciones referidas a la publicidad.

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

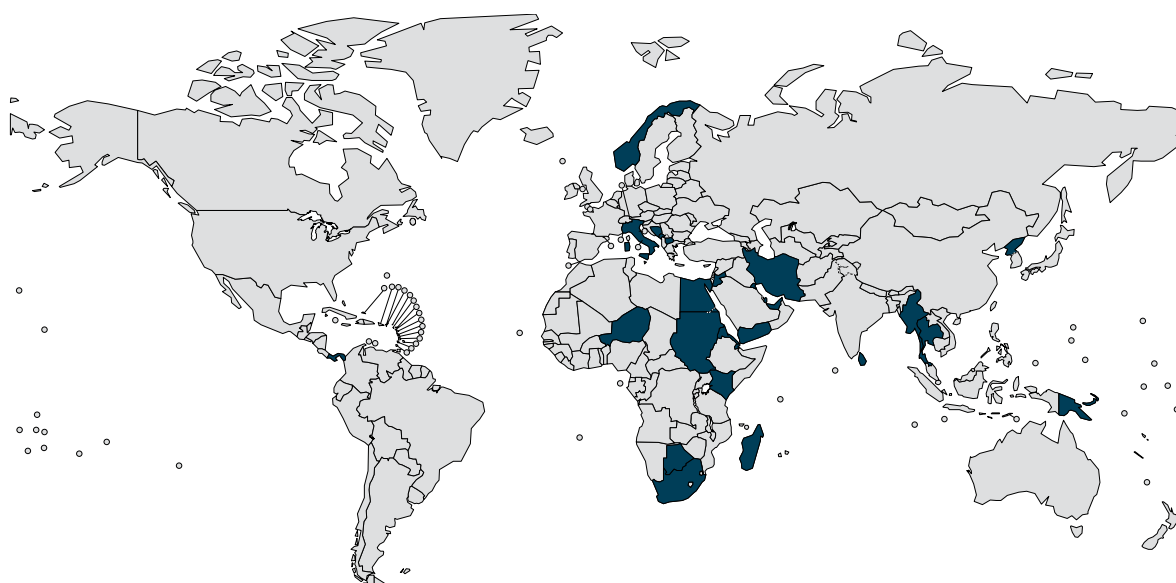


## COBERTURA Y CUMPLIMIENTO DE LAS PROHIBICIONES TOTALES DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO



**Una prohibición total aplicable a todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio protege a las personas frente a las tácticas de comercialización de la industria y podría reducir el consumo de tabaco en alrededor de un 7%.**

## CUMPLIMIENTO DE LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO – PAÍSES CON LOS MEJORES RESULTADOS, 2008



## En 2008 solo un país, Panamá, introdujo una nueva prohibición sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco

■ Solo un país (Panamá) se sumó en 2008 al grupo de países que prohíben totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio, con lo que el número de legislaciones nacionales con una prohibición completa de toda forma de publicidad o comercialización que promueva el tabaco de manera directa

o indirecta asciende ahora a 26, lo que supone una cobertura del 8,8% de la población mundial (frente a un 8,7% en 2007).

- Los países de ingresos medianos han logrado mayores avances en cuanto a la implantación de prohibiciones completas aplicables a toda forma de publicidad, promoción o patrocinio que los países de ingresos bajos o altos.
- Más de la mitad de los países de ingresos altos prohíben la publicidad en todos los medios de radio y teledifusión, así como en la prensa escrita, pero solo prohíben

algunas otras formas de publicidad directa o indirecta; en el caso de los países de ingresos bajos, ese porcentaje es del 28%.

- Son pocos los países con prohibiciones completas de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco que presentan un alto grado de cumplimiento de las medidas conexas. Solo tres países de ingresos altos y seis países de ingresos medianos han alcanzado niveles de observancia elevados; también han logrado ese objetivo cuatro países de ingresos bajos.

## Los países de ingresos bajos y medianos tienen mayor probabilidad que los países de ingresos altos de implantar prohibiciones totales de todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

### Jordania refuerza las prohibiciones aplicables a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

Jordania, que comenzó a aplicar medidas de control del tabaco hace más de 30 años, intensificó sus restricciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco en 2008. En teoría, todas las actividades de publicidad y comercialización del tabaco estaban prohibidas desde 1977, pero el cumplimiento de las disposiciones pertinentes, al igual que el de otras referidas también al control del tabaco, era generalmente débil. Aunque la prohibición en cuestión se aplicaba adecuadamente, las autoridades judiciales tendían a perseguir las infracciones de forma poco severa y solo solían aplicar las sanciones mínimas previstas, lo que hizo que se alcanzaran elevados niveles de incumplimiento.

La legislación de 2008, además de aclarar y reforzar lo dispuesto en las leyes nacionales de control del tabaco, prevé la asignación de recursos adicionales a esta esfera, así como una mayor formación de los funcionarios participantes en programas de control del tabaco. La ley incorpora además una serie de disposiciones para limitar las actividades de comercialización en los puntos de venta, como la prohibición de vender cigarrillos sueltos o de vender tabaco por medio de máquinas expendedoras.

Con miras a asegurar un cumplimiento más estricto, el Ministerio de Salud ha facilitado capacitación sobre la legislación relativa al control del tabaco a 35 coordinadores encargados de la promoción sanitaria, con énfasis especial en métodos prácticos y pertinentes para hacer cumplir y aplicar la ley y orientaciones para los procedimientos de inspección. Los citados coordinadores han sido investidos de amplias facultades para advertir y educar a la población sobre la ley vigente, confiscar cualquier material promocional prohibido e incoar las acciones judiciales que proceda para hacer cumplir las disposiciones vigentes.

La capital, Ammán, donde la industria solía desplegar todo su abanico de actividades promocionales para lograr el máximo efecto de persuasión, fue seleccionada como ciudad piloto para la aplicación de estas nuevas disposiciones. En la actualidad, en Ammán los medios de comunicación, tanto escritos como digitales, no publican anuncios de tabaco; también han desaparecido las vallas publicitarias y las máquinas expendedoras, y ya no existen eventos deportivos o culturales patrocinados por la industria tabacalera. Este eficaz modelo para asegurar el cumplimiento de las prohibiciones relativas a la publicidad y la comercialización del tabaco ahora está listo para ser ampliado al resto del país.

## Panamá prohíbe toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco



### Firma de la ley

En 2008 Panamá se convirtió en el primer país de la Región de las Américas en implantar la prohibición total de cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Antes de la entrada en vigor de la nueva ley, el país prácticamente no aplicaba ninguna restricción a la publicidad y comercialización del tabaco, fueran del tipo que fuesen. En virtud de la nueva legislación, quedan completamente prohibidas todas las formas de publicidad o comercialización directa o indirecta del tabaco, incluida la distribución de prendas de vestir u otros artículos con el logotipo de una marca de tabaco, así como el patrocinio por la industria tabacalera de equipos deportivos y de eventos importantes de otra índole, que frecuentemente incluyen la participación de niños. La publicidad en medios de difusión internacionales de origen extraterritorial también está prohibida.

Además de prohibir la publicidad en cualquier tipo de medio, incluidos los dispositivos de exhibición utilizados en el exterior, como las vallas publicitarias, la legislación panameña también proscribió la distribución de productos de tabaco gratuitos, la aplicación de precios reducidos dentro de campañas promocionales y la inserción de anuncios de productos en telefilmes o películas. Merece especial mención la

restricción relativa a la publicidad y comercialización en los puntos de venta, que la mayoría de los países, incluso con prohibiciones de amplio alcance, no han sido capaces de implantar. La industria tabacalera ya ha encontrado lagunas en la ley que prohíbe las actividades de comercialización en los lugares de venta, lo que demuestra que el sector no tiene reparos en incumplir el espíritu de la ley con tal de comercializar sus productos y confirma la necesidad de que los expertos en control del tabaco sigan muy de cerca sus actividades.

Las prohibiciones relativas a la prohibición y la comercialización, por muy completas que sean, solo surtirán efecto si se asegura su debido cumplimiento. Aunque la ley panameña lleva en vigor menos de dos años, los niveles de observancia son sumamente elevados, con una puntuación de 95 sobre un total posible de 100. En una evaluación realizada en fecha reciente para establecer el grado de cumplimiento, se examinaron varios barrios de la ciudad de Panamá, así como diversas zonas rurales del país. En todas las zonas visitadas, se confirmó la ausencia de todo tipo de publicidad, así como de actividades que promuevan o patrocinen de forma indirecta productos del tabaco y solo se observó un caso de infracción de la prohibición relativa a su comercialización en los puntos de venta.

## Madagascar adopta una legislación que prohíbe toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

Madagascar ha venido aplicando en los últimos años unas políticas de control del tabaco moderadamente rigurosas. Además de crear los lugares públicos libres de humo y exigir la colocación de advertencias sanitarias que ocupen el 50% del empaquetado de los productos de tabaco, la legislación prohíbe toda actividad de publicidad, promoción y patrocinio. Esta prohibición engloba tanto la publicidad directa como cualquier forma de comercialización indirecta.

