



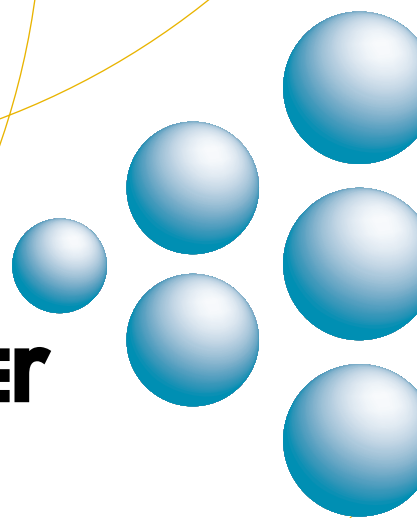
Organización
Mundial de la Salud

INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO, 2021

Abordar los productos nuevos y emergentes

fresh and alive

mpower



**Los sistemas electrónicos
de administración de
nicotina (SEAN) son
adictivos y no están
exentos de daños**

**El riesgo de que los
niños y adolescentes
que utilizan sistemas
electrónicos de
administración de
nicotina fumen
cigarrillos puede
duplicarse**

Las iniciativas de control del tabaco deben seguir centrándose en reducir el consumo de tabaco y evitar las distracciones creadas por la industria tabacalera e industrias conexas



Monitor Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención

Protect Proteger a la población del humo del tabaco

Offer Ofrecer ayuda para abandonar el hábito tabáquico

Warn Advertir de los peligros del tabaco

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

Raise Aumentar los impuestos al tabaco

Los SEAN deben estar estrictamente reglamentados para proteger al máximo la salud pública

Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: abordar los productos nuevos y emergentes es el octavo de una serie de informes de la OMS en que se hace un seguimiento de la situación de la epidemia de tabaquismo y de las intervenciones para combatirla.

Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: abordar los productos nuevos y emergentes

ISBN 978-92-4-005549-0 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-005550-6 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2021

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Mundial de la Salud (OMS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules/>).

Forma de cita propuesta. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: abordar los productos nuevos y emergentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

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

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la 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 OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño y maquetación: optimadesign.co.uk



**Organización
Mundial de la Salud**

INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO, 2021

Abordar los productos nuevos y emergentes

Preparado gracias a la financiación de
Bloomberg Philanthropies

ÍNDICE

- 15 Prefacio del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS
 - 17 Prefacio de Michael R. Bloomberg, Embajador mundial de la OMS para las enfermedades no transmisibles
 - 19 Prefacio de la Dra. Adriana Blanco Marquizo, Jefa de la Secretaría del CMCT de la OMS
-

20 RESUMEN

24 CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO Y PROTOCOLO PARA LA ELIMINACIÓN DEL COMERCIO ILÍCITO DE PRODUCTOS DE TABACO

44 LA INJERENCIA DE LA INDUSTRIA TABACALERA:

50 LOS VÍNCULOS ENTRE LA PANDEMIA DE COVID-19 Y EL TABACO

59 MEDIDAS EFICACES DE CONTROL DEL TABACO

- 60 Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- 64 Proteger a la población del humo del tabaco
- 68 Ofrecer ayuda para abandonar el consumo de tabaco
- 72 Advertir de los peligros del tabaco
- 76 Campañas contra el tabaco en los medios de comunicación
- 80 Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- 86 Aumentar los impuestos al tabaco
- 94 Programas nacionales de control del tabaco: un elemento vital para acabar con la epidemia de tabaquismo
- 98 Sistemas electrónicos de administración de nicotina

108 CONCLUSIÓN



110 REFERENCIAS

- 120 **NOTA TÉCNICA I:** Evaluación de las políticas vigentes y su cumplimiento
- 128 **NOTA TÉCNICA II:** Prevalencia del consumo de tabaco en los Estados Miembros de la OMS
- 130 **NOTA TÉCNICA III:** Impuestos sobre el tabaco en los Estados Miembros de la OMS
- 139 **ANEXO I:** Resumen regional de las medidas MPOWER
- 153 **ANEXO II:** Resumen regional de las medidas aplicadas a los sean
- 179 **ANEXO III:** Año de mayor nivel de cumplimiento de algunas de las medidas de control del tabaco
- 193 **ANEXO IV:** Mayor nivel de cumplimiento de algunas de las medidas de control del tabaco en las 100 mayores ciudades del mundo
- 199 **ANEXO V:** Situación del convenio marco de la oms para el control del tabaco y del protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco

207 NOTA DE AGRADECIMIENTO

- ANEXO VI:** Datos mundiales sobre las normativas de control del tabaco
- ANEXO VII:** Perfiles de países
- ANEXO VIII:** Ingresos fiscales del tabaco
- ANEXO IX:** Fiscalidad, precios y asequibilidad del tabaco
- ANEXO X:** Estimaciones de prevalencia del consumo de tabaco normalizadas por edad, 2019
- ANEXO XI:** Datos sobre prevalencia proporcionados por los países
- ANEXO XII:** Mapas de datos mundiales sobre las normativas de control del tabaco

Los anexos VI a XII están disponibles en línea en http://www.who.int/tobacco/global_report/en



mpower

«A pesar de las dificultades derivadas de la pandemia de COVID-19, en el último año muchos países han persistido en el avance del control del tabaco como una prioridad de salud pública fundamental».

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud

Actualmente hay 5300 millones de personas protegidas por al menos una medida MPOWER al máximo grado de cumplimiento

Desde la publicación del último *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo* en 2019, el mundo ha cambiado enormemente. A pesar de las dificultades derivadas de la pandemia de COVID-19, en el último año muchos países han persistido en el avance del control del tabaco como una prioridad de salud pública fundamental. Los progresos que se presentan en este informe son testimonio de esa perseverancia.

Entre las enfermedades atribuibles al tabaco se encuentran las neumopatías y cardiopatías, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes; todas ellas pueden agravar la enfermedad por coronavirus. Nunca antes ha sido tan importante proteger a la población de los daños del tabaco.

La aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco es una prioridad de desarrollo mundial reconocida con una meta específica en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Reducir el consumo de tabaco es fundamental para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, que representan el 71% de las muertes en el mundo.

Actualmente, el 75% de los países y 5300 millones de personas están protegidos por al menos una medida de control del tabaco al nivel de las prácticas óptimas, y el 50% con al menos dos medidas. La prevalencia del tabaquismo ha descendido a nivel mundial entre las personas mayores de 15 años, pasando del 22,7% al 17,5%.

Este progreso resulta alentador. Al mismo tiempo, debemos permanecer atentos a los retos que plantean los productos más nuevos, como los sistemas electrónicos de administración de nicotina y los productos de tabaco calentado.

En el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: abordar los productos nuevos y emergentes*, se pone de relieve cómo estos productos se promocionan de forma tenaz como alternativas «más inocuas» o «sin humo» a los cigarrillos convencionales. Aunque todavía se desconocen todos sus riesgos, el impacto de los dispositivos electrónicos de administración de nicotina es evidente.

La industria tabacalera y las industrias conexas, a la vez que enmarcan estos productos como una contribución al control mundial del tabaco, emplean las mismas viejas tácticas de mercadotecnia para promover nuevos instrumentos dirigidos a enganchar a los niños a la nicotina y eludir la legislación sobre el tabaco. Al mismo tiempo, siguen combatiendo en todo el mundo las medidas y la legislación destinadas a proteger a la población de los numerosos daños del tabaco.

El tabaco es una de las mayores causas de muerte prematura prevenibles en el mundo, ya que es responsable de más de ocho millones de muertes y supone un costo anual de US\$ 1,4 billones para la economía mundial. Esto afecta de forma desproporcionada a la población de los países de ingresos bajos y medianos.

Los dirigentes políticos deben hacer frente a los poderosos intereses creados que se benefician del tabaco.

Todos los países tienen la obligación de proteger la salud de su población combatiendo la plaga del tabaco, cualquiera que sea su forma de presentación.



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General
Organización Mundial de la Salud

«Debemos permanecer atentos a los retos que plantean los nuevos productos, como los sistemas electrónicos de administración de nicotina y los productos de tabaco calentado».

mpower

**«La lucha contra el consumo de tabaco es
verdaderamente un trabajo en equipo, y por muy
lejos que hayamos llegado, todavía es necesario
avanzar mucho más».**

Michael R. Bloomberg, Embajador mundial de la OMS para las enfermedades no transmisibles
y los traumatismos
Fundador de Bloomberg Philanthropies

A pesar de la pandemia mundial, desde el último informe 24 países ya han adoptado una o más medidas de prácticas óptimas del plan MPOWER

Desde la publicación de su primera edición, hace 13 años, el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo* ha sido un recurso fundamental en la lucha por salvar vidas del consumo de tabaco. Los datos que contiene ayudan a los líderes a determinar las políticas que funcionan, y ayudan a la población a exigir a los representantes elegidos que se responsabilicen de la protección de la salud de las personas. Y aunque el último año ha estado marcado por más avances prometedores, la pandemia de COVID-19 también ha puesto de relieve la necesidad urgente de hacer más, y con mayor rapidez, para acabar con la epidemia del tabaquismo.

Las pruebas demuestran que los fumadores de cigarrillos tienen una mayor probabilidad de ser hospitalizados o de morir a causa de la COVID-19, una enfermedad respiratoria que ataca los pulmones. El virus supone un mayor riesgo para las personas con enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, el cáncer y la hipertensión, todas ellas asociadas al tabaquismo.

El tabaco es la principal causa de muerte prevenible, ya que mata a 8,7 millones de personas cada año y hace que decenas de millones más sufran enfermedades evitables. Lo bueno es que sabemos cómo hacer frente a este asesino.

Cuando la OMS publicó su primer informe hace 13 años, las ventas de cigarrillos llevaban décadas aumentando de forma constante, y en la mayor parte del mundo no existían medidas para proteger a la población. Como consecuencia de la difusión de las medidas de control del tabaco del plan MPOWER, las ventas

mundiales de cigarrillos empezaron a descender en 2012 y no han dejado de hacerlo desde entonces, a pesar del crecimiento de la población mundial. Se calcula que las medidas MPOWER han salvado la vida a más de 37 millones de personas, una cifra que aumenta cada día a medida que más fumadores dejan de fumar, más personas deciden no empezar nunca a consumir tabaco y más ciudadanos están protegidos de los efectos mortales del humo ajeno.

En la actualidad, el 75% de los países, en los que viven más de 5300 millones de personas, cuentan con al menos una medida del plan MPOWER. La mitad de los países aplican dos o más medidas. En los dos últimos años, a pesar de los problemas ocasionados por la pandemia, otros cinco países han aprobado políticas nacionales sobre entornos sin humo y ocho han comenzado a exigir advertencias sanitarias en los envases de tabaco.

Con todo, estamos lejos de la victoria. Más de mil millones de personas en todo el mundo siguen fumando. Y a medida que las ventas de cigarrillos han ido disminuyendo, las empresas tabacaleras han ido comercializando de manera agresiva nuevos productos, como los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado, y presionan a los gobiernos para que limiten su regulación. Su objetivo es sencillo: enganchar a otra generación a la nicotina. No podemos permitir que eso suceda.

Este informe se centra especialmente en esos nuevos productos y en lo que podemos hacer para proteger a los niños de ellos. Alrededor de 80 países han

adoptado medidas para hacer frente a los peligros de los cigarrillos electrónicos, pero siguen sin estar regulados en gran parte del mundo.

Este informe es un llamamiento a la acción y un resumen para aprovechar los progresos que hemos realizado. La lucha contra el consumo de tabaco es verdaderamente un trabajo en equipo, y por muy lejos que hayamos llegado, todavía es necesario avanzar mucho más. Juntos, podemos seguir avanzando y salvar muchas más vidas.



Michael R. Bloomberg

Embajador Mundial de la OMS para las Enfermedades No Transmisibles y los Traumatismos

Fundador de Bloomberg Philanthropies

«A medida que las ventas de cigarrillos han ido disminuyendo, las empresas tabacaleras han ido comercializando de manera agresiva nuevos productos, como los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado, y presionan a los gobiernos para que limiten su regulación. Su objetivo es sencillo: enganchar a otra generación a la nicotina. No podemos permitir que eso suceda».

empower

«El control del tabaco forma parte integrante de la agenda de desarrollo, contribuyendo no solo al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (la meta 3.a exhorta a fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en todos los países), sino también la consecución de otras metas, directa o indirectamente afectadas por el cultivo y el consumo de tabaco».

Dra. Adriana Blanco Marquizo, Jefa de la Secretaría del CMCT de la OMS

En 2020 aumentaron el número de Partes en el CMCT de la OMS y en el Protocolo

La Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) y el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco (Protocolo) acogen con satisfacción la publicación del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021.

Este informe se publica en el marco de una de las peores emergencias sanitarias de la historia: la pandemia de COVID-19. La pandemia no solo se ha cobrado millones de vidas en todo el planeta, sino que ha afectado profundamente a las economías, ha puesto de manifiesto y ha exacerbado las desigualdades entre los países y dentro de ellos, y ha revertido potencialmente los logros alcanzados por los esfuerzos realizados durante decenios para mejorar la salud y el bienestar de las personas, especialmente de las poblaciones vulnerables.

Los datos que se presentan en este informe ponen de manifiesto algunas buenas noticias: un porcentaje cada vez mayor de la población mundial está ahora cubierta por al menos una o dos medidas del CMCT de la OMS plenamente aplicadas, y en 2020 aumentó a 182 el número de Partes en el Convenio y a 62 en el Protocolo.

Lamentablemente, también ha aumentado la interminable injerencia de la industria tabacalera. Durante la pandemia de COVID-19, la industria (y quienes trabajan para promover sus intereses) han intensificado sus esfuerzos de «responsabilidad social de la empresa», ofreciendo ayuda a los gobiernos para salvar la vida de las personas más afectadas por la COVID-19: a menudo son las mismas personas que la industria del tabaco ayudó a poner en peligro en un principio. Los fumadores experimentan

peores resultados frente a la COVID-19, al igual que todas las personas con enfermedades no transmisibles, para las que el tabaco es un factor de riesgo común e importante.

Aunque los avances que se muestran en el informe son alentadores, es necesario acelerar la aplicación del CMCT de la OMS y su Protocolo. El control del tabaco forma parte integrante de la agenda de desarrollo, contribuyendo no solo al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (la meta 3.a exhorta a fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en todos los países), sino también la consecución de otras metas, directa o indirectamente afectadas por el cultivo y el consumo de tabaco.

Y si bien las pandemias provocadas por virus son difíciles de prevenir, la sigilosa y creciente pandemia provocada por el tabaco es total y moralmente prevenible. A diferencia de la pandemia de COVID-19, en la que los científicos han trabajado sin descanso para encontrar medicamentos para tratar la enfermedad y vacunas para prevenirla, la solución para la «pandemia del tabaquismo» está a la vista: el CMCT de la OMS y su Protocolo.

Por último, todavía quedan nuevos retos por delante. Los sistemas electrónicos de administración de nicotina, también conocidos como cigarrillos electrónicos, y los nuevos productos de tabaco se promocionan como alternativas más saludables al tabaquismo por parte de sus fabricantes (principalmente la industria del tabaco) y sus partidarios. Hasta que una investigación independiente no demuestre el perfil de riesgo real de estos productos, los gobiernos deberían ser cautos. Los datos científicos, y no la mercadotecnia, deberían guiar sus acciones.

Hago un llamamiento a los gobiernos que forman parte en el CMCT de la OMS y de su Protocolo para que se unan en su esfuerzo por reforzar su aplicación, y para que construyan un nuevo futuro para sus poblaciones, en el que no solo se haya derrotado a la COVID-19, sino también a los daños causados por el consumo de tabaco. Nunca ha habido un momento más apremiante para apoyar a las poblaciones a abandonar el consumo de tabaco, y para aumentar los impuestos sobre los productos de tabaco, no solo para frenar el consumo, sino también para recaudar los ingresos tan necesarios para financiar los esfuerzos de recuperación de la pandemia.



Dra. Adriana Blanco Marquizo
Jefa de la Secretaría del CMCT de la OMS

«Hasta que una investigación independiente no demuestre el perfil de riesgo real de los sistemas electrónicos de administración de nicotina, los gobiernos deberían ser cautos. Los datos científicos, y no la mercadotecnia, deberían guiar sus acciones».

RESUMEN

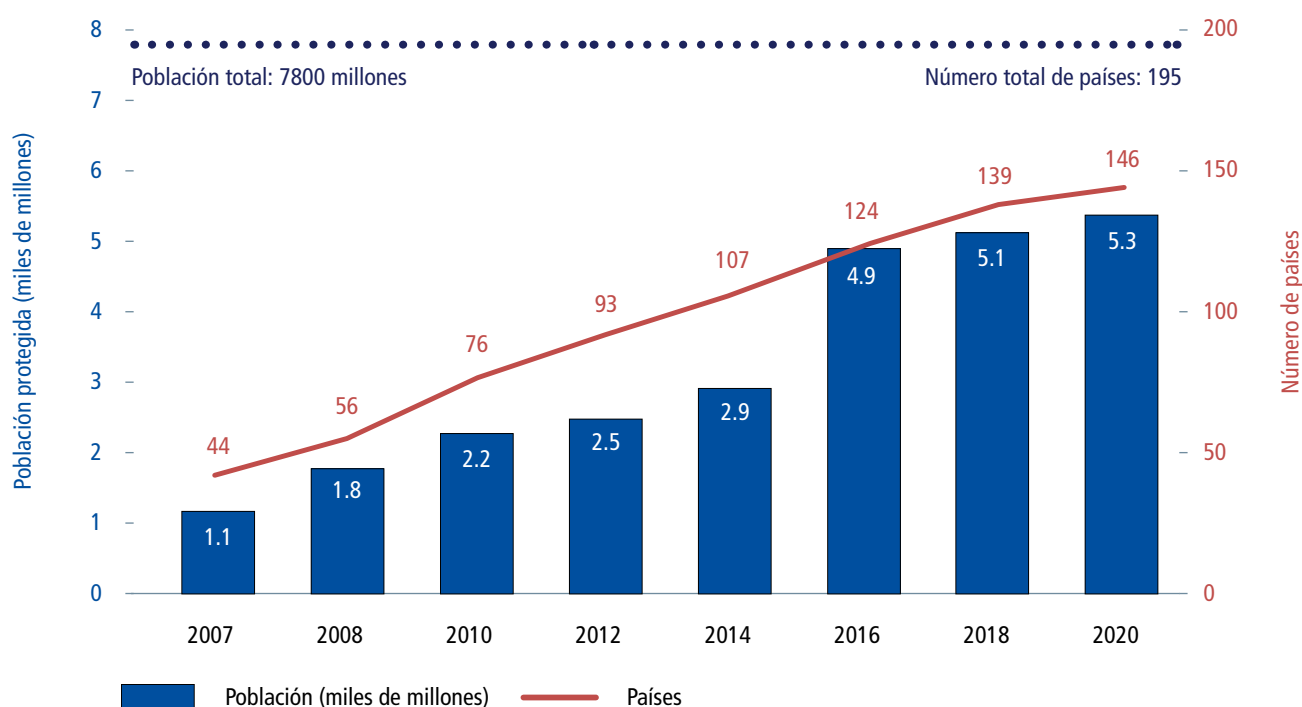
Desde la publicación del primer Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo en 2008, se han puesto de manifiesto los constantes progresos realizados por los países en materia de control del tabaco en las actualizaciones bienales, de las que este informe es el último. A pesar de las excepcionales dificultades que ha planteado la pandemia de COVID-19 en 2020, ese progreso continúa. Los últimos resultados muestran que, en 2020, más de 5300 millones de personas, es decir, el 69% de la población mundial, están cubiertas por al menos una medida MPOWER aplicada al más alto nivel. Resulta inspirador que 98 países estén ya cubiertos por, al menos, dos medidas MPOWER.

El número de países que adoptan medidas MPOWER sigue aumentando año tras año. El número de países con una medida MPOWER en vigor se ha triplicado desde 2007, pasando de 44 a 146 países, y desde el último Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, el número de países con al menos dos medidas MPOWER en vigor al mayor grado de cumplimiento ha aumentado de 84 a 98 (algo más de la mitad de todos los países objeto de seguimiento). Además, el número de personas que viven ahora en países con al menos dos medidas MPOWER en vigor aumentó de 3500 millones en 2018 a 4400 millones en 2020, es decir, pasó del 45% de la población mundial al 56% en tan solo dos años.

De los 49 países que todavía no han adoptado ninguna medida MPOWER al más alto nivel, 38 tienen disposiciones en vigor que están solo un nivel por debajo de las prácticas óptimas respecto de una o más medidas MPOWER.

El 75% de los países y 5300 millones de personas están actualmente protegidos por al menos una medida MPOWER al mayor grado de cumplimiento.

AL MENOS UNA MEDIDA MPOWER AL MÁS ALTO GRADO DE CUMPLIMIENTO (2007-2020)



Más de la mitad del mundo está ya cubierta por dos medidas MPOWER al mayor grado de cumplimiento

De los 98 países que actualmente están cubiertos por al menos dos medidas, 31 tienen tres medidas al mayor grado de cumplimiento, y cinco países tienen cuatro medidas al mayor grado de cumplimiento (España, Irlanda, Jordania, Madagascar y Nueva Zelanda). Mientras tanto, el número de países que han adoptado todas las medidas MPOWER al nivel de las prácticas óptimas sigue siendo dos, el Brasil y Turquía.

Los SEAN deben ser regulados

Esta es la primera vez que el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo* incluye datos sobre los

sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN), y ponen de manifiesto que hay un total de 111 países que regulan los SEAN de alguna manera. De estos países, 32 (que engloban a 2400 millones de personas) prohíben la venta de SEAN, y los otros 79 países han adoptado (parcial o totalmente) una o más medidas legislativas para regularlos, llegando a 3200 millones de personas.

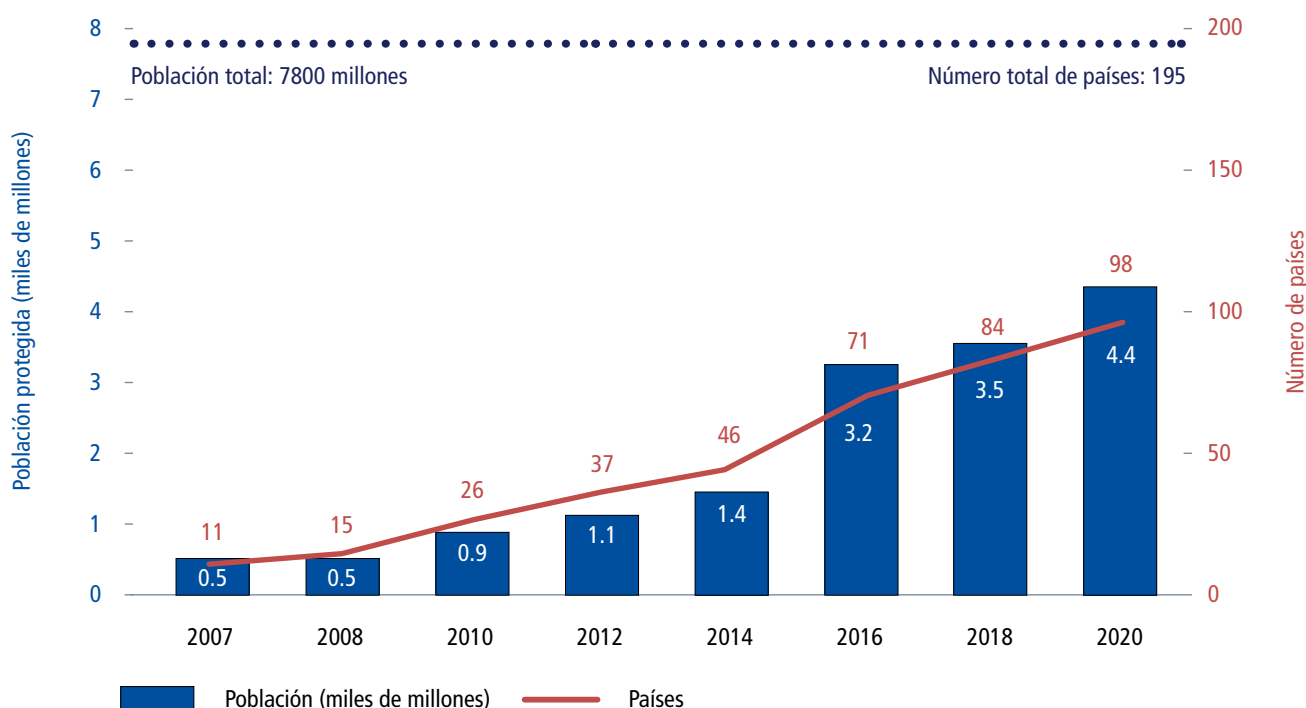
De los países que han prohibido la venta de SEAN, 18 son países de ingresos medianos, 9 son países de ingresos altos y los 5 restantes son países de ingresos bajos. Las opciones normativas que han adoptado 79 países comprenden un amplio abanico de medidas, pero no hay un enfoque común para hacer frente a estos productos. En 84 países todavía no existen prohibiciones ni regulaciones sobre los SEAN, lo que los hace especialmente vulnerables a las actividades de la industria tabacalera e industrias conexas.

La utilización de SEAN en lugares públicos donde está prohibido fumar puede volver a normalizar el consumo de tabaco en

público. Sin embargo, solo 30 países prohíben completamente el uso de SEAN en todos los espacios públicos cerrados, los lugares de trabajo y el transporte público. Solamente ocho países exigen la inclusión de advertencias sanitarias gráficas de gran tamaño en los envases de los SEAN. Veintidós países prohíben completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio de los dispositivos electrónicos, de los líquidos o de ambos (solo 15 países han adoptado prohibiciones sobre la publicidad la promoción y el patrocinio de ambos).

Cada vez más es frecuente en todo el mundo el seguimiento del uso de SEAN entre niños y adolescentes, así como entre adultos, mediante la realización de encuestas representativas a nivel nacional. Ochenta y siete países han recogido datos sobre la prevalencia del uso de SEAN entre los adolescentes y 56 países han recogido datos sobre la prevalencia del uso de SEAN entre los adultos.

AL MENOS DOS MEDIDAS MPOWER AL MÁS ALTO GRADO DE CUMPLIMIENTO (2007-2020)



Hay 4400 millones de personas de 98 países que están protegidas por al menos dos medidas MPOWER al mayor grado de cumplimiento.

De los 86 países de los que se dispone de datos sobre la fiscalidad de los SEAN, más de la tercera parte no aplica ningún impuesto indirecto a los consumibles líquidos. En los casos en que se aplican impuestos, los tipos impositivos son generalmente bajos, y solo tres países gravan los consumibles líquidos para los SEAN con un 75% o más del precio de venta al público.

Las restricciones de edad para la compraventa de SEAN se aplican solo en el 42% de los países en los que no están prohibidos, y solo en nueve países se aplican regulaciones a los sabores de los SEAN.

Pese a la pandemia mundial de COVID-19, se sigue avanzando en el control del tabaco

Los países han seguido realizando progresos a pesar de la pandemia de COVID-19. En particular, 101 países han adoptado ya leyes y reglamentos sobre las advertencias sanitarias con el mayor grado de cumplimiento. Eso significa que 4700 millones de personas (o el 60% de la población mundial) están ahora protegidas mediante advertencias gráficas de gran tamaño en los envases que presentan todas las características recomendadas, lo que la convierte en la medida MPOWER con la mayor cobertura de población y el mayor número de países cubiertos. También cabe señalar que, a finales de 2020, había 17 países que habían adoptado leyes que exigían el empaquetado neutro de los productos de tabaco y habían publicado reglamentos con plazos de aplicación. Otro grupo de países han exigido el empaquetado neutro por ley, pero todavía no han publicado las normas de aplicación.

Si bien se ha avanzado en las medidas relativas al abandono del tabaco durante la mayor parte de los años desde 2007, las políticas en materia de servicios de deshabituación siguen siendo escasas, ya que solo 26 países ofrecen estos servicios al nivel de las prácticas óptimas.

Aunque esta medida es la que menos países han adoptado, en ellos viven 2500 millones de personas, casi la tercera parte de la población mundial, lo que la convierte en la segunda medida MPOWER con un mayor índice de adopción en términos de población cubierta.

La prohibición completa de fumar en espacios públicos cerrados, lugares de trabajo y transportes públicos alcanza ya a 1800 millones de personas de 67 países, lo que la convierte en la segunda medida MPOWER con mayor índice de adopción en términos de países cubiertos.

Aunque la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco sigue siendo una medida poco adoptada, 1600 millones de personas de 57 países están protegidas por la prohibición total. Los países de ingresos bajos y medianos han avanzado especialmente en la prohibición de estas actividades. Doce países que han adoptado prohibiciones integrales a la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco son países de ingresos bajos (el 41% del total de países de ingresos bajos), 31 son países de ingresos medianos (el 30% de los países de ingresos medianos) y 14 son países de ingresos altos (el 23% de los países de ingresos altos).

El seguimiento del consumo de tabaco se ha visto lamentablemente muy afectado por la pandemia de COVID-19. La labor de recopilación de datos se vio obstaculizada en la mayoría de los países durante 2020, al igual que la publicación de los resultados de las encuestas realizadas durante 2018 y 2019.

El aumento de precio a través de los impuestos es la forma más eficaz de reducir el consumo de tabaco y, sin embargo, sigue siendo la política con menor cobertura de población. Aunque entre 2016 y 2018 se observó un gran aumento de la cobertura (del 8% en 2016 al 13% en 2018), la proporción de la población mundial protegida mediante los impuestos al nivel de las prácticas óptimas se ha mantenido desde entonces en el 13%.

Los países de todas las regiones están adoptando medidas MPOWER

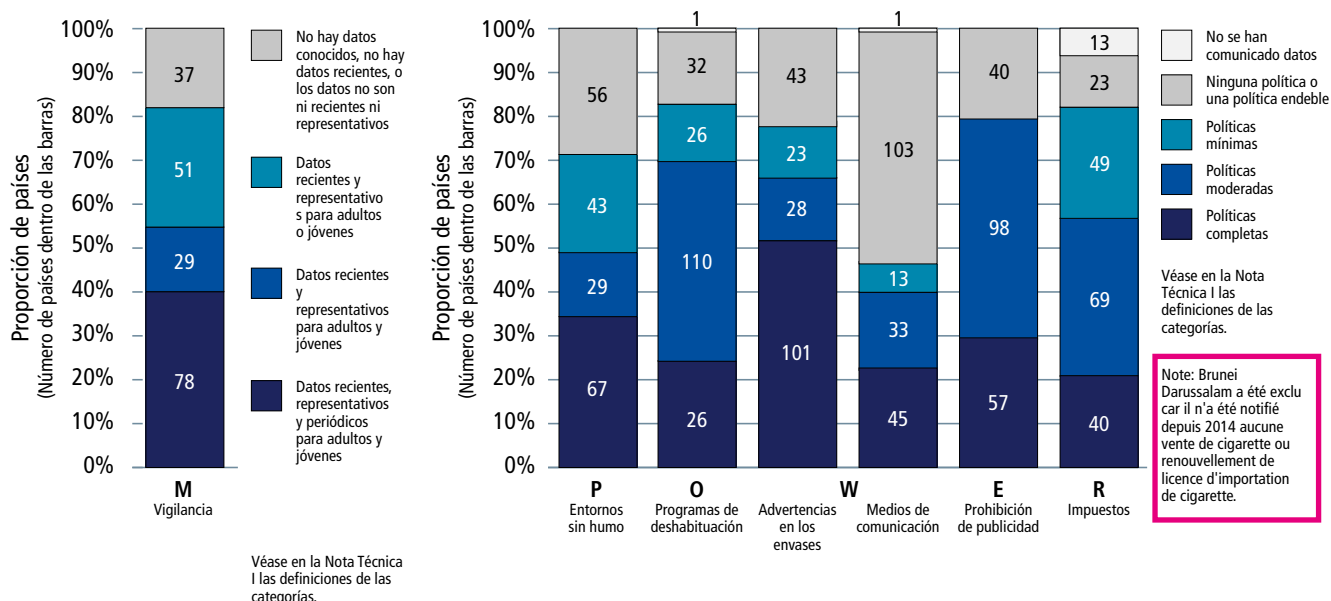
Desde el último informe, hay nuevos países que han adoptado cada una de las medidas MPOWER al nivel de las prácticas óptimas:

- Cinco países (Estado Plurinacional de Bolivia, Etiopía, Jordania, Paraguay y Santa Lucía) han adoptado por primera vez leyes sobre entornos sin humo que engloban todos los espacios públicos cerrados, los lugares de trabajo y los transportes públicos.
- Cinco países (Austria, Filipinas, Islas Cook, Jordania y Tonga) han avanzado hasta el nivel de las prácticas óptimas en sus servicios de deshabituación tabáquica. Sin embargo, durante el mismo periodo, otros tres países han abandonado el grupo mejor situado, lo que se traduce en una ganancia neta de solo dos países.
- Ocho países (Estados Unidos de América, Etiopía, Gambia, Mauritania, Montenegro, Níger, Nigeria, Qatar) han adoptado advertencias gráficas de gran tamaño en los paquetes.
- Cinco países (Côte d'Ivoire, Etiopía, Iraq, Jordania y República Bolivariana de Venezuela) han introducido prohibiciones completas sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, incluso en los puntos de venta.
- Seis países (Dinamarca, Georgia, Marruecos, Países Bajos, Portugal y Sri Lanka) han pasado al grupo de las prácticas óptimas al aplicar impuestos que suponen al menos el 75% del precio de venta al público.

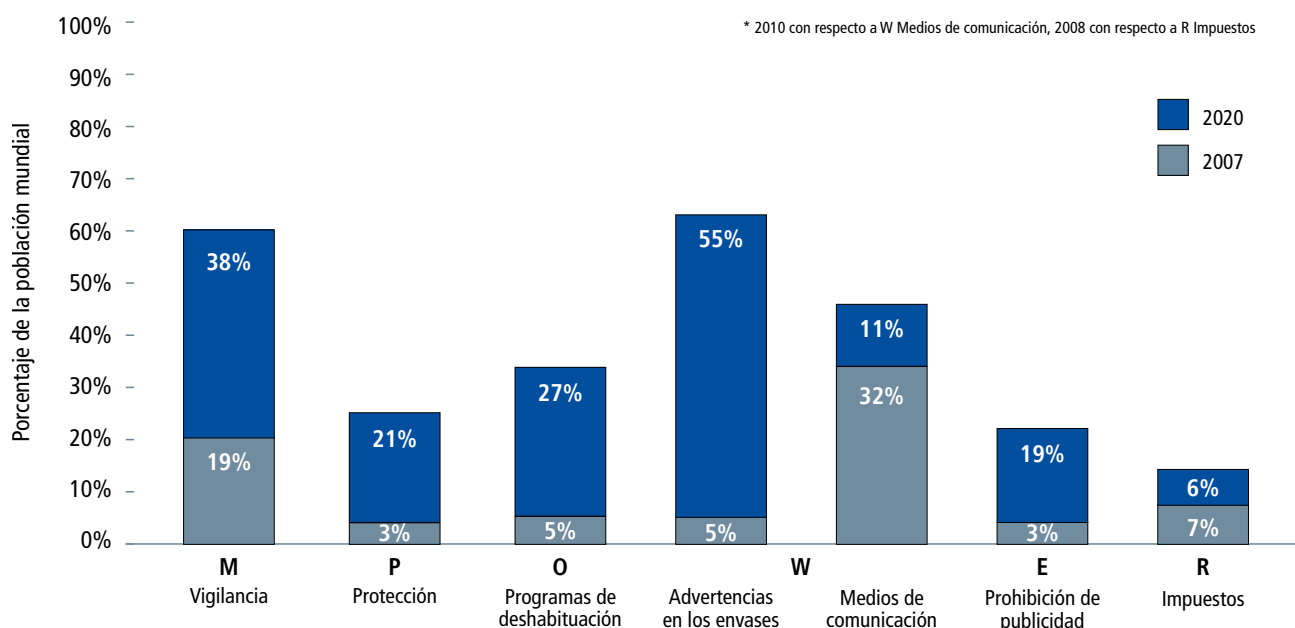
Algunos países todavía no han adoptado una sola medida MPOWER

Todos los países pueden adoptar y aplicar medidas integrales de control del tabaco para prevenir la inmensa carga que supone

ESTADO DE ALGUNAS DE LAS POLÍTICAS DE CONTROL DEL TABACO EN EL MUNDO, 2020



AUMENTO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL CUBIERTA POR DETERMINADAS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO, 2007* A 2020



Todavía hay 49 países que no han adoptado ni una sola medida MPOWER al nivel de las prácticas óptimas.

el consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno. Sin embargo, en 2020 había 49 países que todavía no habían adoptado ni una sola medida MPOWER al nivel de las prácticas óptimas, lo que deja a 2400 millones de personas vulnerables a las

tácticas y la mercadotecnia de la industria tabacalera.

Además, el ritmo de avance de algunas medidas MPOWER es más lento que el de otras. Es preciso acelerar la adopción de prohibiciones completas a la publicidad,

la promoción y el patrocinio del tabaco, la adopción de servicios integrales de deshabituación y el aumento de los impuestos sobre el tabaco a niveles suficientemente elevados.

CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO Y PROTOCOLO PARA LA ELIMINACIÓN DEL COMERCIO ILÍCITO DE PRODUCTOS DE TABACO

INTRODUCCIÓN AL CMCT DE LA OMS Y AL PROTOCOLO

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) es un tratado basado en evidencia que reafirma el derecho de todas las personas al más alto nivel posible de salud. Adoptado en 2003 por los Estados Miembros de la OMS, proporciona un marco para las medidas de control del tabaco que deben aplicar sus Partes a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. Es uno de los tratados que mayor aceptación ha tenido en la historia de las Naciones Unidas, en el que participan 182 Partes que, en conjunto, representan más del 90% de la población mundial. Desde su entrada en vigor en 2005, el CMCT de la OMS ha tenido un éxito inequívoco y sigue siendo el principio organizador del progreso y la cooperación en el control del tabaco a nivel local, nacional, regional y mundial.

Al convertirse en Parte en el CMCT de la OMS, los países adquieren obligaciones que se refuerzan mutuamente para reducir la demanda y la oferta de productos de tabaco. El plan técnico de medidas MPOWER, elaborado por la OMS, ayuda a los países a aplicar la mayor parte de esas medidas de reducción de la demanda, al proporcionar una norma de referencia cuantificable de su aplicación y supervisar los progresos realizados en ese sentido. Aunque la relación costo-eficacia del plan de medidas MPOWER justifica este enfoque, las medidas de reducción de la oferta también son necesarias para un enfoque integral y sinérgico y para apoyar la economía política del control del tabaco.

El Convenio también contiene obligaciones generales que son fundamentales para estas medidas de reducción de la demanda

y la oferta (y especialmente las del plan MPOWER). El artículo 5 sienta las bases de la gobernanza del control del tabaco, y en sus párrafos 1 y 2 se apela a un enfoque multisectorial y pangubernamental, así como a la elaboración de leyes y estrategias nacionales adecuadas.

En el párrafo 3 del artículo 5, junto con las directrices para la aplicación del artículo 5.3, se sientan las bases para proteger las políticas de salud pública de control del tabaco de la influencia de la industria tabacalera y de quienes trabajan para promover sus intereses. Estas medidas, junto con el artículo 19 sobre la responsabilidad de la industria tabacalera, hacen que el Convenio sea innovador en su capacidad para hacer frente a una industria conocida por utilizar medios engañosos para poner sus beneficios por encima de la salud pública.

La Conferencia de las Partes (COP), órgano rector del CMCT de la OMS que se reúne cada dos años, es el principal foro mundial para debatir y llegar a un consenso sobre la aplicación del Convenio y sobre cualquier cuestión emergente relacionada con el control del tabaco, y es el único órgano con autoridad para interpretar las disposiciones del Convenio. En 2012, en la quinta reunión de la COP celebrada en la República de Corea, las Partes adoptaron un nuevo tratado internacional: el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco. El Protocolo se basa en el artículo 15 del Convenio, que se ocupa del comercio ilícito de productos de tabaco, si bien la complejidad de la cooperación transfronteriza para prevenir el comercio ilícito requiere un conjunto de obligaciones más amplio y detallado. El comercio ilícito de productos de tabaco representa una amenaza importante para las medidas fundamentales de reducción de la demanda, en particular las medidas relacionadas con los precios y las advertencias sanitarias.

El Protocolo entró en vigor en septiembre de 2018 y desde el 25 de mayo de 2021 cuenta con 63 Partes. Su objetivo es la eliminación de todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, y entre sus obligaciones se incluyen herramientas para prevenir el comercio ilícito y numerosos mecanismos para promover la cooperación entre países. Las Partes en el Protocolo asumen obligaciones sustantivas para: controlar la cadena de suministro de productos de tabaco; tipificar como delito cualquier participación en el comercio ilícito; y cooperar con otros países en la prevención del comercio ilícito. El Protocolo también cuenta con su propio órgano de gobierno, la Reunión de las Partes (MOP), que, al igual que la COP, se reúne cada dos años.

En el CMCT de la OMS también se encomendó a la COP que estableciera una Secretaría del Convenio para prestar apoyo en materia de políticas a las Partes en la aplicación del Convenio, así como para apoyar el funcionamiento de las reuniones de la COP y de otros órganos subsidiarios. El Protocolo estableció que la Secretaría del Convenio fuese también su Secretaría, con funciones similares. La OMS coopera con la Secretaría del Convenio para apoyar a las Partes en el CMCT de la OMS y en el Protocolo en el cumplimiento de sus requisitos sustantivos y de presentación de informes, y también promueve el aumento del número de Partes en el CMCT de la OMS y en el Protocolo.

DISPOSICIONES PRINCIPALES DEL CMCT DE LA OMS

Medidas de reducción de la demanda	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
Medidas de reducción de la oferta	Artículo 15: Comercio ilícito de productos de tabaco Artículo 16: Ventas a menores y por menores Artículo 17: Apoyo a actividades alternativas económicamente viables
Obligaciones generales	Artículo 4: Principios básicos Artículo 5: Obligaciones generales ■ 5.1: Estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco ■ 5.2: Mecanismo coordinador nacional o centro de coordinación para el control del tabaco ■ 5.3: Protección de las políticas de control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera
Otras medidas	Artículo 18: Protección del medio ambiente y de la salud de las personas Artículo 19: Responsabilidad Artículo 20: Investigación, vigilancia e intercambio de información Artículo 21: Presentación de informes e intercambio de información Artículo 22: Cooperación científica, técnica y jurídica y prestación de asesoramiento especializado

La Conferencia de las Partes ha brindado orientación sobre la regulación de productos de tabaco y de nicotina novedosos y emergentes desde 2008.



EFFECTO DE LA COVID-19 EN LA APLICACIÓN DEL CMCT DE LA OMS Y EL PROTOCOLO

La devastación causada por la pandemia de COVID-19 ilustra claramente la necesidad de acelerar la aplicación del CMCT de la OMS y del Protocolo, con especial atención a la expansión de los logros mediante el plan técnico de medidas MPOWER. Existen pruebas irrefutables de la interacción mortal entre la COVID-19 y el consumo de tabaco, tanto en el pasado como en el presente: las personas infectadas por el virus y consumidoras de tabaco han sufrido una progresión de la enfermedad más grave que las no consumidoras de tabaco; la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios se ha visto exacerbada; y el consumo de tabaco ha aumentado el costo humano y económico de la pandemia (1-6). En consecuencia, los esfuerzos mundiales y nacionales para reconstruir para mejorar quedarán incompletos a menos que se trate el problema de la «pandemia de tabaquismo», junto con otras vulnerabilidades que subyacen a la crisis.

En términos más generales, la pandemia de COVID-19 y la recesión económica mundial que la ha acompañado han perturbado los programas de políticas. En algunos casos, esto se ha producido a expensas de actividades como el control del tabaco, que pueden parecer menos acuciantes o poco económicas. Esto ha dificultado los avances en la aplicación del CMCT de la OMS y del Protocolo. Lo más llamativo es que la novena reunión de la COP (COP9) y el segundo periodo de sesiones de la MOP (MOP2), originalmente previstos para noviembre de 2020, se aplazaron hasta noviembre de 2021.

Con todo, la pandemia de COVID-19 también ha brindado oportunidades para avanzar en las medidas de control del tabaco. Así, por ejemplo, 17 países de la Región del Mediterráneo Oriental han prohibido el uso de pipas de agua (shishas) en lugares públicos, y Sudáfrica prohibió temporalmente la venta de tabaco en virtud de una prohibición general de venta de productos «no esenciales» durante la respuesta del país a la pandemia. Del mismo modo, otros países como Sudáfrica y la Federación de Rusia han aumentado los impuestos sobre el tabaco en un esfuerzo por salvar vidas y, al mismo tiempo, movilizar los ingresos para luchar contra la pandemia y la crisis económica que la ha acompañado.

La industria tabacalera se ha aprovechado de la situación enturbiando los datos científicos sobre la relación del tabaco con la COVID-19 y posicionándose como asociado económico y para el desarrollo en las iniciativas nacionales de recuperación de la enfermedad por coronavirus. Muchos de los principales actores de la industria tabacalera han utilizado, bajo la bandera de la llamada responsabilidad social de las empresas, una pequeña parte de sus inmensos recursos en programas benéficos relacionados con la COVID-19 a los que han dado una enorme publicidad. Como señalan las directrices para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS, esas actividades son una forma de patrocinio.

LA COP9 (8 A 13 DE NOVIEMBRE DE 2021) Y EL MOP2 (15 A 18 DE NOVIEMBRE DE 2021)

La pandemia de COVID-19 ha llevado a que los próximos periodos de sesiones de la COP y la MOP se celebren por medios virtuales. En las reuniones, los delegados tomarán nota de los progresos realizados en la aplicación y determinarán las dificultades y posibles oportunidades para avanzar y reforzar la aplicación íntegra de los respectivos tratados. Las Partes adoptarán nuevas decisiones para orientar la futura dirección de la aplicación de ambos tratados, entre otras cosas, estableciendo nuevos órganos subsidiarios, aclarando la interpretación de las obligaciones y solicitando a la Secretaría del Convenio o invitando a la OMS a que emprendan algunas tareas e informen sobre cuestiones concretas.