Dado que la ley que prohíbe la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco ha ido acompañada de las oportunas medidas de cumplimiento y prevé una serie de estrictas sanciones para los casos

de infracción, las actividades no permitidas han cesado por completo. Los anuncios de productos del tabaco han desaparecido totalmente de la televisión, los periódicos y revistas y de las vallas publicitarias de todo el país, y se aplican prohibiciones similares a las actividades de comercialización por Internet. Las actividades de promoción, como la distribución gratuita de cigarrillos o la concesión de premios consistentes en productos de tabaco, han cesado. Con miras a reforzar la supervisión y la observancia, los responsables de la salud pública a nivel distrital y los encargados de hacer cumplir la ley a nivel local trabajan en estrecha colaboración con el programa nacional de control del tabaco y el Ministerio de Salud para detectar e investigar posibles infracciones.

## Incrementar el precio del tabaco es la intervención más eficaz para reducir el tabaquismo

Encarecer los productos de tabaco mediante importantes incrementos de impuestos es la medida que por sí sola resulta más eficaz para hacer disminuir el tabaquismo y animar a los consumidores actuales a dejar el tabaco (155). Además, las subidas impositivas son especialmente eficaces para evitar que los jóvenes se inicien en el consumo de tabaco y reducir el tabaquismo entre los pobres (156), ya que ambos grupos son muy sensibles a las variaciones de precios (155-157). El artículo 6 (*Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco*) del CMCT de la OMS reconoce la eficacia del incremento de los impuestos aplicados a los productos de tabaco.

Los gobiernos gravan los productos de tabaco con diversos instrumentos fiscales, como los impuestos especiales (o impuesto al consumo), los impuestos sobre el valor añadido y otros impuestos sobre las ventas, y los derechos de importación. De todos ellos, los impuestos especiales son los más importantes, debido a su especificidad en relación con los productos de tabaco. Existen dos tipos de impuestos especiales: los específicos (basados en la cantidad, en el peso y/o en otras características) y los ad valorem (basados en el valor). La aplicación de impuestos especiales específicos constituye el método más apropiado de protección de la salud pública, ya que permite una subida relativa de los precios del tabaco y una reducción en las diferencias de precio entre las marcas prestigiosas y las marcas baratas, lo que contribuye a reducir el tabaquismo.

## Los cigarrillos deberían volverse menos asequibles con el tiempo, para así reducir el consumo

A fin de mejorar la salud pública, las medidas impositivas también deberían lograr que los productos de tabaco se vuelvan gradualmente

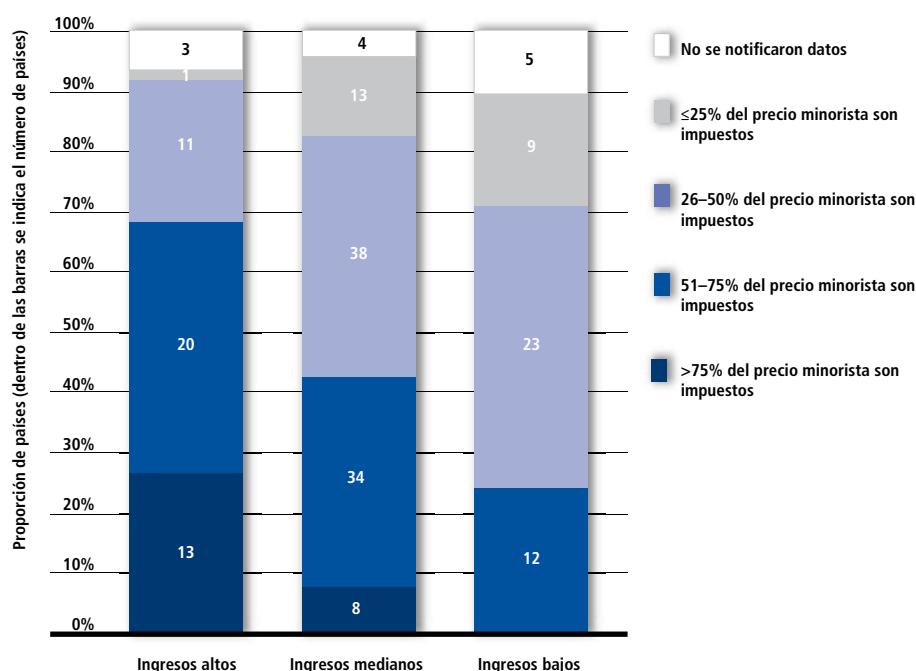
menos asequibles, para lo cual habrán de contrarrestar los efectos combinados de la inflación y el aumento de los ingresos y del poder adquisitivo de los consumidores. Esto exige incrementos periódicos en los impuestos especiales, a fin de mantener su impacto. En muchos países, los productos de tabaco se están volviendo cada vez más asequibles porque los impuestos sobre el tabaco van a la zaga de la inflación y de los ingresos.

Como se demuestra una y otra vez en los distintos países, el aumento de los impuestos sobre el tabaco hace incrementar los ingresos fiscales provenientes del mismo a corto y medio plazo, incluso si se tienen en cuenta posibles reducciones en el consumo (155). Esto se debe a que la demanda es relativamente poco sensible a las variaciones de precios: en los países de ingresos altos, un aumento del 10% en los precios del tabaco entrañaría una reducción del consumo del 4% aproximadamente (158); en los países de ingresos bajos, más sensibles a las variaciones de precios, cabría prever reducciones más importantes. Las subidas de precios son particularmente eficaces cuando la parte del precio minorista correspondiente a gravámenes fiscales es baja.

Para lograr el mayor impacto en términos de ingresos, es conveniente que la estructura fiscal sea sencilla y fácil de administrar. Las estructuras más complejas pueden aumentar el riesgo de evasión de impuestos y elusión fiscal. En el caso de los impuestos específicos, el riesgo de elusión fiscal aumenta cuando los impuestos se basan en determinadas características del producto (como por ejemplo, la longitud o el peso) en lugar de en la cantidad. Los impuestos ad valorem mantienen su valor ajustado a la inflación, mientras que los impuestos específicos tienen que someterse a ajustes periódicos para adaptarse a su evolución; por ahora, solo dos países (Australia y Nueva Zelandia) ajustan sus impuestos específicos de forma automática en función de las tasas de inflación.

Contrariamente a lo que sostiene la industria tabacalera, las subidas impositivas no entrañan un aumento automático del contrabando (159). En varios países, se han incrementado considerablemente los impuestos y precios del tabaco sin que por ello el contrabando aumentara de forma espectacular. Otros factores, como la falta de controles rigurosos en frontera,

## IMPUESTOS TOTALES SOBRE LOS CIGARRILLOS



una deficiente administración fiscal, la presencia de canales de distribución paralelos y la disposición de las personas a comprar productos de contrabando pueden ser determinantes más importantes del nivel de contrabando que variaciones en los tipos impositivos. Muchos países con impuestos y precios elevados (como Finlandia, Noruega y Suecia) presentan relativamente pocos indicios de que haya actividad de contrabando, mientras que varios países con precios e impuestos bajos (como España e Italia) muestran niveles relativamente más elevados de incidencia del contrabando (159).

Para facilitar el cumplimiento de las obligaciones fiscales, es útil contar con un sistema centralizado que esté focalizado en los fabricantes y asegure una administración fiscal rigurosa y una aplicación estricta de las medidas aduaneras. El artículo 15 (*Comercio ilícito de productos de tabaco*) del CMCT de la OMS establece que la supervisión de la producción y comercialización del tabaco puede contribuir a reducir el comercio ilícito; asimismo, el proyecto de protocolo sobre el comercio ilícito de productos de tabaco, actualmente en curso de negociación, aboga por el control y la supervisión de las actividades de producción y comercialización con objeto de eliminar el comercio ilícito (160).

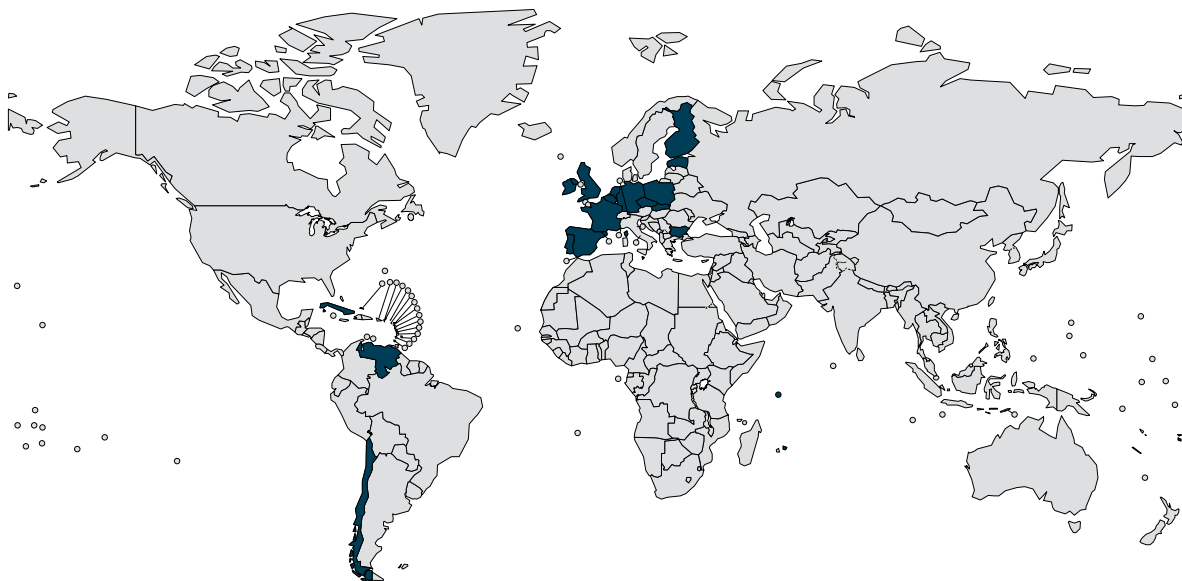
### En 2008 se registró un aumento mínimo en la proporción de la población mundial protegida por la aplicación de medidas fiscales eficaces al tabaco

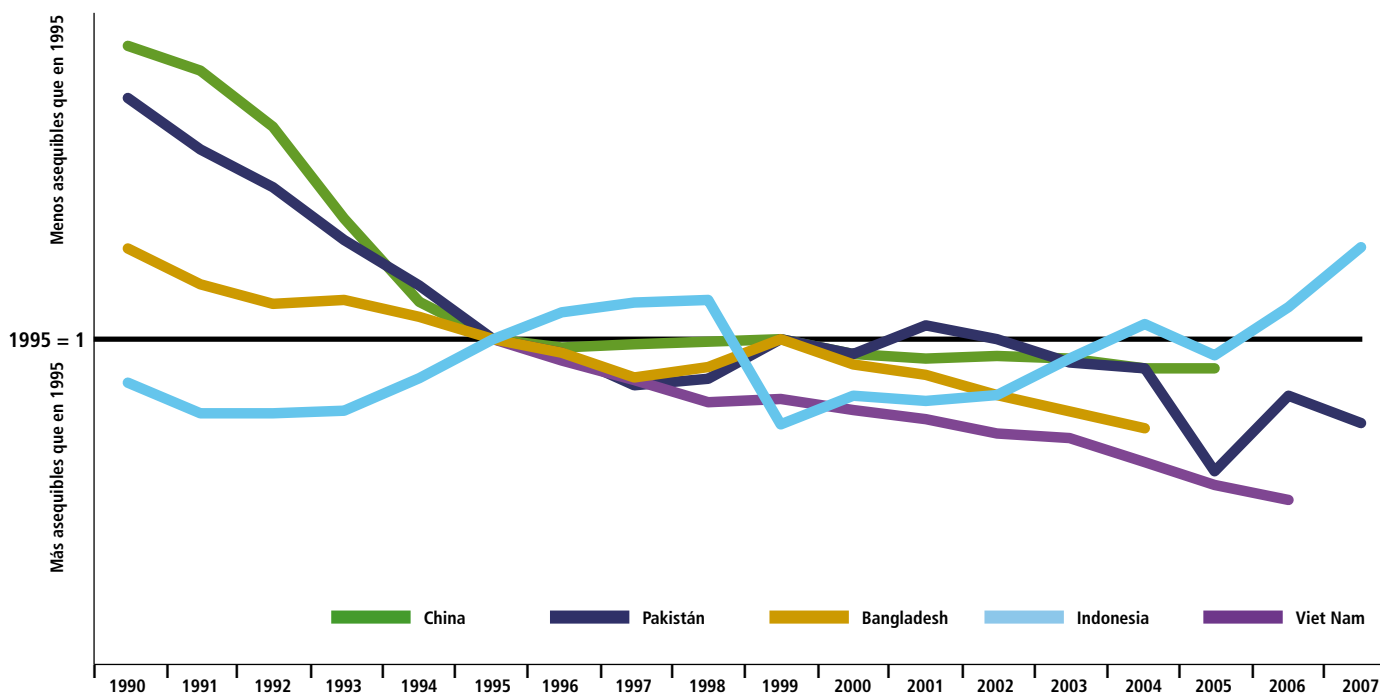
- Seis países (Estonia, Fiji, Finlandia, los Países Bajos, la República Checa y Seychelles) se unieron en 2008 al grupo de países en los que la parte del precio minorista que corresponde a los impuestos es superior al 75%, incrementando así el número total de integrantes de este grupo a 21, lo que supone un 6,2% de la población mundial (frente a un 5,7% en 2007).
- A nivel mundial, la contribución media de los impuestos totales a los precios minoristas totales rozaba en 2008 el 50%.
- Los tipos impositivos en general son más elevados en los países de ingresos altos. La contribución media de los impuestos totales al precio minorista total de los cigarrillos es de un 63% en los países de ingresos altos, un 49% en los países de ingresos medianos y un 39% en los países de ingresos bajos.
- Alrededor del 70% de los países de ingresos altos aplican unos impuestos que representan al menos la mitad del precio de venta minorista total, incluidos los impuestos, mientras que en los países

de ingresos medianos y de ingresos bajos esa proporción es de menos de la mitad y de alrededor del 25%, respectivamente. Un número relativamente reducido de países (13 de ingresos altos, ocho de ingresos medianos y ninguno de ingresos bajos) gravan los cigarrillos con impuestos indirectos que representan el 75% o más del precio de venta al por menor.

- En los países de ingresos altos, los cigarrillos son más del doble de caros que en los de ingresos medianos y casi cinco veces más caros que en los países de ingresos bajos.
- De los 163 países sobre los que se dispone de datos relativos a los impuestos especiales aplicados a los cigarrillos, 55 utilizan únicamente impuestos específicos, 60, únicamente impuestos ad valorem y 48 (en su mayoría europeos), una combinación de ambos, en tanto que otros 19 países no utilizan ningún impuesto especial y aplican únicamente derechos de importación.

## INCREMENTO DE LOS IMPUESTOS AL TABACO – PAÍSES CON LOS MEJORES RESULTADOS, 2008



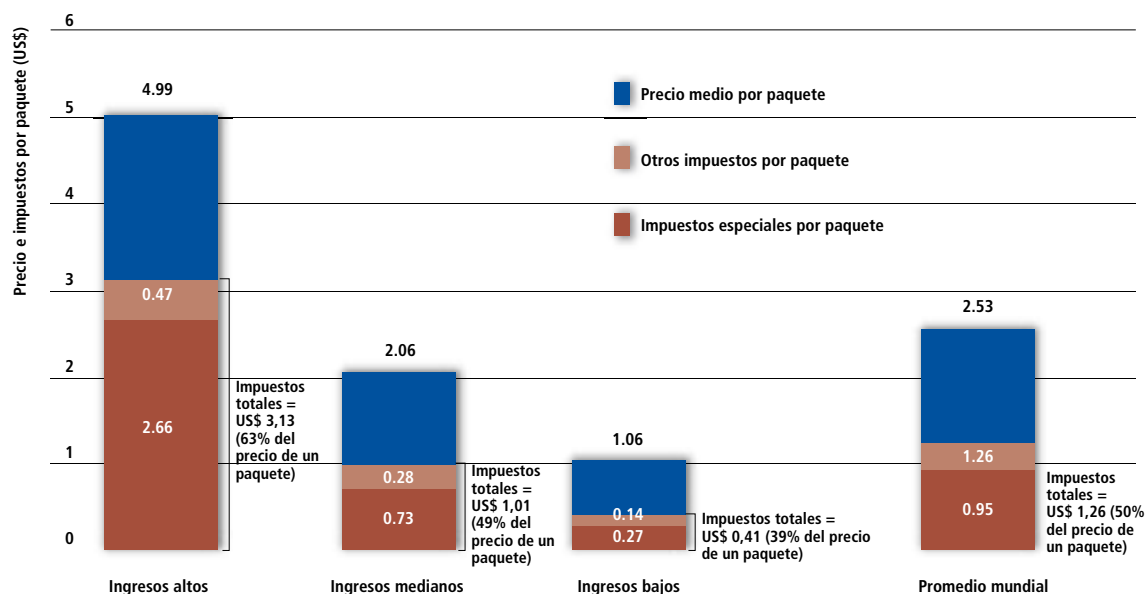


Fuente: Cálculos de la OMS basados en datos extraídos de informes preparados en el marco de la Iniciativa Bloomberg para la Reducción del Tabaquismo (publicados en <http://www.worldlungfoundation.org/publications.ph>)

Nota: El índice de asequibilidad se determina dividiendo en primer lugar el precio de la marca de cigarrillos más difundida por el promedio de ingresos por habitante (PIB per capita). El valor correspondiente a 1995 se establece como equivalente a 1, y los valores de otros años se calculan utilizando 1995 como año de referencia. Si el valor estimado es superior a 1, ello quiere decir que los cigarrillos son menos asequibles que en 1995. Si, por el contrario, es inferior a 1, se entenderá que los cigarrillos son más asequibles que en el citado año.