Tras casi dos años de alteraciones en la agenda del control del tabaco a causa de la pandemia, y a pesar de un orden del día provisional abreviado, tanto la COP9 como el MOP2 contarán con temas importantes para su consideración, como la propuesta de un fondo de inversión para el CMCT de la OMS y el Protocolo, que constituirá un mecanismo de financiación innovador destinado a proporcionar los recursos tan necesarios para la aplicación de ambos tratados.

Uno de los puntos más destacados del orden del día provisional del MOP2 es el examen de un informe de un órgano subsidiario establecido por la MOP1 sobre los sistemas de seguimiento y localización de los productos de tabaco. En virtud del artículo 8 del Protocolo, las Partes acordaron establecer un régimen mundial de seguimiento y localización antes de

septiembre de 2023. Este régimen mundial estará integrado por sistemas nacionales y regionales destinados a garantizar que las Partes puedan asegurar la cadena de suministro de los productos de tabaco, así como por un centro mundial de intercambio de información ubicado en la Secretaría del Convenio, que permitirá a las Partes intercambiar información con el fin de combatir mejor el comercio ilícito. Las deliberaciones de la MOP sobre este asunto serán cruciales para orientar y promover la aplicación oportuna de esta obligación técnicamente compleja.

PRODUCTOS DE TABACO Y DE NICOTINA NOVEDOSOS Y EMERGENTES

La COP viene proporcionando orientaciones sobre la reglamentación de los productos de tabaco y de nicotina novedosos y emergentes desde 2008, con especial atención a los productos de tabaco calentado, los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y los sistemas electrónicos sin nicotina (SESN) (7). La COP ha definido el panorama de la siguiente manera. Los productos de tabaco calentado son productos de tabaco que producen aerosoles que contienen nicotina y otras sustancias químicas mediante el calentamiento de unidades de tabaco; están sujetos a las disposiciones del CMCT de la OMS. Por el contrario, los SEAN y los SESN no contienen tabaco, y en su lugar vaporizan una solución con numerosos compuestos, que incluyen nicotina en el caso de los SEAN, o pueden no contenerla en el caso de los SESN. Con respecto a estos últimos productos, la COP6 invitó a las Partes a «considerar la posibilidad de prohibir o regular los SEAN/SSSN, por ejemplo como productos del tabaco, productos medicinales, productos de consumo u otras categorías, según proceda, teniendo en cuenta un elevado nivel de protección de la salud humana» (8). En la COP7, también se invitó a las Partes a aplicar medidas reglamentarias para prohibir o restringir la fabricación, la importación, la distribución, la presentación, la venta y el uso de estos sistemas electrónicos de administración de aerosoles con o sin nicotina, según correspondiera (9). Como se señala en un informe de la OMS presentado a la COP8, la promoción por parte de la industria tabacalera de productos de cada una de estas categorías puede considerarse una respuesta a la disminución de las ventas de cigarrillos en los países de ingresos altos (10).

Labor realizada por la COP hasta la fecha para tratar el tema de los SEAN

En la COP3, se pidió a la Secretaría del Convenio que invitara a la OMS a presentar un informe a la COP4, en el que se señalaran las prácticas óptimas en materia de notificación a los organismos de reglamentación sobre el contenido, las emisiones y las características de los productos, incluidos los sistemas electrónicos. Desde entonces, la cuestión se ha examinado en múltiples informes y decisiones.

Las decisiones más importantes son las que se adoptaron en la COP6, donde se establecieron los objetivos básicos que las Partes debían alcanzar al tratar la cuestión de los SEAN/SESN, a saber: a) prevenir la iniciación de no fumadores y jóvenes, con especial atención a los grupos vulnerables; b) minimizar en la medida de lo posible los potenciales riesgos para la salud para los usuarios y proteger a los no usuarios contra la exposición a sus emisiones; c) evitar que se hagan reclamos sanitarios no comprobados sobre los SEAN/SESN;

y d) proteger las actividades de control del tabaco contra cualesquiera intereses comerciales y otros intereses creados relacionados con estos productos, por ejemplo los intereses de la industria tabacalera. También se invitó a las Partes a considerar la posibilidad de prohibir o regular los SEAN/SESN, por ejemplo como productos de tabaco, productos medicinales, productos de consumo u otras categorías, según procediera, teniendo en cuenta un elevado nivel de protección de la salud humana (8).

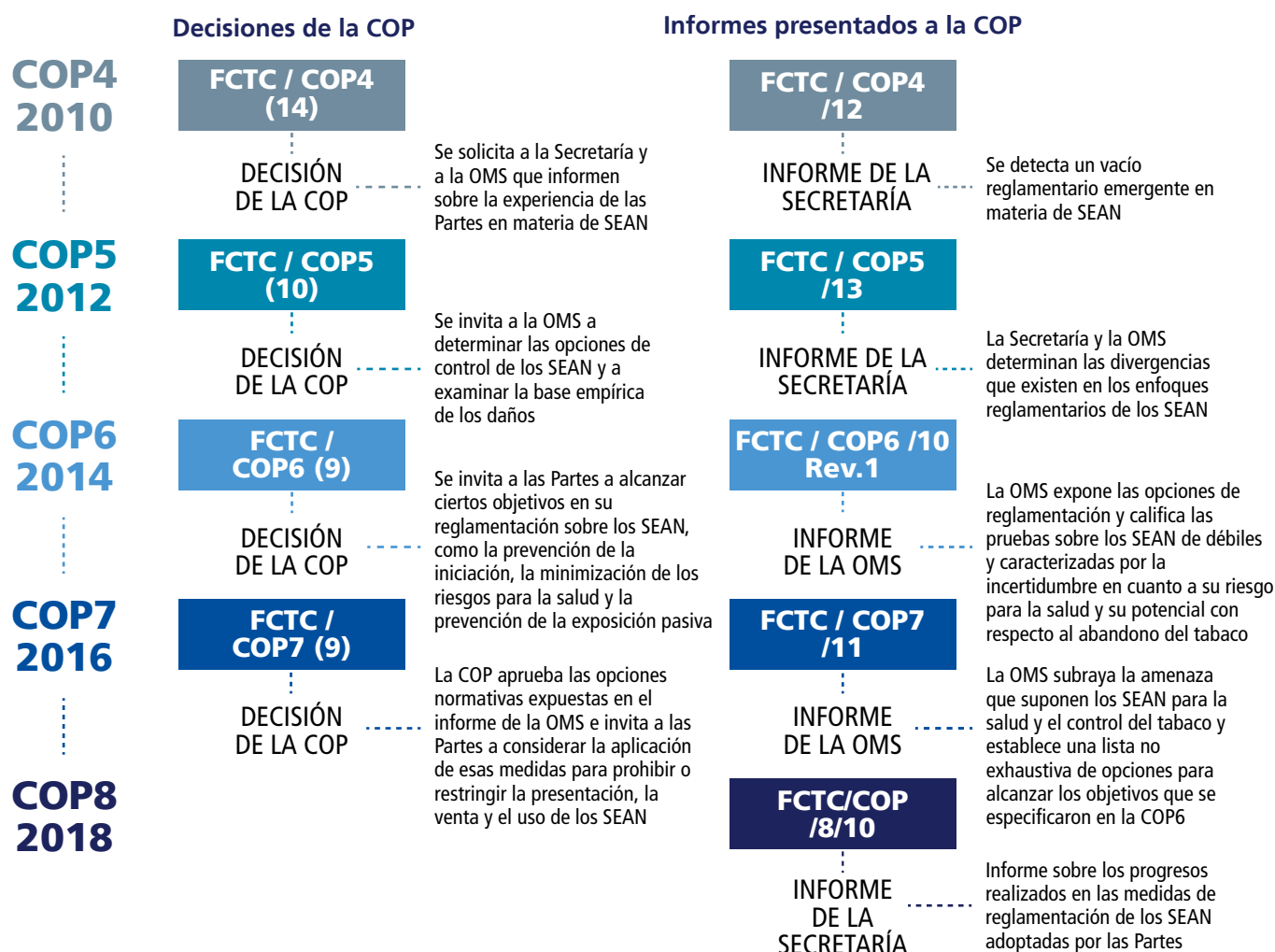
A esto le siguió en 2016 una decisión de la COP7 en la que se invitaba a las Partes a considerar la posibilidad de prohibir o restringir la fabricación, la importación, la distribución, la presentación, la venta y el uso de SEAN/SESN, según correspondiera a su legislación nacional y sus objetivos en materia de salud pública. Se invitó a las Partes que no hubieran prohibido totalmente esos productos a que siguieran una lista no exhaustiva de opciones de reglamentación para cumplir los objetivos establecidos en la decisión de la COP6, presentados en un informe preparado por la OMS, que se aprobaron para su examen

por las Partes (8). Esa reglamentación supone la aplicación de la mayoría de las medidas de reducción de la demanda y la oferta de los SEAN/SESN previstas en el CMCT de la OMS, así como la aplicación concertada del artículo 5.3 (11).

Labor realizada por la COP hasta la fecha para tratar el tema de los productos de tabaco calentado

Desde su aparición, los productos de tabaco calentado se han comercializado con declaraciones sobre la salud y el abandono del tabaco que no están respaldadas por datos independientes y robustos (12). El abandono del tabaco se define en las Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS como «el proceso de detener el consumo de cualquier producto de tabaco...» y, por tanto, la afirmación de que esto puede hacerse cambiando a otro producto de tabaco resulta inverosímil. En 2016, la COP7 solicitó a

CRONOLOGÍA DE LAS DECISIONES DE LA COP RELACIONADAS CON LOS SEAN E INFORMES PRESENTADOS AL RESPECTO



la Secretaría del Convenio que invitara a la OMS a informar sobre cuestiones específicas relacionadas con los productos de tabaco calentado en su siguiente reunión (13).

A tenor de este informe, en 2018, la COP8 definió los productos de tabaco calentado como productos de tabaco, «por lo que están sujetos a las disposiciones del CMCT de la OMS». Se invitó a las Partes a dar prioridad a determinadas medidas al abordar los problemas planteados por los productos de tabaco novedosos, como los productos de tabaco calentado, y los dispositivos diseñados para el consumo de esos productos. Esas medidas tenían por finalidad: a) prevenir la iniciación del consumo de productos de tabaco novedosos y emergentes; b) proteger a las personas contra la exposición a sus emisiones y explícitamente hacer extensivo el alcance de la legislación sobre entornos sin humo a estos productos, de conformidad con el artículo 8 del CMCT de la OMS; c) impedir la realización de reclamos sanitarios acerca de estos productos; d) aplicar medidas relativas a la publicidad, la promoción y el patrocinio de estos productos, de conformidad con el artículo 13 del CMCT de la OMS; e) reglamentar el contenido y la divulgación del contenido de estos productos de acuerdo con los artículos 9 y 10 del CMCT de la OMS; f) proteger las políticas y actividades de control del tabaco contra cualesquiera intereses comerciales y otros intereses creados relacionados estos productos,

en particular los intereses de la industria tabacalera, de acuerdo con el artículo 5.3 del CMCT de la OMS; g) reglamentar, e incluso restringir o prohibir, según proceda, la fabricación, importación, distribución, presentación, venta y consumo de estos productos, con arreglo a sus legislaciones nacionales y teniendo en cuenta un alto grado de protección de la salud humana; h) aplicar, cuando proceda, las medidas mencionadas a los dispositivos diseñados para el consumo de esos productos (9).

En 2018, la Secretaría del Convenio, la OMS y la Red de Laboratorios del Tabaco de la OMS también fueron invitadas por la COP a informar sobre diversas características de los productos de tabaco novedosos y emergentes, en particular los productos de tabaco calentado, así como a hacer un seguimiento de la evolución del mercado y el uso de esos productos. A pesar de que los productos de tabaco calentado son inequívocamente productos de tabaco, algunas de las características de los productos plantean problemas de reglamentación para su definición y clasificación, así como para la aplicación integral del CMCT de la OMS. Por esa razón, la COP solicitó a la Secretaría del Convenio e invitó a la OMS a proporcionar más información sobre los nuevos productos de tabaco, en particular los productos de tabaco calentado, a la COP9 (9).

Contextualización del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021

El objeto central de este informe, es decir, la regulación de los productos de tabaco nuevos y emergentes, es importante en un momento en que la industria tabacalera está utilizando nuevas estrategias para posicionarse como asociado para el desarrollo. Los fundamentos para la reglamentación de los SEAN y los productos de tabaco calentado, establecidos por la COP, han sido decisivos para traducir las recomendaciones técnicas en acciones políticas a nivel nacional.

Los documentos que se analizan en este capítulo son las decisiones políticas que han adoptado las Partes en el CMCT de la OMS con relación a la reglamentación de los SEAN y los productos de tabaco calentado. Hasta que la investigación científica sólida e independiente no presente un panorama diferente y se someta a la consideración de las Partes, estos documentos son los que proporcionan las opciones de reglamentación que las Partes en el CMCT de la OMS están invitadas a seguir.

Constituyen referentes de un sentir mundial capaz de atravesar el ruido de los intereses comerciales y la ofuscación de la industria tabacalera que rodea a estos productos. Estas decisiones ejercen influencia en la reglamentación nacional y pueden contener también interpretaciones jurídicamente autorizadas de las disposiciones del CMCT de la OMS.

En 2018, la COP8 definió los productos de tabaco calentado como productos de tabaco, por lo que están sujetos a las disposiciones del CMCT de la OMS.



PRODUCTOS NUEVOS Y EMERGENTES: ABORDAR LOS SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE ADMINISTRACIÓN DE NICOTINA

Los esfuerzos mundiales para el control del tabaco se han traducido en importantes avances en la reducción del consumo y en la protección de la población de muchas partes del mundo contra los daños del tabaco. Sin embargo, en los últimos años, han proliferado en muchos mercados los productos de tabaco y de nicotina más nuevos y emergentes, como los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN). Aunque la industria tabacalera da a entender que los SEAN son más inocuos porque no contienen tabaco, estos productos siguen aumentando la base de clientes de la industria, incluso atrayendo a los usuarios más jóvenes.

Algunos de los productos de nicotina y de tabaco que están emergiendo rápidamente en los diferentes mercados, como los SEAN, los productos de tabaco calentado y las bolsas de nicotina, plantean graves problemas de salud. Los productos de tabaco calentado han sido reconocidos por la octava Conferencia de las Partes en el CMCT de la OMS como productos de tabaco y deben estar sujetos a las disposiciones del Convenio. Por consiguiente, no se tratarán en detalle en el informe. Este informe se centra principalmente en los sistemas electrónicos de administración y en el papel cada vez más destacado que desempeñan en las estrategias de la industria tabacalera e industrias conexas¹.

¿Qué son los sistemas electrónicos de administración?

A los efectos de este informe, hay dos tipos de sistemas electrónicos de administración: los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y los sistemas electrónicos de administración sin nicotina (SESN). Estos sistemas calientan un líquido para crear aerosoles que inhala el usuario. Los líquidos para los sistemas electrónicos de administración contienen nicotina (pero no tabaco)² y otros aditivos, aromas y sustancias químicas que

pueden ser tóxicos para la salud de las personas. Los SESN son esencialmente lo mismo que los SEAN, pero el líquido que utilizan se comercializa como si no contuviera nicotina.

Los SEAN más comunes son los «cigarrillos electrónicos», también conocidos como «vapeadores» o «plumas de vapor». Otras categorías de SEAN son las «cachimbas electrónicas», las «pipas electrónicas» y los «cigarros electrónicos». Algunos de los productos se parecen a sus contrapartes convencionales de tabaco; otros tienen forma de bolígrafos, memorias USB o cilindros básicos.

Por qué se incluyen en este informe los sistemas electrónicos de administración sin nicotina (SESN)

Los SESN pueden ser casi indistinguibles de los SEAN: a menudo tienen sabores mejorados que atraen a los jóvenes y suelen percibirse como más «inocuos» y no adictivos. Sin embargo, aunque los SESN, por definición, no deberían contener nicotina, en la práctica se ha comprobado que muchos líquidos que indican que son «sin nicotina» contienen nicotina cuando se analizan (14). Además, dependiendo del dispositivo que se utilice, el usuario puede elegir líquidos que contengan o no nicotina, y se puede añadir nicotina

a un líquido formulado sin nicotina. Por tanto, puede ser casi imposible distinguir entre los SEAN y los SESN.

Incluso en el caso de que los SESN no contengan nicotina, existen otras preocupaciones relacionadas con el líquido que utilizan, que contiene componentes nocivos y potencialmente nocivos, que al ser inhalados pueden tener efectos en la salud a largo plazo (15). Además, al igual que ocurre con los SEAN, el acto de usar los SESN imita el uso de los cigarrillos convencionales, lo que constituye un hábito de conducta que puede impedir que las personas que intentan dejar el tabaco lo hagan con éxito, e incluso puede contribuir a que los no fumadores (en particular los niños y los adolescentes) se inicien en el consumo de cigarrillos convencionales. Para las instancias normativas, la presencia y disponibilidad de un sistema electrónico de administración sin nicotina complica y confunde todavía más los mecanismos de reglamentación que pretenden proteger a las personas de los daños del tabaco y la nicotina, generando posibles vacíos legales que pueden ser explotados por los intereses comerciales.

Por todas las razones expuestas, los SESN deben ser regulados y controlados de la misma manera que los SEAN.

1 «Industrias» se refiere aquí a la industria tabacalera, a los fabricantes de sistemas electrónicos de administración y a cualquier organismo con intereses comerciales en los SEAN o los SESN.

2 La mayoría de los SEAN utilizan nicotina procedente del tabaco, lo que lleva a algunos países, incluidos los Estados Unidos de América, a clasificarlos como productos de tabaco.



Los productos nuevos y emergentes deben incluirse como parte de un enfoque integral del control del tabaco

La justificación para abordar los SEAN como parte de las estrategias de control del tabaco se basa en lo siguiente:

- El artículo 5.2 del CMCT de la OMS obliga a las Partes a aplicar medidas eficaces para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco, y en la decisión FCTC/COP7(9) se invita a las Partes a considerar la posibilidad de aplicar medidas reglamentarias (como las mencionadas en el documento FCTC/COP7(11) para prohibir o restringir la fabricación, la importación, la distribución, la presentación, la venta y el uso de SEAN, según corresponda a su legislación nacional y sus objetivos en materia de salud pública.
- Los SEAN contienen nicotina, que es el componente altamente adictivo del tabaco. El uso de SEAN plantea el riesgo de adicción a la nicotina, incluso entre niños y adolescentes. Los resultados de las investigaciones muestran que los usuarios de SEAN tienen una mayor probabilidad de convertirse en fumadores de cigarrillos, y exponerse a los efectos perjudiciales del tabaquismo (16).
- Los SEAN son dañinos. Por ejemplo, la nicotina puede tener efectos dañinos en el desarrollo del cerebro, con consecuencias a largo plazo especialmente en el caso de los niños y los adolescentes (15).
- Los SEAN se comercializan con miles de sabores, lo que puede aumentar la palatabilidad del producto y ayudar a dirigirlos específicamente a los niños y los adultos jóvenes.
- En muchos contextos sociales, fumar tabaco se ha «desnormalizado», especialmente en los espacios públicos cerrados. Al utilizar los SEAN se reproduce la acción de llevarse la mano a la boca asociada a los productos de tabaco para fumar convencionales. Por consiguiente, el uso de los SEAN puede suponer el riesgo de normalizar de nuevo la conducta de fumar, especialmente en las poblaciones más jóvenes (17-19).
- La industria tabacalera y las industrias conexas, así como los defensores de los SEAN, han intentado socavar las prohibiciones de fumar en interiores ejerciendo presión para que se haga una excepción con el uso de los SEAN. Los SEAN generan un aerosol que se parece al humo del tabaco, una asociación que se complica más si cabe por la dificultad de distinguir estos dispositivos de los productos de tabaco calentado, que, al igual que los cigarrillos, contienen tabaco. Por tanto, a menudo es difícil saber si una persona está fumando un producto de tabaco o usando un SEAN.
- Los SEAN están comercializados y promocionados por la industria tabacalera e industrias conexas, que emplean muchas tácticas establecidas (véase el capítulo «Injerencia de la industria tabacalera») para dirigir sus productos a los jóvenes.

Los primeros en desarrollar SEAN fueron empresas ajenas a la industria tabacalera, pero desde entonces los fabricantes de tabaco han entrado en ese mercado.

El crecimiento inicial del mercado de SEAN fue impulsado en gran medida por empresas independientes de las tabacaleras tradicionales, como Pax Labs, que diseñó el cigarrillo electrónico Juul. Sin embargo, casi todas las grandes multinacionales del tabaco, como British American Tobacco, Philip Morris International y Altria, han comprado acciones de empresas de SEAN o han desarrollado sus propias marcas (20, 21). Actualmente hay más de 30 000 marcas de SEAN (dispositivos y líquidos) que se venden en la Unión Europea (20).

En 2014, los SEAN generaron US\$ 2760 millones en ventas mundiales, que aumentaron a US\$ 15 000 millones en 2019. El valor total del mercado de las ventas de SEAN y productos de tabaco calentado en 2018 fue inferior al 2,2% del valor total del mercado, mientras que las ventas de cigarrillos por sí solas representaron el 91% del mismo valor

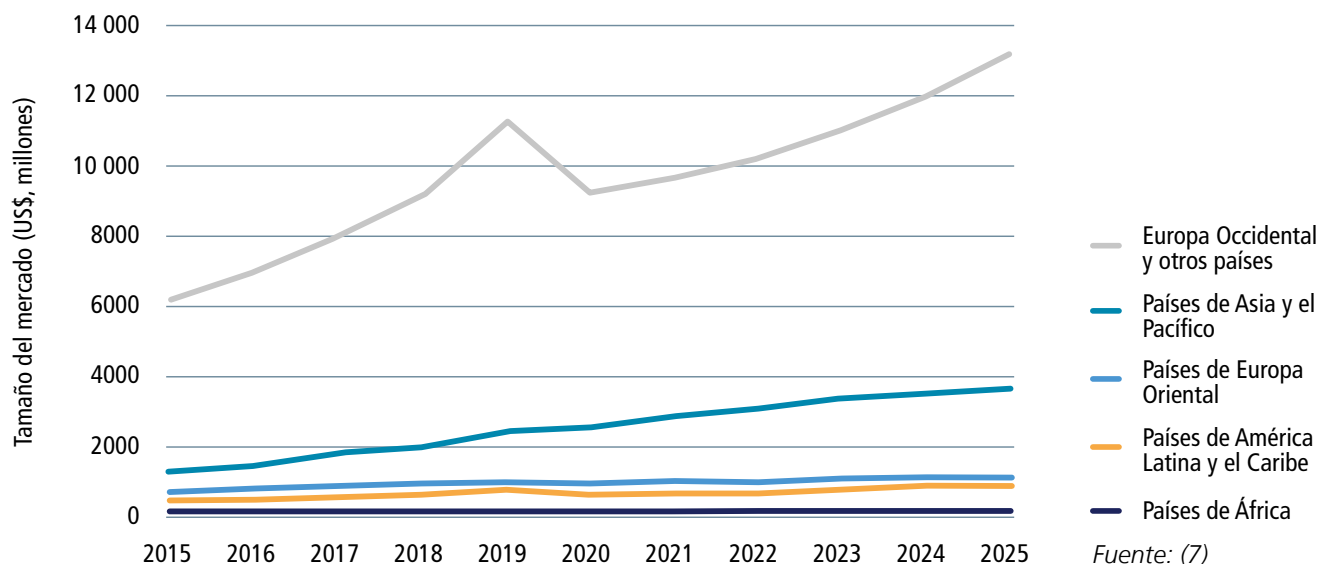
total del mercado (22). Los consumidores de Europa Occidental y otros países (incluidos los Estados Unidos de América y el Canadá) constituyen la mayor parte de este mercado, seguidos por los de los países de la región de Asia y el Pacífico. Según los datos y proyecciones de 2015 a 2018, se prevé una recuperación del uso de SEAN tras un breve periodo de declive (2019-2020) y que siga aumentando a nivel mundial (20). Algunos datos de la propia industria tabacalera indican que, dado el crecimiento que ha experimentado el mercado en los últimos años, se ha producido un aumento del total de consumidores de nicotina (nuevos consumidores) en los últimos años (23).

Los SEAN varían ampliamente y evolucionan con rapidez

Los dispositivos electrónicos de administración de nicotina varían en forma, tamaño y funcionalidad. Constantemente se están desarrollando nuevos diseños. También hay una variedad de «generaciones» de dispositivos que difieren en función de la tecnología y la forma en que están diseñados para su uso.

Los sistemas abiertos tienen depósitos recargables y pueden modificarse, mientras que los sistemas cerrados no están pensados para ser modificados y utilizan cartuchos o cápsulas precargadas, o vienen precargados, como en el caso de los dispositivos desechables. A lo largo del tiempo, entre los avances se ha producido un aumento de la potencia eléctrica generada. La potencia eléctrica generada en el dispositivo y la temperatura a la que se calienta la solución pueden aumentar la cantidad de nicotina en el aerosol y, por tanto, la que se suministra al usuario. Algunos de estos dispositivos han aumentado su potencia a más de 250 W (los modelos anteriores tenían una potencia de unos 10 W), lo que aumenta el riesgo de exposición de los usuarios a componentes nocivos y potencialmente nocivos (24-26).

VENTAS ACTUALES Y PROYECTADAS DE SEAN, POR REGIONES DE LAS NACIONES UNIDAS



Ejemplos de generaciones de SEAN



Cigarrillos electrónicos

Son productos desechables que tienen el aspecto y el tacto de los cigarrillos convencionales. Pueden volver a normalizar el hábito de fumar.



Plumas de vapor

Permiten a los usuarios variar las formulaciones del líquido según sus preferencias. Algunos utilizan cartuchos precargados, mientras que otros permiten al usuario recargarlos.



Desechables

Son la última versión de los SEAN, a menudo con forma de petaca, pero están pensados para ser desechados una vez consumido el líquido. Se pueden adquirir en una amplia variedad de sabores y también son fáciles de ocultar.



Sistemas con depósito

Permiten a los usuarios elegir casi todos los elementos de la experiencia de uso, como las formulaciones del líquido o la potencia de la batería.



Pods

Son una nueva generación de SEAN. Debido a que esta generación a menudo utiliza sales de nicotina, proporcionan dosis más altas de nicotina sin una sensación de aspereza. Los dispositivos suelen tener el aspecto de memorias USB, lo que permite a los usuarios (por ejemplo, jóvenes o estudiantes) ocultarlos.

Existe una enorme diversidad de líquidos y sus contenidos

Los líquidos difieren mucho en su contenido. Además de tener niveles de nicotina variables, suelen contener una gran variedad de aromatizantes, agua, propilenglicol, normalmente glicerina y otros compuestos. Además, los aerosoles que generan estos productos al aerosolizar el líquido contienen compuestos, algunos de los cuales son tóxicos. Entre ellos se encuentra el formaldehído, que es un agente cancerígeno (27). Algunos de los componentes más comunes de los líquidos son los siguientes:

Nicotina

La nicotina es una sustancia muy adictiva presente en todos los SEAN y, al parecer, se ha encontrado en algunos productos comercializados como SESN (14). La nicotina que contienen los SEAN suele proceder del tabaco, pero algunos productos utilizan nicotina sintética. El contenido de nicotina de los SEAN puede variar entre 0 mg/ml y más de 66 mg/ml o más (al menos el doble de contenido de nicotina de un cigarrillo normal). Hay varios factores, aparte de la concentración, que pueden determinar la cantidad de nicotina a la que estará expuesto el usuario. La potencia eléctrica que genera el dispositivo, el estilo de inhalación del usuario y la inclusión de ingredientes en

el líquido electrónico pueden aumentar la ingesta de nicotina (28).

La nicotina que se emplea en los líquidos puede encontrarse en diferentes formas. La nicotina de base libre es una forma modificada de nicotina presente en diversas concentraciones en los cigarrillos convencionales y puede hacer que los cigarrillos sean más adictivos al hacer llegar la nicotina rápidamente al cerebro. Más recientemente, los fabricantes de SEAN han desarrollado fórmulas de sales de nicotina que suministran niveles más altos de nicotina al usuario al tiempo que enmascaran su aspereza (29).

Existen aproximadamente 16 000 sabores distintos disponibles en algunos mercados, muchos de ellos atractivos para los niños.

Nicotina

La nicotina es una sustancia muy adictiva presente en todos los SEAN y, al parecer, se ha encontrado en algunos productos comercializados como SESN (14). La nicotina que contienen los SEAN suele proceder del tabaco, pero algunos productos utilizan nicotina sintética. El contenido de nicotina de los SEAN puede variar entre 0 mg/ml y más de 66 mg/ml o más (al menos el doble de contenido de nicotina de un cigarrillo normal). Hay varios factores, aparte de la concentración, que pueden determinar la cantidad de nicotina a la que estará expuesto el usuario. La potencia eléctrica que genera el dispositivo, el estilo de inhalación del usuario y la inclusión de ingredientes en el líquido electrónico pueden aumentar la ingesta de nicotina (28).

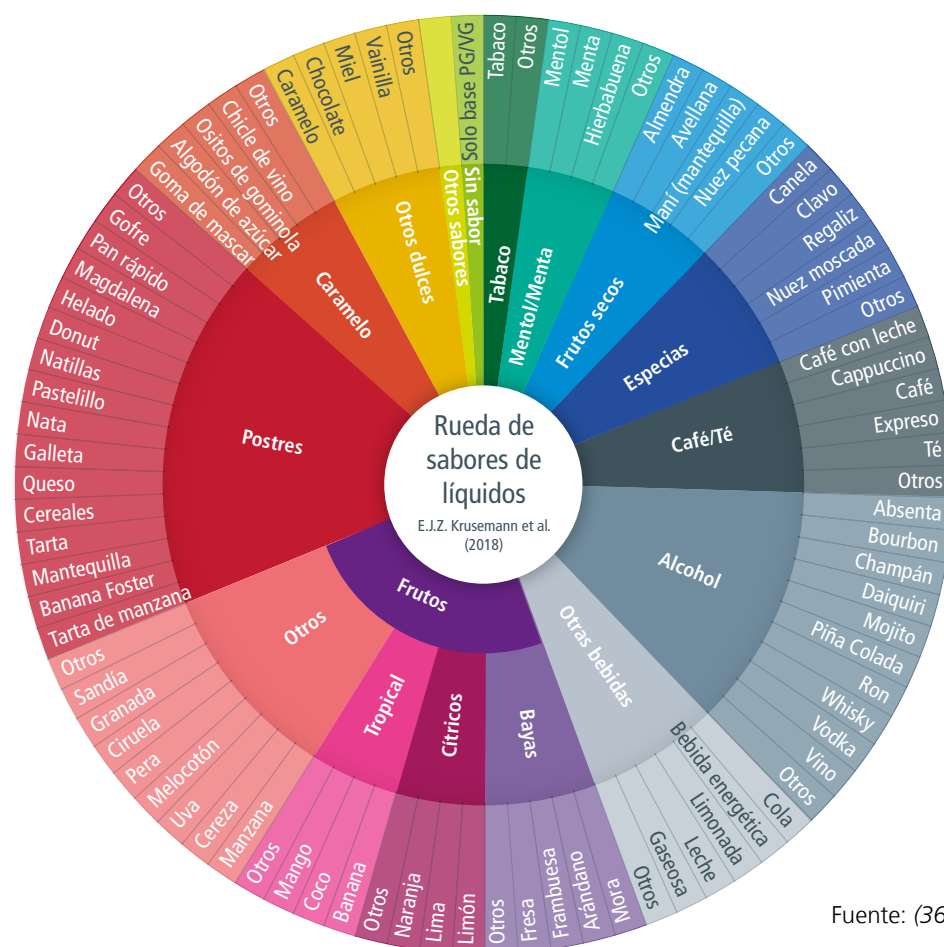
La nicotina que se emplea en los líquidos puede encontrarse en diferentes formas. La nicotina de base libre es una forma modificada de nicotina presente en diversas concentraciones en los cigarrillos convencionales y puede hacer que los cigarrillos sean más adictivos al hacer llegar la nicotina rápidamente al cerebro. Más recientemente, los fabricantes de SEAN han desarrollado fórmulas de sales de nicotina que suministran niveles más altos de nicotina al usuario al tiempo que enmascaran su aspereza (29).

Propilenglicol y glicerol

Estos compuestos están presentes en casi todos los SEAN como portadores de nicotina y en algunos saborizantes que se utilizan en estos productos. La proporción de estos dos compuestos suele determinar la experiencia obtenida con el cigarrillo electrónico, ya que pueden afectar a la suavidad, el «golpe de garganta» y el penacho (nube) que se genera durante su uso. El propilenglicol se utiliza con frecuencia como aditivo en algunos alimentos y está «generalmente reconocido como inocuo» cuando se ingiere por vía oral. Sin embargo, sus efectos cuando se inhala no han sido bien estudiados.

Rueda de sabores de líquidos para dispositivos electrónicos

Con tantos sabores disponibles en el mercado, los investigadores han propuesto esta herramienta para clasificar los sabores de los líquidos y disponer de una terminología común y comparable.



Fuente: (36)

Estudios realizados en los Estados Unidos de América muestran cómo los sabores desempeñan un papel importante en el uso de los cigarrillos electrónicos entre los niños y los adolescentes:

- El uso de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes de secundaria de los Estados Unidos ha aumentado desde el 1,5% en 2011 hasta el 19,6% en 2020 (gráfico 1). Aunque se ha producido un descenso reciente en la prevalencia de usuarios, las tasas siguen siendo preocupantemente altas.
- Entre 2014 y 2020, la proporción de usuarios actuales de cigarrillos electrónicos que utilizaban cigarrillos electrónicos de sabores aumentó del 65,1% al 84,7%.
- Entre los estudiantes de secundaria que utilizaban actualmente cualquier tipo de cigarrillo electrónico con sabor, los tipos de sabor más utilizados eran fruta (73%), menta (56%), mentol (37%) y caramelo, postres u otros dulces (37%) (gráfico 2).
- El 70% de los jóvenes (entre 12 y 17 años) consumidores actuales de cigarrillos electrónicos afirman que los utilizan «porque vienen con sabores que me gustan».

GRÁFICO 1:
USO ACTUAL DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS
(ÚLTIMOS 30 DÍAS) ENTRE
LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA
EN LOS ESTADOS UNIDOS

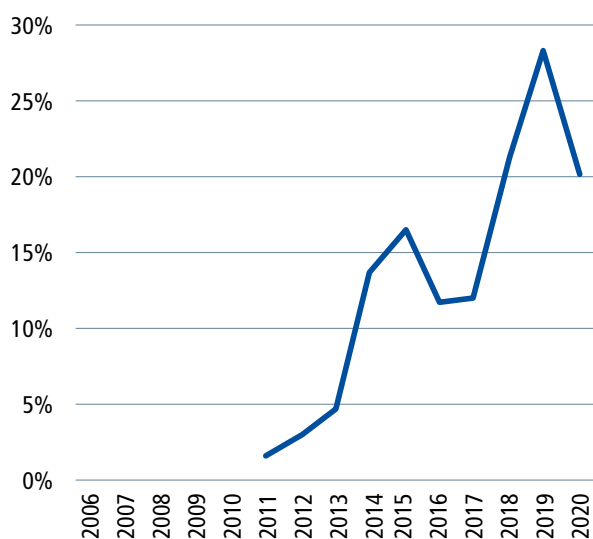
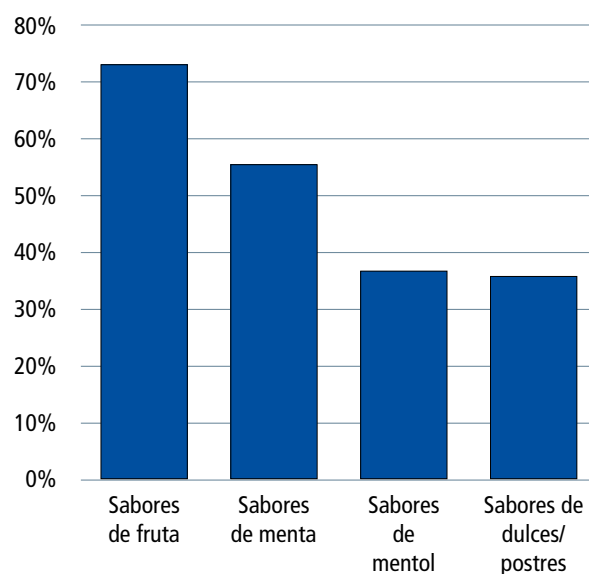


GRÁFICO 2:
SABORES UTILIZADOS POR LOS
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN LOS
ESTADOS UNIDOS QUE USAN ACTUALMENTE
CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS DE SABORES



Fuente: (38–40)

Aunque todavía se desconocen muchos de los efectos a largo plazo sobre la salud del uso de los SEAN, cada vez hay más pruebas que demuestran que estos productos no son inocuos.

La diversidad de dispositivos que existe dificulta su conocimiento, control y reglamentación

Los SEAN han evolucionado de forma diferente en función del entorno normativo de una determinada región, y de los contextos demográficos y los mercados. Además de la diversidad de diseños de los dispositivos, tipos y variantes de productos, piezas intercambiables y la gran variedad de líquidos y tipos de sabores que el propio usuario puede mezclar, muchos SEAN también son personalizables por el usuario después de la venta, y algunos pueden incluso manipularse a distancia por el fabricante (41). Los dispositivos personalizables permiten su modificación mediante el cambio de diferentes aspectos del producto, como la potencia de la batería, el serpentín de calentamiento y la temperatura que alcanza el componente de calentamiento. Esto puede tener un efecto importante en las emisiones a las que se exponen los usuarios y las personas del entorno.

Cada vez hay más pruebas de los efectos nocivos de los SEAN

La industria tabacalera e industrias conexas comercializan y promocionan los SEAN como alternativas «más inocuas» a los cigarrillos convencionales y muchos usuarios los perciben como significativamente «menos dañinos» que los productos de tabaco, especialmente los cigarrillos (42). Sin embargo, aunque todavía se desconocen muchos de los efectos a largo plazo sobre la salud del uso de los SEAN, cada vez hay más pruebas que demuestran que estos productos no son inocuos (43). Así, por ejemplo, en estudios realizados recientemente se apunta a que los SEAN tienen efectos negativos agudos sobre la salud cardiovascular, incluidas la frecuencia cardíaca y la presión arterial (44-46), y se ha demostrado que el uso diario de los SEAN se asocia a un mayor riesgo de infarto de miocardio. Además, los estudios sobre los efectos del uso de SEAN en la salud respiratoria muestran efectos adversos cuantificables en la salud de órganos y células en humanos, en animales e in vitro, y es probable que se relacione con el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (47, 48).

Los efectos sobre la salud de los usuarios de estos productos también pueden depender de los numerosos factores asociados al diseño de los SEAN y a la forma en que se utilizan, así como de otros productos que el usuario consuma al mismo tiempo, y de la cantidad o la pauta de ese consumo. Por ejemplo, los SEAN se utilizan a menudo como complementos del consumo de cigarrillos y no como sustitutos, especialmente en los entornos sin humo en los que no está prohibido el uso de SEAN. Esto significa que muchos usuarios de SEAN utilizan tanto los dispositivos electrónicos como los cigarrillos convencionales (doble uso) (49), un patrón de uso que puede tener más efectos nocivos para la salud de los usuarios que el uso de los dispositivos electrónicos o de los cigarrillos convencionales por separado. En los Estados Unidos de América, casi el 70% de los usuarios adultos de SEAN también fuman cigarrillos (50). El doble uso de SEAN y cigarrillos también puede favorecer la dependencia de la nicotina. Algunos estudios indican que el doble uso se asocia a un mayor riesgo de afecciones respiratorias y cardiovasculares en comparación con el uso de un solo producto (51-53).

La nicotina es perjudicial para el desarrollo cerebral de los adolescentes y comporta riesgos durante el embarazo

La nicotina es muy adictiva. Un no fumador que utilice un SEAN puede volverse adicto a la nicotina y encontrar difícil dejar de usar el SEAN o volverse adicto a los productos de tabaco convencionales. Dado que muchos SEAN se comercializan de manera que resulten atractivos para los jóvenes, en algunos países han sido adoptados por un gran número de adolescentes y niños. La adicción a la nicotina suele producirse en la adolescencia, lo que crea un riesgo muy real de que los jóvenes consumidores se vuelvan dependientes de la nicotina (54). Los jóvenes que experimentan con SEAN tienen una probabilidad entre dos y tres veces mayor de pasar a consumir regularmente cigarrillos convencionales que los que no lo hacen (55). Si un consumidor de SEAN pasa a consumir productos de tabaco, será vulnerable a los resultados de salud relacionados

con el consumo de tabaco, como cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias e hipertensión.

La nicotina también entraña riesgos para la salud de los niños, los adolescentes y las mujeres embarazadas. El consumo de nicotina en niños y adolescentes tiene efectos nocivos en el desarrollo del cerebro, con consecuencias a largo plazo para el desarrollo cerebral y con la posibilidad de provocar trastornos de aprendizaje y ansiedad (56-58). La exposición a la nicotina en mujeres embarazadas puede tener consecuencias similares para el desarrollo cerebral del feto (59, 60).

Otros componentes de los líquidos para dispositivos electrónicos también pueden ser perjudiciales para la salud

Aparte de la nicotina, se sabe que algunos de los componentes habituales de los líquidos tienen efectos sobre la salud, y sobre muchos otros se sabe poco (25, 61). Por ejemplo, se ha constatado que algunos de los sabores que se emplean en los SEAN y SESN aumentan la toxicidad de sus aerosoles (62). Así, aldehídos como el aroma de vainilla y el cinamaldehído, han demostrado contribuir a la toxicidad, y el componente utilizado para producir los aromas de mantequilla es conocido por causar bronquiolitis obliterante (a veces llamada «pulmón de palomitas de maíz») (47).

El brote de lesiones pulmonares relacionadas con el uso de cigarrillos electrónicos o vapeadores que tuvo lugar en los Estados Unidos de América en el periodo 2019-2020 pone de manifiesto los peligros potenciales asociados a estos productos. Según los datos más recientes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América, las lesiones pulmonares relacionadas con el uso de cigarrillos electrónicos o vapeadores han provocado un total de 2807 casos y 60 muertes (63). Si bien la causa de esas muertes no se ha determinado de forma concluyente, se cree que el acetato de vitamina E, un aditivo frecuente en los SEAN que contienen cannabis (o THC), ha desempeñado un papel importante en estos casos de lesiones pulmonares (64).



Los niños y adolescentes que utilizan SEAN tienen una probabilidad más del doble de consumir cigarrillos convencionales.

Aunque el acetato de vitamina E es inocuo cuando se consume por vía oral en los alimentos y cuando se utiliza en la piel, el efecto de su inhalación no se conoce por completo. Este es un ejemplo de por qué deben reglamentarse los SEAN y en algunas jurisdicciones, como en el Canadá, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Reino Unido) y algunos estados de los Estados Unidos de América, se prohíbe actualmente este aditivo (41, 65).

Los sistemas electrónicos de administración también se han relacionado con algunas lesiones físicas, como quemaduras por explosiones o mal funcionamiento, cuando los productos no cumplen la norma deseada o son manipulados por los usuarios. La exposición accidental a las altas concentraciones de nicotina del líquido también puede ser muy peligrosa e incluso provocar la muerte. Los casos de ingestión accidental del líquido tóxico en niños son especialmente preocupantes, ya que en un estudio se detectaron más de 8000 exposiciones en niños menores de seis años durante un periodo de cinco

años en los Estados Unidos de América. Entre esos casos, ocho niños sufrieron importantes consecuencias para su salud y un niño de un año murió (65-68).

Las emisiones ajenas tienen el potencial de dañar a las personas del entorno

Los estudios muestran que el uso de SEAN eleva las concentraciones de partículas en suspensión aerotransportadas por encima de los niveles de fondo cuando se miden en interiores (69-71). Los niveles de nicotina, materia particulada y carcinógenos potenciales en los aerosoles de las emisiones ajenas superan los niveles máximos recomendados establecidos en las Directrices del CMCT de la OMS (72-74). Esto es preocupante, ya que se ha constatado que la exposición humana a las partículas generadas durante el uso de SEAN, incluidas las partículas finas y ultrafinas (que pueden penetrar en los alvéolos), los compuestos orgánicos volátiles, los metales pesados y la nicotina (75), está asociada a un mayor riesgo

de trastornos cardíacos y pulmonares. Aunque todavía no se conocen bien los riesgos para la salud relacionados con los aerosoles del uso ajeno de SEAN, en una revisión sistemática se concluyó que el «vapor» de los SEAN tiene el potencial de causar daños a las personas del entorno (71). Es necesario seguir investigando para comprender plenamente los efectos sobre la salud de la exposición pasiva a los aerosoles de los SEAN.

La prevalencia del uso de SEAN en adultos es baja, pero existen grandes variaciones y fluctuaciones entre los países

Si bien no se dispone de datos fiables para todos los países, el uso actual de SEAN en adultos varía enormemente entre los países que lo supervisan, desde el 11% en Estonia (2018) hasta el 0,2% en el Uruguay (2016-2017) (véase el anexo II y el anexo XI). Las tasas de uso de los SEAN también pueden cambiar rápidamente en una población en un corto periodo de tiempo (41): en Gran Bretaña, la prevalencia del uso de SEAN



en adultos aumentó al 7,1% en 2017 y disminuyó al 6,3% en 2020 (49).