**Encarecer los productos de tabaco mediante importantes subidas de impuestos es la medida que por sí sola resulta más eficaz para hacer disminuir el tabaquismo y animar a los consumidores actuales a abandonar el tabaco.**

## PRECIO MEDIO E IMPUESTOS (INDIRECTOS Y TOTALES) DE LAS MARCAS DE CIGARRILLOS MÁS VENDIDAS, 2008





# Tailandia destina una parte de los ingresos fiscales procedentes de los productos tabáquicos específicamente al control del tabaco



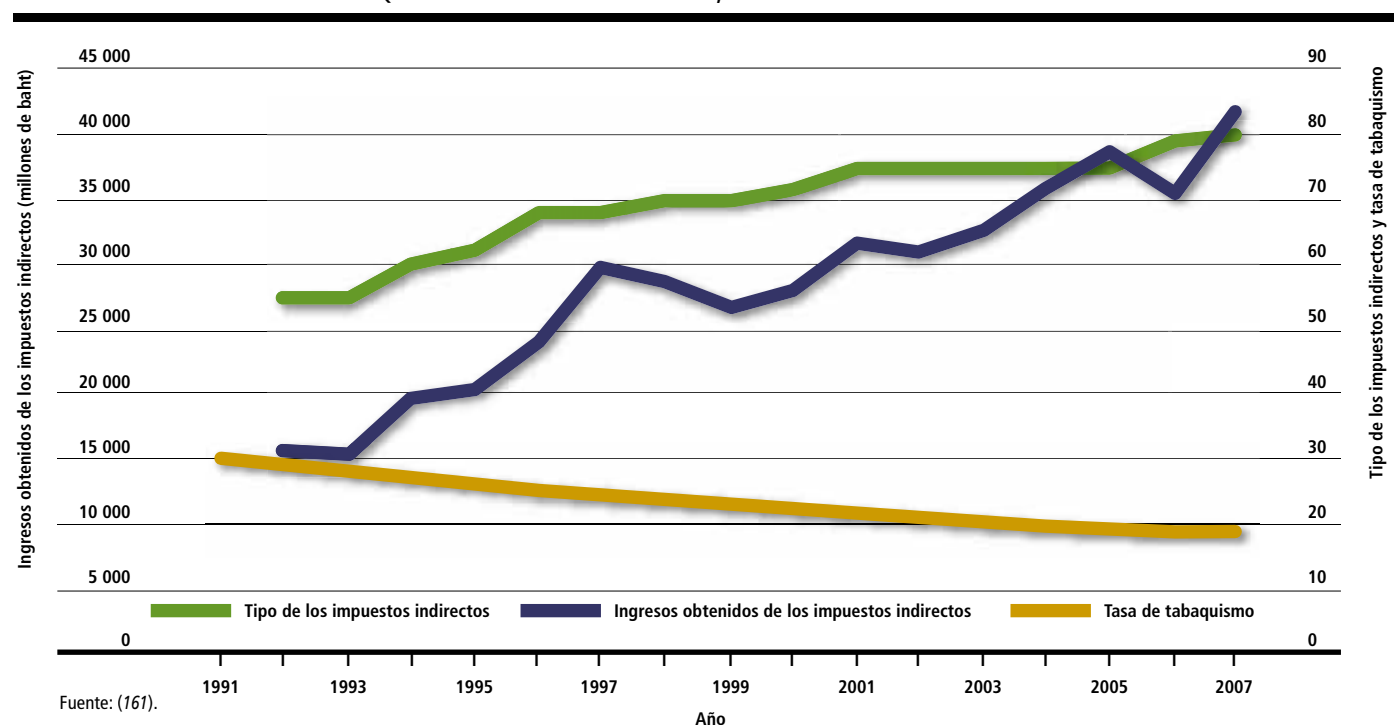
**สสส.** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

Tailandia, que destaca por sus excelentes resultados en materia de control del tabaco, aplica a los cigarrillos por ley un impuesto especial del 83,5%; en 2008 la parte del precio minorista de un paquete de cigarrillos correspondiente a los impuestos totales era del 57%. Un elemento importante dentro de la estructura fiscal del país es un recargo tributario del 2%, aplicado tanto al tabaco como al alcohol, que se destina directamente a la financiación de un amplio conjunto de programas nacionales de promoción de la salud. Con este impuesto especial para fines específicos del 2%, establecido en la Ley sobre la Fundación Tailandesa para la Promoción de la Salud (ThaiHealth) de 2001, se asegura la financiación de la citada entidad y se obtienen unos ingresos anuales de US\$ 35 millones. ThaiHealth destina los recursos que se le asignan a la reducción de la carga de morbilidad y mortalidad, así como a la introducción de mejoras generales en la calidad de vida de las personas.

Otra característica fundamental de la estructura fiscal aplicada en Tailandia a los cigarrillos es que los impuestos especiales aplicados a estos últimos han aumentado más rápidamente que las tasas de inflación. En consecuencia, la asequibilidad relativa de los cigarrillos ha disminuido. En enero de 1992, cuando la prevalencia del tabaquismo entre la población adulta se situaba en un 30% (cerca del 60% de los hombres), el tipo de los impuestos especiales se fijó en un 55%. Posteriormente, este tipo se fue incrementando progresivamente hasta situarlo en el 83,5%, mediante un conjunto de ocho medidas, que hicieron que el precio minorista de la marca más vendida en el país aumentara en cerca del 400%, y que prácticamente triplicaron los ingresos fiscales de Tailandia obtenidos del tabaco. Las tasas de tabaquismo entre los adultos fueron disminuyendo hasta situarse en el 18% actual (las tasas de tabaquismo entre los jóvenes representan alrededor de la mitad de las tasas correspondientes a los hombres adultos).

Tailandia aplica impuestos a todos los productos de cigarrillo un tipo impositivo único, lo que simplifica el cálculo y la recaudación de los impuestos. Dado que la industria tabacalera nacional está controlada por el Estado, el Gobierno puede fijar el precio en fábrica al por mayor, impidiendo así que los fabricantes reduzcan los precios para contrarrestar los efectos de las subidas de impuestos. La manipulación de los precios por la industria del tabaco suscita gran preocupación en los países que únicamente aplican impuestos ad valorem y en los que el sector tabacalero no está controlado por el Estado.

## TIPO DE LOS IMPUESTOS INDIRECTOS, INGRESOS OBTENIDOS DE ESTOS ÚLTIMOS Y PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN TAILANDIA, 1991



# Programas y capacidades nacionales de control del tabaco

## Se precisan programas nacionales para encabezar las actuaciones de control del tabaco

Fortalecer las capacidades nacionales para la ejecución eficaz y sostenible de programas nacionales de control del tabaco es primordial para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo; los países tienen el deber de aplicar ese tipo de programas en virtud de las obligaciones que les impone el Convenio Marco de la OMS (1). Las organizaciones no gubernamentales y otros actores de la sociedad civil no afiliados a la industria del tabaco, como por ejemplo organismos de profesionales de la salud, agrupaciones de mujeres, jóvenes, defensores del medio ambiente o consumidores e instituciones académicas y de atención sanitaria, han aportado valiosas contribuciones a las iniciativas de control del tabaco, tanto en el plano nacional como internacional. Aunque se requiere la participación de muchos sectores

del gobierno y de la sociedad civil para aplicar eficazmente un programa nacional de control del tabaco, las funciones de planificación estratégica y liderazgo deberían estar centralizadas en el ministerio de salud de cada país (57). En los países más grandes, cabe la posibilidad de diseñar un programa que permita una aplicación más flexible mediante la descentralización y transferencia de funciones a jurisdicciones subnacionales (57).

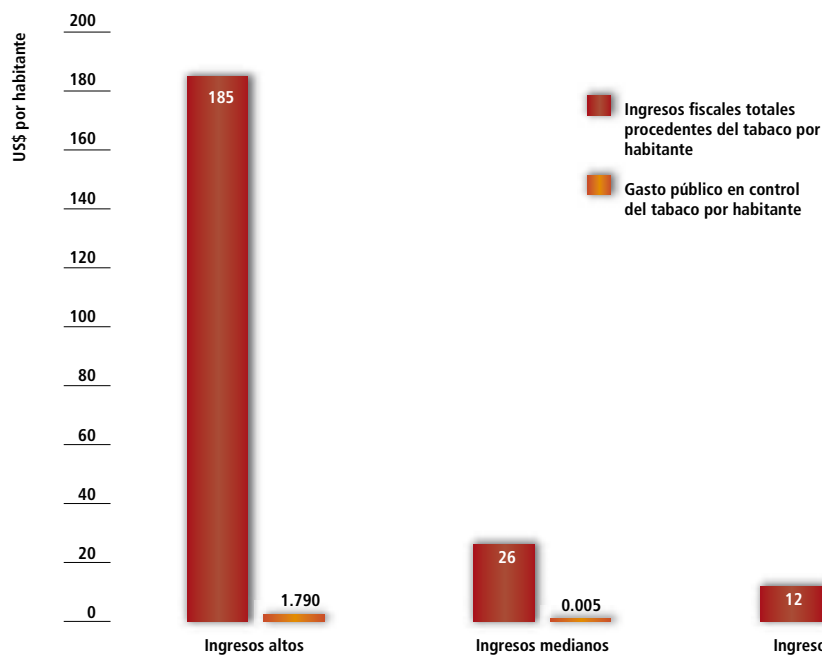
Un programa nacional de control del tabaco que esté dotado de un personal a tiempo completo específicamente asignado al mismo, a nivel central y (cuando proceda) a nivel subnacional, y que cuente en todos los niveles de Gobierno con el apoyo de instancias de categoría superior, así como con expertos técnicos y especialistas en la planificación y ejecución de este tipo de instrumentos, puede constituir una herramienta sumamente eficaz para dirigir y administrar todas las actividades programáticas. Por otro lado, es importante establecer, a un alto nivel de la administración

pública (como el Gabinete o la Presidencia), un comité nacional encargado de coordinar las medidas de control del tabaco en el que participen representantes de todos los órganos gubernamentales y agrupaciones de la sociedad civil directamente relacionados con ese tipo de actividades.