Cada vez es más frecuente que las encuestas poblacionales incluyan preguntas sobre el uso de SEAN (así como de SESN) tanto en adultos como en adolescentes. Las preguntas se han incorporado a las Preguntas sobre tabaco destinadas a encuestas (TQS) (76). Sin embargo, la diversidad de productos y de nomenclatura plantea un verdadero problema para el seguimiento y la vigilancia de estos y otros productos novedosos y emergentes de nicotina y de tabaco. Además, la confusión de la categoría de productos SEAN con la de los productos de tabaco calentado (23) hace que resulte difícil saber qué productos utilizan las personas y cómo los utilizan. Los criterios de vigilancia deben ser especialmente rigurosos y meticulosos para captar los matices actuales y en evolución que existen entre estos productos y las pautas de uso en los distintos países.

Debe prevenirse el uso de SEAN en los niños y adolescentes

En una revisión sistemática reciente se concluyó que la prevalencia del uso de SEAN entre niños y adolescentes en todos los países y territorios que disponían de datos (50 de un total de 67 países que informaron sobre el uso de SEAN en alguna dimensión) se estimaba en un

19,9%. En cuanto al uso actual de SEAN (uso en los últimos 30 días), la estimación conjunta de 60 países era del 8,8% (77). Y en los Estados Unidos de América, la magnitud del uso de cigarrillos electrónicos entre niños y adolescentes llevó al Director General de Sanidad del país a declarar el problema como una epidemia en 2019 (78). En encuestas más recientes se ha observado un descenso en la prevalencia del uso de cigarrillos electrónicos en esta población, pero debe hacerse un seguimiento cuidadoso de las tendencias (79).

El uso de SEAN entre niños y adolescentes aumenta las posibilidades de que consuman cigarrillos convencionales y otros productos de tabaco

El uso de SEAN entre niños y adolescentes menores de 20 años es preocupante en muchos países, no solo por los efectos perjudiciales de la nicotina en este grupo de edad, sino también porque la mayoría de los usuarios jóvenes de SEAN no son consumidores de tabaco, y el uso de SEAN puede conducir a un futuro consumo y adicción a los productos de tabaco (80). En otras palabras, los SEAN pueden actuar como una «puerta de entrada» al consumo de tabaco (81). En una revisión sistemática a nivel mundial realizada recientemente se ha constatado

que los niños y adolescentes que utilizan SEAN, aunque lo hagan con carácter experimental, tienen una probabilidad más de dos veces mayor de consumir posteriormente cigarrillos convencionales (tanto si los han consumido alguna vez como si los consumen actualmente) (82).

La evidencia sobre el papel potencial de los SEAN en el abandono del tabaco aún no es concluyente

Hasta la fecha, los datos sobre el uso de los SEAN como ayuda para el abandono del tabaco no son concluyentes. En una reciente revisión Cochrane se sugiere que los cigarrillos electrónicos pueden ayudar a los fumadores a dejar de fumar (83). En esta revisión se compararon los SEAN con el apoyo conductual y otros tratamientos de sustitución con nicotina, y al agrupar los resultados de cuatro estudios se observó un pequeño pero significativo aumento de las tasas de abandono del tabaco entre los usuarios de los SEAN. Los resultados indican que de cada 100 personas que realizan un tratamiento de sustitución con nicotina, es probable que seis dejen de fumar con éxito, mientras que 10 de cada 100 personas que utilizan cigarrillos electrónicos para abandonar el tabaco tienen probabilidades de lograrlo.

Ahora bien, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones sobre esta conclusión. En primer lugar, los autores señalan que la certeza de estos resultados es de baja (para la comparación con el apoyo conductual) a moderada (para la comparación con los tratamientos de sustitución con nicotina). En segundo lugar, los estudios incluidos utilizaron un único tipo de producto en un entorno terapéutico, y esto no se considera comparable con el contexto actual del mundo real del uso de cigarrillos electrónicos. En tercer lugar, y quizá lo más importante, está la cuestión de la definición del abandono del tabaco. El abandono del tabaco puede verse como el abandono de los productos de tabaco fumados, el abandono de cualquier producto de tabaco o el abandono de cualquier producto de nicotina. En la revisión Cochrane, se consideró que el abandono tenía éxito si las personas dejaban de fumar cualquier producto de tabaco. Dicho de otro modo, una persona podía pasar de los cigarrillos convencionales al uso continuado de SEAN y se consideraba que había «abandonado el tabaco» con éxito. Esto deja abierta la cuestión del tiempo que se espera que una persona siga utilizando los SEAN como dispositivo para abandonar el tabaco, especialmente porque un uso más prolongado puede suponer una mayor

exposición a los posibles riesgos para la salud asociados a estos dispositivos. Los tratamientos de sustitución con nicotina están diseñados de manera que se vaya reduciendo progresivamente el contenido de nicotina a lo largo del tratamiento, con el fin de reducir la dependencia.

En el informe del Director General de Sanidad de los Estados Unidos sobre el abandono del tabaco se concluye que «las pruebas son inadecuadas para inferir que los cigarrillos electrónicos, en general, aumentan el abandono del tabaco» (84). Además, el dictamen del Comité Científico de Riesgos Sanitarios, Ambientales y Emergentes (SCHEER) de la Comisión Europea sobre los cigarrillos electrónicos concluyó que «faltan datos longitudinales sólidos sobre el efecto de los cigarrillos electrónicos en el abandono del tabaco. Hasta que no se disponga de esos estudios, los cigarrillos electrónicos solo deberían considerarse un apoyo para el abandono del tabaco durante un tiempo limitado y bajo supervisión» (85). De hecho, algunas investigaciones han sugerido que, en algunos casos, los SEAN podrían dificultar el abandono del tabaco en algunas personas al prolongar o aumentar la adicción a la nicotina (86).

Dado el carácter diverso de los SEAN, se necesitan más datos para poder fundamentar una declaración concluyente

sobre el potencial de cualquier producto específico de los SEAN como herramienta para dejar de fumar. En este momento, todavía hay varios factores desconocidos que hacen que los SEAN no puedan recomendarse como ayudas para el abandono del tabaco a nivel poblacional. Los tratamientos para el abandono del tabaco que existen actualmente, como los tratamientos de sustitución con nicotina (chicles y parches) y las terapias farmacológicas (bupropión y vareniclina), deben ser aprobados por las autoridades reguladoras de cada país antes de que puedan comercializarse y estar disponibles en ese país y cumplir con los requisitos reglamentarios (87). En la actualidad, los SEAN no están sujetos a este enfoque reglamentario en la mayoría de los países en los que se venden y, por consiguiente, no se benefician de la misma garantía de calidad y supervisión que se garantiza para otros tratamientos de deshabituación tabáquica.

SEAN bajo prescripción médica: el caso único de Australia

El 1 de octubre de 2021, Australia se convertirá en el primer país del mundo en prohibir a los consumidores la compra o importación de SEAN, a menos que tengan una receta médica válida para ello. La razón principal por la que un médico de cabecera puede prescribir una receta es para ayudar al usuario a dejar de fumar.

Debido a que actualmente no hay cigarrillos electrónicos de nicotina aprobados en el Registro Australiano de Productos Terapéuticos (ARTG), los propios médicos pueden tener que solicitar a la Administración de Productos Terapéuticos (un organismo regulador del Gobierno australiano)

el acceso al producto no aprobado antes de emitir una receta. El acceso de los pacientes a estos productos está restringido a ciertas vías disponibles para los medicamentos de prescripción «no aprobados». Se puede obtener más información en: <https://www.tga.gov.au/nicotine-e-cigarettes>.

El endurecimiento de la normativa sobre los SEAN tiene como objetivo frenar el importante aumento del uso de cigarrillos electrónicos de nicotina en los jóvenes australianos: entre 2016 y 2019, la proporción de jóvenes de entre 18 y 24 años que declararon usar cigarrillos electrónicos diariamente, semanalmente, mensualmente o

menos que mensualmente en el momento de ser encuestados casi se duplicó, pasando del 2,8% al 5,3%. La normativa también ofrece a los fumadores actuales la oportunidad de recibir asesoramiento de un médico sobre los beneficios de dejar de fumar y los riesgos asociados a los SEAN.

Fuente : (88)

Impacto potencial de los SEAN en la población general que no consume actualmente tabaco o SEAN

Aparte de la cuestión de si los SEAN pueden ayudar a los consumidores de tabaco a dejar de fumar, hay muchas otras cuestiones que plantean estos dispositivos con relación a las pautas de consumo de tabaco (89). Por ejemplo, ¿hasta qué punto las personas, en particular los adultos, reducen su consumo de tabaco (si es que lo hacen) cuando empiezan a usar SEAN? ¿Y en qué medida difiere esto en función del tipo de SEAN o SESN utilizado? A nivel poblacional, ¿la disponibilidad de SEAN en el mercado aumenta o disminuye los intentos de abandono del tabaco? ¿Resultan los SEAN atractivos para los exfumadores, y los exfumadores de larga duración comienzan a utilizarlos (90)? Y, si efectivamente los SEAN ayudan a las personas a dejar de fumar, ¿cómo puede compararse este beneficio para la salud con el riesgo de aumentar el número de niños y adolescentes que se inician en el uso de estos productos (89)? Muchas de estas preguntas no tienen una respuesta rápida, y es posible que las respuestas no puedan generalizarse a todos los países, pero lo que sí se puede hacer es garantizar que los SEAN estén adecuadamente reglamentados para proteger la salud de la población. Si no se

regulan adecuadamente, pueden socavar las medidas vigentes destinadas a proteger la salud de la población.

Los SEAN presentan importantes amenazas y dificultades para el control del tabaco

El control del tabaco ha avanzado mucho a lo largo de los dos o tres últimos decenios. Este informe constata que la prevalencia mundial de tabaquismo se ha reducido en tan solo los últimos 12 años del 22,7% en 2007 al 17,5% en 2019, y que se ha desnormalizado el consumo de tabaco con la adopción de medidas como los entornos sin humo en muchos países, a nivel nacional, provincial y municipal (91). Las restricciones legales han protegido a los niños y a los adolescentes de los daños del tabaco al restringir la edad de compra y garantizar la prohibición de la publicidad de los productos de tabaco. En la actualidad, más de 5300 millones de personas están protegidas de los daños del tabaco por al menos una medida MPOWER.

La irrupción de los SEAN en muchos países puede socavar los avances en el control del tabaco

Los defensores de los SEAN sostienen que la presencia de alternativas «menos dañinas» puede ayudar a reducir la

prevalencia del consumo de tabaco y mejorar la salud de la población. Sin embargo, aunque la innovación en los productos que ayudan al abandono del tabaco es bienvenida, los SEAN se comercializan actualmente para atraer a nuevos usuarios (es decir, no se limitan a los consumidores de tabaco que quieren dejar de fumar) y desinforman a la población sobre los riesgos asociados a su uso en ausencia de pruebas sólidas (o, de hecho, frente a las crecientes pruebas de lo contrario). Los SEAN representan actualmente un problema importante para la salud pública y podrían socavar algunos de los avances en el control del tabaco que tanto han costado conseguir hasta la fecha.



De qué manera los SEAN cuestionan el control del tabaco y la aplicación efectiva desde el punto de vista de la salud pública

La legislación y los mecanismos de reglamentación tienen dificultades para seguir el ritmo de la evolución de las características de los productos	Dado que los SEAN a menudo no tienen las mismas características que los productos convencionales y están en constante evolución, es posible que no estén contemplados en la legislación vigente y puedan deslizarse por los entresijos de la reglamentación. En particular, los sistemas abiertos (modificables) de administración de nicotina son difíciles de reglamentar (92) y la reglamentación a menudo no puede seguir el ritmo de los cambios en las características de los productos.
El uso de SEAN en niños y adolescentes puede servir de puerta de entrada al consumo de tabaco	Los SEAN se comercializan de forma agresiva entre los niños y los adolescentes, especialmente mediante el uso de sabores y estrategias promocionales (93, 94) y su uso podría llevar a los jóvenes a adoptar formas más perjudiciales de consumo de nicotina o tabaco. La introducción de soluciones de nicotina de alta concentración y de sales de nicotina puede aumentar la dependencia de un nuevo usuario de la nicotina y aumentar la probabilidad de que se pase a los cigarrillos de tabaco convencionales (95, 96).
Los SEAN subvierten las leyes sobre el control del tabaco y, por tanto, socavan los logros de ese control	Muchos usuarios de SEAN citan la posibilidad de eludir las restricciones a los entornos sin humo como una de las principales motivaciones para utilizar estos productos (97). Si los SEAN no se prohíben en los espacios libres de humo, las personas no solo estarán expuestas a las emisiones ajenas, sino que será más difícil aplicar las prohibiciones existentes de productos de tabaco, como los productos de tabaco calentado (que pueden ser difíciles de diferenciar de los SEAN), lo que socavarán las medidas vigentes encaminadas a proteger a las personas del entorno.
Los SEAN están normalizando de nuevo el hábito de fumar en la sociedad	El uso de los SEAN imita el gesto de fumar por el movimiento de la mano a la boca, y el aerosol generado se parece mucho al humo del tabaco. Cuando no existen normas que lo restrinjan, el uso de SEAN en espacios públicos puede hacer que la gente se sienta más cómoda cerca de quienes los usan y aumentar la aceptación del hábito de fumar (98, 99).
Los SEAN pueden incitar a los antiguos fumadores a empezar a usar estos dispositivos	Los SEAN pueden traer el recuerdo de fumar y hacer que los antiguos fumadores utilicen estos dispositivos o vuelvan a consumir productos de tabaco (100).
Los SEAN pueden disuadir a los fumadores de abandonar el hábito por completo al prolongar el doble uso o continuar con el consumo de productos de nicotina	Todavía no está claro si el uso de SEAN puede llevar finalmente al abandono del tabaco. El cambio del tabaco a los SEAN o al uso dual puede prolongar el consumo de productos de tabaco más allá de lo que se habría hecho en caso de haber recurrido a un tratamiento de sustitución con nicotina o a otras intervenciones basadas en datos científicos para dejar de fumar (86, 101, 102).

La reglamentación de los SEAN no debe distraer la atención de la labor de fortalecimiento del control del tabaco en general

Una de las principales preocupaciones relacionadas con los SEAN es que suponen una distracción deliberada de la labor de prevención de los más de ocho millones de muertes que se producen cada año como

consecuencia del consumo de tabaco (103). Se desconoce el daño exacto o el nivel de riesgo que los SEAN tendrán en la salud de la población en el futuro, pero actualmente el número de personas que utilizan estos productos es solamente una fracción del número expuesto a los daños conocidos del tabaco (54). Aunque hay que vigilar de cerca estos productos, no se pueden descuidar los objetivos

principales del control del tabaco. Cuando las leyes sobre el control del tabaco estén firmemente implantadas, se podrá dar una respuesta más eficaz a los SEAN y a otros productos de tabaco y de nicotina novedosos y emergentes.

«(...) cada Parte, con arreglo a su capacidad, adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o otras medidas eficaces y cooperará, según proceda, con otras Partes en la elaboración de políticas apropiadas para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco».

Artículo 5.2 del CMCT de la OMS

Hay muchos mecanismos y opciones de reglamentación para proteger a la población contra los SEAN

En este informe se constata que actualmente hay un total de 32 países que prohíben los SEAN. Donde no se prohíben, deberían estar reglamentados, y existen diferentes enfoques que han adoptado los países para hacerlo (104). Dada la velocidad a la que están creciendo los mercados de SEAN y a la que evolucionan sus productos, es necesario aplicar inmediatamente controles reglamentarios a los SEAN. Esto puede suponer la prohibición de estos productos o su clasificación temporal en alguna categoría que ya exista, como productos de tabaco, productos farmacéuticos o productos de consumo. Pero a largo plazo, los países deben asegurarse de que sus leyes y

reglamentos sobre el control del tabaco sean lo suficientemente amplios como para regular todas las formas de productos de nicotina y de tabaco novedosos y emergentes, garantizando así que las industrias interesadas no se aprovechen de ninguna laguna reglamentaria o legal para vender y comercializar estos productos (por ejemplo, clasificar los SEAN como tabaco sin humo puede significar que se pueden utilizar en espacios públicos cerrados).

La adopción y aplicación efectiva de medidas reguladoras dependerá de varios factores, entre ellos: los logros alcanzados por el país hasta la fecha para aplicar el CMCT de la OMS y el plan de medidas MPOWER al más alto nivel; la autoridad reguladora de estos productos; los objetivos de las políticas de control del tabaco del país; los recursos y la capacidad disponibles para reglamentar un conjunto de productos muy complejo en

un entorno en evolución; y el tamaño del mercado de SEAN que exista en ese país (50). Ya existen juegos de herramientas políticas eficaces (como el plan de medidas MPOWER) que deberían aplicarse de forma productiva a los SEAN, así como a los SESN (véase el cuadro siguiente). Las orientaciones proporcionadas por el informe de la OMS presentado a la Conferencia de las Partes celebrada en 2014 (FCTC/COP/6/10 Rev.1) y ampliadas en el informe de la OMS presentado en 2016 en la séptima reunión de la Conferencia de las Partes (descrito en la página siguiente) siguen siendo pertinentes.

CÓMO PUEDE APLICARSE EL PLAN DE MEDIDAS MPOWER A LOS SEAN

MEDIDAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

M	Se recomienda a los gobiernos la utilización de los sistemas existentes de vigilancia y seguimiento del tabaco, con el fin de evaluar la evolución del uso de SEAN y el consumo de nicotina por sexo y edad.
P	Debería protegerse a las personas que no usan SEAN de la exposición a las emisiones de estos dispositivos. En los espacios cerrados libres de humo nunca debería eximirse a los SEAN (o a los SESN o a los productos de tabaco calentado) de la prohibición.
O	La evidencia sobre el uso de SEAN como ayuda potencial para el abandono del consumo de tabaco sigue siendo objeto de debate y no hay pruebas suficientes para apoyar su uso a nivel de la población, en comparación con los enfoques de probada eficacia. Los países también deberían utilizar enfoques fundamentados científicamente para apoyar a los usuarios de SEAN que quieran dejar de fumar (105).
W	Deberían imponerse advertencias sanitarias gráficas estrictas para todos los SEAN, en consonancia con las estrategias generales de control del tabaco, para disuadir a los jóvenes de su uso.
E	Dado que los mismos elementos promocionales que hacen que los SEAN resulten atractivos para los fumadores adultos podrían hacerlos atractivos para los niños y los no fumadores, deberían aplicarse prohibiciones efectivas a la publicidad, la promoción y el patrocinio de los SEAN. En el documento FCTC/COP/6/10 Rev.1 (106) pueden encontrarse más recomendaciones sobre la reglamentación de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los SEAN.
R	Los SEAN por sí solos conllevan riesgos para la salud. Por consiguiente, deberían aplicarse impuestos a estos productos, en consonancia con las normas nacionales, para prevenir su uso, especialmente entre los niños y los adolescentes (para más información, véase el Manual técnico de la OMS sobre Administración de Impuestos al Tabaco) (22).

También deberían aplicarse otros enfoques de políticas aparte del plan de medidas MPOWER. La prohibición de los sabores, como se ha aplicado en Finlandia, puede reducir el atractivo de los SEAN, especialmente para los menores. Además, al igual que ocurre con el tabaco, debería adoptarse a nivel mundial la prohibición de la venta y distribución de SEAN a menores y prohibir la venta por Internet y otros medios a distancia para evitar el posible uso de este servicio para eludir las restricciones de edad y otras normativas.

Recomendaciones

Los países deben:

1. Garantizar que se siga prestando atención a las medidas integrales de control del tabaco fundamentadas en estudios científicos para reducir la adicción a la nicotina y el consumo de tabaco mediante todas las disposiciones del CMCT de la OMS y la plena aplicación del plan de medidas MPOWER. Esto es una prioridad.
2. Cuando no existan prohibiciones a la fabricación, venta y distribución de SEAN, adoptar las opciones de reglamentación adecuadas para cumplir los objetivos fundamentales de proteger a la población de los posibles riesgos para la salud, evitar que se hagan reclamos no comprobados sobre los SEAN y proteger las actividades de control del tabaco de los intereses comerciales (107). En el recuadro que figura a continuación se resumen las opciones de reglamentación.
3. Considerar la posibilidad de prohibir la venta de SEAN que el usuario pueda modificar (ya sean sus características o los ingredientes del líquido) (50).
4. Cuando la prohibición de la fabricación, venta y distribución de SEAN constituya el enfoque reglamentario preferido para proteger la salud de la población de un país (en el contexto más amplio del control del tabaco, y con arreglo al entorno reglamentario nacional específico), los países deberán aplicar estrictamente la prohibición sin ninguna interferencia de la industria para garantizar un alto grado de protección de los niños y los adolescentes.
5. Hacer un seguimiento del uso de los SEAN y asegurarse de que los datos están desglosados por edad y sexo. Las encuestas nacionales representativas deben recoger el uso de todas las formas de productos novedosos y emergentes para que los investigadores puedan realizar análisis rigurosos y los enfoques reglamentarios estén bien fundamentados.
6. Todas estas recomendaciones deben aplicarse igualmente a los SESN.

Objetivos y opciones para reglamentar los SEAN y los SESN (basado en la decisión de la COP FCTC/COP6/10/rev).

OBJETIVO:

prevenir la iniciación al uso de SEAN y SESN entre los no fumadores y los jóvenes, con especial atención a los grupos vulnerables

Las medidas pueden incluir la prohibición de la venta y distribución, así como la posesión, de SEAN y SESN por parte de los menores; la prohibición o restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los SEAN y SESN; la imposición fiscal a los SEAN y los SESN a un nivel que haga inasequibles los dispositivos y los líquidos para los menores; la prohibición o restricción del uso de sabores; la reglamentación de los lugares, la densidad y los canales de venta.

OBJETIVO:

minimizar en la medida de lo posible los riesgos potenciales para la salud de los usuarios de SEAN/SESN y proteger a los no usuarios contra la exposición a sus emisiones

- a. Minimizar los riesgos para la salud de los usuarios: someter a ensayo la inocuidad de los saborizantes calentados e inhalados que se utilizan en los líquidos y prohibir o restringir la cantidad de los que resulten ser gravemente preocupantes desde el punto de vista toxicológico; exigir el uso de ingredientes que no supongan un riesgo para la salud y que sean, cuando estén permitidos, de la máxima pureza.
- b. Minimizar los riesgos para la salud de los no usuarios: prohibir por ley el uso de SEAN y SESN en espacios cerrados; exigir la inclusión de advertencias sanitarias sobre los posibles riesgos para la salud derivados de su uso. Las advertencias sanitarias pueden además informar al público sobre el carácter adictivo de la nicotina en los SEAN; y reducir el riesgo de intoxicación aguda accidental por nicotina.

OBJETIVO:

evitar que se hagan reclamos sanitarios no comprobados sobre los SEAN y los SESN

Las medidas pueden incluir la prohibición de declaraciones implícitas o explícitas sobre la eficacia de los SEAN y los SESN como ayudas para el abandono del tabaco, salvo que los haya aprobado un organismo gubernamental especializado; la prohibición de declaraciones implícitas o explícitas de que los SEAN y los SESN son inocuos o no crean adicción; y la prohibición de declaraciones implícitas o explícitas sobre la seguridad o adicción comparativa de los SESN con respecto a cualquier producto, salvo que los haya aprobado un organismo gubernamental especializado.

OBJETIVO:

proteger las actividades de control del tabaco contra cualesquiera intereses comerciales y otros intereses creados relacionados con los SEAN/SESN, por ejemplo intereses de la industria tabacalera

Las medidas para lograrlo se describen en detalle en el capítulo siguiente. Brevemente, las medidas pueden incluir el rechazo de las alianzas con la industria; la sensibilización sobre la posible injerencia de la industria en las políticas de control del tabaco de las Partes; el tratamiento igualitario de la industria de titularidad estatal con respecto a cualquier otra industria; la prohibición de actividades descritas como «socialmente responsables» por la industria; y la adopción de medidas para evitar los conflictos de intereses de los funcionarios y empleados gubernamentales.

LA INJERENCIA DE LA INDUSTRIA TABACALERA:

REFORZAR LA RESPUESTA ANTE LA EVOLUCIÓN DE LAS TÁCTICAS

A pesar de los más de ocho millones de muertes relacionadas con el consumo de tabaco que se producen cada año (103), la industria tabacalera sigue comercializando activamente sus productos en todo el mundo y socavando la aplicación del CMCT de la OMS y el plan de medidas MPOWER. No obstante, la aplicación del CMCT de la OMS goza de un firme compromiso gubernamental para eliminar esta interferencia. Las Partes en el Convenio están legalmente obligadas (en virtud del artículo 5.3) a proteger «dichas políticas de los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera de conformidad con la legislación nacional» (108). Sin embargo, la industria tabacalera invierte considerables recursos para oponerse a las medidas de control del tabaco, tanto a nivel nacional como internacional. Tras los intentos fallidos de impedir, retrasar o desbaratar la negociación del CMCT de la OMS (así como de debilitarlo), la industria tabacalera se esfuerza ahora por subvertir su aplicación integral mediante el despliegue de una amplia variedad de estrategias dirigidas a obstruir las medidas de control del tabaco. Algunas de estas estrategias son públicas, mientras que otras son más encubiertas. Pero en general, el objetivo es debilitar el control eficaz del tabaco.

Las múltiples facetas de la injerencia de la industria tabacalera

Las tácticas de la industria tabacalera dirigidas a boicotear el abandono del tabaco no son nuevas (109). La alianza Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP) ha identificado nueve tácticas comunes de la industria tabacalera e industrias conexas (90, 110):

TÁCTICA 1

Crear alianzas y organizaciones fachada para defender su causa: la «técnica del tercero».

TÁCTICA 2

Intentar fragmentar y debilitar a la comunidad de la salud pública.

TÁCTICA 3

Desmentir y suprimir la información sobre salud pública.

TÁCTICA 4

Producir y difundir investigaciones e información engañosas.

TÁCTICA 5

Ejercer presión directa e influir en la formulación de políticas.

TÁCTICA 6

Influenciar las políticas de alto nivel, incluidos los tratados comerciales, para dificultar la aprobación de reglamentos de salud pública.

TÁCTICA 7

Litigar o amenazar con litigios.

TÁCTICA 8

Facilitar el contrabando de tabaco y crear confusión al respecto, utilizándolo para luchar contra el control del tabaco.

TÁCTICA 9

Tratar de gestionar y mejorar su propia reputación para aumentar su capacidad de influir en las políticas.

Contrarrestar las tácticas de la industria tabacalera

Contrarrestar la injerencia de la industria es fundamental para la aplicación efectiva del CMCT de la OMS. En 2008, la Conferencia de las Partes (COP) en el CMCT de la OMS adoptó las directrices para la aplicación del artículo 5.3. Estas directrices se basaban tanto en datos científicos como en la experiencia de las Partes, y tenían por objeto ayudar a las Partes a cumplir sus obligaciones legales en virtud del CMCT de la OMS.

Estas directrices siguen siendo fundamentales para combatir la injerencia de la industria y deberían aplicarse en el contexto de los productos de tabaco y de nicotina, tanto convencionales como

emergentes. La industria tabacalera trata de presentarse como un aliado en el control del tabaco, mientras que simultáneamente obstaculiza las iniciativas de reglamentación. Por consiguiente, deben rechazarse las alianzas con las industrias tabacaleras e industrias conexas, y deben existir normas claras sobre los conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos que trabajan en el control del tabaco.

Siempre que las empresas tabacaleras se han enfrentado a una amenaza importante, han introducido nuevos productos con la promesa de que serían menos dañinos que los cigarrillos convencionales. Al final, solo han socavado los progresos al tiempo que han proporcionado a la industria una nueva forma de ganar dinero.

Las medidas gubernamentales dirigidas a contrarrestar la injerencia de la industria tabacalera deberían incluir lo siguiente:

- Exigir la divulgación y la comunicación clara de las fuentes de financiación de las instituciones de investigación, los académicos y los estudios científicos para prevenir sesgos no visibles en los conocimientos científicos en los que pueden basarse las políticas, así como para esclarecer las motivaciones de las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones empresariales y comerciales, los grupos de consumidores, los centros de estudios, las asociaciones profesionales y otros que busquen participar en la formulación de políticas de control del tabaco o realizar aportaciones al respecto.
- Rechazar las alianzas y los acuerdos no vinculantes o no exigibles con la industria tabacalera y quienes trabajan en su favor, incluidos el apoyo financiero, los incentivos y el respaldo a las actividades de la industria tabacalera relacionadas con el control del tabaco.
- Sensibilizar sobre las conocidas propiedades adictivas y perjudiciales del tabaco y de los productos que contienen nicotina, y sobre la injerencia de la industria tabacalera en las políticas de control del tabaco.
- Desnormalizar y, en la medida de lo posible, reglamentar y prohibir la publicidad en torno a las actividades que la industria tabacalera califica de «socialmente responsables».
- Prohibir la difusión de información engañosa relacionada con las políticas de control del tabaco.
- Exigir que se divulgue la información de la industria tabacalera sobre las actividades de comercialización, de cabildeo y filantrópicas, y que la información que proporcionen sea transparente y exacta, ofreciendo información periódica, veraz, completa y precisa sobre las actividades de la industria tabacalera. Todas las interacciones de los gobiernos con la industria deben registrarse y ponerse a disposición pública.
- Poner en marcha y hacer cumplir políticas efectivas en materia de conflicto de intereses para las instancias normativas y los funcionarios que participan en el desarrollo, la aplicación y el cumplimiento de las políticas de control del tabaco.
- Dar a las empresas tabacaleras de propiedad estatal el mismo trato que a otras empresas tabacaleras. No debe concederse ningún privilegio o influencia gubernamental a ninguna empresa de tabaco o de nicotina.
- Garantizar que los organismos ajenos al sector sanitario adopten las mismas medidas, al adherirse al artículo 5.3 y cumplir las directrices de aplicación.
- Impedir la interacción entre el gobierno y los grupos de fachada financiados por la industria tabacalera e industrias conexas «que pretenden trabajar por un mundo sin humo» (discurso del Dr. Tedros Ghebreyesus) (111).

Los gobiernos deben alentar y empoderar a la sociedad civil para que participe en la prevención y la lucha contra la injerencia de la industria tabacalera. Una promoción eficaz contra la industria tabacalera y de la nicotina requiere formación práctica, fomento de la capacidad e inversiones a largo plazo de los donantes para garantizar la sostenibilidad (112).

La injerencia de la industria tabacalera e industrias conexas y los SEAN

«Siempre que las empresas tabacaleras han tenido que enfrentarse a una amenaza importante, han introducido nuevos productos con la promesa de que serían menos dañinos (que los cigarrillos convencionales). Han utilizado esos productos para proteger sus ventas y situarse como parte de la solución y volver a conectar con los responsables políticos. Al final, solo han socavado los progresos al tiempo que han proporcionado a la industria una nueva forma de ganar dinero».

Iniciativa STOP (113)

La industria tabacalera y las industrias conexas de la nicotina³ utilizan diversas estrategias para vender sus productos. A continuación se describen algunas de las tácticas principales que se han identificado con relación a los productos novedosos y emergentes.

Atraer a nuevos clientes y mantener a los existentes

Los SEAN tienen como objetivo atraer a nuevos usuarios jóvenes

Las empresas de tabaco y SEAN utilizan características de diseño en los productos que aumentan su atractivo, especialmente para los usuarios jóvenes. Los productos tienen el aspecto de nueva tecnología elegante y suelen venderse en tiendas glamurosas e hipermodernas. Algunos de los diseños parecen pequeñas memorias USB y son lo suficientemente pequeñas como para ocultarlas de los demás, lo que las hace especialmente útiles en el entorno escolar, donde los estudiantes pueden mantenerlas ocultas de los profesores y otras autoridades (114). Además, los

3 Por «industria de la nicotina» se entiende los fabricantes, distribuidores mayoristas e importadores de productos con y sin nicotina, incluidas las asociaciones u otras entidades, así como los grupos de presión de la industria.

productos se promocionan en eventos para jóvenes, como festivales de música, y los fabricantes utilizan a personas influyentes en las redes sociales que atraen al público joven para promocionarlos (115). Otras características de los productos que atraen a nuevos usuarios son el uso de una enorme gama de sabores que atraen especialmente a los niños y adolescentes.

Mantener la adicción entre la base de clientes

Los contenidos de los líquidos también están diseñados para que los consumidores vuelvan a por más. Durante años, las empresas tabacaleras han incluido aditivos en los cigarrillos convencionales, como ácidos y amoníaco, para mejorar su sabor, disminuir la aspereza de la nicotina y mejorar la administración de nicotina al cerebro (116). Del mismo modo, en algunos SEAN, las sales de nicotina (véase la página 33), por ejemplo, no solo contribuyen a aumentar la palatabilidad del producto, sino que también suministran mayores cantidades de nicotina al usuario, lo que probablemente aumente su adicción.

Difusión de información errónea e injerencia en la investigación científica

Información errónea sobre los SEAN, así como sobre los productos de tabaco calentado

A menudo, la industria promociona los productos de tabaco calentado, los SEAN y los SESN como alternativas «más inocuas» al tabaco convencional. También se promocionan o se enmarcan indirectamente como productos para dejar de fumar que pueden ayudar a los consumidores de tabaco a abandonar el tabaco convencional. Estas

actividades tienen ramificaciones en las intervenciones acreditadas para ayudar a la deshabituación del tabaco, ya que tienen el potencial de desinformar y engañar a los consumidores. Las personas que quieren dejar de fumar, basándose en información errónea, pueden optar por el uso de productos con los que tienen menos posibilidades de obtener resultados.

La industria tabacalera y la de la nicotina financian una gran cantidad de investigaciones

A pesar de los incuestionables e inevitables conflictos de intereses, una cantidad importante de los trabajos disponibles sobre productos de nicotina y tabaco novedosos y emergentes están financiados por los fabricantes de productos, incluida la industria tabacalera (117). Esto crea muchos problemas a la hora de interpretar los datos, ya que es más probable que se comuniquen y presenten al público resultados puntuales y favorables. Por ejemplo, hay serias reservas en torno a la investigación científica que ha realizado Philip Morris International (PMI) sobre los aerosoles de productos de tabaco calentado y el hecho de que la empresa no haya puesto a disposición los datos de los estudios a largo plazo (118).

Confusión entre categorías de productos

Difuminación de los límites entre los productos de tabaco calentado y los SEAN y generación de confusión sobre sus riesgos asociados

Cuando les conviene, por ejemplo para beneficiarse de una reglamentación menos estricta, las empresas tabacaleras presentan los productos de tabaco calentado como productos electrónicos

«similares a los SEAN». Sin embargo, cuando los SEAN están prohibidos, los productos de tabaco calentado se presentan como productos de tabaco que no entran en las categorías existentes (119). Esto crea confusión sobre estas categorías de productos, tanto entre el público en general como a efectos de reglamentación. Los productos de tabaco calentado son productos de tabaco y deberían estar regulados como tales, en aplicación del CMCT de la OMS, pero al difuminar la diferencia entre los productos de tabaco calentado y los SEAN, la industria tabacalera intenta eludir una regulación estricta (120). Los productos de tabaco calentado a menudo se promocionan, especialmente ante los organismos reguladores, como ayudas para abandonar el tabaco. Sin embargo, no existen pruebas fiables e independientes de la industria tabacalera sobre el impacto del uso de los productos de tabaco calentado en el abandono del tabaco convencional. El consumo de productos de tabaco calentado es un consumo de tabaco. De hecho, de forma más general, hay pocas pruebas sobre los efectos a largo plazo en la salud de los productos de tabaco calentado.

Las empresas comercializadoras incluyen características en el diseño de los productos de tabaco y los SEAN que los hacen más atractivos, sobre todo para los jóvenes.

PMI International se aprovecha de la confusión sobre la clasificación de los productos de tabaco calentado

Productos de tabaco calentado y SEAN

Las empresas a veces mezclan los productos de tabaco calentado y los SEAN. En su campaña «Hold my light», Philip Morris International (PMI) ha descrito los productos de tabaco calentado como «cigarrillos electrónicos». Esto es muy problemático porque los productos de tabaco calentado son productos de tabaco, lo que significa que tienen riesgos diferentes.

Los productos de tabaco calentado ayudan a captar nuevos consumidores

En una investigación reciente se ha constatado que PMI ha tratado de ampliar su mercado tratando de atraer a consumidores que no son fumadores actuales. Para ello, emplea estrategias de comercialización basadas en los precios que sitúan a sus productos de tabaco calentado (IQOS) como una marca deseada, y no como un producto diseñado para atraer a los fumadores que quieren dejar de fumar (23). El modelo de negocio y las tácticas de PMI son representativos

de los que siguen otros actores de la industria tabacalera.

PMI se aprovecha de la confusión sobre la decisión de la FDA

Para apoyar su reivindicación de que los productos de tabaco calentado son productos más inocuos, PMI presentó una solicitud a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos de América para clasificar estos productos como «productos de tabaco de riesgo modificado». El 7 de julio de 2020, la FDA concedió una orden de «modificación de la exposición», pero denegó la orden de «modificación del riesgo» que había solicitado PMI. En otras palabras, la reducción de la exposición a las sustancias químicas nocivas en los productos de tabaco calentado no los hace inocuos, ni se traduce en una reducción del riesgo para la salud humana (121).

De hecho, en la declaración de la FDA se señalaba que incluso con esa decisión, esos productos no son seguros ni están «aprobados por la FDA». La orden de modificación

de la exposición tampoco permite a la empresa hacer ninguna otra declaración de riesgo modificada ni ninguna declaración expresa o implícita que transmita o pueda hacer creer erróneamente a los consumidores que los productos están avalados o aprobados por la FDA, o que la FDA considera que los productos son inocuos para el uso de los consumidores.

El 27 de julio de 2020, la OMS emitió una declaración en la que recordaba a los Estados Miembros que son Partes en el CMCT de la OMS que los productos de tabaco calentado son productos de tabaco, lo que significa que el CMCT de la OMS se aplica plenamente a estos productos. En concreto, el artículo 13.4 a) obliga a las Partes a prohibir «toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco que promueva un producto de tabaco por cualquier medio que sea falso, equívoco o engañoso en alguna otra forma o que pueda crear una impresión errónea con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones».

Manipulación de la opinión pública para ganar «respetabilidad» mientras se socavan las funciones de salud pública y los progresos alcanzados

Promoción de los SEAN en nombre de la salud pública mientras se oponen a las medidas eficaces de control del tabaco

La industria tabacalera se posiciona cada vez más como aliado legítimo y parte interesada en el control del tabaco, pero sus intereses están fundamentalmente en contra de las iniciativas de control. La industria tabacalera se presenta a sí misma trabajando por un futuro «libre de humo», mientras promueve el tabaco convencional fumado en todo el mundo, del que obtiene la mayor parte de sus beneficios. En el informe anual de British American Tobacco

de 2019 (122) se pone de manifiesto que la mayor parte de los beneficios generados por la venta de SEAN no proceden de clientes que hayan sustituido su consumo de tabaco por SEAN, sino de usuarios duales que mantienen el consumo de tabaco convencional al tiempo que utilizan SEAN. Por tanto, la industria sigue cosechando beneficios por todas las vías posibles mientras actúa como si estuviera trabajando para mejorar la salud de la población. Además, están apareciendo datos de estudios prospectivos que indican que el doble consumo puede ser, de hecho, más perjudicial que el consumo exclusivo de cigarrillos convencionales (123).

Controversias sobre la «reducción de daños» que dividen a las comunidades de salud pública

La reducción de daños es un enfoque de salud pública que pretende reducir

los daños provocados por sustancias o comportamientos cuya eliminación es difícil. Algunos apoyan la idea de que los SEAN pueden utilizarse como parte de un enfoque de reducción de daños, mientras que otros advierten de la importancia de los datos para cuantificar el riesgo a largo plazo, el riesgo asociado al doble uso de SEAN y consumo de cigarrillos (un modelo habitual) y el riesgo de iniciación entre niños y adolescentes (124).

La comercialización y el marketing de los SEAN que practican actualmente la industria tabacalera y las industrias conexas no están alineadas con la causa de la salud pública. Aunque la industria tabacalera afirma estar comprometida con la reducción de daños, su duplicidad queda demostrada por la manera en que simultáneamente promociona de forma activa los productos de tabaco allí donde puede, y especialmente en los países de ingresos bajos y medianos (23), la manera en que continúa eludiendo y socavando

la legislación que regula los productos de tabaco convencionales (125, 126), y el modo en que aprovecha las lagunas legislativas para promocionar y vender productos novedosos (127).

Tácticas de la industria que interfieren con el esfuerzo de salud pública para el abandono del tabaco

En las directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS se define la expresión «abandono del tabaco» como el «proceso de detener el consumo de cualquier producto de tabaco, con o sin ayuda». Los tratamientos de sustitución con nicotina están diseñados para ayudar a las personas a dejar el tabaco y, con el tiempo, a dejar también el propio tratamiento. Pasar del consumo de tabaco a los productos de tabaco calentado, como el IQOS, no constituye un abandono del consumo de tabaco.

La campaña de PMI «Unsmoke» (centrada principalmente en los productos de tabaco calentado) anima a las personas «que no dejan de fumar» a «cambiar a una alternativa mejor», que está en sintonía con el objetivo de PMI de «sustituir los cigarrillos por los productos de tabaco calentado que estamos desarrollando y vendiendo». La campaña socava las iniciativas de abandono del tabaco al presentar una «alternativa» tentadora y fácil para acabar con la adicción a la nicotina, y socavar las fructíferas

iniciativas de control del tabaco (que han desnormalizado el hábito de fumar en muchos países) al presentar esta forma de consumo de tabaco como socialmente aceptable.

Injerencia para socavar las medidas vigentes de control del tabaco

Los SEAN han permitido a la industria tabacalera crear nuevas formas de eludir las leyes que regulan la publicidad

Los SEAN se han anunciado abiertamente. Tras décadas de restricciones a la mercadotecnia, la industria tabacalera vuelve a utilizar canales de comunicación como la televisión, que anteriormente se utilizaban para dirigirse a los jóvenes y a los adultos jóvenes. Sin una legislación adecuada que lo impida, la publicidad puede utilizar las marcas de los productos de tabaco, y ayudar así a vender no solo el SEAN, sino también el producto de tabaco de la marca original.

Injerencia en los procesos legislativos de los países, directamente y a través de grupos de fachada como la Fundación por un Mundo sin Humo

A lo largo de los últimos años, la industria tabacalera ha interferido en la legislación

sobre el control del tabaco a nivel nacional, intentando frenar el control del tabaco o impidiendo directamente el avance de las medidas de control del tabaco. Por ejemplo, PMI y los grupos financiados por PMI, como la Fundación por un Mundo sin Humo, utilizan la promoción y otras tácticas para tratar de presionar a los gobiernos para que permitan la entrada de estos productos en los mercados nacionales y los eximan de la reglamentación en materia de control del tabaco (en particular, la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, los impuestos al tabaco y las leyes sobre entornos sin humo), socavando así las iniciativas de control del tabaco y debilitando la aplicación del CMCT de la OMS (23, 128).

Desaparecer en los entresijos normativos: la batalla para reglamentar los SEAN en Israel

Mientras el gobierno israelí preparaba la legislación para reglamentar los SEAN, un fabricante llamado E-Cig Ltd solicitó permiso para importar y comercializar un cigarrillo electrónico. El gobierno rechazó la solicitud alegando que la eficacia y la inocuidad del producto no estaban probadas y que su importación contravenía la legislación del país en materia de productos farmacéuticos. La empresa recurrió la decisión basándose en que los SEAN eran productos recreativos y no farmacéuticos, y el tribunal le dio la razón.

Sin embargo, en diciembre de 2018, el órgano legislativo israelí aprobó una nueva ley que regulaba tanto los

productos de tabaco como los SEAN, que restringía la publicidad de los SEAN y exigía un empaquetado neutro para esos productos. JUUL Labs y la Cámara de Comercio de Tel Aviv recurrieron estas disposiciones alegando que los productos de vapeo eran menos dañinos que los cigarrillos y podrían animar a los fumadores habituales a pasarse a los SEAN. Sostenían que, por tanto, las prohibiciones y restricciones a la publicidad de los productos de vapeo vulneraban los derechos de los miembros de la Cámara.

Finalmente, Israel modificó satisfactoriamente su legislación sobre el tabaco para implantar el empaquetado neutro de los productos

de tabaco, incluidos los cigarrillos electrónicos, pero el caso muestra cómo las empresas quieren que los SEAN queden fuera de los límites de la normativa.

Fuentes: (110, 119, 129)

Contrarrestar los esfuerzos de la industria tabacalera por derogar la prohibición de los SEAN en Tailandia

Cuando Tailandia prohibió la importación y venta de todo tipo de SEAN en 2015, los grupos defensores de los SEAN presionaron al gobierno para que levantara la prohibición después de que PMI empezara a promocionar su IQOS en 2017. ENDS Cigarette Smoking Thailand (ECST), un grupo propulsor de los SEAN en Tailandia, trabajó en paralelo con Philip Morris Thailand Limited (PMTL) para oponerse a la prohibición, mediante seis tácticas:

- La creación de grupos de fachada.
 - La presión sobre las instancias decisorias.
 - La organización de campañas de relaciones públicas.
 - El esfuerzo por desacreditar a los defensores del control del tabaco.
 - La financiación de la investigación sobre la reducción de los daños del tabaco.
 - La confrontación entre los sectores gubernamentales.
- A pesar de la fuerte oposición a la prohibición, el compromiso del gobierno tailandés y de las organizaciones tailandesas para el control del tabaco con la protección de la población frente a los productos de tabaco nocivos (ayudados por el sindicato de trabajadores del tabaco, que se oponía a la entrada de las empresas tabacaleras transnacionales en la industria tabacalera tailandesa) ha permitido garantizar que los SEAN

sigan siendo ilegales (a partir de enero de 2021).