Es fundamental que el gobierno asegure para su programa de control del tabaco una fuente de financiación estable, a nivel nacional y, cuando proceda, también a nivel subnacional. Dado que actualmente en la mayoría de los países los gobiernos recaudan en concepto de impuestos al tabaco cantidades que superan varios cientos, o incluso miles, de veces los fondos destinados al control del tabaco, hay margen para un aumento sustancial de las inversiones en esta esfera. Para lograr esa meta, se puede echar mano de los fondos generales del Estado o prever reasignaciones específicas para esos fines de los ingresos fiscales procedentes del tabaco. Existen también otras fuentes de financiación,



## LA FINANCIACIÓN DEL CONTROL DEL TABACO ES INSUFICIENTE



Nota: Estimaciones basadas en la información facilitada por 55 países que notificaron datos sobre los ingresos fiscales generados por los productos de tabaco y sobre el gasto en control del tabaco en 2007 y 2008.

**Los gobiernos recaudan anualmente más de US\$ 167 000 millones en concepto de ingresos fiscales del tabaco, pero su gasto total en control del tabaco apenas asciende a US\$ 965 millones.**



como los préstamos o donativos concedidos por organizaciones no gubernamentales o filantrópicas nacionales e internacionales.

Las cifras correspondientes a 2007 y 2008 muestran que los ingresos fiscales totales provenientes del tabaco en los países que han notificado datos al respecto superan en más de 173 veces el gasto en actividades de control del tabaco. Los gobiernos recaudan anualmente más de US\$ 167 000 millones en concepto de ingresos fiscales provenientes del tabaco y, en cambio, solo destinan al control del tabaco un total de US\$ 965 millones (el 99% de esta cantidad corresponde a 17 países de ingresos altos). El gasto anual en control del tabaco por habitante varía entre un décimo de centavo en los países de ingresos

bajos, medio centavo en los países de ingresos medianos y unos US\$ 1,80 en los países de ingresos altos.

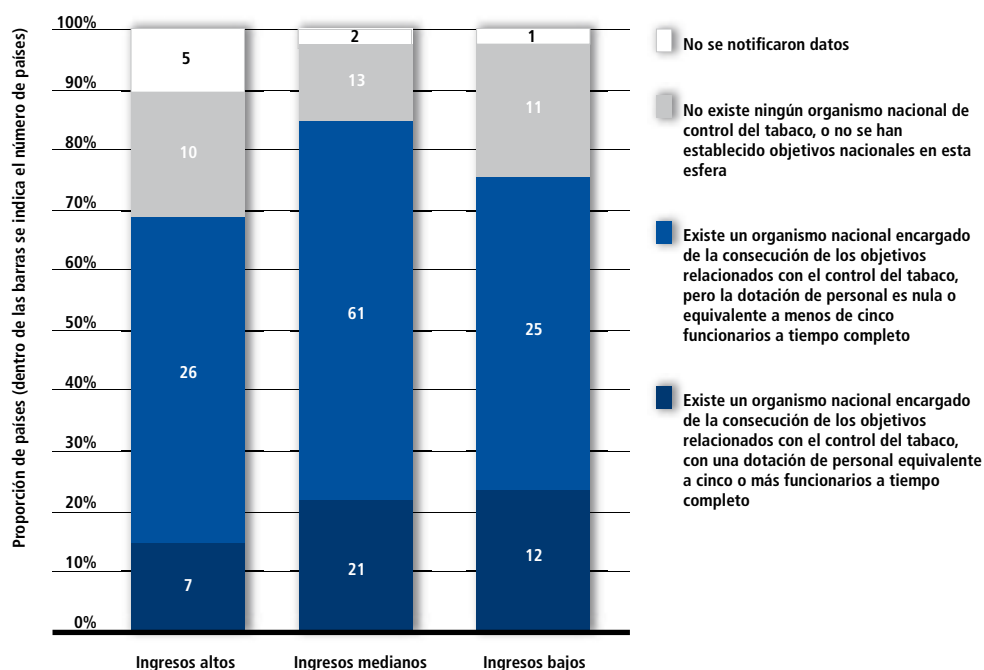
### La mayoría de los países cuentan con un programa nacional de control del tabaco, pero muchos no los han dotado del personal necesario

■ Cerca de los 80% de los países afirman contar con un organismo nacional encargado de la consecución de los objetivos relacionados con el control del tabaco; los países de ingresos bajos y medianos tienen más probabilidades de

contar con un organismo de esa índole que los países de ingresos altos.

■ Menos del 15% de los países de ingresos altos y del 22% de países de ingresos medianos, además de contar con organismo de ese tipo, han dotado a éste de un personal equivalente a cinco funcionarios a tiempo completo, mientras que en el caso de los países de ingresos bajos, ese porcentaje es del 24%.

## PROGRAMAS NACIONALES DE CONTROL DEL TABACO



**Es fundamental que los gobiernos aseguren para sus programas de control del tabaco una fuente de financiación estable, a nivel nacional y, cuando proceda, también a nivel subnacional.**

## El Brasil tiene excelentes capacidades en lo referente a los programas de control del tabaco

El Brasil ha otorgado suma prioridad a la lucha contra la epidemia de tabaquismo, en la que se ha mostrado muy comprometido. El enfoque integral aplicado por el país en materia de control del tabaco se basa en un mecanismo nacional de coordinación de alcance sectorial, dirigido por un programa nacional de control del tabaquismo, dependiente del Ministerio de Salud, que asume las funciones de secretaría de la comisión del sector sanitario para el control del tabaco y del comité nacional encargado de la aplicación del Convenio Marco de la OMS.

Una serie de organismos supervisores del Ministerio de Salud se encargan del seguimiento de las actividades de control del tabaco, así como de las tareas de reglamentación, ejecución y evaluación.

En vista de la estructura federal del país (27 estados y el Distrito Federal, con un total de 5592 municipios) y la naturaleza descentralizada del sistema sanitario, la ejecución y observancia de la mayoría de las medidas de control del tabaco se asegura a nivel local y

de los estados. Los departamentos de salud subnacionales y los organismos encargados de hacer cumplir la ley en ese nivel conforman una red gubernamental de control del tabaco sumamente eficaz, dotada de coordinadores específicamente dedicados a esta área de actuación y con personal propio. En 2005 todos los estados y más de dos tercios de los municipios contaban con funcionarios debidamente capacitados para la ejecución de actividades de control del tabaco, y una tercera parte de los municipios, incluidas todas las grandes ciudades brasileñas, habían aplicado programas específicos en esta esfera, junto con medidas para asegurar el cumplimiento de la ley.



Ministerio de Salud, Brasil

# Conclusión

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es prueba del compromiso existente para adoptar medidas contundentes contra la epidemia mundial de tabaquismo, que cada año mata y causa discapacidad a millones de personas. Las más de 160 Partes contratantes del CMCT de la OMS, que juntas representan más del 86% de la población mundial, han contraído un compromiso jurídicamente vinculante de aplicar medidas eficaces de control del tabaco. A diferencia de lo que ocurre con muchos de los principales problemas de salud pública, la solución para frenar el consumo de tabaco está a nuestro alcance: las medidas concretas de reducción de la demanda recogidas en el plan MPOWER, junto con otras intervenciones acordes con el CMCT de la OMS, ofrecen a los países una serie de valiosas herramientas para reducir el tabaquismo y salvar muchas vidas.

Los resultados presentados en este informe demuestran que es posible avanzar, y que de hecho se están realizando importantes

progresos. En algunos países, esos progresos han sido rápidos y de amplio alcance, y pueden servir de modelos de actuación para otros países que tienen que reforzar sus esfuerzos por proteger a la población contra los efectos nocivos del tabaquismo. Si no seguimos ampliando e intensificando los esfuerzos de control, seguirán muriendo cada año millones de personas a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco que son prevenibles, y se despilfarrarán anualmente decenas de miles de millones de dólares en gastos evitables de atención sanitaria y pérdidas de productividad.

El presente informe revela que el número de personas que se benefician de políticas de control del tabaco aumentó en 2008 en cerca de 400 millones gracias a las nuevas medidas adoptadas en ese año, pero también pone de manifiesto que queda muchísimo por hacer en esta esfera.

■ Menos del 10% de la población mundial

está cubierta por alguna de las medidas de reducción de la demanda propuestas en el plan MPOWER.

- Los avances en lo referente a la aplicación de prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio se han detenido, dejando a más del 90% de la población mundial desprotegida frente a las tácticas de comercialización de la industria tabacalera.
- Los progresos en materia de incremento de los impuestos al tabaco también se han estancado; cerca del 95% de la población mundial vive en países donde los impuestos representan menos del 75% del precio minorista.
- El control del tabaco sigue adoleciendo de una financiación insuficiente: en términos mundiales, los ingresos fiscales provenientes del tabaco son 173 veces superiores al gasto en control del tabaco.



Si bien se han logrado avances en relación con las políticas sobre ambientes libres de humo de tabaco, que constituyen el tema central del presente informe, la mayoría de las personas siguen careciendo en las distintas partes del mundo de una protección contra los peligros asociados a la exposición al humo de tabaco ajeno.

- En 2008 el porcentaje de la población mundial protegida por leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco aumentó en un 2,3%, lo que representa más de 154 millones de personas, en su mayoría pertenecientes a países de ingresos bajos y medianos.
- La adopción de medidas sobre ambientes libres de humo de tabaco a nivel subnacional está cobrando cada vez más fuerza. De las 100 metrópolis más grandes del mundo, 22 son ciudades libres de humo de tabaco; otras tres (Río de Janeiro, Salvador y São Paulo,

todas ellas brasileñas) han alcanzado esa condición después de concluida la fase de compilación de datos para la elaboración del informe.

- El grado de observancia de las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco es bajo. Solo el 2% de la población mundial vive en países que cuentan con leyes integrales sobre ambientes libres de humo de tabaco y presentan además elevados niveles de cumplimiento.

La crisis económica mundial que estamos viviendo en estos momentos hace aún más acuciante la necesidad de que los países se aseguren de disponer de los medios requeridos para financiar programas eficaces de control del tabaco. Aumentar los impuestos al tabaco no solo contribuye a una reducción importante de la prevalencia del tabaquismo, sino que incrementa los ingresos del gobierno y genera fondos que pueden destinarse a esta importante tarea, así como a otras iniciativas

de salud pública. Sin embargo, incluso a los tipos impositivos actualmente vigentes, el control del tabaco sigue gravemente subfinanciado, sobre todo entre los países de ingresos bajos y medianos.

Además de una financiación adecuada, el control del tabaco precisa por encima de todo un compromiso político en los niveles de gobierno más altos. Si no se interviene con prontitud, podrían morir en este siglo más de 1000 millones de personas a causa del tabaco. Los logros relacionados con el Convenio Marco de la OMS constituyen una prueba irrevocable de que esa voluntad política existe tanto a nivel nacional como mundial y que se puede sacar gran partido de ella. Si se esfuerzan por aplicar las medidas oportunas para reducir el tabaquismo, los gobiernos y la sociedad civil pueden salvar, y salvarán, cada año millones de vidas.



# Referencias

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Health Organization, 2003 (updated 2004, 2005; World [http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf), accessed 23 September 2009).
2. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Second session. First report of committee A. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://apps.who.int/gb/fctc/E/E\\_it2.htm](http://apps.who.int/gb/fctc/E/E_it2.htm), accessed 13 November 2009).
3. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation: Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224_eng.pdf), accessed 18 September 2009).
4. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf), accessed 9 February 2009).
5. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf), accessed 13 November 2009).
6. Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation. Geneva, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, accessed 13 November 2009).
7. Schick S, Glantz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tobacco Control*, 2005, 14:396–404.
8. Report on carcinogens, 11th ed. Research Triangle Park, NC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2005.
9. Respiratory health effects of passive smoking. Washington, DC, United States Environmental Protection Agency, 1992:Table 3-1.
10. Invernizzi G et al. Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control*, 2004, 13:219–221.
11. Singer BC et al. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. *Environmental Science and Technology*, 2002, 36:846–853.
12. Daisey JM et al. Toxic volatile organic compounds in simulated environmental tobacco smoke: emission factors for exposure assessment. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, 1998, 8:313–334.
13. Winickoff JP et al. Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*, 2009, 123:e74–79.
14. Navas-Acien A et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002–2003. *JAMA*, 2004, 291:2741–2745.
15. Hyland A et al. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tobacco Control*, 2008, 17:159–165.
16. Öberg M et al. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. (unpublished).
17. Survey on tobacco – analytical report. Brussels, European Commission, 2009 (Flash Eurobarometer No. 253, The Gallup Organisation; [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_253\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf), accessed 27 August 2009).
18. Shields M. Smoking – prevalence, bans and exposure to second-hand smoke. Ottawa, Statistics Canada, 2007. Health Reports, Vol. 18, No. 3:67–85.
19. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Geneva, World Health Organization, Division of Noncommunicable Disease, Tobacco Free Initiative, 1999. ([http://www.who.int/tobacco/research/en/ets\\_report .pdf](http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf), accessed 13 November 2009).
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Global Youth Tobacco Surveillance, 2000–2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 2008, 57: 1–21.
21. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3: e442.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2008, 57:1226–1228.
23. Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe. Brussels, The Smoke Free Partnership, 2006 ([http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id\\_attach=13509](http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509), accessed 13 April 2009).
24. Smoking and health: joint report of the Study Group on Smoking and Health. *Science*, 1957, 125:1129–1133.
25. White J, Froeb H. Small-airways dysfunction in nonsmokers chronically exposed to tobacco smoke. *New England Journal of Medicine*, 1980, 27:720–723.
26. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, 282:183–185.
27. Trichopoulos D et al. Lung cancer and passive smoking. *International Journal of Cancer*, 1981, 27:1–4.
28. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, accessed 13 November 2009).
29. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. Scientific Review Panel approved version. Part B – Health effects. Sacramento, CA, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 2005 (<ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3part%20b.pdf>, accessed 27 August 2009).
30. Update of evidence on health effects of secondhand smoke. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004 ([http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/idcplg?IdcService=GET\\_FILE&dID=13632&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=13632&Rendition=Web), accessed 13 November 2009).
31. Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by second-hand cigarette smoke? *Tobacco Control*, 2001, 10:383–388.
32. Bridevaux PO et al. Secondhand smoke and health-related quality of life in never smokers: results from the SAPALDIA cohort study 2. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:2516–2523.
33. Bertone ER et al. Environmental tobacco smoke and risk of malignant lymphoma in pet cats. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:268–273.
34. Snyder LA et al. p53 expression and environmental tobacco smoke exposure in feline oral squamous cell carcinoma. *Veterinary Pathology*, 2004, 41:209–214.
35. Reif JS et al. Passive smoking and canine lung cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:234–239.
36. Fantuzzi G et al. Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007, 21:194–200.
37. Fantuzzi G et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *The Journal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine*, 2008, 21:643–647.
38. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*, 1997, 52:1003–1009.
39. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *British Medical Bulletin*, 1996, 52:22–34.
40. Gilbert SG. Scientific consensus statement on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders. Bolinas, CA, Collaborative on Health and the Environment, Learning and Developmental Disabilities Initiative, 2008 (<http://www.iceh.org/pdfs/LDDI/LDDIStatement.pdf>, accessed 3 February 2009).
41. Herrmann M, King K, Weitzman M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. *Current Opinion in Pediatrics*, 2008, 20:184–190.
42. Behan DF et al. Economic effects of environmental tobacco smoke. Schaumburg, IL, Society of Actuaries, 2005 (<http://www.soa.org/research/life/research-economic-effect.aspx>, accessed 13 November 2009).
43. Indoor Air Quality 1994, 59:15968-16039. Washington, DC, United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 1994.



44. Adams KA et al. *The costs of environmental tobacco smoke (ETS): an international review*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.11).
45. McGhee SM et al. Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 2006, 15:125–130.
46. Pierce JP, León M. Effectiveness of smoke-free policies. *Lancet Oncology*, 2008, 9:614–615.
47. Haw SJ, Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 2007, 335:549.
48. Borland R et al. Protection from environmental tobacco smoke in California. The case for a smoke-free workplace. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:749–752.
49. Pickett MS et al. Smoke-free laws and secondhand smoke exposure in US non-smoking adults, 1999–2002. *Tobacco Control*, 2006, 15:302–307.
50. Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14:384–388.
51. Goodman P et al. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175:840–845.
52. Bondy SJ et al. Impact of an indoor smoking ban on bar workers' exposure to secondhand smoke. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 51:612–619.
53. Semple S et al. Secondhand smoke levels in Scottish pubs: the effect of smoke-free legislation. *Tobacco Control*, 2007, 16:127–132.
54. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban, New York, June 26, 2003–June 30, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007, 56:705–708.
55. Fernando D et al. Legislation reduces exposure to second-hand tobacco smoke in New Zealand bars by about 90%. *Tobacco Control*, 2007, 16:235–238.
56. Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free workplace law. *Addiction*, 2003, 98:1111–1117.
57. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/entity/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, accessed 13 November 2009).
58. Gan Q et al. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in China. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2008, 50:570–575.
59. Cains T et al. Designated "no smoking" areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 2004, 13:17–22.
60. *Ventilation for acceptable indoor air quality*. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2004 (ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004).
61. *Environmental tobacco smoke. Position document approved by ASHRAE Board of Directors, 30 June 2005*. Atlanta, GA, American Society of Heating, Refrigerating, and Air-Conditioning Engineers, Inc., 2005.
62. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, CA, California Environmental Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 ([http://www.oehha.org/air/environmental\\_tobacco/finalets.html](http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html), accessed 13 November 2009).
63. *Institute for Health and Consumer Protection. Activity report 2003*. Ispra, European Commission Joint Research Centre Directorate-General, 2004 ([http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/docs/IHCP\\_annual\\_report/ihcp03.pdf](http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/docs/IHCP_annual_report/ihcp03.pdf), accessed 13 November 2009).
64. Valente P et al. Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban, Italy 2005. *Tobacco Control*, 2007, 16:312–3.
65. Menzies D et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296:1742–1748.
66. Eisner M, Smith A, Blanc P. Bartenders' respiratory health after establishment of smokefree bars and taverns. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1909–1914.
67. Venn A, Britton J. Exposure to secondhand smoke and biomarkers of cardiovascular disease risk in never-smoking adults. *Circulation*, 2007, 115:990–995.
68. Richiardi L et al. Cardiovascular benefits of smoking regulations: The effect of decreased exposure to passive smoking. *Preventive Medicine*, 2009, 48:167–172.
69. Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:482–491.
70. Bartecchi C et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation*, 2006, 114:1490–1496.
71. Khuder SA et al. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. *Preventive Medicine*, 2007, 45:3–8.
72. Sargent RP et al. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *British Medical Journal*, 2004, 328:977–980.
73. Lemstra M et al. Implications of a public smoking ban. *Canadian Journal of Public Health*, 2008, 99:62–65.
74. Meyers DG et al. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*, 2009, 29:54:1249–1255.
75. *California tobacco control update: the social norm change approach*. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2006 and 2009 (<http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Pages/CTCPPublications.aspx>, accessed 27 August 2009).
76. Evans W et al. Do workplace smoking bans reduce smoking? *American Economic Review*, 1999, 89:728–747.
77. Levy D, Friend K. Clean air laws: a framework for evaluating and improving clean air laws. *Journal of Public Health Management and Practice*, 2001, 7:87–97.
78. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:188.
79. Bauer JE et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024–1029.
80. Fong GT et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the International Tobacco Control (ITC) Ireland/UK Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii51–iii58.
81. Fowkes FJ et al. Scottish smoke-free legislation and trends in smoking cessation. *Addiction*, 2008, 103:1888–1895.
82. Borland RM et al. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii42–iii50.
83. Wipfli H et al. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:672–679.
84. Borland R et al. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tobacco Control*, 1999, 8:266–271.
85. *After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new smokefree law*. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2006 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/A9D3734516F6757ECC25723D00752D50>, accessed 13 November 2009).
86. Evans D, Byrne C. *The 2004 Irish smoking ban: is there a "knock-on" effect on smoking in the home?* Dublin, Health Service Executive of the Republic of Ireland, Western Area, 2006.
87. Albers AB et al. Household smoking bans and adolescent antismoking attitudes and smoking initiation: findings from a longitudinal study of a Massachusetts youth cohort. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:1886–1893.