Habida cuenta de que las empresas tabacaleras siguen presionando en más países de ingresos bajos y medianos, debería prestarse más atención al uso que ha hecho la industria de la influencia y las medidas legales y administrativas a fin de evitar esta influencia y establecer marcos normativos fundamentados en la investigación científica. Los defensores de la salud también deberían persuadir a los organismos no sanitarios para que mantengan políticas acordes con el CMCT de la OMS.

Fuente: (130)



LOS VÍNCULOS ENTRE LA PANDEMIA DE COVID-19 Y EL TABACO

La cuestión del papel del tabaco en los casos y fallecimientos por COVID-19 surgió al principio de la pandemia y muchos estudios han intentado comprender mejor la relación entre el tabaco y esta enfermedad.

Si bien la mayoría de los casos de COVID-19 no presentan síntomas o son leves, en algunas personas la COVID-19 puede desencadenar una neumonía potencialmente mortal (131-134) y otros resultados graves. Las personas que padecen obesidad (135, 136) y las que tienen trastornos preexistentes como enfermedades cardiovasculares, diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) corren un mayor riesgo de sufrir resultados más graves por la COVID-19, incluido el ingreso en unidades de cuidados intensivos, la necesidad de un respirador y, en algunos casos, la muerte (137). El tabaco es un factor de riesgo conocido en estas enfermedades, así como en las enfermedades respiratorias infecciosas, como la neumonía y la tuberculosis.

El papel del tabaco en las enfermedades respiratorias infecciosas está bien establecido

El tabaco perjudica la función pulmonar, y la COVID-19 afecta principalmente a los pulmones. Fumar tabaco también es un factor de riesgo conocido para padecer enfermedades graves a causa de diversas infecciones respiratorias (54), incluidos los coronavirus SRAS

(identificado por primera vez en 2003) y MERS-CoV (documentado por primera vez en junio de 2012) (138-140). El tabaquismo también deteriora el sistema inmunitario, y en estudios realizados con anterioridad se ha establecido que el consumo de tabaco está relacionado con peores resultados en personas con tuberculosis (141) y neumonía (142). De hecho, el tabaquismo aumenta la neumonía por neumococo, legionela y micoplasmas entre tres y cinco veces (143).

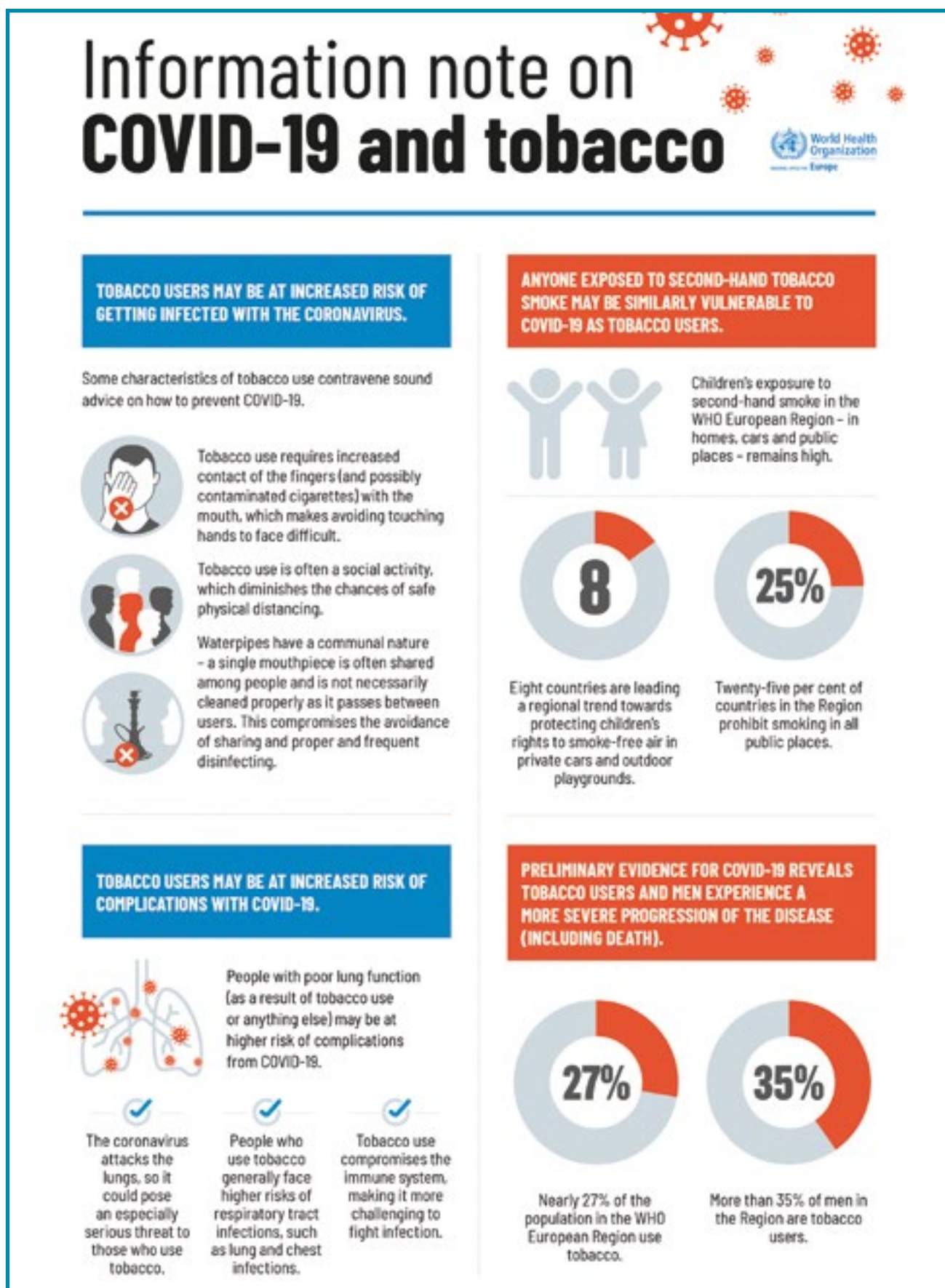
El tabaquismo agrava los resultados de la COVID-19

Los datos actuales indican que los fumadores (actuales y antiguos) son más propensos a sufrir resultados más graves por la COVID-19 (144). Existen múltiples revisiones sistemáticas y metanálisis que aportan pruebas de una relación directa entre el consumo de cigarrillos y la gravedad de la COVID-19, ya que los fumadores tienen un riesgo considerablemente mayor de progresión de la enfermedad y de muerte a causa de ella (144-147) en comparación con los no fumadores. Además, las formas graves de COVID-19 o las muertes por COVID-19 son más frecuentes entre las personas con comorbilidades relacionadas con el consumo de tabaco, como la EPOC, el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares (131-134). En la actualidad solo se dispone de información limitada sobre la COVID-19 en relación con otros productos de tabaco (por ejemplo, productos de tabaco calentado, pipas

de agua, cigarros) y los sistemas electrónicos de administración de nicotina (por ejemplo, cigarrillos electrónicos), aunque se cree que estos productos desempeñan un papel desfavorable en la gravedad de la COVID-19 (148, 149).

Cada vez hay más pruebas sobre los mecanismos biológicos que relacionan la COVID-19 con el consumo de tabaco

Hay datos que indican que los mecanismos biológicos que intervienen en la infección vírica pueden hacer que los fumadores sean más vulnerables a la COVID-19 (150). Aunque estos resultados ofrecen una explicación plausible de la relación observada entre el tabaquismo y los resultados de la COVID-19, no son indiscutibles. Al mismo tiempo, hay quienes han planteado la hipótesis de que la nicotina podría proteger contra la COVID-19 por sus efectos antiinflamatorios y la inhibición de las tormentas de citoquinas. Se está llevando a cabo un ensayo clínico para investigar el papel específico que desempeña la nicotina en la COVID-19 (151), pero hasta que no se disponga de más información no se deben extraer conclusiones.



▲ Campaña en los medios de comunicación organizada por la Oficina Regional de la OMS para Europa a principios de 2020 con el fin de informar a la población sobre los riesgos relacionados con el tabaco en el contexto de la pandemia de COVID-19.

COVID-19: TOBACCO USE AND VAPING

SMOKING

Smoking cigarettes/*bidis*/*kreteks*/*sheesha* and other forms of smoking products can increase your chances of getting COVID-19 by:

Transferring the virus by bringing your hands to your mouth



Smoking damages lungs, heart and other body parts and may increase your risk of getting a severe case of COVID-19.

VAPING

Vaping makes lungs more vulnerable to infection and disease. It also weakens the immune system.



SHEESHA

Sharing tobacco products such as waterpipe/*sheesha*/*hukka* can transmit the virus between people.

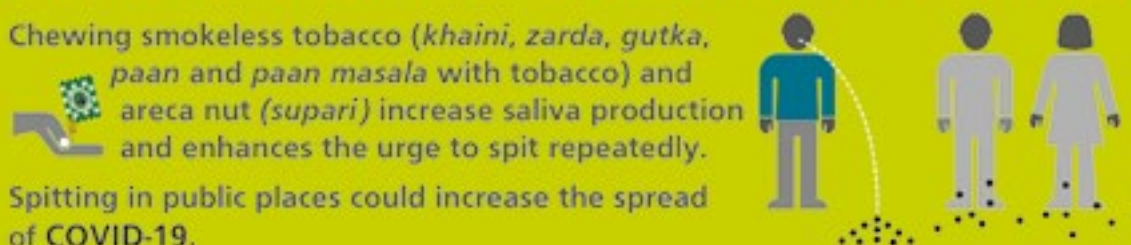
The *sheesha* apparatus (including the hose and chamber) itself may contribute to this risk by providing an environment that promotes the survival of the virus outside the body, as it is not cleaned often in social and community settings.



SMOKELESS TOBACCO AND BETEL NUT CHEWING

Chewing smokeless tobacco (*khaini*, *zarda*, *gutka*, *paan* and *paan masala* with tobacco) and areca nut (*supari*) increase saliva production and enhances the urge to spit repeatedly.

Spitting in public places could increase the spread of COVID-19.



QUIT NOW – IT IS NEVER TOO LATE TO QUIT!



▲ Campaña en los medios de comunicación organizada por la Oficina Regional para Asia Sudoriental en los primeros meses de 2020 para informar a la población de los riesgos relacionados con el tabaco, los cigarrillos electrónicos, las cachimbas y el tabaco sin humo y el consumo de nueces de betel durante la pandemia de COVID-19.

Pruebas e información errónea sobre el riesgo de contraer COVID-19

Al principio de la pandemia había una gran confusión sobre la posible relación entre el tabaquismo y la COVID-19, debido en parte a la información errónea difundida por los medios de comunicación. En algunos de los primeros estudios se afirmaba que la prevalencia de fumadores identificada entre los pacientes hospitalizados por COVID-19 era inferior a la de la población general, lo que llevó a algunos a afirmar que el tabaquismo, y la nicotina en particular, podrían estar actuando como factor de protección contra la COVID-19*. La calidad de los datos y su análisis han sido una de las principales preocupaciones en estas investigaciones, así como el conflicto de intereses inherente a algunos de los investigadores que participaron en estos estudios. Aunque todavía se está investigando para cuantificar con mayor precisión el riesgo de adquirir la COVID-19 siendo fumador, es importante reconocer que la interpretación de estos datos plantea muchos problemas, especialmente en un momento de emergencia mundial (130,152). Algunas de las principales dificultades son las siguientes:

Consumo de tabaco declarado en contextos hospitalarios

Al principio de la pandemia en particular, raramente se informaba de la condición de fumador en los informes publicados procedentes de entornos clínicos. El consumo declarado de tabaco es difícil de recabar, sobre todo en los contextos de emergencias. En el contexto hospitalario, donde las personas ingresan en diferentes estados de salud, el registro de la condición de fumador no suele ser una de las prioridades del personal sanitario y, si alguien está inconsciente en el momento del ingreso, es posible que nunca se recoja ese dato. A menudo,

hay datos que no se recogen, como los antecedentes del hábito tabáquico y el tiempo que ha pasado desde que se dejó de fumar. Además, es frecuente que las personas que se encuentran en unidades de cuidados intensivos ni siquiera se incluyan en los estudios de series de casos publicados.

Además, dependiendo del contexto, algunas personas prefieren no informar sobre su consumo de tabaco (jóvenes que ocultan su consumo a los adultos, por ejemplo, o contextos en los que las mujeres lo consideran socialmente inaceptable), especialmente a su médico. Por otro lado, dado el contexto de un brote de enfermedad respiratoria, es posible que algunos fumadores hayan dejado de fumar recientemente cuando empezaron a sentirse mal e informen de que ya no fuman.

Representatividad de las poblaciones estudiadas

Muchos de los estudios que contribuyen a comprender la relación entre el tabaquismo y la COVID-19 se han llevado a cabo en poblaciones selectivas, como trabajadores sanitarios o personas con comorbilidades. Estas poblaciones pueden mostrar tendencias de prevalencia de tabaquismo muy diferentes a las de la población general. Además, las personas que ingresan en los hospitales tampoco suelen ser representativas de la población en general, ya que diversos factores las hacen diferentes de la población general. Por ejemplo, las personas que ingresaron en hospitales con COVID-19 durante la primera oleada tenían más probabilidad de ser mayores y de padecer enfermedades no transmisibles preexistentes. También es probable que estas personas tengan un mejor acceso a los hospitales, ya sea por razones geográficas o por el entorno socioeconómico. Cabe destacar

que la mayoría de los estudios en que se examina la relación entre el tabaquismo y los resultados de la COVID-19 no se ajustan para tener en cuenta factores de confusión importantes, como la edad, por lo que la interpretación de los resultados puede resultar fácilmente errónea.

Sesgos en las pruebas de los estudios de cohortes basados en la población

En algunos estudios se ha sugerido que, entre las personas que se someten a la prueba de COVID-19, los resultados de los fumadores muestran tasas más bajas de resultados positivos, lo que se ha interpretado como una indicación de que los fumadores tienen menos probabilidad de contraer la enfermedad. Sin embargo, dado que es más probable que los fumadores presenten síntomas respiratorios como la tos, también es más probable que se les realicen pruebas como casos sospechosos. Si se somete a la prueba un número proporcionalmente mayor de fumadores que de no fumadores, parecerá que los fumadores tienen un menor riesgo de contraer la COVID-19, sea cierto o no.

Para evitar estas posibles fuentes de sesgo, el mejor diseño de estudio es un gran estudio prospectivo de cohortes en que se haga el seguimiento de una población representativa de la población general a lo largo del tiempo (y de la que se disponga de datos completos sobre el historial de tabaquismo, así como de factores de confusión como la edad y otras patologías existentes) para ver si contraen o no la COVID-19, y en qué grado de gravedad. En el momento de redactar este documento, las pruebas sobre la relación entre el tabaquismo y el riesgo de contraer COVID-19 no son concluyentes (153).

*Algunos periodistas de investigación han desvelado que los autores de algunos artículos controvertidos que sugieren que los fumadores tienen menos probabilidad de contraer la COVID-19 están vinculados a la industria tabacalera. Un notable artículo fue retirado de *European Respiratory Journal* debido a los conflictos de intereses no declarados con la industria tabacalera entre los autores (154).

La COVID-19 stimule l'adoption de mesures audacieuses de lutte antitabac

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, la plupart des gouvernements ont tenté de restreindre les déplacements et de ralentir la propagation de la maladie par des mesures telles que des couvre-feux, des quarantaines et des ordres de confinement. Dans ce contexte, certains pays ont appliqué des « listes de biens essentiels » pour restreindre la vente de certains produits et, ce faisant, limiter les déplacements dans les lieux publics. Dans un petit nombre de pays, ces listes ont également été utilisées pour restreindre l'accès à des produits nocifs pour la santé tels que les produits du tabac et à base de nicotine.

Interdictions et restrictions de la vente et de la consommation de tabac dans certains pays

L'Afrique du Sud et le Botswana sont deux pays qui ont profité de l'occasion pour désigner les produits du tabac et à base de nicotine comme des biens non essentiels et imposer une interdiction temporaire de vente de ces produits (155). D'autres pays ont restreint la consommation de produits du tabac dans certains endroits. L'Espagne, par exemple, a élargi les interdictions de fumer aux espaces extérieurs (156), et 15 pays du Moyen-Orient ont interdit l'utilisation de pipes à eau dans les lieux fermés (157). En Inde, des interdictions de cracher (acte associé à la consommation de tabac à chiquer) ont été imposées dans de nombreuses régions du pays (158). Le

Bhoutan, pays où le tabac était interdit depuis plus de dix ans, a pour sa part levé cette interdiction pour décourager la transmission transfrontalière et mis en place la vente de tabac au travers de détaillants relevant de l'État (159).

Certaines de ces mesures ont livré d'importantes leçons pour la lutte antitabac à l'avenir. Une étude portant sur l'interdiction sud-africaine, par exemple, a indiqué qu'en l'absence d'autres mesures coordonnées de lutte antitabac, les interdictions de vente ne peuvent réduire avec succès la consommation de tabac (160). Aux États-Unis, le non-respect, par les magasins de vapotage, des ordres de fermeture portant sur les articles non essentiels a poussé autant de vapoteurs à accumuler un stock de ces produits que de vapoteurs à essayer de réduire leur consommation ou d'arrêter (161).

L'impact de la COVID-19 sur les comportements tabagiques est mitigé

Ces mesures nationales représentent des tentatives sans précédent d'atténuer l'impact du tabagisme sur la vulnérabilité des populations, qui ont sans doute eu à la fois des effets positifs et des effets négatifs sur la lutte antitabac. En Afrique du Sud, par exemple, les données recueillies sur l'impact de l'interdiction temporaire de vente de tabac laissent à penser que de nombreux fumeurs ont essayé d'arrêter de fumer ou réduit leur consommation quotidienne de cigarettes (162). À l'échelle mondiale, l'impact de la pandémie sur les comportements tabagiques semble varier grandement d'une population à l'autre. Certaines personnes ont indiqué fumer plus que de coutume pour réduire leur niveau de stress ou de solitude à la maison (163, 164). En même temps, certaines

études montrent qu'un nombre record de fumeurs ont essayé d'arrêter de fumer en raison de la pandémie de COVID-19 et de la prise de conscience du lien entre le tabagisme et l'apparition de symptômes plus graves de la COVID-19 (165).

Les services de sevrage tabagique s'avèrent cruciaux à l'heure où la COVID-19 pousse les fumeurs à renoncer au tabac

Sous l'effet de la pandémie de COVID-19, il se peut qu'un plus grand nombre de personnes pensent à leur santé et envisagent de renoncer au tabac. Les services de sevrage tabagique – déjà insuffisants ou indisponibles dans de nombreuses régions du monde – ont été encore plus négligés dans le contexte de la pandémie, et il est improbable que leur financement reçoive la priorité dans le cadre de la reprise économique post-COVID-19. C'est pourquoi l'OMS et ses partenaires ont cherché à mettre davantage l'accent sur l'aide au sevrage tabagique. En 2021, l'OMS a lancé plusieurs initiatives novatrices, dont la campagne « S'engager à arrêter » associée à la Journée mondiale sans tabac, qui vise à encourager les fumeurs à renoncer au tabac.

Aunque la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de la población mundial, las industrias del tabaco y de los cigarrillos electrónicos han aprovechado el contexto para sus propios fines comerciales.

Comprométete a dejarlo

La campaña mundial sin tabaco

La OMS es consciente de que muchos fumadores que quieren dejar de fumar no tienen acceso a un apoyo adecuado y de que la pandemia ha dado a más personas un motivo para intentar dejarlo. Por esta razón ha puesto en marcha una serie de nuevas iniciativas para ayudar a animar a la gente a abandonar el tabaco con éxito. Estas iniciativas consisten en diarios del fumador, innovadores chatbots y «Hable con Florencia», la primera iniciativa de inteligencia artificial para dejar de fumar. La campaña del Día Mundial Sin Tabaco, que suele consistir en una jornada de 24 horas dirigida a sensibilizar a la población sobre un aspecto concreto del control del tabaco, se ha adaptado en 2021 a una campaña de un año de duración para llegar a todo el mundo y ayudar a que 100 millones de personas intenten abandonar el tabaco.



Tácticas de la industria tabacalera durante la pandemia de COVID-19

Mientras la pandemia de COVID-19 ponía de manifiesto la vulnerabilidad de la población mundial a las infecciones respiratorias graves, la industria tabacalera y la industria de los cigarrillos electrónicos encontraron diversas formas de eludir las medidas de salud pública que restringían el acceso a productos no esenciales y explotaron el contexto para sus propios fines comerciales. La iniciativa STOP de la Universidad de Bath ha documentado sistemáticamente los casos de injerencia de la industria desde el inicio de la pandemia de COVID-19. A continuación se presenta una lista de algunas de las tácticas que han señalado:

- Donaciones a países caracterizadas como responsabilidad social de las empresas. En Grecia, por ejemplo, ante la constatación de que el tabaquismo propiciaba una evolución más grave de la COVID-19, Philip Morris International donó varios respiradores a las UCI. La industria promovió además estas iniciativas como iniciativas socialmente responsables en sus sitios web y en presentaciones a sus accionistas, mientras que guardaba silencio sobre los daños directos del consumo de sus productos.
- Intento de hacerse oír en los debates científicos. Por ejemplo, la participación

en las investigaciones realizadas sobre el desarrollo de vacunas en plantas de tabaco coloca a la industria tabacalera como «parte de la solución».

- Producción de material promocional con un parecido casi idéntico a los comunicados oficiales de salud pública de las autoridades sanitarias.
- Distribución generalizada de artículos promocionales, como mascarillas con logotipos de la industria.
- Oferta de importantes descuentos y promociones para la entrega sin contacto y la entrega a puerta de calle de cigarrillos electrónicos.
- El uso de la entrega sin contacto, que permite eludir las restricciones de «edad mínima de compra», y la exención de los requisitos de verificación de la identidad en el punto de entrega de productos de tabaco calentado en al menos un país.
- Apropiación de la etiqueta «#Yo me quedo en casa» en las redes sociales (utilizada por los gobiernos y los funcionarios de salud pública) para promover productos de tabaco calentado y SEAN.
- Utilización de publicaciones en las redes sociales para promover el uso de SEAN y otros productos como compañeros ideales para quienes trabajan desde casa.

- Realización de afirmaciones sobre los beneficios de los SEAN para la salud. Por ejemplo, USD Bidi Vapor afirmaba en Instagram: «Un bidi al día mantiene al neumólogo en la lejanía».
- Injerencia política al cuestionar las clasificaciones de actividades «esenciales» para garantizar que sus negocios no se vean afectados negativamente.
- Injerencia política al ejercer presión sobre los gobiernos para la reapertura de fábricas de tabaco y cigarrillos al principio de la pandemia en países como Bangladesh, Indonesia, el Pakistán y la Federación de Rusia. Esto provocó la muerte de dos trabajadores en Indonesia a causa de la COVID-19.
- La industria tabacalera también ha aprovechado el impacto de la pandemia para socavar las medidas de control del tabaco pendientes. En Europa, por ejemplo, los representantes de la industria tabacalera han utilizado la pandemia para aplazar la prohibición de la venta de cigarrillos mentolados (154, 166-168).

Fuentes: (154, 166-168)

La comunidad de lucha contra el tabaco puede extraer varias enseñanzas de la experiencia de la pandemia de COVID-19

A continuación figuran algunos ejemplos de las enseñanzas extraídas:

- **La importancia de ofrecer a la población información fiable y basada en pruebas sobre los daños.** El tabaquismo es un factor de riesgo conocido de las enfermedades pulmonares y cardíacas, y es importante advertir a la población del daño potencial que puede causar en una nueva enfermedad infecciosa que afecta a estos órganos. Cuando se investiga la relación entre el consumo de tabaco y la COVID-19, es indispensable aplicar metodologías y enfoques analíticos robustos para asegurarse de que las pruebas que se utilizan para orientar las medidas adecuadas son sólidas y fiables.
- **La necesidad de «reconstruir para mejorar».** La COVID-19 se ha cobrado un enorme precio en salud y bienestar económico y ahora se sabe que muchas enfermedades no transmisibles hacen a las personas más vulnerables a sus consecuencias más graves. El control del tabaco es una forma rentable de mejorar la salud de la población. Mientras los países atraviesan dificultades económicas y los sistemas de salud luchan por hacer frente a la pandemia, el control del tabaco sigue siendo una inversión importante que puede ayudar a prevenir millones de muertes y muchas enfermedades. El tabaco es un factor de riesgo fundamental de muchas enfermedades no transmisibles, pero unas medidas de control del tabaco más estrictas pueden ayudar a proteger de forma efectiva a las personas de sus efectos adversos en el futuro. En particular, el aumento de los impuestos sobre el tabaco podría desempeñar un papel fundamental como una posible forma de generar los ingresos que tanto necesitan los gobiernos durante la recuperación económica posterior a la pandemia.
- **La importancia de promover el periodismo responsable y combatir la información errónea.** Los medios de comunicación deben responsabilizarse de que el público disponga de información fidedigna y fiable. Dada la gran cantidad de incógnitas, durante la pandemia se ha producido un gran aumento de la publicación rápida en línea de estudios en los que se destacan resultados de investigaciones que no han sido adecuadamente revisadas por pares. Esto debe evitarse. También deben adoptarse políticas y leyes para gestionar la información de las plataformas de las redes sociales y contrarrestar los efectos de la información errónea y la sobrecarga de información («infodemia»).
- **La necesidad de mantenerse alerta ante la injerencia de la industria tabacalera.** La industria tabacalera y las industrias de la nicotina conexas son implacablemente oportunistas. Incluso en tiempos de crisis han encontrado formas de comercializar sus productos y eludir las restricciones dirigidas a proteger la salud de la población. Los países, las empresas y las personas deben permanecer atentos a las tácticas de estas industrias.
- **La importancia de reforzar los servicios de deshabituación.** La pandemia de COVID-19 ha acrecentado la conciencia sobre los problemas de salud y esto puede animar a algunas personas a tratar de abandonar el consumo de tabaco. Las personas que podrían dejar de fumar tendrán más posibilidades de éxito si cuentan con el apoyo adecuado. Los tratamientos de sustitución con nicotina, como los chicles y los parches, y los servicios de deshabituación de eficacia probada, como el asesoramiento breve facilitado por personal sanitario capacitado, las líneas telefónicas gratuitas de ayuda al abandono del tabaco y los programas de mensajería de texto para móviles, deben ponerse a disposición de todos y reforzarse a nivel mundial.

Botswana intensifica el control del tabaco durante la pandemia de COVID-19

En 2020, Botswana promulgó una reglamentación de emergencia sobre la COVID-19 para prohibir la importación y la venta de tabaco y productos relacionados con el tabaco durante la pandemia. La aprobación por el parlamento de las disposiciones reglamentarias n.º 61 de 2020 convirtió a Botswana en el segundo país de África (después de Sudáfrica) en prohibir la venta de tabaco y productos de tabaco durante el confinamiento de emergencia por la pandemia de COVID-19, una medida

que ha sido alabada por muchos como un paso audaz para situar los intereses de la salud pública por encima de los de las empresas y el comercio. También afirma el compromiso del gobierno de Botswana de hacer de la salud un derecho para todos los ciudadanos.

El Presidente de Botswana, a través de las redes sociales Facebook y Twitter, pidió a los ciudadanos que cuidaran su salud durante la emergencia de COVID-19, diciendo: «No beban ni fumen y manténganse

al menos a dos metros de distancia de los demás, y eviten los apretones de manos». También aconsejó a la población que se quedara en casa, se lavara las manos regularmente con agua y jabón, tosiera o estornudara en el interior del codo flexionado y mantuviera protegida a su familia.

Quince países de la región del Mediterráneo Oriental prohíben el uso de pipas de agua

La reducción del uso de las pipas de agua se ha convertido en uno de los principales objetivos de los expertos y defensores del control del tabaco en la región del Mediterráneo Oriental, después de que un creciente número de investigaciones demostrara la relación entre el consumo de tabaco y el aumento de la vulnerabilidad a la COVID-19. El carácter compartido del consumo de pipas de agua (en el que una sola boquilla y una manguera se comparten a menudo entre los usuarios en reuniones sociales) contraviene claramente las medidas de distanciamiento social esenciales para limitar la propagación de la COVID-19.

En consecuencia, la Oficina de la OMS para la Región del Mediterráneo Oriental ha colaborado estrechamente con los Ministerios de Salud de los países de la región para fomentar la prohibición del uso de pipas de agua en todos los lugares públicos cerrados y al aire libre. En abril de 2021, una quincena de países y territorios (Arabia Saudita, Bahrein, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, territorio palestino ocupado⁴ (incluida Jerusalén oriental), Sudán, República Árabe Siria, Túnez y Yemen) adoptaron prohibiciones temporales del uso de pipas de agua en todos los lugares públicos interiores y

exteriores, y se sumaron a dos países que ya habían aplicado prohibiciones permanentes de las pipas de agua (República Islámica del Irán y Pakistán).

La prohibición representa un éxito singular e importante para el control del tabaco en el mundo. Demuestra que las políticas de control del tabaco, en este caso las leyes sobre entornos sin humo, son viables y eficaces, incluso con una fuerte resistencia por parte de los gobiernos y la industria tabacalera.



4. En el presente informe se emplea también la denominación «territorio palestino ocupado» para referirse al territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental.

mpower

MEDIDAS EFICACES DE CONTROL DEL TABACO



m

Monitor

Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención



p

Protect

Proteger a la población del humo del tabaco



o

Offer

Ofrecer ayuda para abandonar el hábito tabáquico



w

Warn

Advertir de los peligros del tabaco



e

Enforce

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



r

Raise

Aumentar los impuestos al tabaco

VIGILAR EL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN

En el artículo 20 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco se establece lo siguiente: «Las Partes establecerán (...) programas de vigilancia (...) de la magnitud, las pautas, los determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. (...) las Partes integrarán programas de vigilancia del tabaco en los programas nacionales, regionales y mundiales de vigilancia sanitaria para que los datos se puedan cotejar y analizar a nivel regional e internacional» (174)

El seguimiento refuerza el control del tabaco

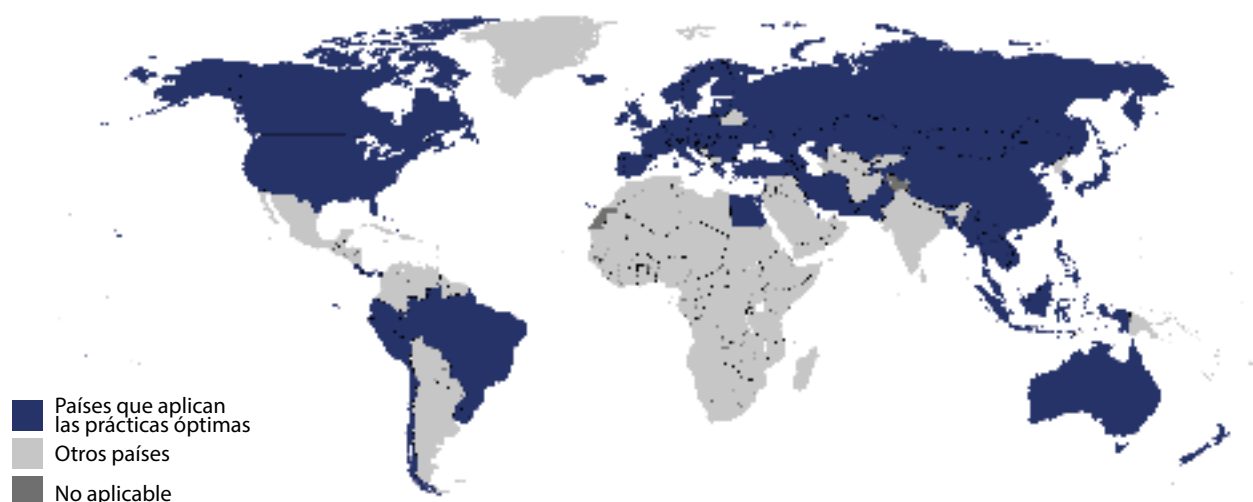
El seguimiento de las pautas y tendencias del consumo de tabaco y de la exposición al mismo es fundamental para combatir la epidemia de tabaquismo y fortalecer el CMCT de la OMS, uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3.a). Disponer de datos fiables y actualizados es fundamental para comprender tanto la necesidad insatisfecha de medidas de control del tabaco como los efectos de las medidas de control del tabaco ya vigentes. Los datos proporcionan a las instancias normativas la evidencia que necesitan para abogar por un mayor esfuerzo de control del tabaco y recursos de aplicación.

Los productos fundamentales a los que hay que dar un seguimiento son los siguientes:

- el consumo de cigarrillos y otras formas de tabaco fumado (por ejemplo, cigarros, pipas, bidis, pipas de agua, productos de tabaco calentado);
- los productos de tabaco sin humo (tabaco de uso oral o nasal);
- los productos de tabaco novedosos y emergentes, como los vaporizadores de tabaco; y
- las formas de consumo de nicotina sin tabaco (por ejemplo, los SEAN).

Además de hacer un seguimiento del impacto de las intervenciones normativas sobre el control del tabaco (169), es importante vigilar y rastrear las actividades de la industria tabacalera cuando sea posible (170, 171). Estos datos pueden ayudar a ajustar y mejorar las estrategias de control del tabaco.

SEGUIMIENTO DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO - PAÍSES CON EL MAYOR GRADO DE CUMPLIMIENTO, 2020



Países con el mayor grado de cumplimiento: Alemania, Armenia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bahamas, Bangladesh, Bélgica, Bhután, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Camboya, Canadá, Chequia, Chile, *China, Chipre, Costa Rica, Croacia, Dinamarca, Ecuador, Egipto, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Indonesia, Islandia, Islas Cook, República Islámica del Irán, Irlanda, Italia, Japón, Kazajistán, Kuwait, Letonia, Líbano, Lituania, Luxemburgo, Malasia, Malta, Mongolia, Montenegro, Myanmar, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Pakistán, Palau, Panamá, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, Reino Unido, República de Corea, República de Moldova, República Democrática Popular Lao, Rumania, Serbia, Singapur, Suecia, Suiza, *Tayikistán, Tailandia, Turquía, Ucrania, Uruguay, Viet Nam.

* País que recientemente ha alcanzado el mayor grado desde el 31 de diciembre de 2018.

El aumento de la cobertura mundial de las medidas MPOWER desde 2007 ha contribuido a reducir la tasa mundial de tabaquismo del 22,7% al 17,5% en 2019.

La mitad del mundo está protegida por sistemas robustos de vigilancia del consumo de tabaco

Más de la mitad de la población mundial, es decir, 4400 millones de personas de 78 países, vive en países con sistemas de vigilancia sólidos basados en encuestas poblacionales y encuestas escolares recientes, representativas y periódicas en que se ha preguntado a adultos y adolescentes sobre su consumo de tabaco. La mayoría de esos países (46 de 78) en que se hace un seguimiento exhaustivo son países de ingresos altos. A pesar de contar con los recursos adecuados, el 25% de los países de ingresos altos no han completado el seguimiento del consumo de tabaco de su población en los últimos

cinco años. Sin embargo, se ha sumado por primera vez en este informe un país de ingresos bajos al grupo de países que realizan un seguimiento al nivel de las prácticas óptimas (Tayikistán). En un total de 37 países del mundo no se han realizado encuestas recientes (desde 2014).

Para algunos países, resulta difícil realizar un seguimiento continuado del consumo de tabaco

Desde 2018, el número de países que realizan un seguimiento al nivel de las prácticas óptimas ha aumentado de 76 a 78. La población que vive en países donde se realiza un seguimiento al nivel de las prácticas óptimas ha aumentado de 3000

millones a 4400 millones. Los dos países que se han incorporado al grupo de las prácticas óptimas son China y Tayikistán.

Debido a las dificultades para realizar encuestas nacionales de población durante la pandemia de COVID-19, muchas de las encuestas previstas en 2020 se han aplazado o cancelado. Además, los resultados de algunas encuestas realizadas en 2019 no se publicaron a tiempo para este informe. Esta situación ha llevado a que 11 países que se encontraban en el nivel de las prácticas óptimas en 2018 no pudieran mantener el cumplimiento. Así pues, excepcionalmente, estos 11 países (Bahamas, Bangladesh, Bhután, Camboya, Costa Rica, Egipto, Kuwait, Myanmar, Pakistán, Panamá y Qatar), con 577 millones de habitantes, se han mantenido en este informe en el grupo de que aplica las prácticas óptimas.

La inversión en encuestas periódicas y otras medidas reducen el consumo de tabaco en Tayikistán

Desde 2004, Tayikistán ha llevado a cabo varias encuestas nacionales para hacer un seguimiento de los progresos realizados en el control del tabaco, como las Encuestas Demográficas y de Salud en 2012 y 2017; una Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos en 2016; el enfoque STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (STEPS) en 2016-17; y una Encuesta Mundial de Salud a Escolares en 2006 y la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) en 2004, 2014 y 2019.

Los resultados de las encuestas a adultos que se han realizado a lo largo de este periodo muestran que la tasa de prevalencia del consumo de tabaco es de moderada a alta entre los hombres y muy baja en las mujeres (13,5% en total; 25,7% entre los hombres y 0,2% entre las mujeres). Las formas de tabaco sin humo parecen ser el principal ámbito de preocupación que requiere atención, ya que el 10,3% de la población en general y el 19,7% de los hombres consumen tabaco sin humo (172).

Se está planificando la segunda ronda de la encuesta STEPS, que brindará la oportunidad de seguir las tendencias del consumo de tabaco entre los adultos en el país. Además, está previsto realizar la cuarta ronda de la GYTS en 2024, lo que demuestra el firme compromiso de Tayikistán de hacer un seguimiento del consumo de tabaco mediante la recopilación de datos recientes, representativos y periódicos tanto de adultos como de jóvenes.

Para abordar la cuestión del consumo de tabaco, la estrategia nacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos en la República de Tayikistán 2013-2023 incluye

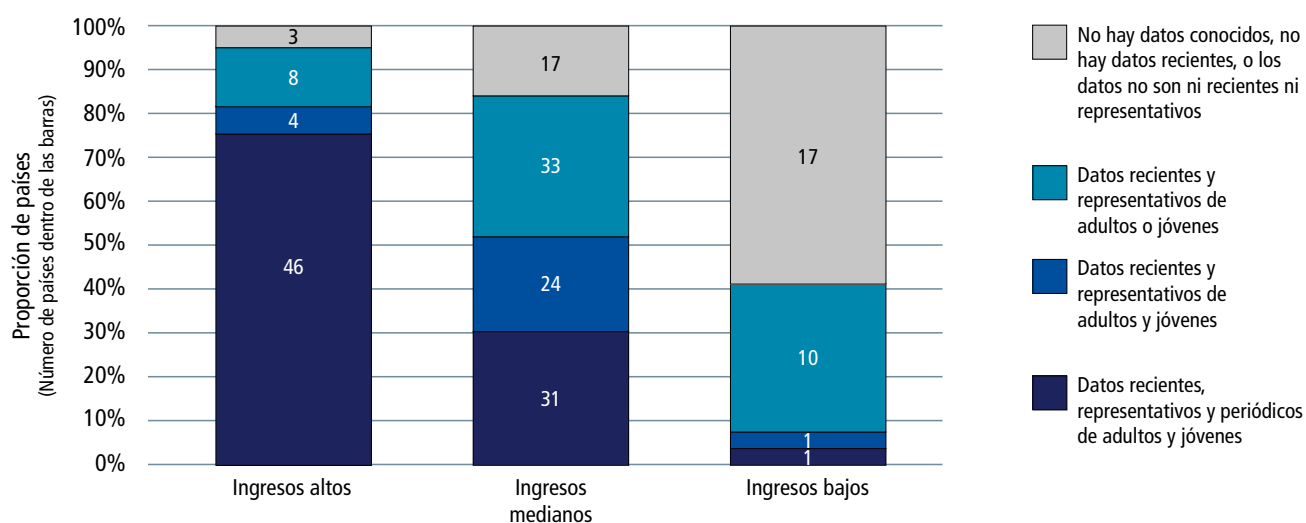
el objetivo de reducir en un 20% el consumo de tabaco y nasvai (una forma de tabaco sin humo) para 2023.

Reafirmando el compromiso del país con el control del tabaco y beneficiándose de la voluntad política generada por los datos de las encuestas de prevalencia, Tayikistán se convirtió en Parte en el CMCT de la OMS en 2013, y en 2018 aprobó una nueva ley de control del tabaco muy enérgica. La nueva ley, que se aplica a todos los productos de tabaco, incluidos los cigarrillos y los cigarros, así como las cachimbos, el tabaco sin humo, los cigarrillos electrónicos, contiene medidas eficaces de control del tabaco en consonancia con el CMCT de la OMS.

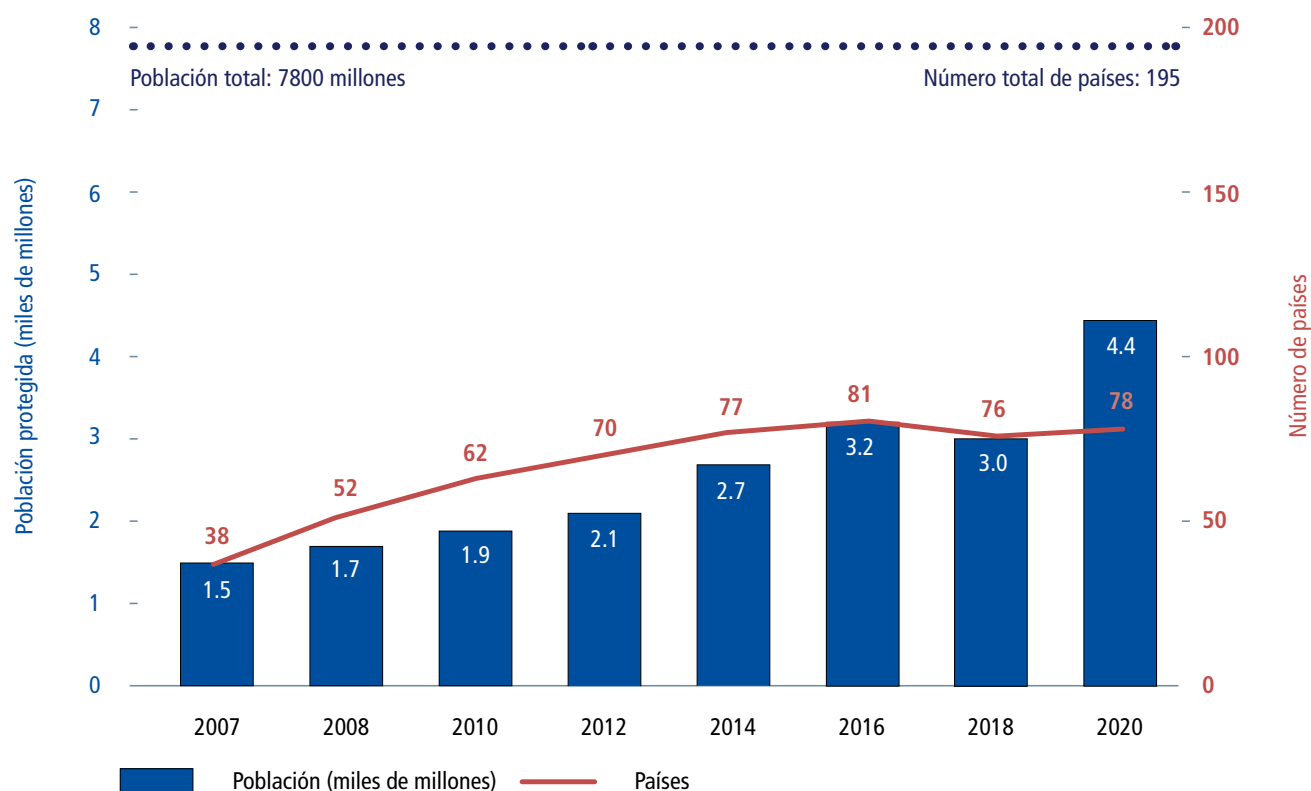


Caption: Estudiantes de Tayikistán rellenan la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes en 2019.

PROGRESOS EN EL SEGUIMIENTO (2007-2020)



PROGRESOS EN EL SEGUIMIENTO (2007-2020)



Desde 2007, hay 2900 millones de personas de otros 40 países que han pasado a ser objeto de seguimiento del consumo de tabaco al nivel de las prácticas óptimas.

El 95% de los países de ingresos altos y el 80% de los de ingresos medianos han realizado al menos una encuesta nacional entre adultos o jóvenes en los últimos cinco años. Sin embargo, solo el 40% de

los países de ingresos bajos (12 países) han hecho esto. En 2020, había un total de 117 países que no hacían un seguimiento de su epidemia de tabaquismo al más alto nivel, si bien 29 de ellos estaban a un paso de alcanzar un nivel de seguimiento exhaustivo. Si esos 29 países subsanaran la deficiencia para alcanzar el nivel de las prácticas óptimas, habría 1800 millones de personas más (el 23% de la población

mundial) que vivirían en países que garantizan un seguimiento eficaz de la epidemia de tabaquismo para mejorar los fundamentos de las medidas políticas de cara al futuro.

Las encuestas desempeñan un papel importante en la elaboración de políticas sobre el tabaco en China

China es el mayor productor y consumidor de productos de tabaco del mundo y cuenta con más de 300 millones de fumadores (una cuarta parte del total mundial). Cada año mueren en China más de un millón de personas por enfermedades causadas por el tabaco (91, 173). Con el fin de hacer un seguimiento de la epidemia de tabaquismo, China realiza periódicamente encuestas representativas del consumo de tabaco a nivel nacional.

En 2010, China llevó a cabo la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos. Los resultados de la encuesta proporcionaron datos importantes para promover políticas de control del tabaco en el país, como el aumento de los impuestos al tabaco y la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Los resultados también se utilizaron para sensibilizar a la población en general a través de noticias y contenidos en las redes sociales, así como para fundamentar las propuestas de políticas en que se destaca la urgencia del control del tabaco.