88. Li Q et al. Support for smoke free policies among smokers and non-smokers in six cities in China. *Tobacco Control*, 13 August 2009 (epub ahead of print).
89. *Major new poll shows public support across UK for comprehensive smokefree law*. London, Action on Smoking and Health, Press Release 30 December 2005 ([http://www.ash.org.uk/ash\\_jf9oyumi.htm](http://www.ash.org.uk/ash_jf9oyumi.htm), accessed 18 September 2009).
90. Sebríe EM et al. Smokefree environments in Latin America: on the road to real change? *Prevention and Control*, 2008, 3:21–35.
91. Equipos Mori. *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005" (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados) [Regulation of snuff consumption in public and private places]*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization), 2006 ([http://www.presidencia.gub.uy/\\_web/noticias/2006/12/informeo\\_dec268\\_mori.pdf](http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf), accessed 13 November 2009).
92. *Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 ([http://www.no-smoke.org/pdf/NZ\\_TwelveMonthReport.pdf](http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf), accessed 13 November 2009).
93. *Poll shows 98% of us believe Irish workplaces are healthier as a result of the smokefree law*. Naas, Office of Tobacco Control (Press release 28 March 2005; <http://www.otc.ie/article.asp?article=267>, accessed 13 November 2009).
94. *California bar patrons' Field Research Corporation polls, March 1998 and September 2002*. Sacramento, CA, California Department of Public Health, Tobacco Control Section, 2002.
95. *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health of the People's Republic of China, 2007.
96. Danishevski K et al. Public attitudes towards smoking and tobacco control policy in Russia. *Tobacco Control*, 2008, 17:276–283.
97. Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13–20.
98. Scollo M, Lal A. *Summary of studies assessing the economic impact of smoke-free policies in the hospitality industry*. Carlton, VicHealth Centre for Tobacco Control, 2008 (<http://www.vctc.org.au/downloads/Hospitalitysummary.pdf>, accessed 28 August 2009).
99. Borland R et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii34–iii41.
100. Lund M. Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), 2005 (<http://www.sirus.no/internet/tobakk/publication/375.html>, accessed 13 November 2009).
101. Edwards R et al. After the smoke has cleared: evaluation of the impact of a new national smoke-free law in New Zealand. *Tobacco Control*, 2008, 17:e2.
102. Tang H et al. Changes of knowledge, attitudes, beliefs, and preference of bar owner and staff in response to a smoke-free bar law. *Tobacco Control*, 2004, 13:87–89.
103. *The state of smoke-free New York City: a one-year review*. New York: New York City Department of Finance, New York City Department of Health & Mental Hygiene, New York City Department of Small Business Services, New York City Economic Development Corporation, 2004. (<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>, accessed 28 August 2009)
104. Eriksen M, Chaloupka F. The economic impact of clean indoor air laws. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2007, 57:367–378.
105. Hyland A, Cummings KM. Restaurant employment before and after the New York City Smoke-Free Air Act. *Journal of Public Health Management and Practice*, 1999, 5:22–27.
106. Alpert HR et al. Environmental and economic evaluation of the Massachusetts Smoke-Free Workplace Law. *Journal of Community Health*, 2007, 32:269–281.
107. Pyles MK et al. Economic effect of a smoke-free law in a tobacco-growing community. *Tobacco Control*, 2007, 16:66–68.
108. Dai C et al. *The economic impact of Florida's Smoke-Free Workplace Law*. Gainesville, FL, University of Florida, Warrington College of Business Administration, Bureau of Economic and Business Research, 2004.
109. Alamar B, Glantz SA. Effect of smoke-free laws on bar value and profits. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1400–1402.
110. Binkin N et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:522–527.
111. *A study of public attitudes toward cigarette smoking and the tobacco industry in 1978*, Vol. 1. Storrs: The Roper Organization, 1978 (<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qra99d00/pdf>, accessed 13 November 2009).
112. Heironimus J. *Impact of workplace restrictions on consumption and incidence*. Tobacco Documents Online, 1992 (<http://tobaccodocuments.org/pm/2023914280-4284.html>, accessed 13 November 2009).
113. Sebríe E, Glantz S. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tobacco Control*, 2007, 16:e6.
114. *Smoking in public places. House of Commons Health Committee, first report of session 2005–2006, Vol. II*. London, House of Commons, 2005 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/485/485ii.pdf>, accessed 13 November 2009).
115. Samet JM, Burke TA. Turning science into junk: the tobacco industry and passive smoking. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1742–1744.
116. Ong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. *Lancet*, 2000, 355:1253–1259.
117. Ong EK, Glantz SA. Constructing "sound science" and "good epidemiology": tobacco, lawyers, and public relations firms. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1749–1757.
118. Tong EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts undermining evidence linking secondhand smoke with cardiovascular disease. *Circulation*, 2007, 116:1845–1854.
119. Bornhauser A et al. German tobacco industry's successful efforts to maintain scientific and political respectability to prevent regulation of secondhand smoke. *Tobacco Control*, 2006, 15:e1.
120. Robinson JB. *ETS in Nordic countries*. Paper presented at: PM EEC ETS Conference, Geneva, 12–14 November 1986. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1986.
121. Tobacco Institute. *Embargoed for use in A.M. newspapers, Monday 8/10/65*. San Francisco, CA, University of California Legacy Tobacco Documents Library, 1981 (Philip Morris Collection; Bates No. 2015018011/8012; <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/ar168e00>, accessed 13 November 2009).
122. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1566–1570.
123. Barnes DE, Bero LA. Scientific quality of original research articles on environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 1997, 6:19–26.
124. Garne D et al. Environmental tobacco smoke research published in the journal *Indoor and Built Environment* and associations with the tobacco industry. *Lancet*, 2005, 365:804–809.
125. *United States of America v. Philip Morris USA, Inc., et al.*, 449 F Supp 2d 1 (2006).
126. Siegel M. The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes. *Annual Review of Public Health*, 2002, 23:45–71.
127. Jones JM. *Smoking habits stable; most would like to quit*. Washington: Gallup, Inc., 2006. (<http://www.gallup.com/poll/23791/Smoking-Habits-Stable-Most-Would-Like-Quit.aspx>, accessed 13 November 2009).
128. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008 ([http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf), accessed 13 November 2009).
129. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Third session. Decisions. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC\\_COP3\\_DIV3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_DIV3-en.pdf), accessed 13 November 2009).
130. Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1759–1766.
131. Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1519–1527.
132. *The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990 (HYPERLINK "[http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/IC/IT/\\_nbnbct.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/IC/IT/_nbnbct.pdf)" [http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/IC/IT/\\_nbnbct.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/IC/IT/_nbnbct.pdf), accessed 18 September 2009).
133. *Everybody's business – Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health\\_Systems\\_EverybodyBusinessHSS.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_EverybodyBusinessHSS.pdf), accessed 13 November 2009).
134. *WHO CVD-risk management package for low- and medium-resource settings*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545852.pdf>, accessed 13 November 2009).