Para determinar la gravedad del problema del tabaquismo entre los jóvenes, China realizó en 2013-2014 la primera tanda de Encuesta Mundial

sobre Tabaquismo en Adolescentes. En el momento de la encuesta, se estaba modificando la ley nacional de publicidad de China, y los resultados proporcionaron pruebas concluyentes para la promoción de las disposiciones pertinentes dirigidas a reforzar la regulación de la publicidad del tabaco en lugares públicos. En 2019, China realizó una segunda ronda de la encuesta, que puso de manifiesto un crecimiento del uso de los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) entre los adolescentes. Las organizaciones de salud pública utilizaron los datos de estas encuestas para defender en el Congreso Nacional del Pueblo disposiciones relacionadas con los cigarrillos electrónicos en la Ley de protección de menores.

Debido a su enorme extensión y diversidad, el seguimiento nacional en

China resulta complicado: las personas que se ocupan de recopilar los datos tienen dificultades para llegar a los hogares de las zonas más remotas y a veces pasan varios días visitando los hogares de las personas para rellenar los cuestionarios. No obstante, gracias a un diseño de investigación robusto, los datos se recogen de manera satisfactoria y son representativos a nivel nacional. Con el logro por parte de China del nivel de las prácticas óptimas de las medidas MPOWER para el seguimiento del consumo de tabaco, ahora hay 1400 millones más de personas de las que se dispone de datos representativos a nivel nacional y que se recogen periódicamente para contribuir a la lucha contra la epidemia de tabaquismo. China pretende seguir mejorando su sistema de vigilancia del tabaco para reforzar el control del tabaco y reducir su consumo.



Caption: Informes de la encuesta sobre el consumo de tabaco en China.

Hay más de 1000 millones de fumadores, cerca de 100 millones menos que en 2007.

En el mundo hay un total de casi 1000 millones de fumadores de tabaco mayores de 15 años. Esta cifra ha variado poco desde 2007, cuando había algo más de 1000 millones de fumadores de tabaco. Actualmente, hay 847 millones de hombres que fuman tabaco (46 millones menos que en 2007) y 153 millones de mujeres (36 millones menos que en 2007).

A pesar de que tres de cada cuatro países prohíben la venta a menores de 18 años, y otros 10 países establecen un límite de edad aún mayor para la compra de tabaco, se calcula que 24 millones de niños de entre 13 y 15 años fuman en todo el mundo, y 13 millones consumen tabaco sin humo (97).

Las tasas de tabaquismo están disminuyendo a nivel mundial

Entre 2007 y 2019, las tasas de tabaquismo disminuyeron de una media mundial del 22,7% al 17,5%, lo que muestra una reducción relativa del 23% en 12 años. Las tasas de tabaquismo en los países de ingresos bajos son aproximadamente la mitad de las de los países de ingresos altos, y esta proporción ha cambiado poco durante el periodo. Entre 2007 y 2019, la reducción relativa de la tasa de tabaquismo en los países de ingresos altos fue del 20%, y en los países de ingresos bajos del 19%. En los países de ingresos medianos (en los que viven tres cuartas partes de la población mundial) la reducción relativa fue tan solo del 12%.

Aunque las tasas de tabaquismo están disminuyendo más rápidamente en

promedio en los países de ingresos altos, estos países seguían teniendo colectivamente la tasa media de tabaquismo más alta de todos los grupos de ingresos en 2019 (21,6%). Durante ese mismo decenio, el tabaquismo disminuyó entre los hombres del 37,5% al 29,6%, y entre las mujeres del 8,0% al 5,3%. En 2019, las tasas de tabaquismo entre las mujeres de los países de ingresos altos seguían siendo las más altas de todos los grupos de ingresos de países (16,4%), más de cuatro veces la tasa media de los países de ingresos bajos y medianos (3,5%). Por el contrario, las tasas más altas entre los hombres se observan en los países de ingresos medianos (35,3%), donde era casi el doble de la tasa media de los países de ingresos bajos (20,2%).

Actualmente no existe una estimación global del uso de SEAN debido a que los datos son todavía escasos en muchas regiones del mundo.

PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DEL TABACO

El artículo 8 del CMCT de la OMS establece lo siguiente: «la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. (...) Cada Parte adoptará y aplicará (...) medidas (...) de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos».

Las directrices para la aplicación del artículo 8 del CMCT de la OMS tienen por objeto ayudar a las Partes a cumplir las obligaciones previstas en el artículo 8 del Convenio y establecen un calendario claro para que las Partes adopten las medidas adecuadas (en un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para una Parte determinada) (174).

Los daños que causa el humo ajeno

No existe un nivel seguro de exposición al humo ajeno, e incluso una breve exposición puede causar daños (175). La exposición al humo ajeno puede provocar enfermedades graves o mortales, como cardiopatías, enfermedades respiratorias y cáncer (41, 176, 177), y los no fumadores que conviven con fumadores corren un mayor riesgo de padecer ese tipo de enfermedades y de morir prematuramente (178). Los niños y los lactantes son especialmente susceptibles y tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades respiratorias, enfermedades del oído medio y el síndrome de muerte súbita del lactante (179-184). Las mujeres embarazadas expuestas al humo de tabaco ajeno tienen más probabilidad de tener mortinatos, y sus fetos tienen más probabilidad de tener malformaciones congénitas y menor peso al nacer (184). La única forma de proteger adecuadamente tanto a los fumadores como a los no fumadores del humo ajeno es prohibir por completo fumar en interiores (178). Por ejemplo, en un análisis basado en datos del Brasil se señaló que, durante un periodo de 16 años, podrían haberse evitado hasta 15 000 muertes de lactantes gracias a la aplicación de leyes integrales sobre entornos sin humo (185).

Entornos sin humo debe significar completamente libres de humo

Es una idea equivocada que los lugares libres de humo que permiten habilitar salas para fumadores son realmente entornos sin humo que protegen a los no fumadores del humo ajeno.

Estas excepciones, es decir, las zonas o salas designadas para fumar, los sistemas de ventilación, los intercambios de aire y los dispositivos de filtración, no protegen y no pueden eliminar todo el humo ajeno (41, 186, 187). De hecho, estas adaptaciones reducen el impacto de las leyes sobre entornos sin humo. La única forma de proteger completamente a las personas del humo ajeno es no permitir ninguna excepción (187-189). Esto se debe a que, cuando se aplican plenamente, las leyes sobre entornos sin humo son muy eficaces para disminuir la exposición y mejorar la calidad del aire interior tanto para los fumadores como para los no fumadores (186, 190, 191).

Los beneficios generales de las leyes sobre entornos sin humo tienen un gran alcance

Existen pruebas concluyentes de que donde existen leyes que prohíben fumar en los espacios públicos se reducen los ingresos hospitalarios por síndrome coronario agudo y la mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaquismo (187). Las leyes sobre entornos sin humo hacen que fumar sea menos aceptable y menos visible para los niños y los jóvenes, y fomentan comportamientos más saludables, como no fumar en el hogar o en el automóvil (192-194). Los entornos sin humo también pueden animar a los fumadores a reducir su consumo de tabaco, a tratar de dejar de fumar y a seguir sin fumar a largo plazo (191, 195).

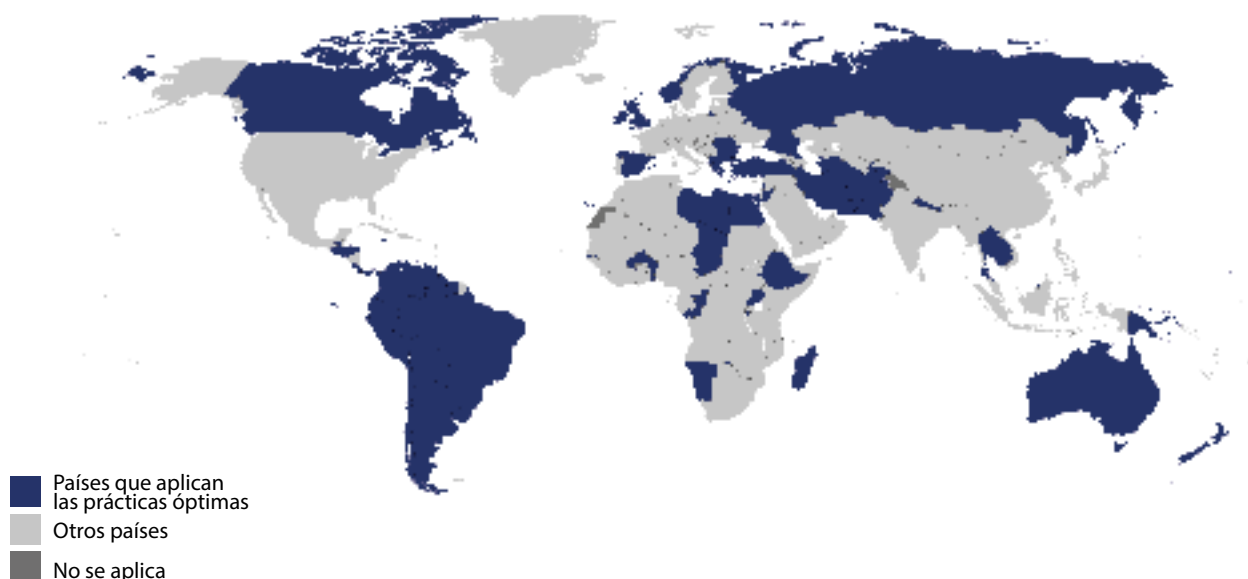
Las leyes sobre entornos sin humo no perjudican a los negocios

A pesar de las afirmaciones de la industria tabacalera en sentido contrario, los estudios mejor diseñados indican que las leyes sobre entornos sin humo no tienen consecuencias económicas adversas para las empresas, incluido el sector de la hostelería (196-198). De hecho, cuando se aplican, las leyes sobre entornos sin humo reciben invariablemente un apoyo abrumador de la ciudadanía (191, 199) y animan a las familias con niños a visitar lugares que antes evitaban y a consumir en ellos. Las leyes sobre entornos sin humo son relativamente fáciles de aprobar y económica y políticamente factibles de aplicar, y un número cada vez mayor de países sigue adoptando una legislación integral sobre entornos sin humo a nivel nacional y subnacional.

Con todo, tan solo el 34% de los países y el 24% de la población mundial están protegidos por la prohibición completa de fumar

Se ha producido un progreso sostenido en la adopción de leyes sobre entornos sin humo desde 2007, cuando solo 10 países del mundo tenían una prohibición completa de fumar, que abarcaba solamente el 3% de la población mundial. Desde entonces, 1600 millones de personas más de otros 57 países están protegidas por las prácticas óptimas de las leyes sobre entornos sin humo.

Entornos sin humo - Países con el mayor grado de cumplimiento, 2020



Países y zonas con el mayor grado de cumplimiento: Afganistán, Albania, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Barbados, Benin, * Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Burkina Faso, Bu-rundi, Camboya, Canadá, Chad, Chile, Colombia, Congo, Costa Rica, Ecuador, Egipto, El Salvador, España, *Etiopía, Federación de Rusia, Gambia, Grecia, Guatemala, Guyana, Honduras, República Islámica del Irán, Irlanda, Islas Marshall, Jamaica, *Jordania, Líbano, Libia, Macedonia del Norte, Madagascar, Malta, Namibia, Nauru, Nepal, Niue, Noruega, Nueva Zelanda, Pakistán, Panamá, Papua Nueva Guinea, *Paraguay, Perú, Reino Unido, República Democrática Popular Lao, Rumania, *Santa Lucía, Seychelles, Suriname, Tailandia, Tayikistán, Territorio Palestino Ocupado, Trinidad y Tabago, Turkmenistán, Turquía, Uganda, Uruguay, República Bolivariana de Venezuela.

* País que recientemente ha alcanzado el mayor grado desde el 31 de diciembre de 2018.

Esto significa que ahora hay 1800 millones de personas (una cuarta parte de la población mundial) que viven en 67 países en los que las prohibiciones de fumar están al nivel de las prácticas óptimas.

Aunque alrededor de la tercera parte de los países de cada grupo de ingresos están provistos de prohibiciones completas de fumar en espacios cerrados, más de la mitad de esos países (39 de 67) con prohibiciones completas de fumar en 2020 eran países de ingresos medianos. La ausencia total de prohibiciones de fumar, o las prohibiciones mínimas que no son lo suficientemente completas para proteger a las personas de los daños del humo ajeno, son notablemente comunes en los países de ingresos altos. De hecho, 18 de estos países (el 30%) dejan a su población expuesta al humo ajeno en los lugares públicos. Lo mismo sucede en 25 países de ingresos medianos (un 22%) y en 13 países de ingresos bajos (un 45%).

En los últimos dos años, cinco países se han unido al grupo de países que ofrecen protección al nivel de las prácticas óptimas, donde todos los lugares públicos son entornos completamente libres de humo. Uno de estos países (Santa Lucía) pasó de una ley mínima que contemplaba solo la atención de salud y los edificios de la administración pública a una prohibición completa que comprende todos los lugares públicos y de trabajo. Tres países (Estado

Plurinacional de Bolivia, Etiopía y Jordania) pasaron de cubrir de tres a cinco lugares públicos a la prohibición completa de fumar en espacios interiores, y un país (Paraguay) amplió la prohibición de fumar a dos lugares adicionales (restaurantes y cafeterías/pubs/bares) para alcanzar el nivel de las prácticas óptimas.

El 37% de los países, y el 38% de la población mundial, tienen prohibiciones parciales de fumar que no alcanzan el nivel de las prácticas óptimas.

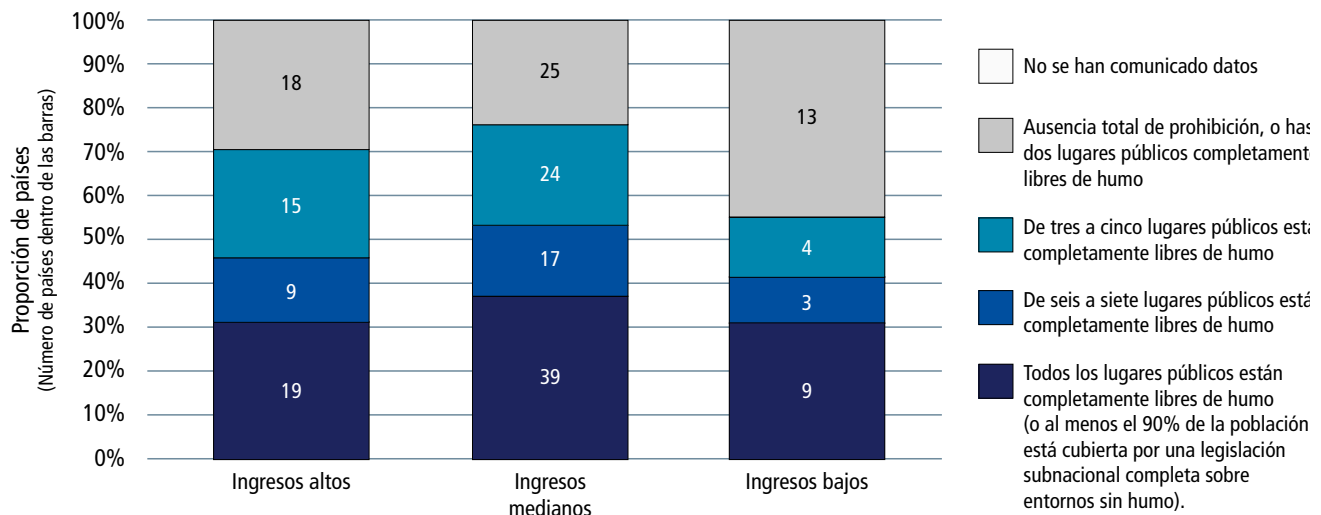
Hay 12 países, que representan a 124 millones de personas, que solo necesitan incluir un lugar más con la prohibición de fumar para sumarse a los otros 67 países con leyes exhaustivas sobre entornos sin humo, a saber: Tonga (universidades); la República Popular Democrática de Corea (instalaciones gubernamentales); las Islas Cook, Mauricio, Ucrania y Zambia (oficinas interiores); el Senegal (restaurantes); Bhután (cafeterías, pubs, bares); y Armenia, Chipre, Georgia y Hungría (transporte público). Otros 17 países, que suman 1600 millones de habitantes, solo necesitan incluir dos lugares más con la prohibición de fumar para alcanzar la adopción de las prácticas óptimas.

Seis países (con un total de 260 millones de personas) mejoraron su legislación sobre entornos sin humo desde 2018, pero no alcanzaron el nivel de las prácticas óptimas en 2020. Otros 14 países (con un total de 1600 millones de personas) conseguirían la prohibición total simplemente eliminando la autorización de las salas de fumadores prevista en la legislación.

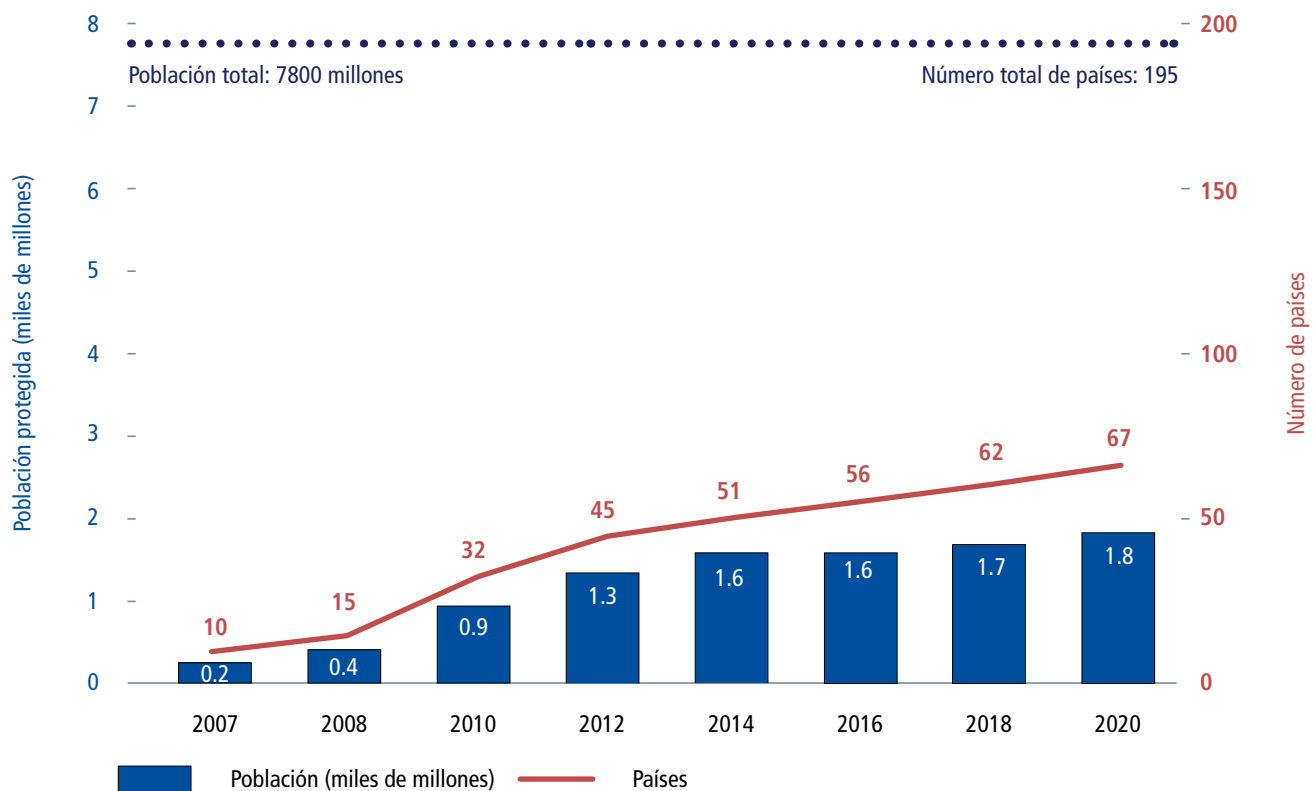
De los 524 millones de personas (el 6,7% de la población mundial) que viven en una de las 100 ciudades más grandes del mundo, solo 299 millones (en 47 ciudades) están protegidas por una ley integral sobre entornos sin humo. Cinco de esas ciudades (Bandung, Beijing, RAE de Hong Kong, Yakarta y Medan) están protegidas por leyes sobre entornos sin humo a nivel municipal; siete están protegidas por leyes sobre entornos sin humo a nivel estatal o provincial; y las 35 restantes están protegidas por leyes nacionales. En lugar de esperar a que se adopte una legislación nacional, las 52 ciudades restantes incluidas entre las más grandes del mundo que no están protegidas actualmente por una ley nacional de prácticas óptimas podrían avanzar con una ley de ámbito municipal, estatal o provincial para proteger más rápidamente a sus grandes poblaciones.

En una tercera parte de los países existe una legislación completa sobre los entornos sin humo

LEGISLACIÓN SOBRE ENTORNOS SIN HUMO



PROGRESOS EN LA LEGISLACIÓN SOBRE ENTORNOS SIN HUMO (2007 - 2020)



El sector de la hostelería de Etiopía se convierte en un espacio sin humo

En febrero de 2019, Etiopía aprobó una ley que exige que los edificios públicos y los lugares de trabajo (incluidos los hoteles) se conviertan en entornos completamente libres de humo (Proclama n.º 1112/2019). La ley prohíbe fumar o consumir tabaco en cualquier espacio interior y cualquier espacio exterior que se encuentre a menos de 10 metros de una puerta, ventana practicable o mecanismo de entrada de aire de cualquier lugar público o lugar de trabajo.

El sector de la hostelería tiene algunos de los mayores niveles de exposición al humo ajeno, lo que significa que para la aplicación y el cumplimiento efectivo de la ley sobre entornos sin humo de Etiopía, este sector tiene que comprometerse plenamente. En 2019, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Etiopía (EFDA), con el mandato de hacer cumplir y coordinar la aplicación de las actividades de control del tabaco en Etiopía, adoptó medidas para ampliar la aplicación de

la normativa sobre entornos sin humo a todo el país. La EFDA divulgó la nueva ley entre el personal nacional y local, y presentó y promovió la nueva ley entre las partes interesadas, incluidos los hoteles y complejos turísticos de Addis Abeba. Se organizaron talleres de orientación en los que se explicaron las funciones y responsabilidades de los propietarios de hoteles y complejos turísticos. Se imprimieron y difundieron más de 15 000 pegatinas y 3000 carteles de «Prohibido fumar». A estas actividades de fomento de la capacidad les siguieron inspecciones de cumplimiento. Desde 2019, los reguladores han realizado más de 16 000 inspecciones en diversos lugares públicos de todo el país.

A partir de la nueva proclama, muchos hoteles han realizado un enorme esfuerzo para aplicar la ley sobre entornos completamente libres de humo. Durante la reserva y el registro de entrada, se informa de ello a los clientes verbalmente y mediante

carteles de «prohibido fumar en ningún lugar del hotel». No hay habitaciones ni zonas habilitadas para fumadores, ni ceniceros. El personal de los hoteles ha acogido con satisfacción la nueva ley porque protege tanto a los clientes como al personal.



Caption: Cartel de prohibido fumar en un hotel de Addis Abeba.

El Paraguay prohíbe fumar en espacios públicos cerrados espoleado por las evidencias de la COVID-19

Se estima que en 2019 murieron 5000 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco en el Paraguay, y casi 700 de esas muertes estuvieron relacionadas con la exposición al humo de tabaco ajeno (200). El impacto del consumo de tabaco en la salud de la población paraguaya se ha puesto más de manifiesto si cabe durante la pandemia de COVID-19, ya que los datos mostraban que los consumidores de tabaco eran más propensos a sufrir las consecuencias más graves de la enfermedad. De hecho, la relación entre la COVID-19 y el consumo de tabaco formó parte de la justificación para reforzar el control del tabaco en el Paraguay durante 2020.

Desde que el Paraguay ratificó el CMCT de la OMS en 2006, el país se ha esforzado en asegurarse de que sus políticas de control del tabaco se ajusten al Convenio. Tras varios intentos fallidos de adoptar una ley sobre entornos completamente libres

de humo, la aprobación del Decreto 4624 en diciembre de 2020 estableció que fumar productos de tabaco tradicionales (cigarros, cigarrillos), calentados o electrónicos estaría permitido solamente en espacios públicos al aire libre no concurridos y que no fueran zonas de tránsito para los no fumadores. De este modo se cerraba la brecha jurídica que quedaba en el país, que permitía fumar en espacios cerrados de hostelería.

Al declarar completamente libres de humo todos los espacios públicos cerrados y los lugares de trabajo, así como el transporte público, el decreto permite al Paraguay cumplir con el mandato fundamental del CMCT de la OMS de proteger a la población de los efectos nocivos del tabaco. Al mismo tiempo, con la aprobación de esta norma, América del Sur se convierte en la primera subregión de las Américas cuyos espacios están completamente libres de humo.



Caption: Carteles de prohibido fumar y de prohibido el uso de cigarrillos electrónicos en el Paraguay.

OFRECER AYUDA PARA ABANDONAR EL CONSUMO DE TABACO

El artículo 14 del CMCT de la OMS establece lo siguiente:

«Cada Parte (...) adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco. (...) cada Parte procurará (...) idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco (...). Las directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT de la OMS tienen por objeto ayudar a las Partes a cumplir las obligaciones previstas en el artículo 14 del Convenio (174).

El deseo de dejar de fumar es intenso, pero la ayuda es muy escasa

Las políticas de control del tabaco de muchos países han conseguido motivar a las personas para que intenten abandonar su consumo. Por término medio, en los países en los que se ha realizado la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos, más del 60% de los fumadores indicaron que tenían intención de abandonar el consumo, y más del 40% habían intentado dejarlo en los 12 meses anteriores a la encuesta. Si bien estos datos son alentadores, el apoyo para abandonar el consumo de tabaco sigue siendo escaso (91).

El abandono del tabaco tiene beneficios inmediatos

Los beneficios para la salud de dejar de fumar pueden percibirse en cuestión de horas o incluso minutos. En tan solo un día, el abandono del tabaco puede ayudar a reducir la frecuencia cardíaca y la presión arterial de una persona, y puede esperarse que los niveles de monóxido de carbono en sangre vuelvan a la normalidad (201). A los tres meses de dejar de fumar, mejoran la circulación y la función pulmonar, y en un plazo de uno a nueve meses, suelen disminuir la tos y la dificultad para respirar (201). El riesgo de muerte por consumo de tabaco también empieza a disminuir poco después de dejarlo. El riesgo de muerte por cáncer de pulmón se reduce de un 30% a un 50% a los 10 años de dejar de fumar (201), y los datos actuales indican que el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica se reduce a la mitad a los cinco años de dejar de fumar, y el riesgo de accidente cerebrovascular vuelve a ser el de un no fumador en un plazo de 5 a 15 años.

El apoyo es vital para abandonar el tabaco

La nicotina es tan adictiva que una cuarta parte de los adolescentes puede volverse dependiente tras fumar tan solo tres o cuatro cigarrillos, y después de fumar cinco paquetes, casi el 60% es dependiente (202). La mayoría de las personas que consumen tabaco regularmente lo hacen porque son adictas a la nicotina. Por tanto, esto significa que pueden beneficiarse en gran medida de un conjunto de intervenciones eficaces para el abandono del tabaco. Sin ayuda a la deshabituación, solo alrededor del 4% de los intentos de abandonar el tabaco logran conseguirlo (203).

La medicación para dejar de fumar y el apoyo profesional de reconocida eficacia, pueden duplicar las posibilidades de que un consumidor de tabaco consiga abandonarlo (204), y se han elaborado diversos enfoques para ayudar a las personas a conseguirlo. A grandes rasgos, pueden clasificarse como intervenciones conductuales o farmacológicas, y difieren en cuanto a su intensidad, costo y eficacia. La combinación de intervenciones conductuales y farmacoterapéuticas es más eficaz y puede duplicar las posibilidades de abandonar el tabaco con éxito (un aumento relativo del 70% al 100% en comparación con el consejo o el apoyo breves) (205).

Las intervenciones conductuales son eficaces y ofrecen la oportunidad de llegar a las personas que podrían abandonar el consumo

Cuando un consumidor de tabaco acude a un servicio de atención primaria o especializada, supone una oportunidad para que el personal sanitario le ofrezca o le proporcione asesoramiento personalizado. Este «consejo breve» de los profesionales sanitarios, ofrecido como parte de una consulta o una interacción de rutina,

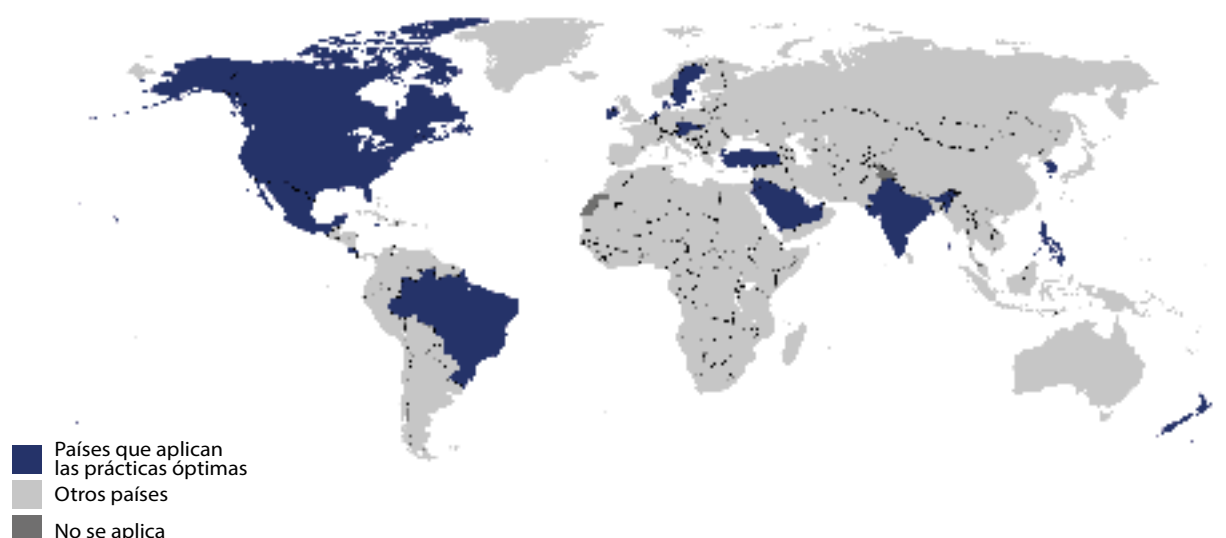
permite hacer un uso eficiente del sistema de salud existente.

Las líneas telefónicas gratuitas de ayuda para el abandono del tabaco son otra forma práctica para que las personas que quieren dejar de fumar accedan a un asesoramiento conductual breve y potencialmente intensivo. Quienes utilizan los teléfonos de ayuda para el abandono del tabaco aumentan su tasa absoluta de abandono en cuatro puntos porcentuales, lo que representa un éxito dos veces mayor que el de quienes intentan dejar de fumar sin ayuda (204). Esta tasa puede incrementarse aún más si la línea de ayuda para dejar de fumar es «proactiva» y los asesores realizan llamadas de seguimiento a las personas que quieren dejar de fumar. Las intervenciones para el abandono del tabaco creadas recientemente que se basan en aplicaciones para dispositivos móviles resultan prometedoras, ya que las intervenciones con mensajes de texto aumentan la tasa absoluta de abandono en un 4% (206).

Las intervenciones farmacológicas son muy diversas y pueden funcionar mejor en combinación

La eficacia de la farmacoterapia para ayudar a dejar el tabaco es, en general, mayor si se compara con las personas que no recurren a ninguna intervención. El aumento de la tasa de abandono varía desde el 6% para un solo tipo de tratamiento de sustitución con nicotina hasta casi el 15% para la vareniclina. Las intervenciones farmacoterapéuticas de deshabituación incluyen los tratamientos de sustitución con nicotina, así como medicamentos que no contienen nicotina pero que actúan para aliviar los síntomas de abstinencia del tabaco. La combinación de más de un tratamiento de sustitución con nicotina (parches y una forma de acción más rápida) también puede aumentar la eficacia del tratamiento de sustitución.

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO – PAÍSES CON EL MAYOR GRADO DE CUMPLIMIENTO, 2020



Países con el mayor grado de cumplimiento: Arabia Saudita, *Austria, Brasil, Canadá, Chequia, Costa Rica, Dinamarca, Emiratos Árabes Unidos, Eslovaquia, Estados Unidos de América, *Filipinas, India, Irlanda, Islas Cook, Jamaica, Jordania, Kuwait, Luxemburgo, México, Nueva Zelanda, Países Bajos, República de Corea, Singapur, Suecia, *Tonga, Turquía.

* País que recientemente ha alcanzado el mayor grado desde el 31 de diciembre de 2018.

Más del 30% de la población mundial está atendida por servicios integrales de deshabituación tabáquica

A fecha de 2020, se dispone de servicios integrales para el abandono del tabaco para 2500 millones de personas de 26 países, es decir, el 32% de la población mundial. El número de países que han adoptado medidas integrales para el abandono del tabaco va a la zaga de las demás medidas MPOWER, ya que solo 17 países de ingresos altos y 9 de ingresos medianos ofrecen apoyo integral para el abandono del tabaco. Ningún país de ingresos bajos ofrece actualmente servicios al nivel de las prácticas óptimas.

A nivel mundial, casi todos los países de ingresos altos (el 89%) ofrecen al menos una cobertura parcial del costo de los servicios de ayuda al abandono del tabaco. La mayoría de los países de ingresos medianos (el 72%) hacen lo mismo, mientras que el 18% de los países de ingresos bajos ofrecen una cierta cobertura del costo de los servicios. Hay 32 países que no ofrecen ningún tipo de ayuda para abandonar el tabaco. Estas cifras muestran que, si bien se ha empezado a actuar, aún es mucho lo que queda por hacer.

La demanda de servicios de deshabituación es alta y hay que satisfacerla

Desde 2018, el número de países que ofrecen servicios integrales de ayuda al abandono del tabaco ha aumentado de 24 a 26, y la proporción de la población mundial cubierta por servicios integrales de ayuda al abandono del tabaco ha aumentado del 31% al 32%. Hay cinco países, con una población combinada de 129 millones de personas (Austria, Filipinas, Islas Cook, Jordania y Tonga) que han empezado a ofrecer servicios integrales de abandono del tabaco en los últimos dos años. Sin embargo, el número de personas protegidas se ha visto contrarrestado por el hecho de que tres países (Australia, El Salvador y Senegal, que representan 48 millones de personas) han salido del grupo de las prácticas óptimas durante ese mismo periodo.

Solo cuatro países de ingresos altos (el 7% de los 61 países de ingresos altos) no ofrecen apoyo para ayudar a los consumidores a dejar de fumar, mientras que 12 países de ingresos medianos (el 11%) y 16 países de ingresos bajos (el 55%) no ofrecen apoyo a los consumidores de tabaco.

Aunque los progresos en la categoría «O» han sido más lentos que en otras medidas de MPOWER desde 2007, la adopción de las prácticas óptimas en los servicios

de ayuda para el abandono del tabaco ha aumentado de 10 países (el 5% de la población mundial) en 2007 a 26 países (el 32% de la población mundial) en 2020, lo que significa que 2100 millones de personas más están protegidas por esta medida. La población a la que se ofrecen servicios de deshabituación al nivel de las prácticas óptimas en 2020 era seis veces mayor que en 2007 (cuando solo eran 406 millones de personas).

Hay 67 países, en los que viven 2200 millones de personas, que ofrecen un conjunto de medidas de apoyo para abandonar el tabaco a los que solo les falta un elemento para lograr la aplicación al nivel de las prácticas óptimas: i) una línea telefónica gratuita nacional de ayuda para el abandono del tabaco; ii) la cobertura del costo de los tratamientos de sustitución con nicotina; o iii) la cobertura del costo de los servicios de ayuda para el abandono del tabaco en entornos clínicos o en la comunidad. De estos 67 países, 26 necesitan añadir una línea telefónica gratuita nacional de ayuda para el abandono del tabaco a otros 827 millones de personas, mientras que 38 necesitan ofrecer tratamientos de sustitución con nicotina gratuitos para cubrir a otros 1300 millones de personas, y tres países necesitan cubrir el costo de uno o más de sus servicios de deshabituación en entornos clínicos o en la comunidad, de modo que se cubra a otros 50 millones de personas.

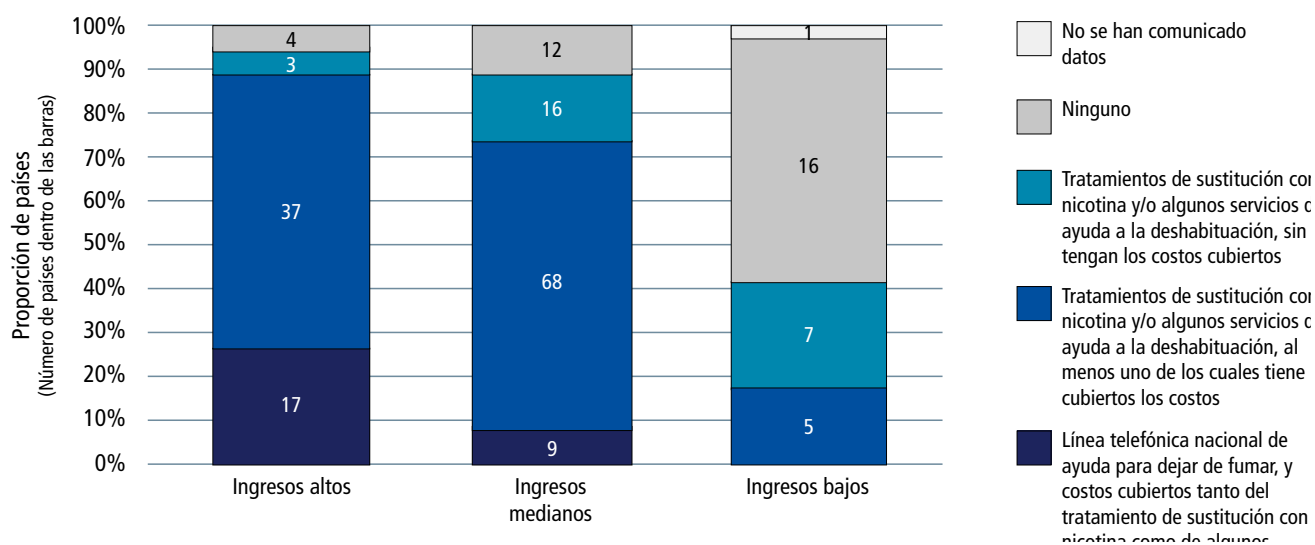
A pesar de las importantes interrupciones que se han producido en los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19, ahora hay 120 millones más de personas que tienen acceso a los servicios de líneas telefónicas gratuitas y a otras herramientas para abandonar el tabaco.

De los 524 millones de personas (el 6,7% de la población mundial) que viven en una de las 100 ciudades más grandes del mundo, solo 252 millones (en 48 ciudades) están protegidas por un servicio integral de ayuda al abandono del tabaco.

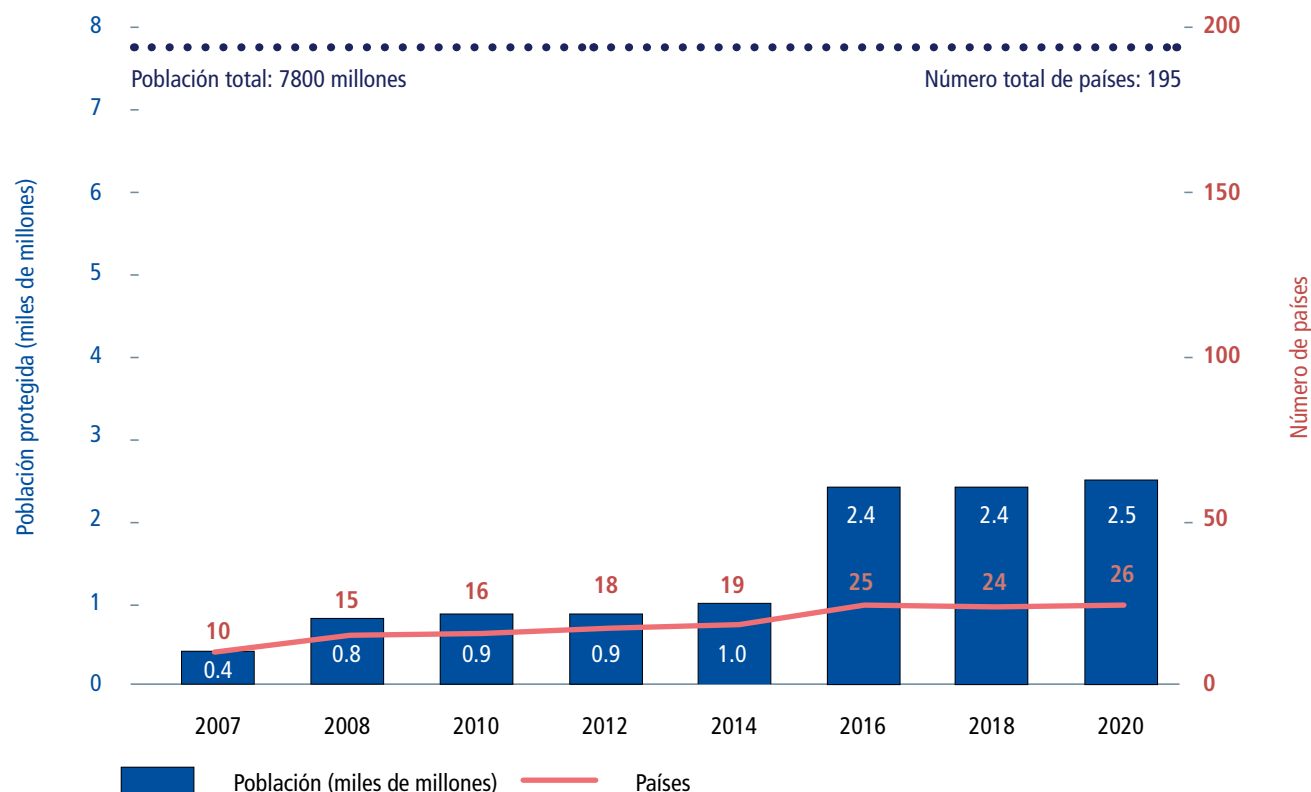
Dos de estas ciudades están atendidas por políticas municipales (Londres y RAE de Hong Kong) y las 46 restantes están protegidas por políticas nacionales. En lugar de esperar a que se establezca una política nacional, las 52 ciudades restantes

más grandes del mundo que no están protegidas actualmente por una política nacional de prácticas óptimas podrían avanzar con una política a nivel municipal, estatal o provincial para proteger cuanto antes a sus grandes poblaciones.

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO 2020



PROGRESOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO (2007-2020)



Tonga se convierte en el primer país insular del Pacífico que ofrece un apoyo integral para el abandono del tabaco

La prevalencia del tabaquismo en Tonga es una de las más altas del mundo, con un 40% de hombres y un 16% de mujeres fumadores en 2017 (con edades comprendidas entre 18 y 69 años) (207). Para hacer frente a esto, Tonga ha aplicado leyes y políticas para reducir la asequibilidad del tabaco; prevenir la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco; ampliar el número de lugares públicos sin humo; y reforzar la aplicación de la ley. Estas medidas han aumentado la demanda de servicios de deshabituación, con un 53,9% de varones fumadores y un 62,9% de mujeres fumadoras que han intentado dejar de fumar al menos una vez en los últimos 12 meses (207).

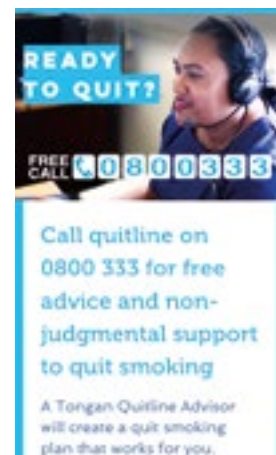
La campaña «Deja de fumar ahora» puesta en marcha por el Ministerio de Salud en 2016 y difundida a través de la televisión, la radio, las redes sociales y la señalización exterior, se centra en aumentar la motivación para dejar de fumar, proporcionar apoyo a las personas que quieren abandonar el tabaco y abogar por políticas más firmes para restringir la venta, la distribución y el consumo de productos de tabaco en Tonga.

Como parte de la campaña, en 2016 se puso en marcha una línea telefónica gratuita nacional de ayuda para el abandono del tabaco, la primera de este tipo en el Pacífico Sur. De lunes a viernes, en horario laboral, asesores capacitados de la línea de ayuda para el abandono del tabaco responden a las llamadas para ofrecer un breve apoyo psicológico. Uno de cada tres consumidores de tabaco que reciben apoyo a través de la línea consigue dejar de fumar durante al menos seis meses.

También como parte del programa integral del gobierno para el abandono del tabaco, se llevan a cabo capacitaciones periódicas breves de intervención contra el tabaco para los trabajadores de atención primaria de salud en todo Tonga, y el gobierno también ha cubierto parcialmente el costo de las terapias de sustitución con nicotina.

En una evaluación que se llevó a cabo en 2017 se puso de manifiesto que el 95% de los tonganos de entre 18 y 64 años de edad conocían la campaña y que el conocimiento de la línea telefónica de ayuda para el abandono del tabaco aumentó del 40% al 74%

(208). El caso de Tonga pone de relieve que el compromiso firme del gobierno y la asignación de recursos son fundamentales para el abandono del tabaco. Estos esfuerzos recibieron el reconocimiento internacional cuando el Ministerio de Salud y la Fundación de Promoción de la Salud de Tonga ganaron el Premio del Día Mundial Sin Tabaco en 2018.



Caption: Anuncio de la línea de ayuda para el abandono del tabaco en Tonga.

Ampliación de los servicios de deshabituación en Jordania

Con una tasa de tabaquismo del 41%, el tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedades no transmisibles en Jordania, causante de casi el 17% de todas las muertes registradas en 2019 (200). Según la Encuesta STEPS de 2019 del país, alrededor del 50% de los fumadores adultos de Jordania habían intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses, sin embargo, solo un pequeño porcentaje de ellos tuvo acceso a servicios de apoyo para hacerlo (209).

En consecuencia, el Ministerio de Salud de Jordania amplió en gran medida los servicios nacionales para el abandono del tabaco a través de su asociación con la Iniciativa de Acceso para Dejar el Tabaco, una iniciativa conjunta de la OMS, el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y PATH (Evaluación de la Población sobre el Tabaquismo y la Salud), con el

apoyo de la Coalición para el Acceso a los Medicamentos y Productos para las Enfermedades No Transmisibles. La iniciativa está concebida para ayudar a los países a prestar servicios integrales de deshabituación tabáquica durante la pandemia de COVID-19. En 2020, Jordania se convirtió en el cuarto país de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS en ofrecer servicios integrales para el abandono del tabaco, gracias a la creación de una línea telefónica gratuita nacional de ayuda para dejar de fumar, el refuerzo del apoyo para el abandono del tabaco en la atención primaria y el acceso gratuito a los tratamientos de sustitución con nicotina.

Jordania también recibió donaciones de productos para los tratamientos de sustitución con nicotina para ayudar a 5400 trabajadores de primera línea, pacientes con enfermedades no transmisibles y refugiados a abandonar el tabaco, ampliando en gran medida

los servicios de deshabituación de los establecimientos de atención primaria del país. Además de este apoyo, los consumidores de tabaco también pueden acceder libremente a la primera trabajadora sanitaria virtual de la OMS, Florence, que ayuda a las personas a elaborar un plan personalizado para abandonar el tabaco y puede derivarles a servicios de deshabituación, como la línea telefónica de ayuda para el abandono del tabaco.



Una consulta de ayuda para el abandono del tabaco en Jordania.

ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO

ETIQUETAS CON ADVERTENCIAS SANITARIAS

El artículo 11 del CMCT de la OMS establece lo siguiente:

«Cada Parte (...) adoptará y aplicará (...) medidas (...) eficaces para conseguir (...) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones».

Las directrices para la aplicación del artículo 11 del CMCT de la OMS tienen por objeto ayudar a las Partes a cumplir las obligaciones previstas en el artículo 11 del Convenio y establece un calendario claro para que las Partes adopten las medidas adecuadas (en un plazo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para una Parte dada) (174).

Las etiquetas con advertencias sanitarias gráficas son fundamentales

Muchos consumidores de tabaco todavía no saben, o no comprenden plenamente, los peligros a los que se exponen a sí mismos y a los demás al consumir tabaco (210). En este sentido, los consumidores tienen derecho a que se les advierta de los efectos sobre la salud de los productos que compran y consumen (210-212). Las advertencias sanitarias gráficas proporcionan información precisa sobre los riesgos relacionados con el consumo de tabaco y pueden ayudar a animar a los consumidores a reducir su consumo y a abandonarlo (213, 214). Las advertencias sanitarias eficaces también pueden informar sobre los riesgos de exponer a otras personas al humo ajeno (215). Existen abundantes pruebas de que las advertencias precisas y prominentes incitan a los consumidores de tabaco a plantearse el abandono, y pueden dar lugar a una disminución del consumo (216, 217).

El poder del empaquetado

El empaquetado permite a las empresas «vender» su producto mediante la manipulación de la percepción de la persona sobre el sabor, la potencia y los efectos sobre la salud asociados a este (218). Las expresiones comerciales que

sugieren un riesgo reducido para la salud, como «ligeros», «ultraligeros» y «con bajo contenido de alquitrán», son engañosas y deben prohibirse (216). Sin embargo, esto puede que no sea suficiente para disminuir las percepciones erróneas de un menor riesgo asociado a esos tipos de cigarrillos (219, 220). Otros requisitos, como el empaquetado neutro, pueden ayudar a transformar las percepciones de las personas.

Las advertencias sanitarias gráficas en el empaquetado de los productos de tabaco son una forma fiable de llegar a los usuarios con información importante (221) y un método de comunicación pública relativamente barato para los gobiernos (221). Las advertencias sanitarias gráficas cuentan con el apoyo de los ciudadanos, más que la mayoría de las demás medidas de control del tabaco (215, 222).

Estas advertencias son más eficaces cuando son pictóricas, gráficas, completas y están redactadas de forma contundente (223, 224), y son especialmente eficaces para disuadir a los jóvenes y a los adultos jóvenes del consumo de cigarrillos y de tabaco sin humo (225). Para ser eficaces, deben ser de gran tamaño, cubrir al menos la mitad de la superficie del paquete (anverso y reverso) (221) y hacer referencia a efectos específicos para la salud derivados del consumo de tabaco. Para mantener su impacto, las etiquetas deben rotarse periódicamente (216). Con el tiempo, el reforzamiento de las advertencias puede mejorar el conocimiento de los daños del tabaco,

y aumentar los intentos de abandono y reducir el consumo de cigarrillos (227).

Existen advertencias gráficas rotundas en el empaquetado para casi 4700 millones de personas de 101 países, lo que engloba a más de la mitad de la población mundial (el 60%) y a más de la mitad de todos los países. Hay más personas protegidas por esta medida MPOWER que por cualquier otra, ya que el 52% de los países han aplicado requisitos de advertencia gráfica en el empaquetado al más alto nivel: el 69% de los países de ingresos altos, el 50% de los países de ingresos medianos y el 24% de los países de ingresos bajos. Solamente 43 países (6 de ingresos altos, 24 de ingresos medianos y 13 de ingresos bajos) han aplicado advertencias que abarcan menos del 30% del envase o no han adoptado ninguna, y otros 51 han colocado advertencias que cubren más del 30% pero menos del 50% de las principales superficies expuestas del empaquetado (por debajo del mínimo exigido por el CMCT de la OMS).

ETIQUETAS CON ADVERTENCIAS SANITARIAS – PAÍSES CON EL MAYOR GRADO DE CUMPLIMIENTO, 2020



Países con el mayor grado de cumplimiento: Alemania, Arabia Saudita, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Bangladesh, Barbados, Belarús, Bélgica, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Burkina Faso, Camboya, Camerún, Canadá, Chad, Chequia, Chile, Chipre, Costa Rica, Croacia, Dinamarca, Djibouti, Ecuador, Egipto, El Salvador, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia*, Etiopía, Federación de Rusia, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia*, Gambia, Georgia, Ghana, Grecia, Guyana, Honduras, Hungría, India, República Islámica del Irán, Irlanda, Islas Salomón, Italia, Jamaica, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Madagascar, Malasia, Malta*, Mauricio, Mauritania, México, Mongolia*, Montenegro, Namibia, Nepal, Níger*, Nigeria, Nueva Zelandia*, Países Bajos, Pakistán, Panamá, Perú, Polonia, Portugal*, Qatar, *Reino Unido, República Democrática Popular Lao, República de Moldova, Rumania, Samoa, Santa Lucía, Senegal, Seychelles, Singapur, Sri Lanka, Suecia, Suriname, Tailandia, Tayikistán, Timor-Leste, Trinidad y Tabago, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uruguay, Vanuatu, República Bolivariana de Venezuela, Viet Nam.

* País que recientemente ha alcanzado el mayor grado desde el 31 de diciembre de 2018.

Más de la mitad de los países cuentan ya con advertencias gráficas en el empaquetado del tabaco al nivel de las prácticas óptimas.

En los últimos dos años, se han sumado otros ocho países, que representan el 9% de la población mundial, a los 93 países que exigen etiquetas de advertencia gráficas de gran tamaño en los productos de tabaco. Dos de ellos son países de ingresos altos (Estados Unidos de América y Qatar), tres son países de ingresos medianos (Mauritania, Montenegro y Nigeria), y los tres restantes son países de ingresos bajos (Etiopía, Gambia y Níger). Los ocho países han reforzado su legislación vigente para alcanzar el nivel de las prácticas óptimas.

De todas las medidas MPOWER, las advertencias gráficas de gran tamaño en las cajetillas de cigarrillos son las que más han avanzado desde 2007, tanto en lo que se refiere a los países que han adoptado medidas como a la población protegida por una medida al nivel de las prácticas óptimas. Desde 2007, cuando solo nueve países (el 5% de la población mundial) contaban con advertencias gráficas de gran tamaño en los paquetes de cigarrillos, otros 92 países (que representan el 55% de la población mundial) han adoptado medidas para cumplir los requisitos de las advertencias gráficas completas en los envases.

Las advertencias sanitarias gráficas han sido adoptadas por más países que cualquier otra medida MPOWER

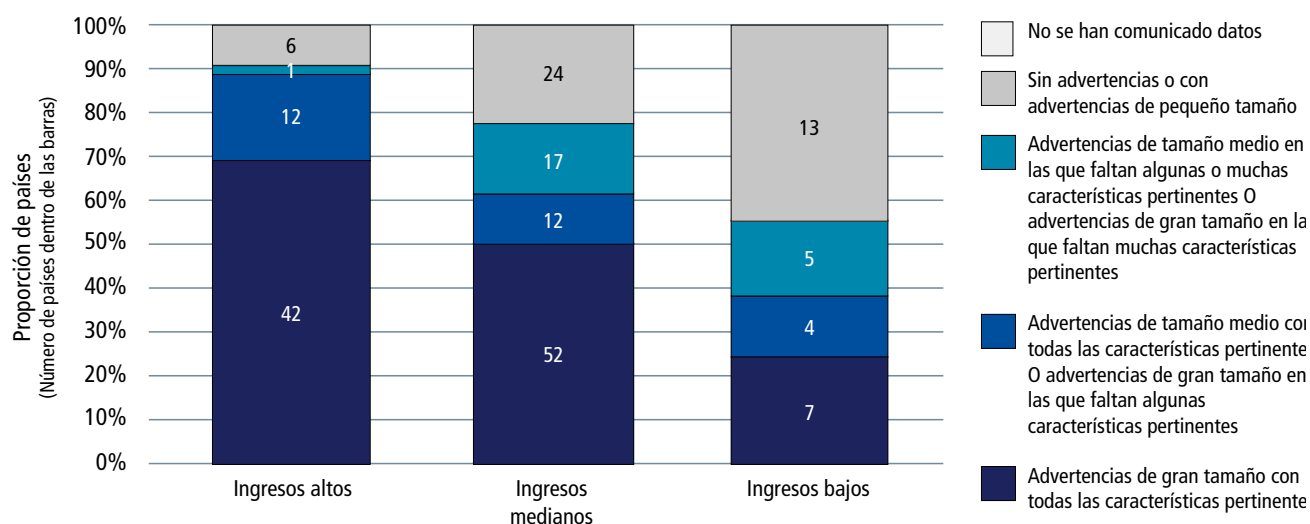
Hay 23 países, que representan a 658 millones de personas, que están tan solo a un paso de alcanzar el nivel de las prácticas óptimas en materia de advertencias sanitarias gráficas.

En ocho países, con un total de 435 millones de personas, solo necesitan aumentar el tamaño de las advertencias sanitarias gráficas de manera que cubran hasta un 20% más del envase para cumplir con todos los criterios de las prácticas óptimas respecto de las advertencias gráficas de gran tamaño en los envases. Otros seis países, con una población total de 20 millones de personas, solo tienen que añadir el requisito de una imagen gráfica (en lugar de solo texto) para alcanzar el nivel de las prácticas óptimas. Otros nueve países, con una población total de 203 millones, han exigido advertencias gráficas de gran tamaño que

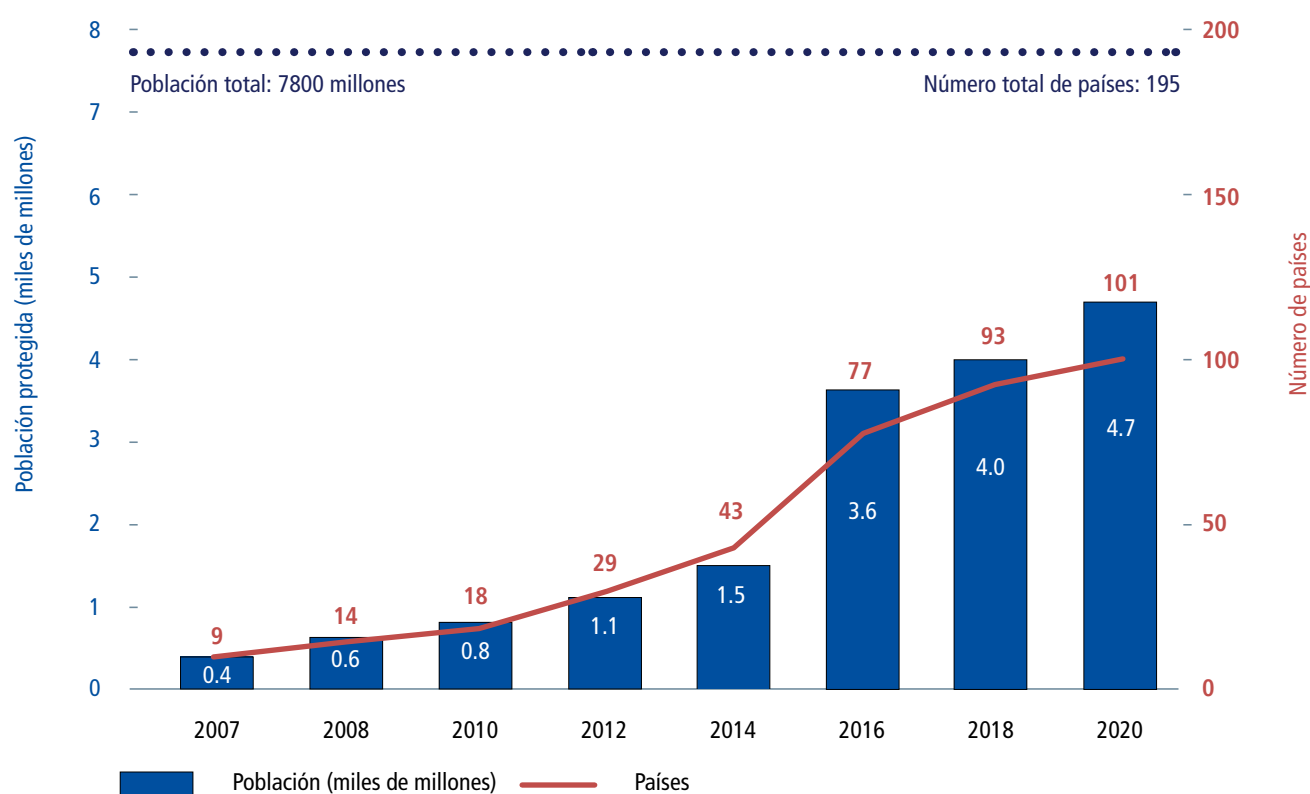
cubran al menos el 50% de la superficie del envase, y solo tienen que añadir un requisito para cumplir las prácticas óptimas: ocho de ellos solo tienen que exigir que las advertencias aparezcan en cada envase y en cualquier envase exterior utilizado en la venta al por menor, y un país solo tiene que prescribir la rotación de las advertencias. Hay siete países (Irak, Israel, Japón, Maldivas, Niue, Uganda y Uzbekistán), que suman 255 millones de personas, que han mejorado su legislación desde 2018, pero que no alcanzaron el nivel de las prácticas óptimas en 2020.

De los 524 millones de personas (el 6,7% de la población mundial) que viven en una de las 100 ciudades más grandes del mundo, solo 379 millones (en 67 ciudades) están informadas de los peligros del consumo de tabaco mediante la exhibición de etiquetas gráficas de advertencia de gran tamaño en sus envases de cigarrillos. Una de estas ciudades está atendida por legislación municipal (RAE de Hong Kong) y las 66 restantes están protegidas por leyes nacionales.

ETIQUETAS CON ADVERTENCIAS SANITARIAS (2020)



PROGRESOS EN EL ETIQUETADO CON ADVERTENCIAS SANITARIAS (2007-2020)



Cada vez más países exigen el empaquetado neutro de los productos de tabaco

Varios países están avanzando en el empaquetado neutro. A finales de 2020, había 17 países que habían adoptado una legislación que exigía el empaquetado neutro de los productos de tabaco y habían publicado reglamentos con fechas de aplicación (Arabia Saudita, Australia, Bélgica, Canadá, Eslovenia, Francia, Hungría, Irlanda, Israel, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Reino Unido, Singapur, Tailandia, Turquía, Uruguay).

Mauritania pasa de no tener advertencias sanitarias a exigir advertencias sanitarias gráficas de gran tamaño en el empaquetado

Mauritania es Parte en el CMCT de la OMS desde 2005, y en junio de 2018 promulgó su primera legislación sobre el control del tabaco, la culminación de un largo esfuerzo que supuso la participación de parlamentarios dedicados, la sociedad civil (incluido el Centro para el Control del Tabaco en África) y la oficina de la OMS en el país.

La ley de 2018 relativa a la producción, importación, distribución, venta, publicidad, promoción y consumo de tabaco y sus productos, establece que los paquetes o estuches, y todas las formas de empaquetado exterior de los productos de tabaco, deben incluir una advertencia sanitaria que cubra al menos el 70% de la superficie por ambas caras. Estas advertencias deben incluir imágenes y texto, y estar escritas en las lenguas oficiales de Mauritania. Desde entonces, el Ministro de Sanidad ha promulgado un decreto en febrero de 2020, que regula las advertencias. Este decreto entró en

vigor el 30 de mayo de 2021. El decreto prohíbe la inclusión de términos descriptivos u otros signos que, directa o indirectamente, transmitan la idea de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros, incluidos términos como «bajo contenido de alquitrán», «ligero», «ultraligero» o «suave», etc., u otras expresiones que tengan un significado similar en otras lenguas. Los requisitos se aplican a los envases y a cualquier embalaje externo, incluidos los cartones.

Mauritania es uno de los raros ejemplos de un país que ha pasado de no exigir ninguna advertencia a exigir advertencias gráficas de gran tamaño, con todas las características adecuadas y otras más. El país es ahora uno de los 14 países de la región africana con mayor

grado de cumplimiento de las etiquetas de advertencia sanitaria en 2020 (al que se han unido recientemente Etiopía y Gambia), y ya ha prohibido fumar en los lugares públicos y el transporte público.



Etiqueta gráfica de advertencia sanitaria de Mauritania.

Las advertencias sanitarias gráficas suponen el mayor cambio en el etiquetado en cuatro decenios en los Estados Unidos

El tabaquismo sigue siendo la principal causa de enfermedades, discapacidades y muertes evitables en los Estados Unidos de América, por lo que las autoridades han emprendido acciones para reforzar las medidas de advertencia al público de los riesgos relacionados con el consumo de tabaco.

Tras varios intentos de promulgar y aplicar una reglamentación acorde con la ley de control del tabaco y prevención del tabaquismo en la familia de 2009 (intentos que se toparon con recursos legales de la industria tabacalera), una nueva norma promulgada por la FDA en marzo de 2020 ha ordenado que 11 nuevas advertencias sobre diversas enfermedades ocupen el 50% superior de la parte delantera y

trasera de los paquetes de tabaco, y al menos el 20% de la parte superior de los anuncios de cigarrillos. Las advertencias consisten en una amplia selección de advertencias en forma de texto e imágenes.

Esta medida se considera el cambio más importante en el etiquetado de los cigarrillos en los Estados Unidos de América desde 1984. Refleja el compromiso de los sucesivos gobiernos de proteger a la población de los daños causados por el tabaco y de subsanar las deficiencias en el conocimiento del público de los efectos adversos del tabaco. Se prevé que la norma propuesta entre en vigor en julio de 2022.¹ Así, los Estados Unidos de América se convertirán en el vigésimo segundo país de la Región de las Américas en alcanzar el máximo

grado de cumplimiento de la medida «W» de MPOWER.



Una de las 13 propuestas de etiquetas de advertencia con mensajes de texto acompañados de imágenes fotorrealistas en color que muestran los riesgos menos conocidos para la salud que conlleva el consumo de cigarrillos. (228)

5 Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América. Para más información, consúltese: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/required-warnings-cigarette-packages-andadvertisements-small-entity-compliance-guide-revised>.

CAMPAÑAS CONTRA EL TABACO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El artículo 12 del CMCT de la OMS establece lo siguiente:

«Cada Parte promoverá y fortalecerá la concienciación del público acerca de las cuestiones relativas al control del tabaco utilizando de forma apropiada todos los instrumentos de comunicación disponibles. (...) cada Parte adoptará y aplicará medidas (...) para promover (...) un amplio acceso a programas integrales y eficaces de educación y concienciación del público sobre los riesgos que acaranean para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, incluidas sus propiedades adictivas; la concienciación del público acerca de los riesgos que acaranean para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, así como de los beneficios que reportan el abandono de dicho consumo y los modos de vida sin tabaco; (...) el conocimiento público y el acceso a la información sobre las consecuencias sanitarias, económicas y ambientales adversas de la producción y el consumo de tabaco». Las directrices para la aplicación del artículo 12 del CMCT de la OMS tienen por objeto ayudar a las Partes a cumplir las obligaciones previstas en el artículo 12 del Convenio (174).

Las campañas contundentes en los medios de comunicación son eficaces y resultan esenciales

Las campañas antitabaco en los medios de comunicación se utilizan habitualmente en los países de ingresos altos, pero se ha comprobado que también son eficaces en los países de ingresos bajos y medianos (229). Hay pruebas concluyentes de que, si están bien diseñadas y son contundentes, pueden reducir el consumo de tabaco,

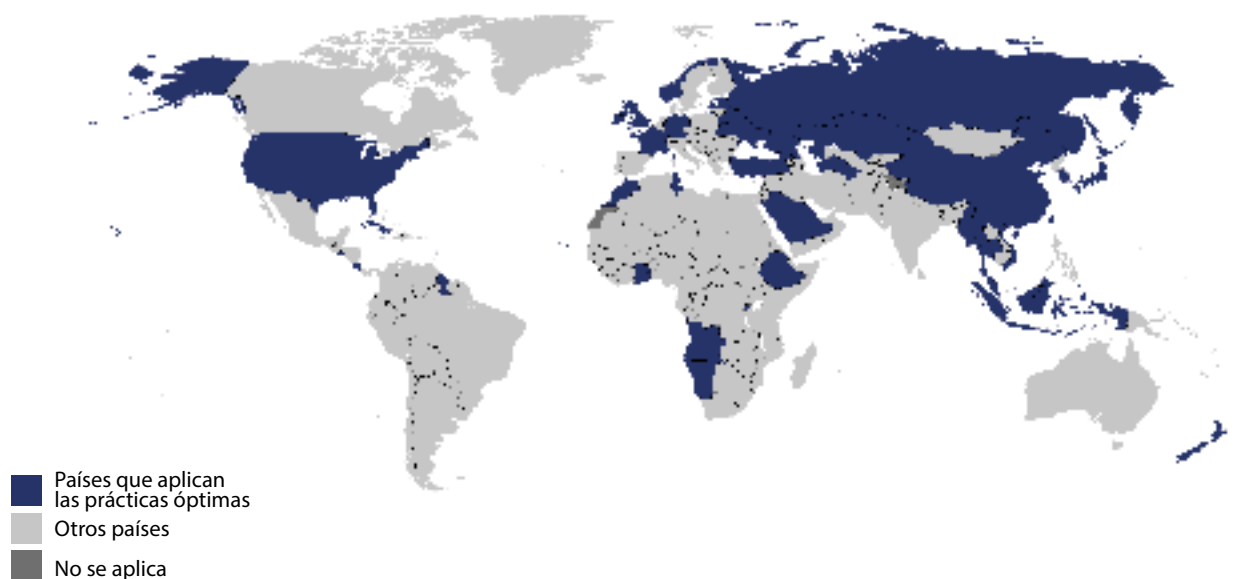
aumentar los intentos de abandono, disminuir las tasas de iniciación de los jóvenes y reducir la exposición al humo ajeno (230-235). Por ello, es indispensable que estas campañas formen parte importante de toda estrategia o programa integral de control del tabaco (236).

Las campañas televisivas que utilizan imágenes gráficas son especialmente eficaces para motivar los intentos de abandono del tabaco (234, 236). Las campañas permanentes en que intervienen múltiples canales de comunicación (por ejemplo, televisión, radio, Internet) tienen más probabilidad de lograr un impacto

a largo plazo en el comportamiento de consumo de tabaco, pero campañas con una duración de tan solo tres semanas también pueden tener un efecto positivo (231, 237-239).

Aunque son caras, las campañas en los medios de comunicación pueden llegar de forma rápida y eficaz a grandes poblaciones (234) con mensajes e información sobre cómo dejar de fumar, y pueden incluir números de teléfono gratuitos de ayuda para dejar de fumar en los productos de la campaña, por ejemplo, en la parte inferior de los carteles o al final de los anuncios de televisión.

CAMPAÑAS CONTRA EL TABACO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN - PAÍSES CON EL MAYOR GRADO DE CUMPLIMIENTO, 2020



Países con el mayor grado de cumplimiento: Alemania, *Angola, *Arabia Saudita, Belarús, *Cabo Verde, *China, Costa Rica, *Cuba, El Salvador, Estonia, *Etiopía, *Federación de Rusia, Francia, Georgia, *Ghana, *Guyana, Indonesia, Irlanda, *Japón, *Kazajstán, *Letonia, *Malasia, *Marruecos, *Mónaco, Myanmar, *Namibia, Noruega, Nueva Zelandia, *Palau, Qatar, Reino Unido, República de Corea, *Rwanda, Santa Lucía, *Tailandia, Timor-Leste, Togo, Tonga, *Túnez, Turkmenistán, Turquía, *Tuvalu, *Ucrania, Estados Unidos de América, Viet Nam.

* País que recientemente ha alcanzado el mayor grado desde el 31 de diciembre de 2018.



Las campañas en los medios de comunicación se han desatendido durante demasiado tiempo: más de la mitad de los países no han realizado recientemente ninguna campaña nacional.

Más de la mitad de la población mundial no se vio expuesta a una campaña de medios de comunicación de masas al nivel de las prácticas óptimas en 2020

Casi la mitad de la población mundial (3300 millones de personas) vive en un país que ha difundido al menos una campaña nacional contra el tabaco en los medios de comunicación al nivel de las prácticas óptimas en los dos últimos años. Otro 39% de la población vive en países que han realizado campañas en los medios de comunicación de al menos tres semanas de duración, con algunos criterios al nivel de las prácticas óptimas, pero no todos.

De los 45 países que realizaron una campaña contra el tabaco al nivel de las prácticas óptimas durante ese periodo, 15 eran países de ingresos altos (el 25% de los países de ingresos altos); 27 eran países de ingresos medianos (el 26% de los países

de ingresos medianos); y tres eran países de ingresos bajos (el 10% de los países de ingresos bajos). Más de la mitad de los países del mundo (103) no han realizado ningún tipo de campaña sostenida en los dos últimos años, lo que deja a un 17% de la población mundial sin que le haya llegado ninguna campaña nacional.

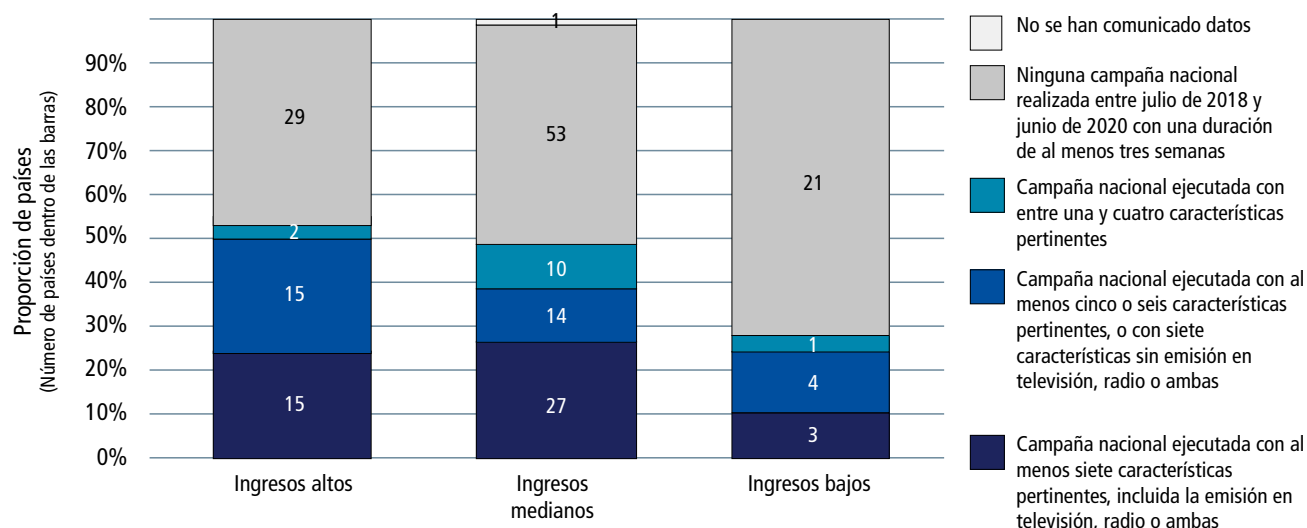
Las iniciativas nacionales en los medios de comunicación siguen siendo insuficientes

Los habitantes de los países de ingresos bajos son los menos expuestos a las campañas contra el tabaco en los medios de comunicación: más del 64% de la población de los países de ingresos bajos, que vive en 21 países, no ha estado expuesta a ningún tipo de campaña nacional en los dos últimos años. El primer año en el que se hizo un seguimiento de las campañas en los medios de comunicación fue 2009-2010. Desde entonces, la población mundial

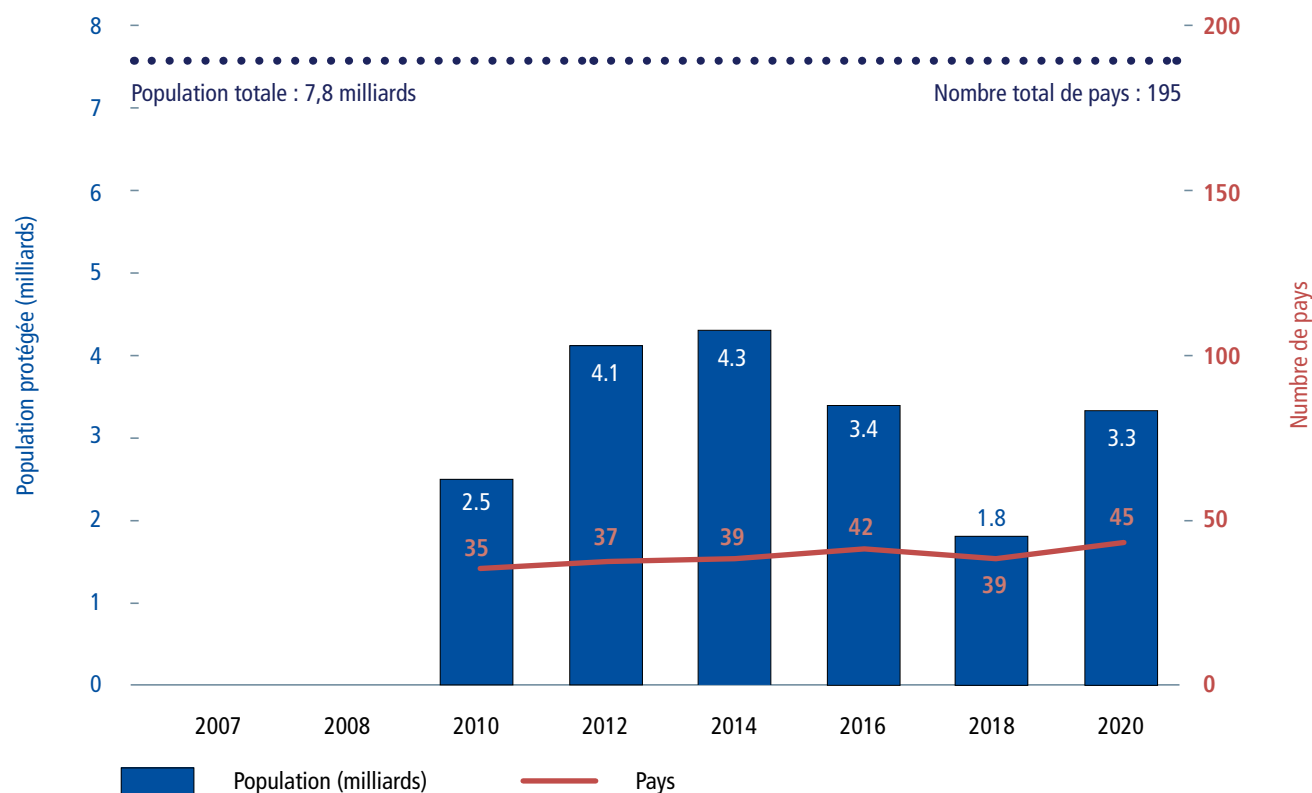
expuesta a una campaña en los medios de comunicación al nivel de las prácticas óptimas aumentó hasta 2013-2014, cuando 4300 millones de personas vivían en países donde se difundían este tipo de campañas. Lamentablemente, esta cifra cayó hasta 1800 millones en 2018. En 2020, gracias a la campaña efectuada en China, dicha cantidad aumentó de nuevo hasta alcanzar los 3300 millones de personas.

La mayoría de los países que realizan campañas no repiten el esfuerzo cada dos años. Desde 2009-2010, solo tres países han realizado una campaña al nivel de las prácticas óptimas cada dos años (Turquía, Reino Unido y Viet Nam). Hay siete países que han realizado una campaña al nivel de las prácticas óptimas en cinco ocasiones a lo largo de los seis periodos de dos años, y solo han perdido una oportunidad de mantener la serie de campañas (Australia, El Salvador, Estados Unidos de América, Irlanda, Malasia, Noruega y República de Corea).

CAMPAÑAS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN (2020)



PROGRÈS EN MATIÈRE DE CAMPAGNES MÉDIATIKES ANTITABAC (2010—2020)



Una campaña en los medios de comunicación de Tailandia lleva los entornos sin humo a los hogares



El consumo de tabaco es responsable de más de 70 000 muertes al año en Tailandia, y las enfermedades relacionadas con el tabaco son la principal causa de muerte en el país (incluidas aproximadamente 9000 por humo ajeno) (200). Aunque la ley sobre la protección de la salud de los no fumadores B.E. 2535 (1992) hizo que todos los lugares públicos se convirtieran en espacios sin humo, se reconocía que los hogares son los lugares donde las familias, y especialmente los niños, pasan la mayor parte del tiempo, y donde es probable que estén expuestos al humo ajeno. En concreto, en una encuesta realizada por la Oficina Nacional de Estadística de Tailandia en 2017 se constató que nada menos que 17,3 millones de personas en todo el país estaban expuestas al humo ajeno en sus hogares.

En 2019, asociados de todos los sectores trabajaron juntos para desarrollar una campaña en los medios de comunicación dirigida a prevenir la exposición de los niños pequeños al humo ajeno en el hogar, que era el tema del proyecto «Un hogar sin humo» establecido por Action on Smoking and Health (ASH Tailandia). La campaña se elaboró estratégicamente en colaboración con asociados de todos los sectores, empleando los resultados de debates de grupos de reflexión con el público destinatario, así como medios de comunicación como la televisión, la radio, la prensa, las vallas publicitarias, la publicidad en línea y la publicidad en los medios de transporte para aumentar al máximo el impacto de la campaña. Los objetivos principales de la

campaña titulada «Deja de destruir los sueños de tu hijo» eran promover la sensibilización social sobre los peligros del humo ajeno en los hogares y animar a los fumadores a dejar de fumar en beneficio de la familia, especialmente de los niños pequeños. Actualmente se está evaluando el alcance y el impacto de la campaña.

Desde 2010, año en que se recogieron por primera vez los datos de los medios de comunicación para este informe, Tailandia ha llevado a cabo sistemáticamente campañas contra el tabaco en los medios de comunicación con al menos seis de los ocho criterios utilizados para evaluar el nivel de cumplimiento.



Campaña contra el tabaco «Deja de destruir los sueños de tu hijo» en Tailandia.

HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO

El artículo 13 del CMCT de la OMS establece lo siguiente:

«... una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco. Cada Parte (...) procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. (...) (C)ada Parte, dentro de un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para la Parte en cuestión, adoptará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas apropiadas e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21». (41) Las directrices para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS tienen por objeto ayudar a las Partes a cumplir las obligaciones previstas en el artículo 13 del Convenio (174).

La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco ayuda a proteger a la población frente a la industria tabacalera

A pesar de la insistencia de las empresas tabacaleras en que los miles de millones de dólares que gastan anualmente en publicidad son solo para aumentar su cuota de mercado a expensas de los competidores, existen pruebas indiscutibles de que las actividades de publicidad, promoción y patrocinio también aumentan o mantienen el consumo de tabaco, tanto por la captación efectiva de nuevos consumidores de tabaco como por el hecho de que disuaden a los consumidores de abandonar el hábito (231, 240, 241).

Las empresas tabacaleras utilizan una combinación de técnicas de comercialización adaptadas a diferentes grupos y se dirigen a poblaciones específicas mediante nuevos productos que eluden la reglamentación y mantienen la aceptación social (242). En los países de ingresos bajos y medianos su objetivo son especialmente los jóvenes y las mujeres (243). La publicidad y la promoción del tabaco aumentan la probabilidad de que los adolescentes se inicien en el consumo de tabaco, lo que puede llevar a una mayor prevalencia de consumidores adultos de tabaco más adelante (241, 244, 245). Las actividades de promoción y patrocinio

también pueden influir en las empresas que puedan beneficiarse de los miles de millones de dólares que se invierten en las propias campañas de publicidad, promoción y patrocinio.

Y, siempre que puede, la industria tabacalera intenta evitar la reglamentación mediante la adopción de códigos publicitarios mínimos de forma voluntaria, la desacreditación de los fundamentos científicos de las restricciones y el uso de grupos de presión y litigios para evitar las prohibiciones sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (231, 246).

La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco reduce el consumo de tabaco

La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco es eficaz para reducir las ventas y el consumo de tabaco en todas partes del mundo (246-249) y sus efectos pueden ser incluso más espectaculares en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos (249). La prohibición integral de cualquier actividad de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco es una estrategia y una medida política fundamental para el control del tabaco (174, 247) y es una de las dos

únicas disposiciones del CMCT de la OMS que tienen un plazo de aplicación obligatorio (la otra es el artículo 11 del Convenio).

La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco debe ser completa y aplicarse correctamente

La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco debe ser completa porque las prohibiciones parciales tienen poco o ningún efecto (231, 247, 250). Cuando las prohibiciones no son integrales, las empresas tabacaleras se aprovechan de los vacíos legales o simplemente trasladan sus inversiones a formas de promoción que no están prohibidas (247, 251, 252). Por consiguiente, las prohibiciones deben englobar todas las actividades de publicidad, promoción y patrocinio, incluida la promoción directa (por ejemplo, la publicidad en televisión, radio, prensa escrita y vallas publicitarias, así como la publicidad en los puntos de venta) y la promoción indirecta (por ejemplo, la extensión y el uso compartido de la marca, la distribución gratuita, los descuentos en los precios, el emplazamiento de productos en televisión y cine y los patrocinios, como los programas de «responsabilidad social de las empresas») (253). La prohibición también debe incluir los expositores en

HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO - PAÍSES CON EL MAYOR GRADO DE CUMPLIMIENTO, 2020



Países con el mayor grado de cumplimiento: Afganistán, Albania, Antigua y Barbuda, Arabia Saudita, Argelia, Azerbaiyán, Bahrein, Benín, Brasil, Chad, Colombia, Congo, *Côte d'Ivoire, Djibouti, Emiratos Árabes Unidos, Eritrea, Eslovenia, España, *Etiopía, Federación de Rusia, Finlandia, Gambia, Ghana, Guinea, Guyana, Islandia, República Islámica del Irán, *Iraq, *Jordania, Kenya, Kiribati, Kuwait, Libia, Madagascar, Maldivas, Mauricio, Mauritania, Mongolia, Nepal, Níger, Nigeria, Niue, Panamá, Qatar, República Democrática del Congo, República de Moldova, Senegal, Seychelles, Surinam, Togo, Turquía, Tuvalu, Uganda, Uruguay, Vanuatu, *República Boliviana de Venezuela, Yemen.

* País que recientemente ha alcanzado el mayor grado desde el 31 de diciembre de 2018.

los puntos de venta que «normalizan» los productos, incitan a fumar, fomentan las compras impulsivas, interfieren en el abandono del tabaco y aumentan la susceptibilidad de los niños y jóvenes a ver y probar los productos (254-259).

La prohibición también debe englobar las contribuciones financieras o en especie que puedan hacer las empresas tabacaleras a otras entidades para causas meritorias o socialmente responsables. Estas contribuciones entran en la definición de patrocinio del tabaco del artículo 1 g) del CMCT de la OMS y, por tanto, deben prohibirse (253). Las actividades de responsabilidad social de las empresas suelen emplearse para convencer a los gobiernos de que retrasen y se abstengan de aplicar los programas de control del tabaco y también deberán incluirse en la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (259).

La legislación debe utilizar un lenguaje claro y sin complejidades, así como definiciones inequívocas, y evitar la elaboración de listas de actividades prohibidas que sean, o puedan entenderse, exhaustivas (249). Además, la legislación debe ir acompañada de una aplicación y vigilancia estrictas, con sanciones económicas elevadas en caso de incumplimiento (174).

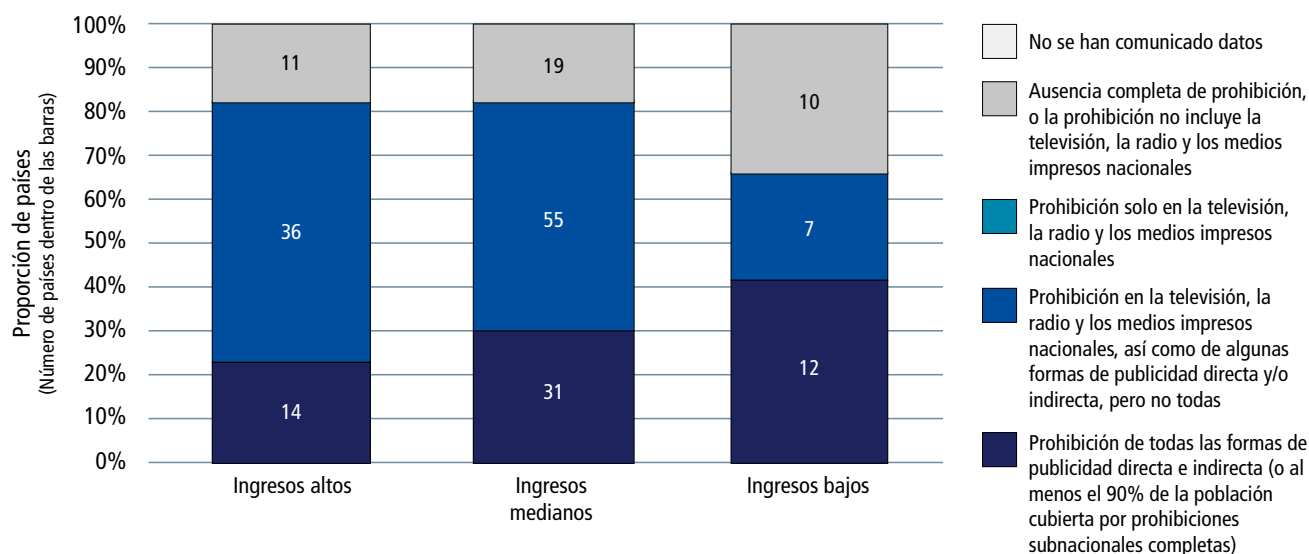
La prohibición de publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco debe aplicarse a los medios digitales

El crecimiento de las tecnologías de la comunicación y el uso de teléfonos móviles con conexión a Internet significa que las actividades de promoción y patrocinio del tabaco pueden aparecer a través de múltiples plataformas de redes sociales, y los niños y adolescentes están especialmente expuestos (260), sobre todo a través de personajes influyentes de las redes sociales, portavoces y concursos patrocinados por las marcas que se utilizan para promocionar los productos de tabaco (261, 262). La legislación vigente de los países que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco puede no incluir necesariamente de forma clara o explícita la prohibición de la publicidad en Internet, por lo que es fundamental garantizar que la prohibición incluya los medios de comunicación basados en Internet (263, 264). En algunos casos, la aplicación de la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en las redes sociales puede requerir una legislación transfronteriza, y, por esta razón, los países tendrán que cooperar y coordinar sus esfuerzos (262).