135. WHO/The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb\\_tobac\\_monograph.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf), accessed 13 November 2009).
136. Stead LF et al. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*, 2007, 16(Suppl. 1):i13–i18.
137. *WHO Model List of Essential Medicines: 16th list, March 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Unedited version – 30 April 2009) ([http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/17/WEB\\_unedited\\_16th\\_LIST.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEB_unedited_16th_LIST.pdf), accessed 20 October 2009).
138. Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19–iii25.
139. *Youth and tobacco: Preventing tobacco use among young people*. A report of the Surgeon General. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
140. *Elaboration of guidelines for implementation: Articles 5.3, 9 and 10, 11, 12 and 14 (decision FCTC/COP2(14))*. Geneva, World Health Organization, Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2007 ([http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_DIV9-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-en.pdf), accessed 18 September 2009).
141. Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. [76% are in favor of pictures on cigarette packs that illustrate the problems caused by smoking, 67% of smokers saw the pictures and say they made them want to stop smoking] *Opinião pública*, 2002.
142. *Tobacco warning labels*. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (Factsheet No. 7; <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>, accessed 13 November 2009).
143. Thrasher JF et al. Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada. *Salud Pública de México*, 2007, 49 (Suppl. 2):S233–S240.
144. *Up in smoke: the truth about tar and nicotine ratings*. Washington, DC, Federal Trade Commission, Bureau of Consumer Protection, Office of Consumer and Business Education, 2000 (FTC Consumer Alert; <http://www.ftc.gov/bcp/edu/pubs/consumer/alerts/alt069.shtm>, accessed 13 November 2009).
145. Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:380–386.
146. McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9:273–282.
147. Dunlop SM et al. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *Journal of Health Communication*, 2008;13:250–266.
148. Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:2154–2160.
149. *American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4. Enforcing Strong Smoke-free Laws: The Advocate's Guide to Enforcement Strategies*. Atlanta, American Cancer Society, 2006.
150. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, accessed 13 November 2009).
151. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117–1137.
152. Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (<http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>, accessed 13 November 2009).
153. Crofton J, Simpson D. *Tobacco: a global threat*. Hong Kong, Macmillan Education, 2002.
154. *Select Committee on Health, second report*. London, House of Commons, 2000 (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2702.htm>, accessed 13 November 2009).
155. Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, The World Bank, 2006:869–885 (<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, accessed 13 November 2009).
156. van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_south\\_africa\\_taxation.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf), accessed 13 November 2009).
157. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976–1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47:605–609.
158. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000:2737–2772.
159. Joossens L. *Report on smuggling control in Spain*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/tobacco/training/success\\_stories/en/best\\_practices\\_spain\\_smuggling\\_control.pdf](http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_spain_smuggling_control.pdf), accessed 13 November 2009).
160. *Third session of the Intergovernmental Negotiating Body on a Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products*. Geneva, World Health Organization, Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2009 ([http://www.who.int/fctc/inb/third\\_session\\_inb/en/index.html](http://www.who.int/fctc/inb/third_session_inb/en/index.html), accessed 20 October 2009).
161. Data provided by the National Statistics Office and the Excise Department, Thailand. Analyzed by B. Sarunya and T. Lakkhana, Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC), Mahidol University, 2007.
162. *Demographic Yearbook: Table 8. Population of capital cities and cities of 100 000 and more inhabitants, latest available year: 1988-2007*. New York, United Nations, United Nations Statistics Division, 2009 (<http://unstats.un.org/unsd/Demographic/Products/dyb/dyb2007.htm>, accessed 3 November 2009).

# Nota de agradecimiento

Los siguientes funcionarios de la OMS han participado en la compilación, el análisis y la edición de la información:

## **Región de África de la OMS:**

Jean-Pierre Baptiste, Tecla Butau, Deowan Mohee, Nivo Ramanandraibe.

## **Región de las Américas de la OMS:**

Adriana Blanco, Maristela Monteiro, Rosa Sandoval, Mayte Vasquez.

## **Región de Asia Sudoriental de la OMS:**

Khalil Rahman, Kamar Rezwan, Dharendra N. Sinha.

## **Región de Europa de la OMS:**

Yulia Kadirova, Rula Khoury, Kristina Mauer, Agis Tsouros.

## **Región del Mediterráneo Oriental de la OMS:**

Fatimah El-Awa, Majed Elehawi, Farrukh Qureshi.

## **Región del Pacífico Occidental de la OMS:**

Sarah England (China), Trinette Lee, Guangyuan Liu, Susan Mercado.

## **Sede de la OMS, Ginebra:**

Sundus Aladoofi, Zahra Ali Piazza, Ala Alwan, Alphasuck Bhatiasevi, Lubna Bhatti, Douglas Bettcher, Katherine DeLand, Christine Fares, Daniel Ferrante, Gillian Forbes, Omid Fotuhi, Dongbo Fu, Lejla Gagic, Bernardus Ganter, Jason Henderson, Gudrun Ingolfsdottir, Mie Inoue, Sun Goo Lee, Nima Mansouri, Raman Minhas, Ryan Moran, Simeon Niles, Timothy O'Leary, Alexandre Pasutto, Armando Peruga, Patrick Petit (formerly WHO), Luminita Sanda, Rosane Serrao, Brooke Trainum, Gulnoza Usmanova, Barbara Zolty.

Del apoyo administrativo se han encargado: Miriamjoy Aryee-Quansah, Catalin Iacobescu, Luis Madge, Carolyn Patten, Elizabeth Tecson, Jennifer Volonnino.

Kerstin Schotte ha coordinado la elaboración del presente informe, con el apoyo de Katherine DeLand.

Christopher Fitzpatrick ha asegurado la supervisión técnica en cuanto a la preparación del contenido del informe.

La calidad de los datos notificados por los países ha sido validada por: Alison Commar, Christopher Fitzpatrick, Gauri Khanna, Sameer Pujari, Kerstin Schotte and Erin Smith.

Armando Peruga ha sido el responsable del proceso de revisión legal, en el que han participado Dongbo Fu, Raman Minhas, Luminita Sanda, Erin Smith, Gemma Vestal y Barbara Zolty.

Las estimaciones de prevalencia han sido calculadas por Gauri Khanna y Edouard Tursan d'Espaignet.

Los exámenes y análisis financieros y económicos, incluidos los relativos a la fiscalidad y los precios de los productos de tabaco, han sido efectuados por: Christopher Fitzpatrick (Región de África y Región de Asia Sudoriental), Anne-Marie Perucic (Región de las Américas y Región del Mediterráneo Oriental) y Ayda Yurekli (Región de Europa y Región del Pacífico Occidental), con el apoyo de Frank Chaloupka y Sofia Delipalla.

La gestión de datos, la garantía de calidad y la elaboración de los cuadros, gráficos y apéndices han corrido a cargo de Alison Commar, Sameer Pujari y Shaun Takao.

Asimismo, deseamos expresar nuestro agradecimiento a Jennifer Ellis y Kelly Henning de la Iniciativa Bloomberg para la Reducción del Tabaquismo por su colaboración. Stella Bialous, Vera da Costa e Silva, Geoffrey T. Fong, John Pierce, Martin Raw y Jonathan Samet, entre otros, han aportado retroinformación y observaciones muy valiosas, que agradecemos enormemente. Especial gratitud merece también la Secretaría del Convenio Marco de la OMS, Colin Mathers y Gretchen Stevens, y el equipo de la Oficina de Tabaquismo y Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

También deseamos dar las gracias a Drew Blakeman, que ha ayudado a preparar el informe. Se expresa un agradecimiento especial a Barbara Campanini, encargada de la edición y de la corrección de pruebas, y a Reda Sadki y su equipo, responsables del diseño, por hacer posible que este informe se publicara a tiempo.

Para la producción del presente documento de la OMS se ha recibido una donación de la World Lung Foundation, con aporte financiero de Bloomberg Philanthropies. El contenido de este informe es responsabilidad exclusiva de la OMS y no refleja necesariamente la posición de la World Lung Foundation.



## Fotografías e ilustraciones

### © Banco Mundial

Páginas 8-9 - Fotógrafo: Anvar Ilyasov

Página 10 - Fotógrafo: Curt Carnemark

Páginas 12-13 - Fotógrafo: Curt Carnemark

Páginas 16-17 - Fotógrafo: Curt Carnemark

Página 20 - Fotógrafo: Curt Carnemark

Páginas 22-23 - Fotógrafo: Curt Carnemark

Página 34 - Fotógrafo: Anvar Ilyasov

Página 44 - Fotógrafo: Bunyad Dinc

Página 60 - Fotógrafo: Dominic Sansoni

### © Keystone

Páginas 14-15 - Keystone/Laif

Página 18 - Keystone/Laif

Páginas 26-27 - Keystone/Laif

### © Court Consulting

Página 19 - Ilustración

### © Medical Art Service

Página 23 - Ilustraciones

Página 7 - © Organización Mundial de la Salud

Página 21 - © National Tobacco Control Program, Gobierno de la India

Página 30 - © World Lung Foundation

Página 37 - © Environmental Rights Action/Friends of the Earth, Nigeria

Página 47 - © National Health Service City and Hackney

Página 50 - © Cancer Institute New South Wales

Página 51 - © Hormozgan University of Medical Science, República Islámica del Irán

Página 63 - © Ministerio de Salud, Brasil

Diseño: **Estúdio Infinito**

Maquetación: **designisgood.info**

**El Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009 ha sido financiado con ayuda de **Bloomberg Philanthropies****



**Organización  
Mundial de la Salud**

**20 Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland  
[www.who.int/tobacco/mpower](http://www.who.int/tobacco/mpower)**

ISBN 978 92 4 356391 6