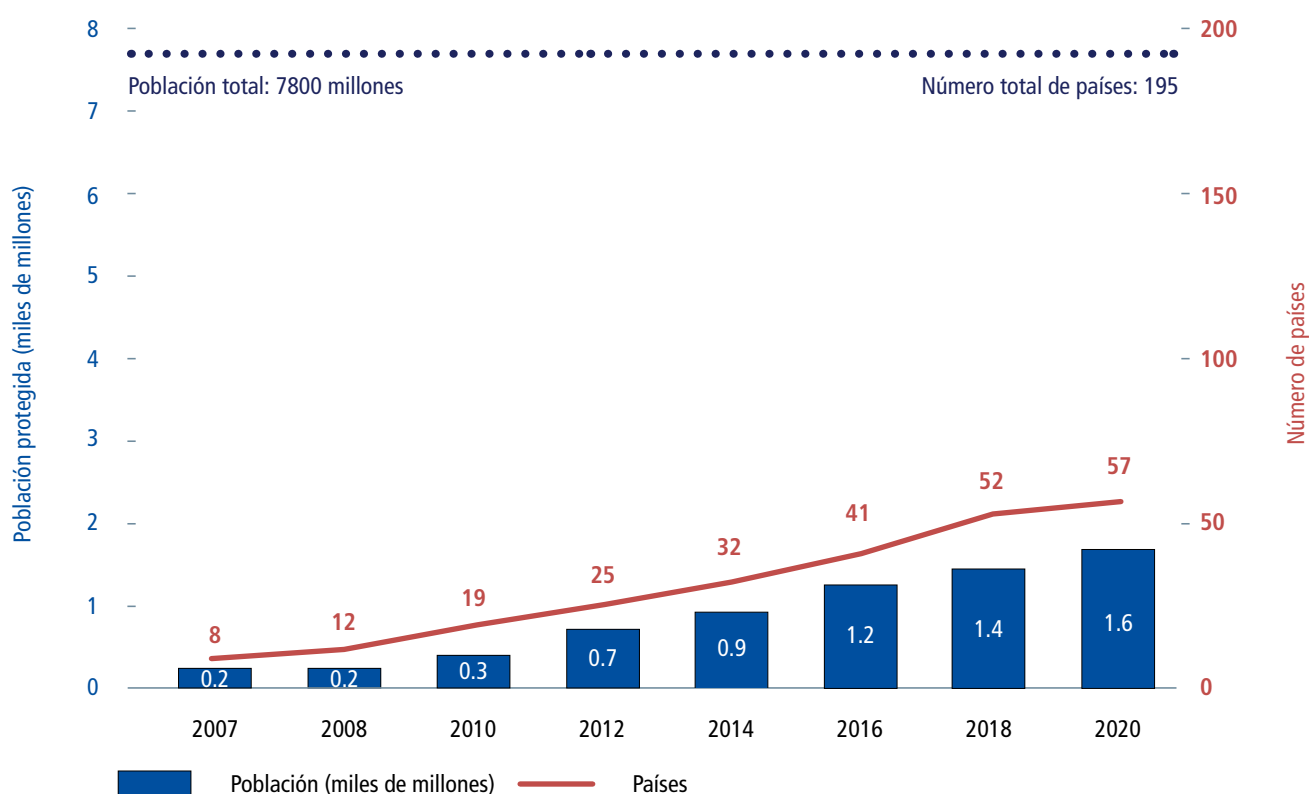
El número de países cubiertos por la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco sigue aumentando constantemente

Aunque la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco sigue siendo una medida poco adoptada, 57 países (el 21% de la población mundial) tienen prohibiciones integrales en este ámbito. En 2007 había solo ocho países, que representaban el 4% de la población mundial, con prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco al nivel de las prácticas óptimas. Desde entonces, otros 49 países (incluidos cinco desde 2018 (Côte d'Ivoire, Etiopía, Iraq, Jordania y República Bolivariana de Venezuela) han introducido la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco de manera efectiva, aumentando la cobertura de la población a 1600 millones de personas.

PROHIBICIÓN DE LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO (2020)



PROGRESOS EN LA PROHIBICIÓN DE LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO DEL TABACO (2007-2020)



Más de la tercera parte de los países de ingresos bajos tienen prohibiciones completas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

En 2020, de los 57 países donde existía una prohibición completa de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, 12 eran países de ingresos bajos (el 40%), 31 eran países de ingresos medianos (el 30%) y 14 eran países de ingresos altos (el 23%). En otros 10 países de ingresos bajos la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco era mínima (no incluía la publicidad en la televisión, la radio y los medios impresos nacionales) o no existía en absoluto. Lo mismo sucedía en 19 países de ingresos medianos y 11 de ingresos altos. Hay siete países (Armenia, Bélgica, Estado Plurinacional de Bolivia, Dinamarca, Israel, Pakistán y Samoa), con un total de 262 millones de personas, que han mejorado sus leyes desde 2018, pero que no han alcanzado el nivel de las prácticas óptimas en 2020.

Otros 2100 millones de personas podrían estar fácilmente cubiertas por la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco

La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco al nivel de las prácticas óptimas posee 10 características pertinentes. En 2020, había 26 países que representaban a 2100 millones de personas que habían establecido nueve de estas 10 características y, por tanto, solo les faltaba una disposición para lograr la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco al nivel de las prácticas óptimas. La disposición que faltaba con más frecuencia era la prohibición de la publicidad en el punto de venta (ocho países), seguida de la prohibición de la extensión de las marcas (siete países). En 40 países, con 1200 millones de habitantes, no existía ninguna prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, o las restricciones eran mínimas.

Hay siete países que solo necesitan prohibir la extensión de las marcas (Croacia, Francia, Georgia, Lituania, Sri Lanka, Tailandia y Turkmenistán). En ocho países solo es necesario prohibir la publicidad de los productos de tabaco en los puntos de

venta (Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, India, Islas Cook, Malí, Montenegro, «Productos de tabaco prohibidos» de 2016, ninguna persona del país podrá fabricar, importar, vender u ofrecer a la venta ningún cigarrillo electrónico

industria (Egipto, Reino Unido, República Árabe Siria, Sudán y Viet Nam). Tres países solo necesitan prohibir los descuentos promocionales (Chipre, Líbano, Papúa Nueva Guinea). Noruega solamente tiene que prohibir el uso compartido de marcas, Tonga solo tiene que prohibir el emplazamiento de productos de tabaco o marcas en la televisión o el cine, y un territorio (el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental) solo tiene que prohibir la distribución gratuita de productos de tabaco.

Más de una cuarta parte de los 524 millones de personas que viven en 29 de las 100 ciudades más grandes del mundo están protegidas por una prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Todas estas ciudades están cubiertas por leyes nacionales. En lugar de esperar a que se establezca una ley nacional, las 71 ciudades restantes más grandes del mundo que no están protegidas actualmente por una ley nacional al nivel de las prácticas óptimas podrían avanzar con una legislación de ámbito municipal, estatal o provincial para proteger más rápidamente a sus grandes poblaciones.

La República Bolivariana de Venezuela instituye la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

En 2019, la República Bolivariana de Venezuela logró la plena aplicación de su tercera medida MPOWER con la adopción de una Resolución del Ministerio de Salud que prohibía por completo la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, incluida la exposición de productos de tabaco en los puntos de venta. La resolución también prohibía explícitamente las actividades de responsabilidad social de las empresas de la industria tabacalera.

Aunque antes de la aprobación de esta resolución existían algunas restricciones a la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, estas no contemplaban los puntos de venta. Este vacío era especialmente

problemático, ya que en la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes que se realizó en el país en 2019 se puso de manifiesto que el 44,3% de los estudiantes habían observado anuncios o promociones de tabaco cuando visitaban los puntos de venta (265). Para establecer la prohibición fue necesaria una estrecha coordinación entre los ministerios de salud y cultura, ya que una de las estrategias que utilizaba la industria tabacalera en la República Bolivariana de Venezuela consistía en la promoción de actividades culturales.

La prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en la República Bolivariana de Venezuela se suma ahora a las otras

dos medidas que ha adoptado el país al nivel de las prácticas óptimas, a saber, las advertencias sanitarias de gran tamaño en los envases y la reglamentación de los entornos sin humo. La labor que ha llevado a cabo la República Bolivariana de Venezuela para aplicar el CMCT de la OMS pone de manifiesto la importancia del liderazgo del Ministerio de Salud y demuestra que la aplicación de medidas no tiene por qué ser una tarea costosa.

Casi una tercera parte de los países de ingresos bajos y medianos están cubiertos por la prohibición integral de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

Una colaboración eficaz entre la OMS y los principales asociados gubernamentales ha permitido la prohibición completa de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en el Iraq.



Una excavadora retira una valla publicitaria de una marca de cigarrillos.

Tras la publicación del *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2019*, la iniciativa Liberarse del Tabaco en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS colaboró con las partes interesadas a nivel nacional para determinar las principales lagunas que existían en la aplicación de las políticas y la forma de apoyar los progresos en esa materia.

Doce países de la Región del Mediterráneo Oriental no habían implantado una prohibición integral en consonancia con el CMCT de la OMS, por lo que se consideró que era prioritario reforzar la prohibición de la publicidad, la promoción y el

patrocinio del tabaco. El equipo de la OMS elaboró los recursos necesarios para apoyar a los países en este ámbito, incluida la formulación de un proyecto de decreto ministerial que pudiera adaptarse a los distintos contextos jurídicos de los países.

Los equipos de los ministerios de salud y de las oficinas de la OMS en los países utilizaron estos recursos técnicos para abogar por unas normas más estrictas para prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Con el compromiso de los líderes de alto nivel, el Iraq demostró un éxito particular. La OMS colaboró con los

departamentos jurídico y ejecutivo del Ministerio de Salud iraquí para apoyar la labor coordinada de cambio normativo mediante un decreto ministerial. Finalmente, el Ministro de Salud y Medio Ambiente del Iraq promulgó una decisión por la que se prohibían todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, con lo que el país alcanzó el máximo grado de cumplimiento de esta medida MPOWER.



Hacer cumplir las prohibiciones a la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco a través de la acción local: el Brasil, Indonesia y la República de Corea

La prohibición integral de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco puede ser eficaz para reducir las ventas y el consumo de tabaco. Sin embargo, el cumplimiento de esta prohibición debe ser estricto para que se puedan obtener esos beneficios.

A través de la Alianza de Ciudades Saludables, tres ciudades han demostrado cómo las políticas y actividades locales pueden reforzar el cumplimiento de las prohibiciones. En Río de Janeiro (Brasil), la ciudad ha mejorado la aplicación de una prohibición nacional de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco mediante la vigilancia de su cumplimiento. Las autoridades municipales han evaluado los puntos de venta e impartido formación a los funcionarios de inspección, y también han llevado a cabo una campaña de comunicación para dar a conocer la prohibición y sus restricciones.

Mientras tanto, en Seúl (República de Corea), se ha elaborado un plan para apoyar una aplicación más estricta de la normativa sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco en toda la ciudad, mediante el artículo 9 de la Ley Nacional de Promoción de la Salud: «Prohibición o restricción de la publicidad del tabaco». El enfoque que ha aplicado la ciudad ha incluido una encuesta de informantes clave (adaptada para su uso en la ciudad a partir de un modelo nacional proporcionado por la OMS) para evaluar el conocimiento de la población sobre el cumplimiento de la normativa y sus enfoques.

Por último, las autoridades locales de Yakarta (Indonesia) han reforzado la aplicación de una norma local de prohibición de la publicidad exterior mediante la creación de capacidad entre los funcionarios de la administración local y la realización de campañas periódicas de aplicación. También han desarrollado

una aplicación telefónica sencilla para apoyar el cumplimiento de la prohibición de la publicidad en exteriores. La ciudad pretende alcanzar un cumplimiento del 90% de las prohibiciones vigentes sobre la publicidad del tabaco en interiores y exteriores.



Formación de inspectores para la aplicación de la prohibición de la publicidad del tabaco en Río de Janeiro.

AUMENTAR LOS IMPUESTOS AL TABACO

El artículo 6 del CMCT de la OMS establece lo siguiente:

«los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores (...) reduzcan su consumo de tabaco. (C)ada Parte (...) adoptará (...) medidas como las siguientes: aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y (...) políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco» (174).

Aumentar los impuestos para incrementar el precio de los productos de tabaco es la medida más eficaz de control del tabaco

El aumento de los impuestos resulta sumamente costoeficaz para reducir el consumo de tabaco (22, 198). De hecho, en un informe reciente publicado por el Grupo Especial de Política Fiscal para la Salud se estima que un aumento de los impuestos que conduzca a un incremento del 50% en el precio del tabaco en todo el mundo podría evitar 27,2 millones de muertes prematuras en los próximos 50 años (266). La aplicación de impuestos al tabaco tampoco supone un gran costo, ya que su administración representa para los países de ingresos bajos y medianos un costo de tan solo US\$ 0,05 per cápita al año (267).

Por término medio, un aumento del precio del 10% reducirá el consumo en un 5% en los países de ingresos bajos y medianos (hasta un 8% en algunos casos), y en un 4% aproximadamente en los países de ingresos altos (198). Aproximadamente la mitad de esta reducción se debe al abandono del tabaco y la otra mitad es el resultado de la disminución del consumo (268). Los impuestos sobre el tabaco se consideran, con razón, una intervención altamente rentable, lo que significa que el rendimiento y los beneficios económicos de esta medida son varias veces superiores a su costo (269, 270).

El aumento de los impuestos puede financiar la ampliación de los programas sanitarios del gobierno

El aumento de los impuestos no solo reduce el consumo de tabaco y mejora la salud, sino que también genera más ingresos públicos (22, 198). En el informe

del Grupo Especial de Política Fiscal para la Salud también se estima que un aumento del 50% en el precio del tabaco en 2017 permitiría recaudar US\$ 3 billones adicionales (dólares de 2016 descontados) en todo el mundo durante los próximos 50 años (266). La financiación adicional generada por el aumento de los impuestos a nivel nacional podría destinarse a programas de control del tabaco, así como a otras iniciativas sanitarias y sociales importantes, como ya se ha demostrado con buenos resultados en algunos países (271, 272). Utilizar los ingresos tributarios de esta manera aumentará aún más el apoyo público a la subida de impuestos.

Los impuestos deben aumentarse sustancialmente de forma periódica

Los gobiernos deben supervisar los tipos impositivos y los precios del tabaco con relación a los ingresos reales y aumentar sustancialmente los tipos a intervalos regulares para asegurarse de que los productos de tabaco no se vuelvan más asequibles, una tendencia común en muchos países en los que los ingresos y el poder adquisitivo crecen rápidamente (22). A pesar de que algunos de estos países han aumentado los tipos impositivos del tabaco, no han compensado la inflación ni el crecimiento de los ingresos, lo que ha provocado una erosión del valor del impuesto y de su eficacia para reducir el consumo (22, 273). Es poco probable que un incremento nominal de los impuestos que no haga menos asequibles los productos de tabaco reduzca el consumo o fomenta el abandono.

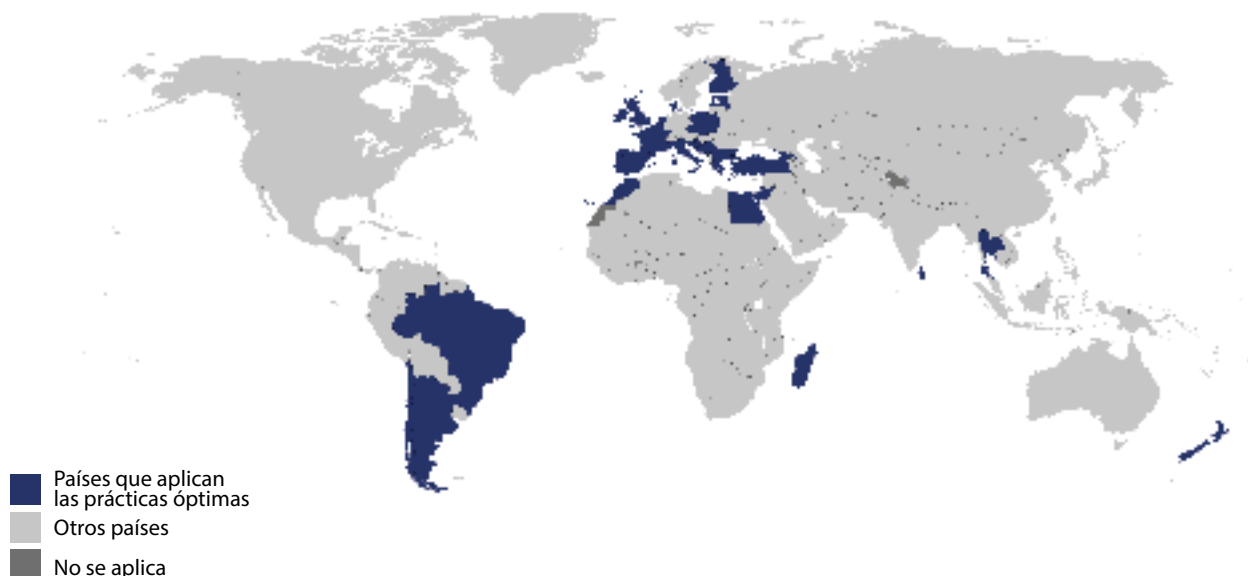
Las políticas impositivas sobre el tabaco necesitan una administración tributaria sólida

La administración tributaria puede

facilitarse cuando se aplican las políticas fiscales adecuadas. De los distintos tipos de impuestos que se aplican a los productos de tabaco, los impuestos al consumo son los más eficaces a la hora de aumentar los precios y generar un efecto significativo sobre la salud (22, 274). Las estructuras impositivas más sencillas son también más fáciles de administrar; deben evitarse las estructuras complejas y los impuestos al consumo escalonados para disminuir los incentivos de las empresas a fijar los precios de los productos de tabaco de forma que puedan socavar el efecto de los impuestos sobre la salud y los ingresos (22).

El fortalecimiento de la administración tributaria y aduanera, así como la mejora de la capacidad de aplicación de la ley, aumenta el efecto del aumento de los impuestos sobre el tabaco (22). Las principales intervenciones que permiten mejorar la administración tributaria consisten en garantizar el cumplimiento (mediante la concesión de licencias, el establecimiento de requisitos detallados para la declaración de impuestos y la aplicación de tecnologías de la información avanzadas), asegurar el control y la aplicación de la ley en la cadena de suministro (por ejemplo, mediante el uso de enfoques basados en el riesgo para los objetivos de aplicación, timbres fiscales, sistemas de seguimiento y localización, y la aplicación de métodos contra el acaparamiento), y utilizar procedimientos claramente definidos que deben seguirse tras la detección del comercio ilícito de tabaco (incluidas sanciones elevadas) (22). La experiencia de numerosos países demuestra que el comercio ilícito de productos de tabaco puede combatirse con éxito incluso cuando se aumentan los impuestos y los precios, por lo que la amenaza de evasión fiscal no debe utilizarse como razón para renunciar al aumento de los impuestos (22, 275).

AUGMENTATION DES TAXES SUR LE TABAC – PAYS ATTEIGNANT LE NIVEAU DE RÉALISATION LE PLUS ÉLEVÉ, 2020



Países y zonas con el mayor grado de cumplimiento: Andorra, Argentina, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Brasil, Bulgaria, Chequia, Chile, Croacia, *Dinamarca, Egipto, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Irlanda, Israel, Italia, Jordania, Letonia, Macedonia del Norte, Madagascar, Malta, Marruecos, Mauricio, Montenegro, Nueva Zelandia, *Países Bajos, Polonia, *Portugal, Reino Unido, Serbia, *Sri Lanka, Tailandia, Territorio Palestino Ocupado, Turquía.

* País que recientemente ha alcanzado el mayor grado desde el 31 de diciembre de 2018.

Conseguir la adhesión política es fundamental para aprobar las reformas fiscales más importantes

La industria tabacalera explota eficazmente las preocupaciones en torno a la economía política de los impuestos sobre el tabaco para bloquear cualquier reforma fiscal importante y eficaz. Abordar de forma preventiva esas preocupaciones puede ayudar en gran medida a la aprobación sin complicaciones de reformas tributarias importantes sobre el tabaco. Estas preocupaciones pueden resumirse en la táctica del «alarmismo» (SCARE) (22):

Contrabando y comercio ilícito (S)

Recursos judiciales y legales (C)

Retórica contra los pobres o regresividad (A)

Reducción de ingresos (R)

Impacto en el empleo (E)

La experiencia de países de todo el mundo demuestra que estos argumentos son infundados o muy exagerados y que los aumentos de impuestos son, de hecho, buenos para la salud, la equidad, los ingresos y la economía en general, con muy poco riesgo de enfrentarse a amenazas legales, especialmente cuando las leyes se elaboran y promulgan cuidadosamente (22).

Hay 1000 millones de personas a las que se aplican impuestos elevados sobre el tabaco

Los datos sobre las intervenciones contra el tabaco indican que la forma más eficaz y eficiente de reducir el consumo de tabaco es aumentar su precio mediante impuestos. Sin embargo, el aumento de los impuestos sobre el tabaco es la medida MPOWER que menos se ha adoptado. En 2020, solo el 13% de la población mundial que habitaba en 40 países estaba protegida por tipos impositivos iguales o superiores al 75% del precio de la marca de cigarrillos más consumida.

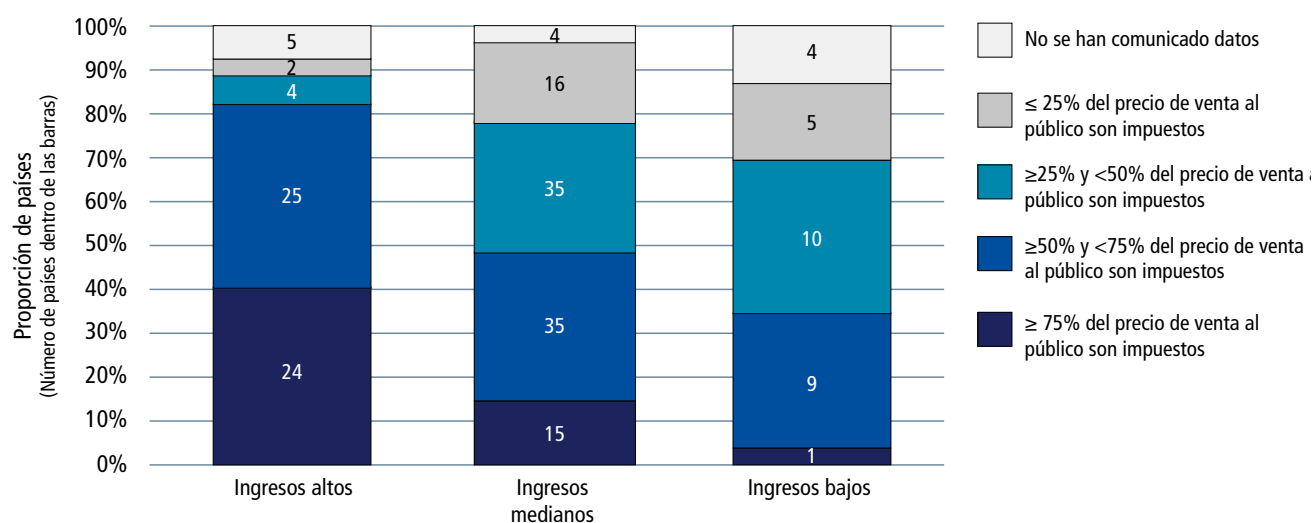
El número total de países que han elevado los impuestos sobre el tabaco a un nivel igual (o superior) al 75% del precio de la marca de cigarrillos más vendida aumentó de 38 en 2018 a 40 en 2020, pero el número de personas protegidas por este nivel de impuestos se mantuvo en 1000 millones. La incorporación de dos países al número total de países en el nivel más alto de cumplimiento representa una ganancia neta después de que seis países (Dinamarca, Georgia, Marruecos, los Países Bajos, Portugal y Sri Lanka) aumentaran sus impuestos al nivel de las prácticas óptimas, mientras que otros cuatro países perdieron su posición en este grupo de cabeza (Australia, Austria, Colombia y Niue). El aumento más importante de la

cuota tributaria de estos seis países fue el de Sri Lanka, cuyo tipo de 2018, del 66,17%, se había elevado al 77,02% en 2020. Ningún país de ingresos bajos ha aumentado los impuestos al 75% o más desde 2018, pero 16 países, incluidos ocho países de ingresos bajos, aumentaron los impuestos lo suficiente desde 2018 para acercarse una categoría al nivel de las prácticas óptimas.

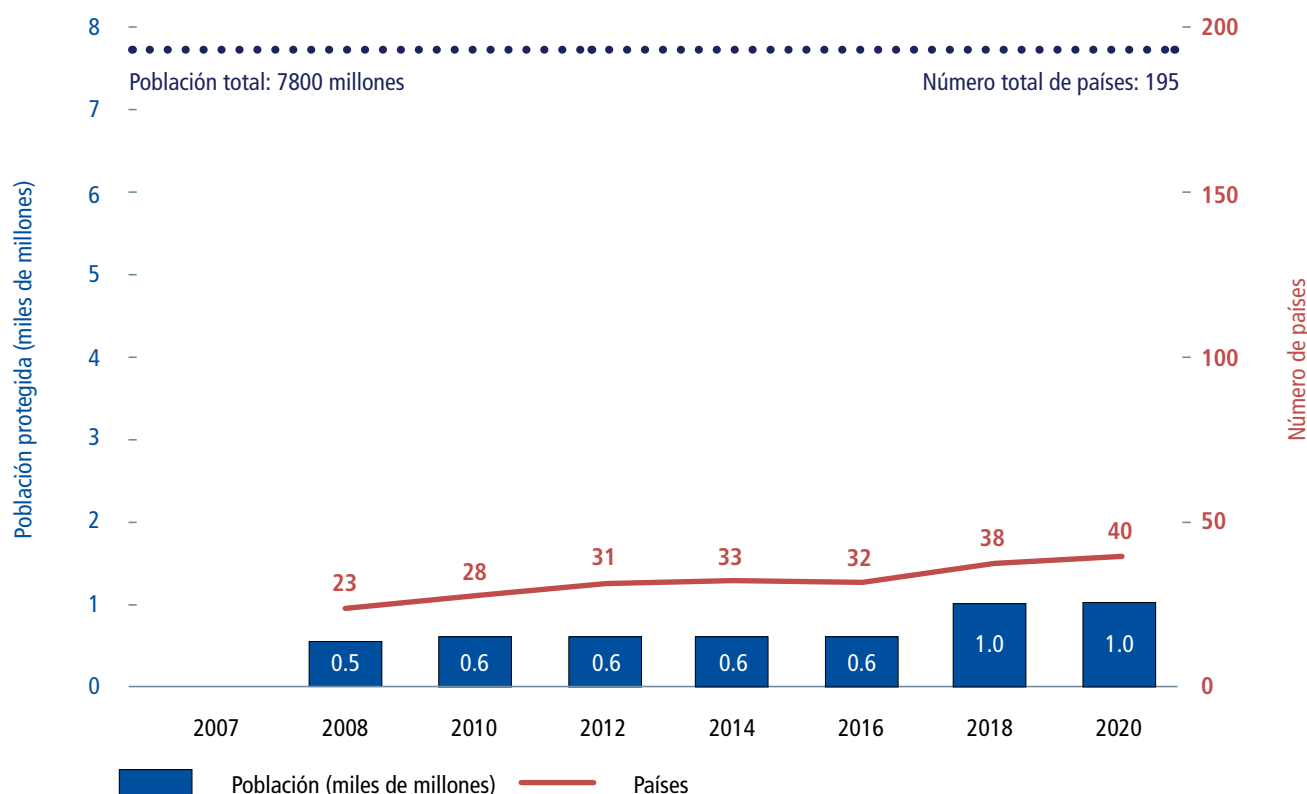
En 2008, había 23 países en el mundo con tipos impositivos del 75% o superiores sobre el precio, que solo se aplicaba a medio millón de personas o al 7% de la población mundial. Desde entonces, otros 500 millones de personas de otros 17 países han pasado a estar cubiertos por niveles impositivos al nivel de las prácticas óptimas. Mientras que 21 países han aumentado los impuestos lo suficiente como para llegar al grupo de mayor nivel, otros cuatro han salido del grupo desde 2008.

Actualmente, los países de ingresos medianos constituyen más de la mitad de la población (el 61%) protegida por esta medida. Menos del 3% de las personas protegidas viven en países de ingresos bajos.

TAXES TOTALES SUR LES CIGARETTES (2020)



PROGRESOS EN LOS IMPUESTOS TOTALES SOBRE LOS CIGARRILLOS ≥ 75% DEL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO (2008-2020)



Otros 500 millones de personas podrían quedar cubiertas si los países que ya aplican un impuesto del 70% lo aumentan al 75%, tan solo un 5% más.

En 2020, había 24 países de ingresos altos (el 40%) y 15 países de ingresos medianos (el 15%) que aplicaban impuestos al nivel de las prácticas óptimas. Solo un país de ingresos bajos, Madagascar, aplicaba

impuestos al nivel más alto. Sin embargo, 15 países (10 de renta alta, 4 de renta media y 1 de renta baja) están a solo cinco puntos porcentuales o menos del nivel de las prácticas óptimas, con tipos impositivos de entre el 70% y el 75% del precio de venta al público. Si estos países aumentaran sus tipos hasta el 75%, habría 465 millones de personas más cubiertas por la medida más eficaz para reducir el consumo de tabaco.

Además, el 4% de los países de ingresos altos, el 16% de los países de ingresos medianos y el 20% de los países de ingresos bajos no gravan el tabaco ni siquiera a un nivel mínimo (es decir, el impuesto representa menos del 25% del precio de venta al público). Esos 23 países están perdiendo la oportunidad de salvar vidas si no aumentan los impuestos hasta ese nivel básico.

Uno de cada cinco países está protegido actualmente por impuestos elevados sobre el tabaco.

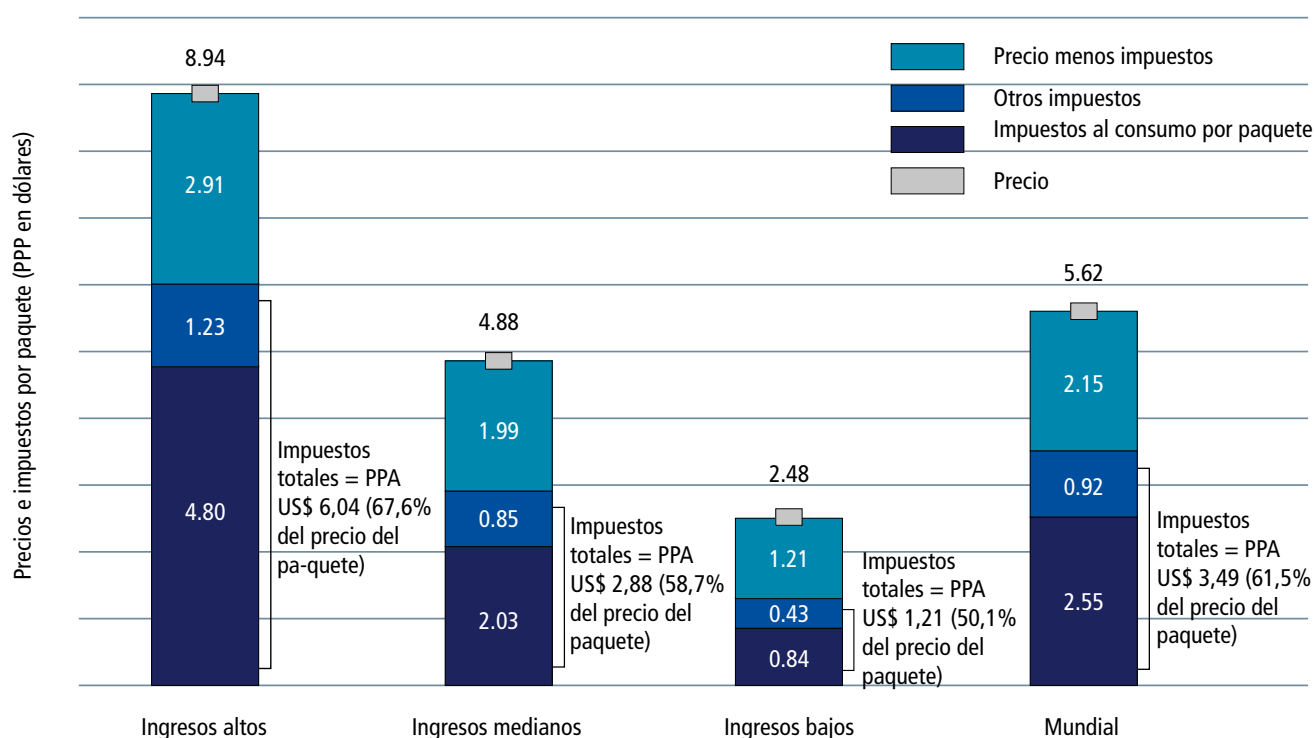
Los países de ingresos bajos y medianos tienen mucha tarea por delante para aumentar los impuestos y los precios

Los niveles de precios e impuestos son más altos en los países de ingresos altos, incluso cuando se ajustan las diferencias de poder adquisitivo. El precio de los paquetes de cigarrillos, los impuestos totales y el componente del impuesto al consumo sobre el tabaco como proporción del precio del paquete son más bajos en los

países de ingresos bajos y medianos, con un promedio de impuestos totales como porcentaje del precio que asciende al 51,2% en los países de ingresos bajos y al 59,1% en los países de ingresos medianos. Esta proporción alcanza el 67,4% en los países de ingresos altos, aunque la parte no impositiva del precio de los cigarrillos

es bastante similar en todo el mundo. Hay razones de peso para que todos los países, especialmente los de ingresos bajos y medianos, sigan aumentando sus impuestos al consumo, cuyo efecto será que los cigarrillos sean menos asequibles.

PRECIO MEDIO PONDERADO DE VENTA AL PÚBLICO E IMPUESTOS (AL CONSUMO Y TOTALES) DE LAS MARCAS DE CIGARRILLOS MÁS VENDIDAS, 2020



Nota: Los promedios están ponderados por las estimaciones de la OMS sobre el número de fumadores actuales de cigarrillos mayores de 15 años en cada país en 2019. Los precios se expresan en dólares ajustados a la paridad de poder adquisitivo (PPA) o en dólares internacionales para tener en cuenta las diferencias de poder adquisitivo entre los países. Basado en 54 países de ingresos altos, 99 de ingresos medianos y 23 de ingresos bajos con datos sobre los precios de la marca más vendida, los impuestos al consumo y otros impuestos, y los factores de conversión de la PPA.

Debe hacerse un seguimiento continuo de la asequibilidad y reducirse

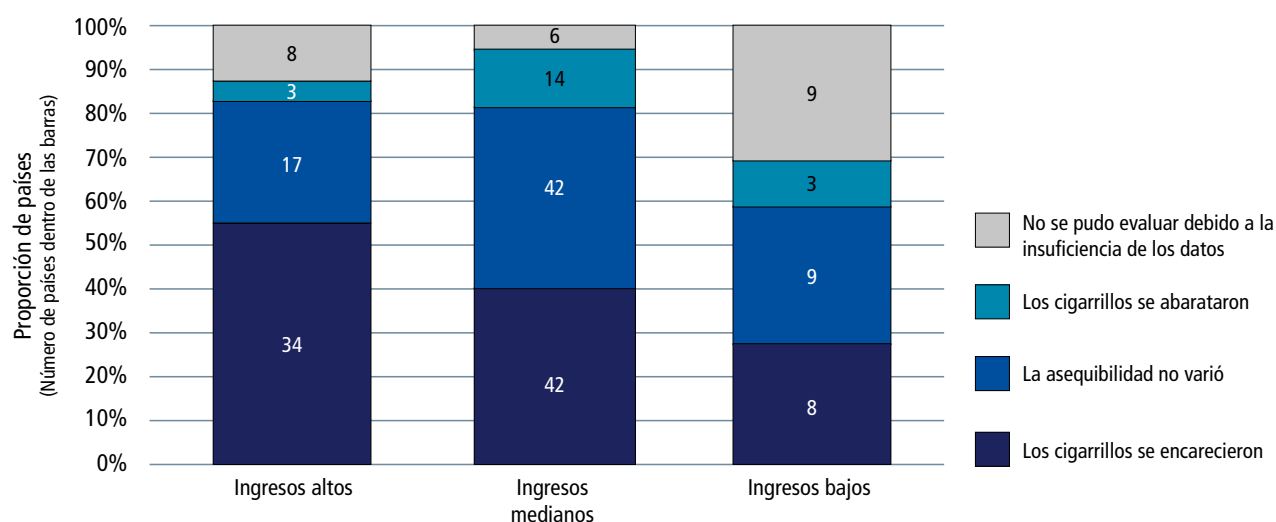
Para evaluar si los cigarrillos se han vuelto más o menos asequibles a lo largo del tiempo en un país determinado, se han utilizado los datos de precios de las ediciones anteriores de este Informe, a fin de calcular el PIB per cápita necesario para adquirir 2000 cigarrillos de la marca más vendida en cada año. A continuación, se ha calculado la variación media durante el periodo 2010-2020 para el presente

informe. De acuerdo con esta medida, los cigarrillos se han vuelto menos asequibles en 84 países y no han cambiado significativamente en 68 países, mientras que se han vuelto más asequibles en 20 países. De esos 20 países, 17 eran países de ingresos bajos y medianos.

La asequibilidad puede cambiar rápidamente y el seguimiento de estos cambios puede proporcionar a los gobiernos un indicador de cuándo es mejor aplicar mayores impuestos sobre el tabaco. Se pueden aplicar ajustes automáticos en los impuestos, que pueden tener en cuenta las fluctuaciones de las economías nacionales.

De los 524 millones de personas (el 6,7% de la población mundial) que viven en una de las 100 ciudades más grandes del mundo, solo 130 millones (en 24 ciudades) están protegidas por los impuestos sobre el tabaco. Hasta el momento, ninguna ciudad, al margen del gobierno nacional, ha introducido impuestos sobre los productos de tabaco que hayan elevado la proporción de los impuestos totales al 75% o más del precio de venta al público.

VARIACIÓN EN LA ASEQUIBILIDAD DE LOS CIGARRILLOS ENTRE 2010 Y 2020



Los cigarrillos se han vuelto menos asequibles desde 2010 en 84 países en todo el mundo, distribuidos por igual entre los países de ingresos altos y de ingresos bajos y medianos.

El aumento de los impuestos es fundamental para el control integral del tabaco en Marruecos.

Después de que se liberalizara el sector del tabaco manufacturado en 2011, Marruecos se embarcó en un viaje de tres años para reformar su estructura impositiva. Inspirada en la forma en que otros países habían aplicado las medidas de control del tabaco, esta reforma tenía como objetivo principal proteger la salud pública y consolidar los ingresos del Estado.

El sistema anterior de impuestos al consumo de tabaco de Marruecos comprendía un impuesto ad valorem con un precio mínimo fijo para todas las nuevas marcas introducidas en el mercado, un sistema que incentivaba a las empresas a introducir marcas de bajo costo y alentaba a los consumidores a comprar productos de tabaco baratos.

Para corregir esto, Marruecos introdujo en 2013, aparte del sistema ad valorem existente, un impuesto específico, junto con un importe

mínimo de recaudación para los productos de tabaco. También se introdujo una carga fiscal mínima, en la que los impuestos recaudados no podían representar menos del 53,6% del precio de venta al público de los cigarrillos.

Y en 2017, como parte de los esfuerzos para simplificar aún más la estructura impositiva del tabaco en Marruecos, se aplicó el tipo de impuesto al consumo a los cigarrillos de tabaco negro para que alcanzara gradualmente (en un periodo de tres años) un tipo impositivo uniforme para todos los tipos de cigarrillos, alejándose del sistema de dos niveles que existía anteriormente.

Marruecos volvió a aumentar el impuesto mínimo al consumo sobre los cigarrillos en 2019, así como la carga fiscal mínima, que pasó del 53,6% al 58%. Gracias a estos aumentos, los impuestos totales representan ahora el 76,1% del

precio de la marca de cigarrillos más vendida, alcanzando el nivel más alto de cumplimiento del componente "R" del plan de medidas MPOWER. Las reformas tributarias y los incrementos de los tipos se tradujeron en un aumento de los ingresos, que pasaron de 10 400 millones de dirhams marroquíes en 2013 a 12 800 millones de dirhams marroquíes en 2018.

Y en 2021 se ha producido un nuevo aumento del impuesto al consumo sobre los cigarros, los cigarrillos y el tabaco de pipa de agua. El país pretende seguir aumentando los impuestos sobre el tabaco de forma regular para compensar la inflación. Se espera que estos aumentos graduales de los impuestos aumenten los precios y reduzcan la demanda de tabaco, disminuyendo así su consumo nocivo y la carga de enfermedades.



La política tributaria integral de Georgia reduce el consumo de tabaco

Los tipos impositivos del tabaco en Georgia aumentaron considerablemente entre 2013 y 2019. Tras subidas independientes del impuesto al consumo específico sobre los cigarrillos con filtro y los cigarrillos sin filtro, en 2018 ambos tipos se igualaron, dando lugar a un impuesto uniforme sobre todos los tipos de cigarrillos. El impuesto al consumo de un paquete de cigarrillos con filtro aumentó de 0,6 laris georgianos por paquete de 20 unidades (en 2013) a 1,7 laris georgianos (en 2017). En el caso de los cigarrillos sin filtro, el impuesto al consumo específico se incrementó de 0,15 laris georgianos por paquete de 20 unidades (en 2013) a 1,7 laris georgianos (en 2017). En 2015, todos los cigarrillos fueron sometidos a un nuevo impuesto adicional ad valorem del 5% sobre el precio de venta al público, cifra que se elevó al 10% en 2016 y que volvió a

aumentar hasta el 30% del precio de venta al público en 2019.

Para evitar la sustitución por otros productos de tabaco, también se aplicaron aumentos de impuestos al tabaco de liar. En 2013, el impuesto al consumo sobre 1 kg de tabaco crudo importado era de 20 laris georgianos, y en 2018 aumentó a 35 laris. En 2019, el impuesto al consumo sobre el tabaco crudo casi se había duplicado hasta alcanzar los 60 laris georgianos por kilogramo.

En 2019, la demanda de cigarrillos sin filtro había disminuido un 96% en comparación con el año anterior. En el caso del tabaco de liar, 2019 también parece que supuso un punto de inflexión: la subida del impuesto al consumo de 35 laris a 60 laris georgianos (un aumento del 71%) redujo el consumo de tabaco crudo en

un 260% en 2020.

La evolución de la carga impositiva total del tabaco en Georgia, que se compone de impuestos al consumo, impuestos ad valorem e IVA, puede verse en el gráfico siguiente. En 2021, la carga fiscal representaba el 71% del precio de la marca más vendida, frente a solo el 15% que representaba en 2012. Además, el precio se ha multiplicado por 2,75 entre 2012 y 2021.

Como se muestra en el gráfico 2 a continuación, hay una clara tendencia a la baja en el consumo total de tabaco gracias a los aumentos sostenidos de la fiscalidad del tabaco y el aumento de los impuestos en todos los productos, que reduce los riesgos de sustitución

Gráfico 1:

PRECIO REAL Y CARGA IMPOSITIVA DE UN PAQUETE DE CIGARRILLOS DE LA MARCA MÁS VENDIDA, GEORGIA 2012-2021 (BASE 2012)

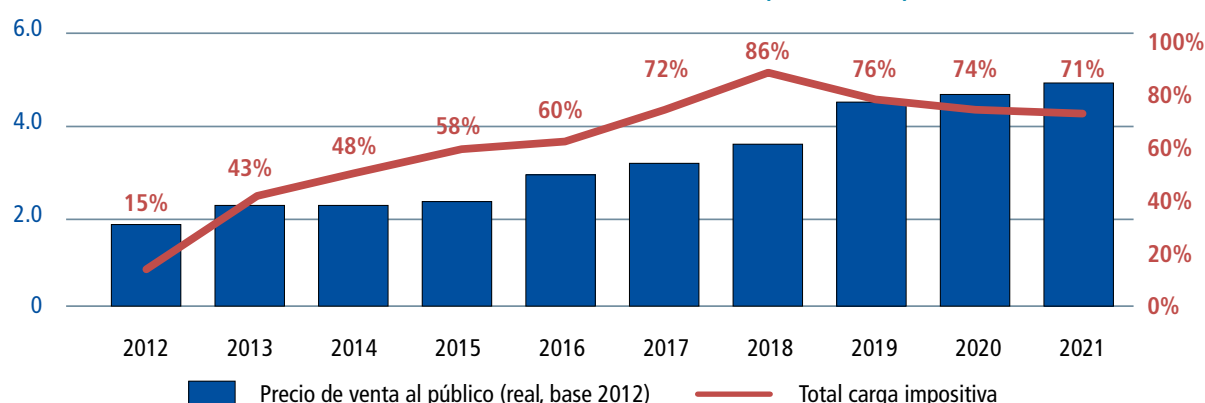
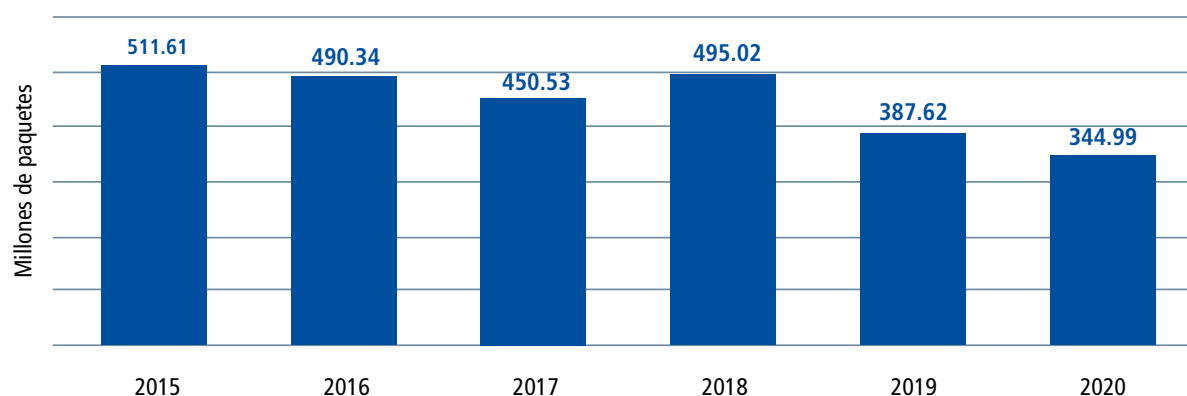
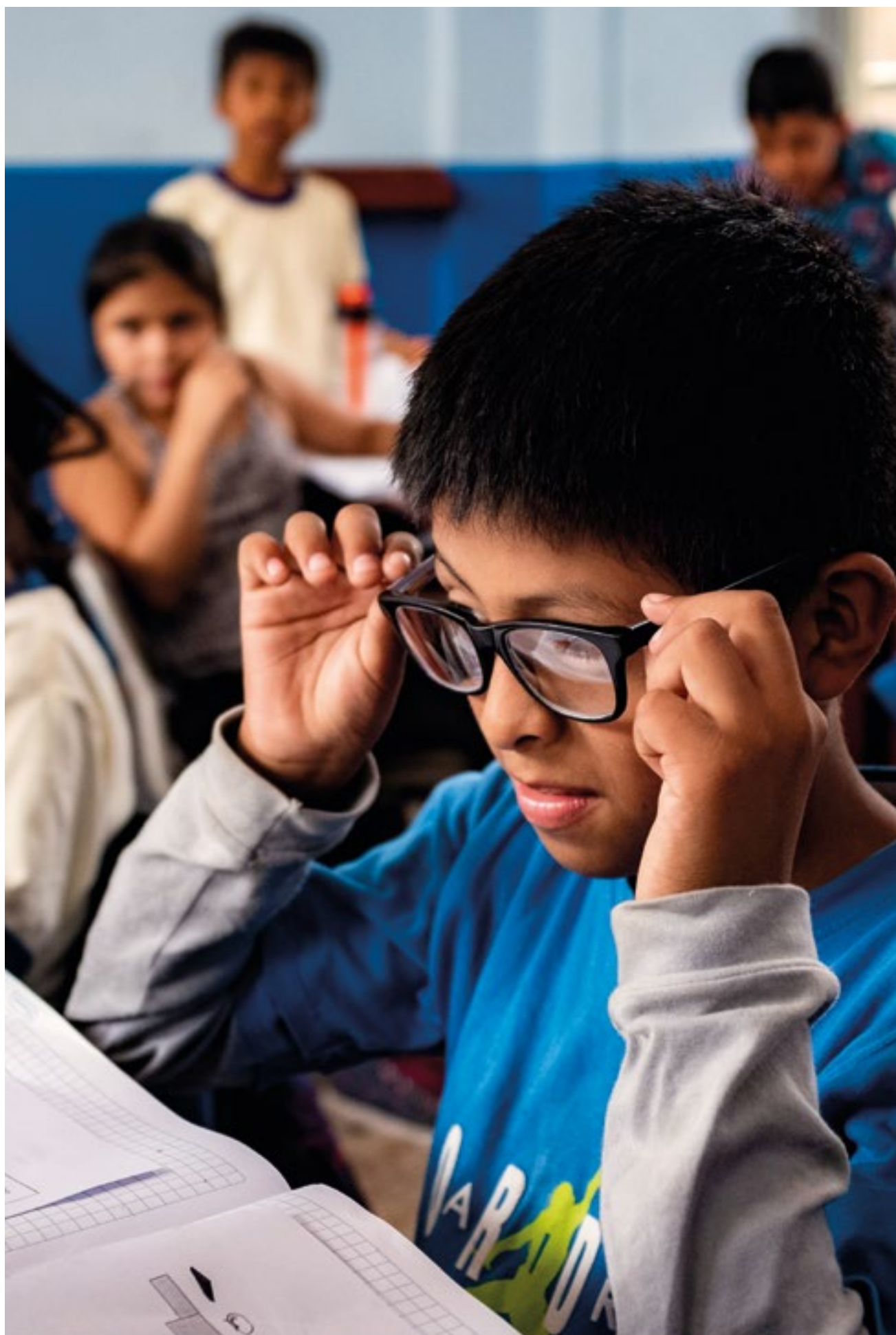


Gráfico 2:

MERCADO TOTAL DE CIGARRILLOS CON FILTRO Y SIN FILTRO PRODUCIDOS LOCALMENTE, Y DE TABACO PARA LIAR 2015-2020





PROGRAMAS NACIONALES DE CONTROL DEL TABACO: UN ELEMENTO VITAL PARA ACABAR CON LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco recomienda encarecidamente que los países establezcan un programa nacional de control del tabaco para liderar sus esfuerzos de control del tabaco.

A estos efectos, el artículo 5 del CMCT de la OMS establece lo siguiente:

«Cada Parte formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco (...) (y) establecerá o reforzará y financiará un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco». Además, el artículo 26.2 del CMCT de la OMS establece que: «Cada Parte prestará apoyo financiero para sus actividades nacionales destinadas a alcanzar el objetivo del Convenio» (174).

Todos los países deberán tener un programa nacional de control del tabaco para coordinar la labor de control del tabaco

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco recomienda encarecidamente que los países establezcan un programa nacional descentralizado de control del tabaco para liderar sus esfuerzos de control del tabaco. Los programas nacionales de control del tabaco o los mecanismos de coordinación, debidamente financiados y con una orientación clara, son fundamentales para formular y mantener políticas sostenibles que permitan hacer retroceder la epidemia de tabaquismo (108). Los ministerios de salud, o los organismos gubernamentales equivalentes, deben tomar la iniciativa de la planificación estratégica del control del tabaco y el establecimiento de políticas, y otros ministerios u organismos deben rendir cuentas a esta autoridad centralizada (251). Los programas de control del tabaco también deben integrarse en los programas generales de salud y desarrollo de los países (276).

En los países grandes o con sistemas políticos federales, la descentralización de la autoridad del programa nacional de control del tabaco a nivel subnacional puede permitir una mayor flexibilidad en la formulación de políticas y la ejecución de programas. Los responsables de la salud pública y del gobierno en los

niveles subnacionales correspondientes deben recibir los recursos adecuados para dotarse de medios de aplicación que puedan mantenerse a lo largo del tiempo (171) y permitir que las políticas y los programas lleguen a una población lo más amplia posible (277). En este sentido, los programas nacionales de control del tabaco deben garantizar que los subgrupos de población con tasas de consumo de tabaco desproporcionadamente elevadas se beneficien de políticas y programas adaptados a sus necesidades (277).

El control del tabaco requiere la participación activa de la sociedad civil

Los programas nacionales de control del tabaco requieren la participación de las organizaciones no gubernamentales adecuadas y otros grupos de la sociedad civil para mantener los progresos en la labor de control del tabaco, tanto a nivel nacional como mundial (108). Estos programas deben excluir específicamente a la industria tabacalera y sus aliados, que no pueden ser partes interesadas legítimas en los esfuerzos de control del tabaco (171).

Casi una tercera parte de los países del mundo (60 países) tienen un organismo nacional con responsabilidad sobre los objetivos de control del tabaco dotado de al menos cinco personas equivalentes a tiempo completo, lo que significa que el 66 % de la población mundial está atendida por un organismo de este tipo. Otros 113

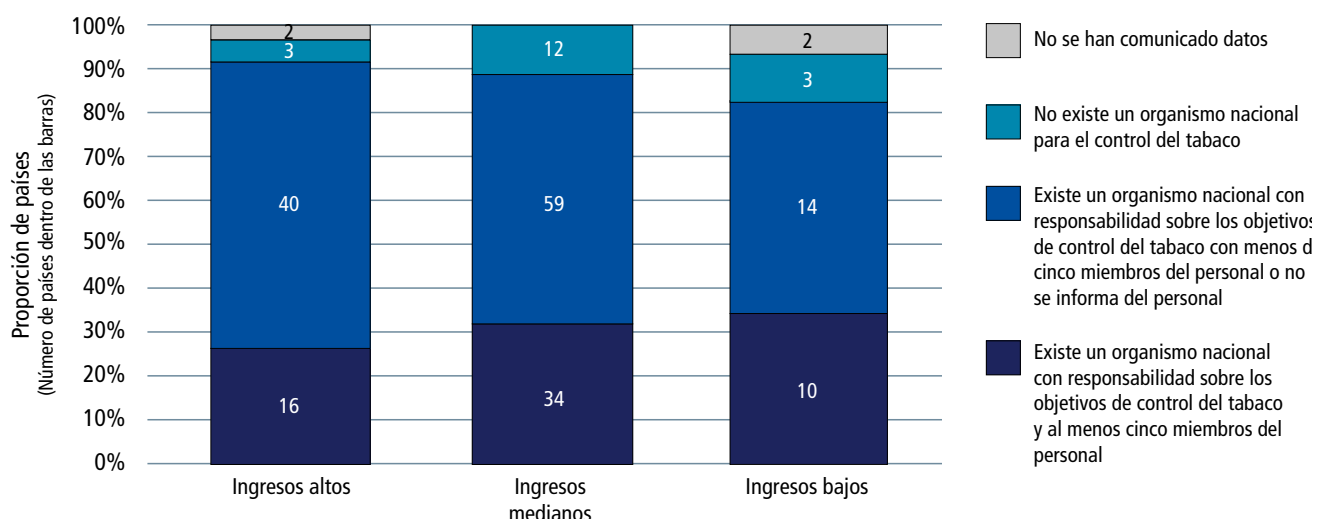
países (que engloban otra tercera parte de la población mundial) trabajan en los objetivos de control del tabaco con menos personal (80 países), o con un número desconocido de personal (33 países). Solo 18 países (que reúnen a 152 millones de personas) carecen de un organismo nacional para el control del tabaco, 13 de los cuales son países de ingresos bajos y medianos.

En los dos últimos años, cuatro países mejoraron sus programas nacionales de control del tabaco lo suficiente como para alcanzar el máximo nivel de adopción (España, Ghana, Hungría y Trinidad y Tabago), añadiendo 89 millones de personas a la población cubierta. Al mismo tiempo, un país cayó por debajo del nivel de las prácticas óptimas: Cuba redujo el número de trabajadores dedicados a tiempo completo al control del tabaco, y Suiza no notificó la cantidad de personal dedicada.

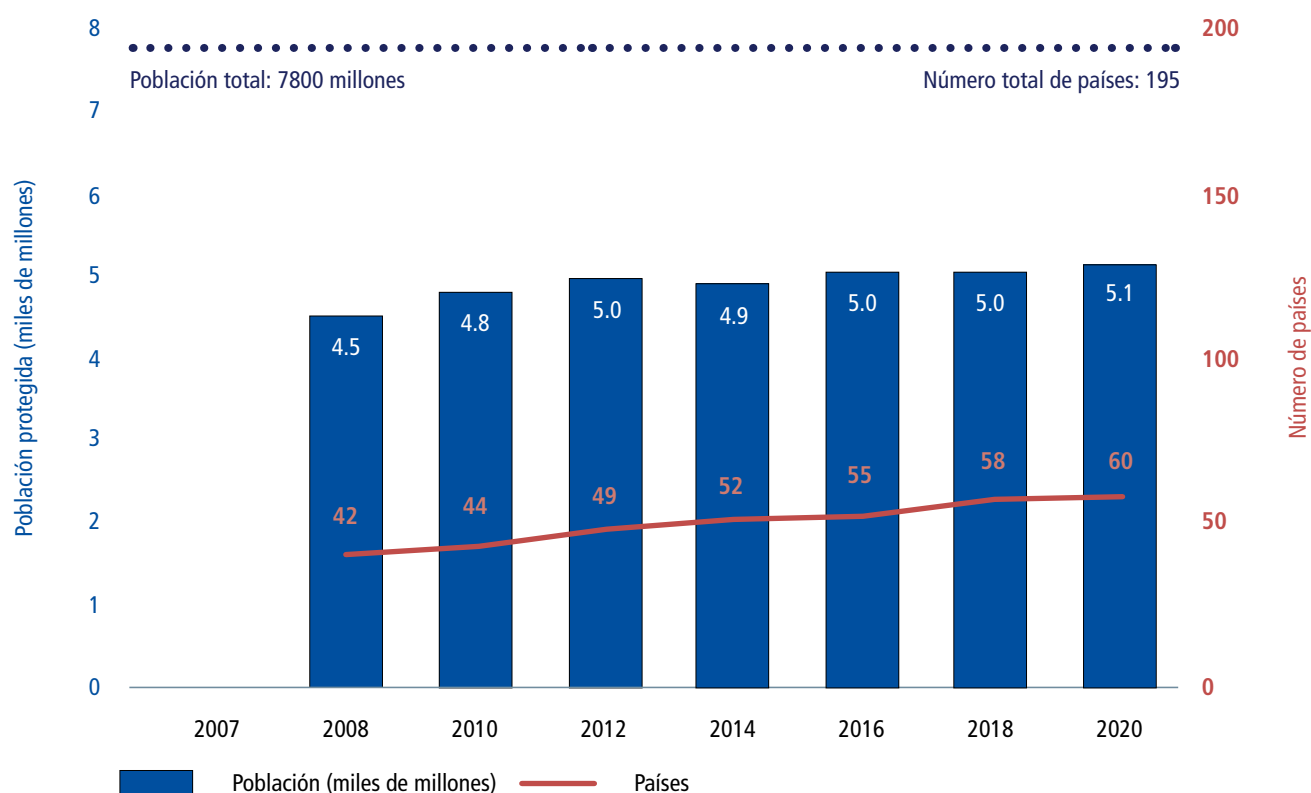
En los más de diez años que han transcurrido desde 2008, se han logrado avances sustanciales, cuando un total de 18 países, en los que viven 598 millones de personas, han establecido un equipo nacional bien dotado de personal que trabaja a tiempo completo en el control del tabaco. Cabe señalar que esta medida puede subestimar el verdadero alcance de los programas nacionales de control del tabaco, debido a que la información sobre la dotación de personal de estos programas a nivel nacional es incompleta, y no existe un mecanismo formal para recabar esta información de los países.

Près d'un tiers des pays du monde ont un organisme national responsable des objectifs de la lutte antitabac doté d'au moins cinq équivalents temps plein.

PROGRAMAS NACIONALES DE CONTROL DEL TABACO (2020)



PROGRESOS EN LAS POLÍTICAS NACIONALES DE CONTROL DEL TABACO (2008-2020) AL MÁS ALTO NIVEL DE CUMPLIMIENTO



Programa nacional de control del tabaco en la India

Los programas de control del tabaco robustos y financiados a nivel nacional son la piedra angular de la aplicación del CMCT de la OMS. La India estableció uno de los mayores programas nacionales de control del tabaco del mundo financiado con fondos públicos en 2007, dos años después de la entrada en vigor del CMCT de la OMS. El vasto programa nacional de control del tabaco de la India se aplica ahora en los 700 distritos del país.

Los pilares fundamentales del programa (financiado y dotado de personal a nivel nacional, estatal y de distrito) son los siguientes: a) formación y fomento de la capacidad de las partes interesadas, incluidos los encargados de hacer cumplir la ley; b) actividades de educación y comunicación; c) programas escolares; d) seguimiento de las leyes de control del tabaco; y e) prestación de apoyo para abandonar el tabaco, incluido el tratamiento farmacológico. Las actividades e intervenciones se adaptan y diseñan en función de las necesidades locales.

El gobierno indio ha invertido estratégicamente en la ampliación de la ayuda para el abandono del tabaco a través de los servicios de mCessation y de la línea telefónica gratuita National Tobacco Quitline, que cuenta con cuatro centros que dan servicio a diferentes regiones del país. La línea telefónica para dejar de fumar cuenta con 100 asesores capacitados que prestan servicios en más de 15 lenguas para atender las necesidades de 267 millones de adultos consumidores de tabaco en la India.

Además, para apoyar la reglamentación de los productos del tabaco, el gobierno ha creado tres laboratorios de análisis del tabaco, los primeros de su clase en la Región de Asia Sudoriental de la OMS. Para hacer un seguimiento de los indicadores fundamentales del control del tabaco, se ha incorporado al programa una vigilancia robusta del tabaco (en forma de aplicación periódica de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos y la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes), con estimaciones a nivel

subnacional.

El marco de tres niveles del programa nacional de control del tabaco (formado por células de control del tabaco a nivel nacional, estatal y de distrito) permite al gobierno adoptar medidas políticas sólidas y basadas en pruebas, como la prohibición de los SEAN, la implantación de advertencias de gran tamaño en los paquetes, una política de películas sin tabaco y directrices para los centros educativos sin tabaco.

Estas políticas e iniciativas han permitido reducir la prevalencia del consumo de tabaco entre los adultos en un 17% (reducción relativa) entre 2009 y 2016, lo que demuestra que un compromiso adecuado y una inversión pública en políticas integrales de control del tabaco dan lugar a beneficios sustanciales para la salud pública, incluso en países productores de tabaco con una alta prevalencia de consumo.



Sensibilización de los jóvenes en edad escolar y universitaria sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco mediante representaciones callejeras (*nukkad natak*) en Uttar Pradesh (India).



SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE ADMINISTRACIÓN DE NICOTINA

Tal como se ha señalado en el capítulo de antecedentes sobre los SEAN, las medidas MPOWER, así como las restricciones de edad para la venta y la prohibición de sabores, pueden aplicarse a los SEAN. En este capítulo se evalúa la situación de estas medidas en su aplicación a los SEAN en todo el mundo.

Casi la mitad de los países hacen un seguimiento del uso de los cigarrillos electrónicos por los adolescentes

La mayoría de las encuestas sobre el uso de los SEAN se centran en los cigarrillos electrónicos y no específicamente en el uso más generalizado de los SEAN. Hay 87 países que hacen un seguimiento del uso de los cigarrillos electrónicos entre los adolescentes a través de encuestas nacionales en las escuelas. Esto significa que el 45% de los países, con 3500 millones de personas, tienen datos sobre el uso de cigarrillos electrónicos entre niños y adolescentes que pueden utilizarse para orientar las decisiones sobre normativas locales. Ahora bien, no todos los países

encuestan a los mismos grupos de edad, lo que dificulta las comparaciones mundiales.

Cuarenta y cuatro países que hacen un seguimiento del uso de cigarrillos electrónicos en adolescentes son países de ingresos medianos, mientras que 42 son países de ingresos altos. Solamente un país de ingresos bajos (Yemen) realiza actualmente encuestas sobre adolescentes que incorporan preguntas sobre el uso actual de cigarrillos electrónicos.

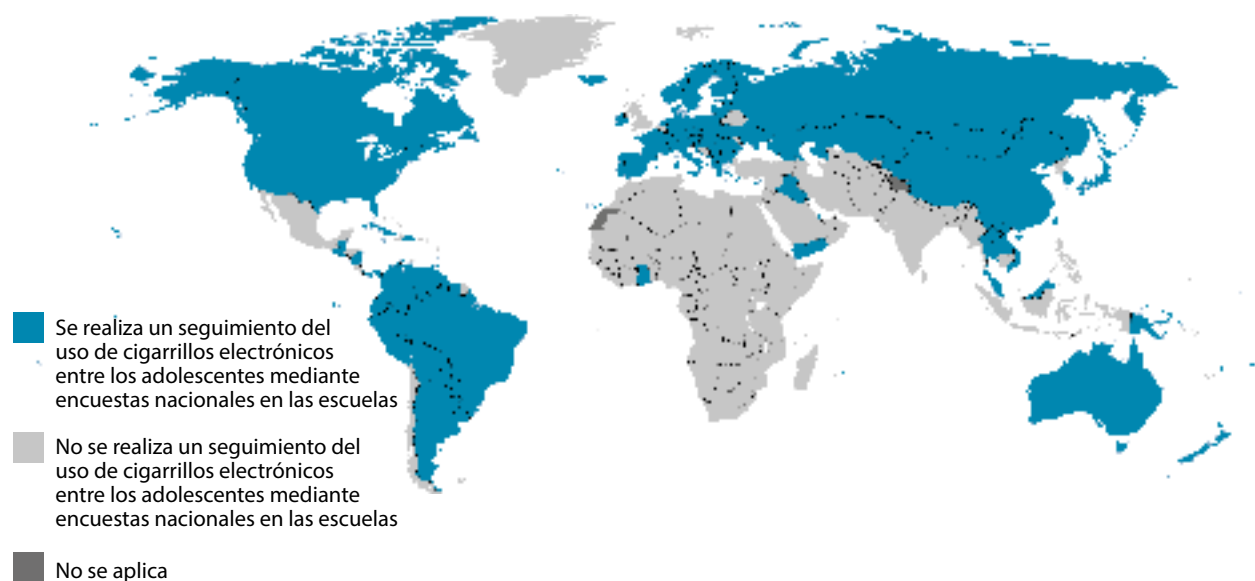
El uso de cigarrillos electrónicos entre los adultos debería incorporarse de forma sistemática a las encuestas representativas a nivel nacional

Actualmente, hay 56 países que representan una población de 4900

millones de personas donde se realizan encuestas representativas a nivel nacional en las que se recoge el uso de cigarrillos electrónicos entre los adultos, y ninguno de ellos es un país de ingresos bajos.

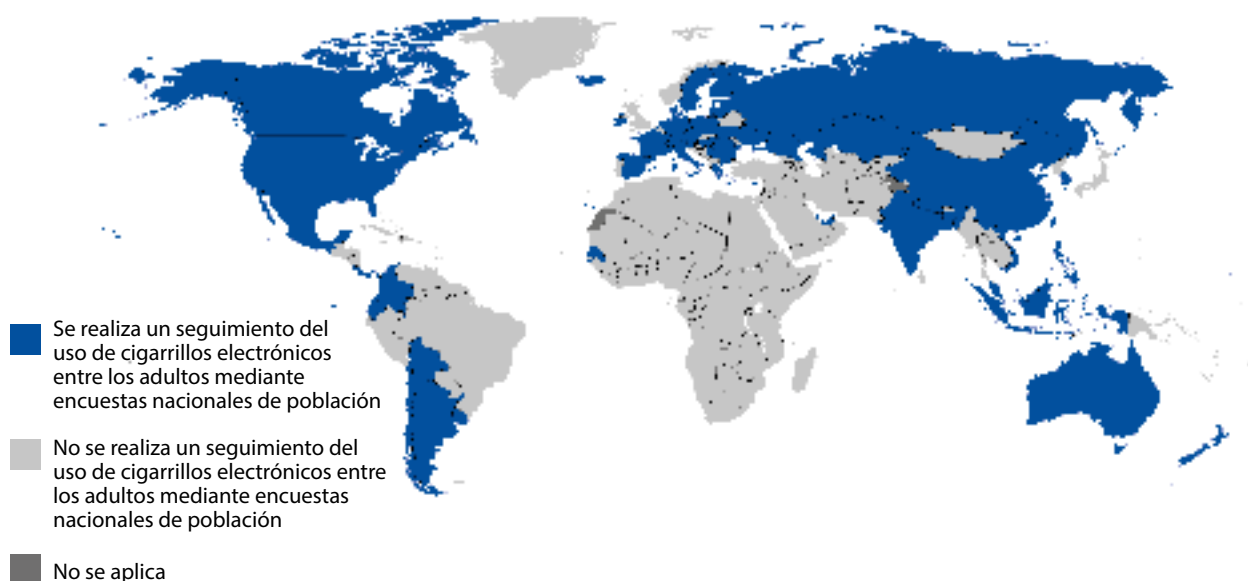
Por otra parte, un total de 139 países, que representan una población de 2800 millones de personas (de los cuales 4100 millones viven en 115 países de ingresos bajos y medianos) no disponen de ningún dato sobre el consumo actual de cigarrillos electrónicos entre los adultos.

SEGUIMIENTO DEL USO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS ENTRE LOS ADULTOS MEDIANTE ENCUESTAS NACIONALES DE POBLACIÓN FINALIZADAS EN 2020 O ANTES



Países que hacen un seguimiento del uso de cigarrillos electrónicos entre los adolescentes: Albania, Alemania, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Austria, Belice, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Canadá, China, Chipre, Colombia, Croacia, Cuba, Dinamarca, Ecuador, El Salvador, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Federación de Rusia, Fiji, Finlandia, Francia, Ghana, Grecia, Granada, Guatemala, Guyana, Hungría, Iraq, Irlanda, Islandia, Islas Marshall, Italia, Jamaica, Japón, Kazajistán, Kirguistán, Kiribati, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malasia, Malta, Mauricio, Mónaco, Mongolia, Montenegro, Nicaragua, Niue, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Panamá, Papúa Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Qatar, República Checa, República de Corea, República Democrática Popular Lao, República Dominicana, Rumania, San Marino, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Serbia, Suecia, Suiza, Surinam, Tailandia, Trinidad y Tabago, Ucrania, Uruguay, Vanuatu, Venezuela, Viet Nam, Yemen.

SEGUIMIENTO DEL USO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS ENTRE LOS ADULTOS MEDIANTE ENCUESTAS NACIONALES DE POBLACIÓN FINALIZADAS EN 2020 O ANTES



Países que hacen un seguimiento del uso de SEAN entre los adultos: Alemania, Argentina, Australia, Austria, Estado Plurinacional de Bolivia, Brunei, Bulgaria, Canadá, Chile, China, Chipre, Colombia, Costa Rica, Dinamarca, Ecuador, Emiratos Árabes Unidos, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Indonesia, Irlanda, Islandia, Islas Marshall, Italia, Kazajistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malasia, Malta, México, Nepal, Nueva Zelanda, Países Bajos, Panamá, Polonia, Qatar, República Checa, República de Corea, Rumania, Senegal, Serbia, Suecia, Suiza, Ucrania, Uruguay, Viet Nam.

Los SEAN no deben dejarse sin reglamentar

Demasiados países no reglamentan los SEAN

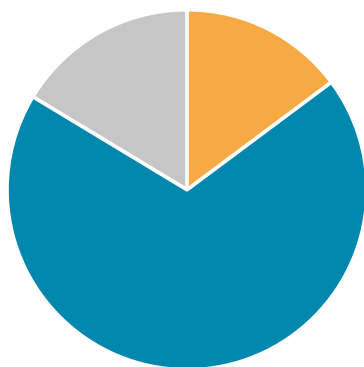
En el mundo hay 111 países que han adoptado medidas relativas a los SEAN. De ellos, 32 países prohíben la venta de SEAN. Setenta y nueve países (más del 40% de todos los países), permiten la venta de SEAN pero han adoptado una o más medidas completas o parciales para reglamentarlos. Estas medidas consisten en la prohibición del uso de SEAN en espacios públicos cerrados; la prohibición de la publicidad, la

promoción y el patrocinio; y la aplicación de advertencias sanitarias gráficas en los envases, así como restricciones de edad para la venta de SEAN y prohibiciones o restricciones de sabores. Los 84 países restantes, en los que vive casi el 27% de la población mundial, no disponen de ninguna normativa relativa a los SEAN.

Mientras que el 84% de los países de ingresos altos tienen una reglamentación o una prohibición vigente sobre la venta, la mitad de los países de ingresos medianos y

tres cuartas partes de los países de ingresos bajos no han adoptado ninguna medida reglamentaria con relación a los SEAN.

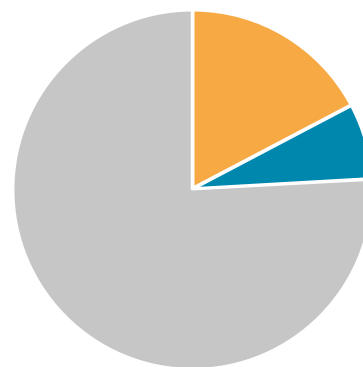
PAÍSES DE INGRESOS ALTOS



PAÍSES DE INGRESOS MEDIANOS



PAÍSES DE INGRESOS BAJOS



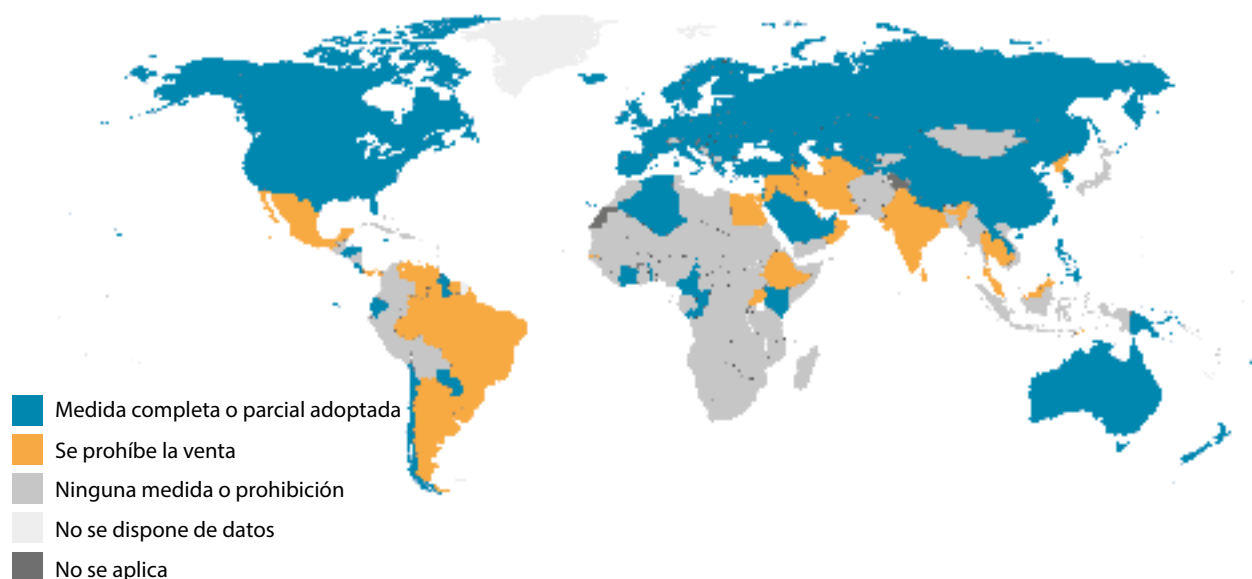
Medidas:

1. Prohibición del uso de SEAN en espacios públicos cerrados.
2. Aplicación de advertencias sanitarias gráficas en los envases.
3. Prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los SEAN.
4. Aplicación de restricciones de edad mínima para la venta de SEAN.
5. Prohibición de sabores.

■ Se prohíbe venta
 ■ Medidas completas o parciales
 ■ Ninguna medida



MEDIDAS APLICADAS A LOS SEAN, 2020

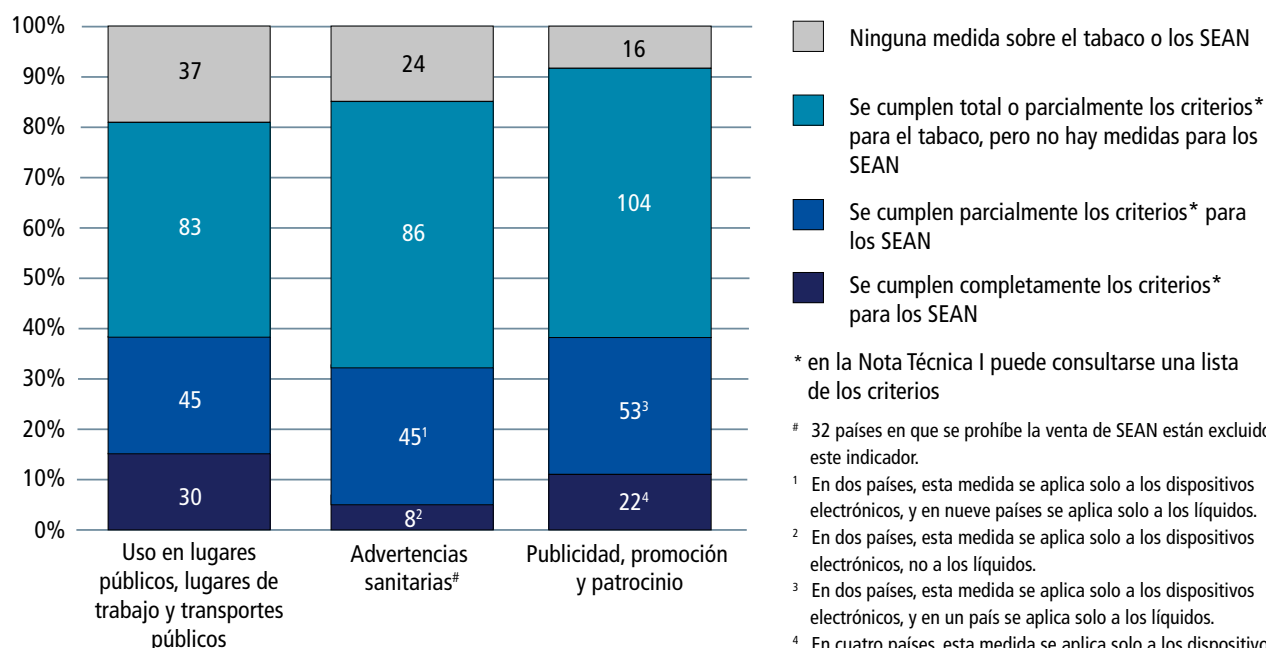


Nota: Hay 13 países que tienen tanto una prohibición de venta como una reglamentación adicional sobre los SEAN, y se clasifican aquí como países con prohibición de venta. Para más información, véase el cuadro 2.1 del anexo II.

Los SEAN están regulados en los siguientes países: Albania, Alemania, Andorra, Arabia Saudita, Argelia, Armenia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Barbados, Belarús, Bélgica, Bulgaria, Camerún, Canadá, Chile, China, Chipre, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croacia, Dinamarca, Ecuador, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Federación de Rusia, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Guyana, Honduras, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Jamaica, Kazajistán, Kenya, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Montenegro, Nepal, Niue, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Palau, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República de Corea, República Democrática Popular Lao, República de Moldova, Rumania, San Marino, Santa Lucía, Serbia, Suecia, Tayikistán, Togo, Turquía, Tuvalu, Ucrania, Uzbekistán.

La venta de SEAN está prohibida en los siguientes países: Argentina, Bahrein, Brasil, Brunei Darussalam, Camboya, Egipto, Etiopía, Gambia, India, República Islámica del Irán, Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Malasia, Mauricio, México, Omán, Panamá, Qatar, República Árabe Siria, República Popular Democrática de Corea, Singapur, Sri Lanka, Suriname, Tailandia, Territorio Palestino Ocupado, Timor-Leste, Turkmenistán, Uganda, Uruguay, República Bolivariana de Venezuela.

ALGUNAS MEDIDAS LEGISLATIVAS APLICADAS A LOS SEAN, 2020



PROHIBICIÓN EN FINLANDIA DE LOS SABORES Y AROMAS EN LOS LÍQUIDOS PARA CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

En 2016, Finlandia promulgó una normativa pionera en materia de cigarrillos electrónicos que prohibía el uso de saborizantes, establecía límites de edad mínima para los compradores, preveía restricciones a la importación, prohibía el uso de cigarrillos electrónicos en zonas de no fumadores y prohibía la comercialización, la exposición y la venta a distancia de cigarrillos electrónicos. A partir de esta revisión de la ley finlandesa sobre el tabaco, los líquidos utilizados en los cigarrillos electrónicos están disponibles exclusivamente con sabor a tabaco en el país. Gracias a una combinación de medidas rápidas y una regulación estricta, Finlandia logró nuevos descensos en la prevalencia del tabaquismo (del 15% en 2016 al 14% en 2018) sin que se produjera un aumento eventual del uso diario de cigarrillos electrónicos (menos del 1% en 2018). El país se ha marcado el ambicioso objetivo de situar tanto el tabaco como los productos de nicotina por debajo de una tasa de prevalencia del 5% en el próximo decenio.

Deben prohibirse los sabores a fin de reducir el atractivo de los SEAN para los niños y los adolescentes

Excluyendo los países que prohíben la venta de SEAN, solo tres países prohíben todos los sabores, excepto el de tabaco (Finlandia, Hungría y Montenegro). Otros seis países prohíben solo algunos sabores o permiten sabores específicos (Alemania, Arabia Saudita, Dinamarca, Estonia, Filipinas y Nueva Zelanda).

Tan solo 69 países han adoptado restricciones de edad para la venta de SEAN

De los 163 países que permiten la venta de SEAN, 69 países limitan su venta a una edad mínima (18 años en 62 países, 19 años en un país y 21 años en seis países), mientras que los otros 94 países no lo hacen. Esto significa que el 42% de los países restringen el acceso a los SEAN en función de la edad, en comparación con el 90% de los países que aplican estas restricciones al tabaco.

No hay uniformidad en la fiscalidad de los SEAN

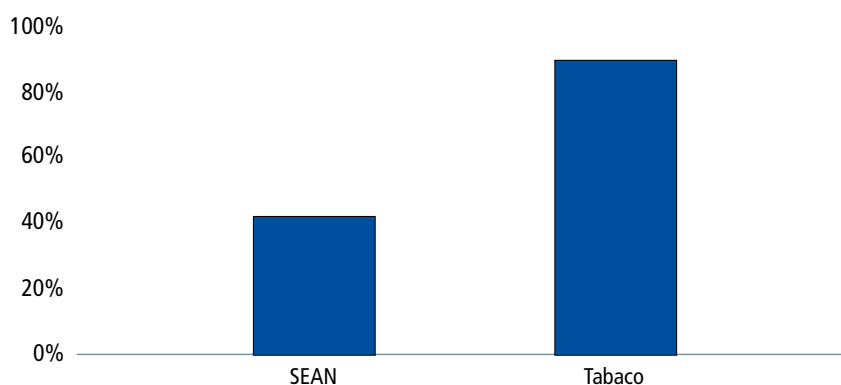
Debido a que a menudo tienen precios y gravámenes diferentes, se han recogido datos sobre los líquidos que se utilizan en los sistemas abiertos y los sistemas cerrados. Los sistemas abiertos son dispositivos que permiten al usuario comprar los líquidos y rellenar su dispositivo con las mezclas que desee (sin nicotina, con diferentes concentraciones de nicotina o sabores). Los sistemas cerrados son productos que vienen con un recipiente precargado (llamado cartucho, cápsula o tanque) y en los que no es posible realizar mezclas propias.

De los 51 países de los que se dispone de datos sobre los sistemas abiertos de administración de nicotina, 28 países (el 55%) no gravan con impuestos al consumo los líquidos para los sistemas abiertos. Y

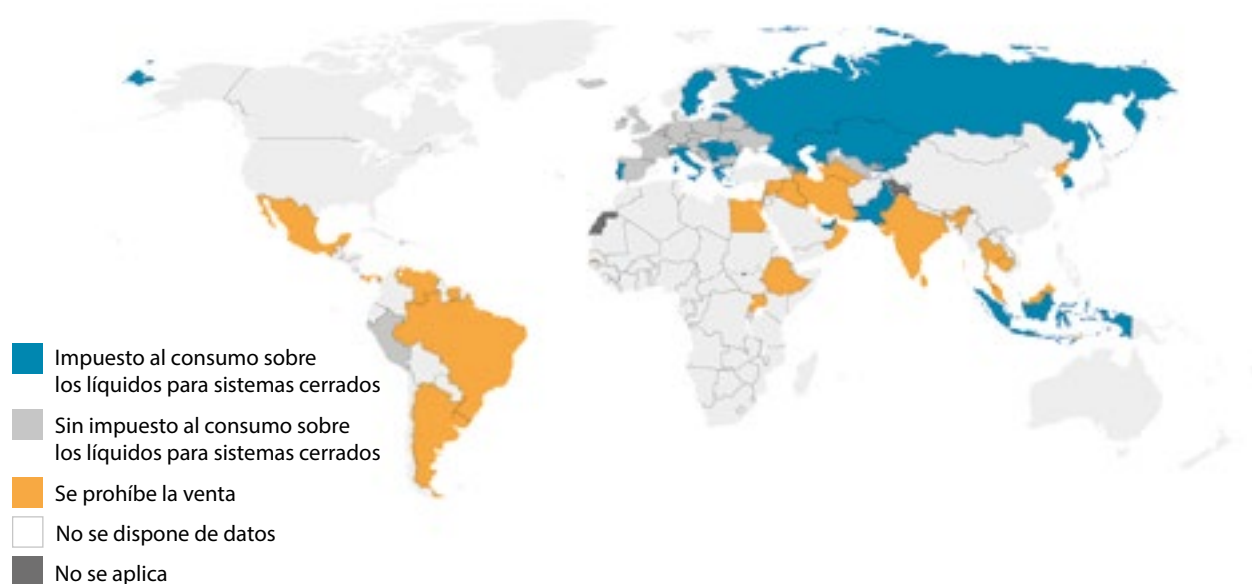
de los 44 países de los que se dispone de datos sobre los sistemas cerrados, el 57% (25 países) no gravan con ningún impuesto al consumo los líquidos para los sistemas cerrados (que suelen venderse como cápsulas).

En los países en los que se aplica un impuesto al consumo a los líquidos para los sistemas abiertos, el impuesto es generalmente bajo, y solo tres países establecen un tipo impositivo igual o superior al 75% del precio de la marca más barata de líquidos para sistemas abiertos (Eslovenia, Federación de Rusia y Portugal). En el caso de los líquidos para los sistemas cerrados, ningún país aplica impuestos equivalentes al 75% del precio de la marca más barata de sistema cerrado de administración de nicotina.

PAÍSES QUE APLICAN UNA EDAD MÍNIMA EN LA VENTA DE SEAN FRENTE A LA DE TABACO, 2020

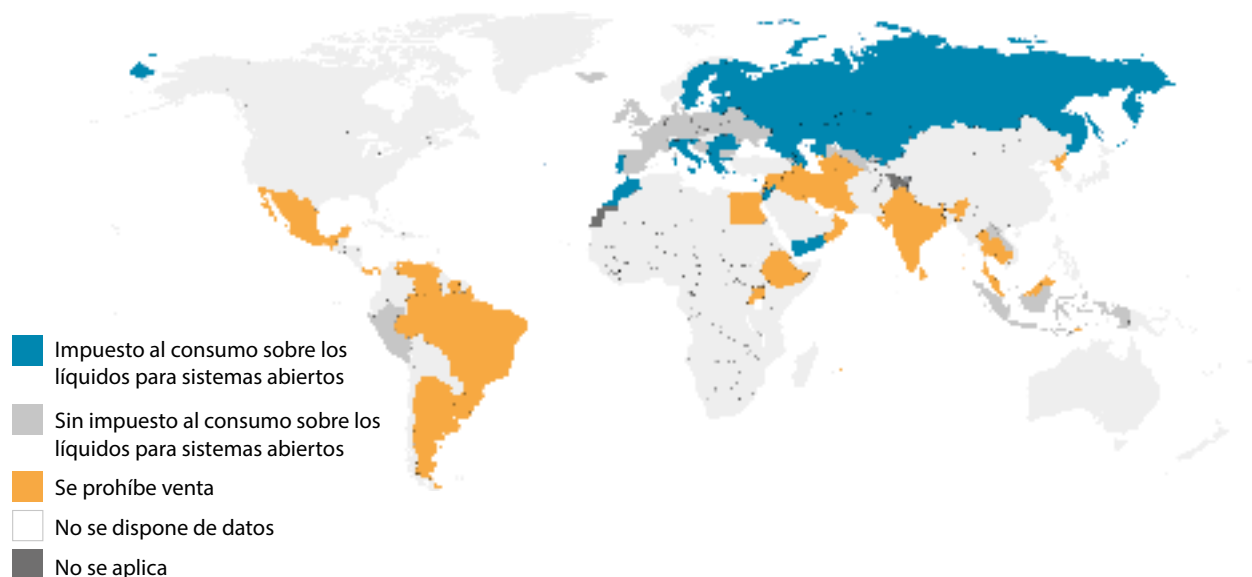


POLÍTICA FISCAL SOBRE LOS LÍQUIDOS PARA SISTEMAS CERRADOS DE ADMINISTRACIÓN DE NICOTINA, 2020



Países con un impuesto sobre los líquidos para sistemas cerrados: Azerbaiyán, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Estonia, Federación de Rusia, Georgia, Grecia, Hungría, Indonesia, Italia, Kazajistán, Kirguistán, Lituania, Pakistán, Portugal, República de Corea, Rumania, Serbia, Suecia

POLÍTICA FISCAL SOBRE LOS LÍQUIDOS PARA SISTEMAS ABIERTOS DE ADMINISTRACIÓN DE NICOTINA, 2020



Nota: Jordania también tiene una prohibición de la venta de SEAN además de un impuesto al consumo.

Países con un impuesto sobre los líquidos para sistemas abiertos: Albania, Azerbaiyán, Chipre, Eslovenia, Estonia, Federación de Rusia, Finlandia, Georgia, Grecia, Italia, Jordania, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Marruecos, Macedonia del Norte, Montenegro, Portugal, Rumania, Serbia, Suecia, Yemen.

Los países deben considerar la inclusión del abandono de los SEAN en sus estrategias de abandono del tabaco

Muchos usuarios de SEAN que quieren dejar de fumar utilizan recursos como las líneas telefónicas gratuitas de ayuda para el abandono del tabaco, los programas de mensajes de texto y los tratamientos especializados de la dependencia del tabaco. Los datos del mayor operador de líneas para dejar de fumar de los Estados Unidos de América (que da servicio a 23 estados y a más de 700 empleadores y planes de salud) muestran que entre los 74 646 participantes en las líneas para dejar de fumar inscritos entre enero de 2017 y junio de 2020, el 14% utilizaban cigarrillos electrónicos y el 2% eran usuarios exclusivos de cigarrillos electrónicos. Por tanto, los servicios nacionales de deshabituación tabáquica del país deberían considerar la posibilidad de ofrecer apoyo a los usuarios de SEAN para abandonar el consumo (1).

El control del tabaco debe anticiparse a la rápida evolución de los productos de tabaco y de nicotina y prever su reglamentación

En los últimos años, se han introducido nuevos productos de tabaco y de nicotina en varios mercados. Estos productos están evolucionando rápidamente y pueden tener consecuencias en cuanto a la reglamentación. Por consiguiente, la disponibilidad, las características y el uso de estos y otros productos emergentes deben ser objeto de un estrecho seguimiento en el futuro, y la reglamentación debe estar preparada, en la medida de lo posible, para contemplar esos productos. En este informe no se han recogido datos sobre las bolsas de nicotina u otros productos novedosos de nicotina.

Las medidas que se aplican a los SESN no siempre coinciden con las que se aplican a los SEAN

Los datos recogidos sobre los SESN indican que, aunque 14 países regulan los SESN (o prohíben su venta) de la misma manera que regulan los SEAN, otros tienen enfoques diferentes respecto de estos productos, incluida la prohibición de la venta de uno cuando se permite la venta del otro. Veintinueve países prohíben la venta de SESN y solo un país prohíbe explícitamente tanto los SESN como los SEAN (Irak). Aparte de la prohibición de la venta, 35 países regulan los SESN, pero de forma incoherente con las medidas aplicadas a los SEAN. Un total de 117 países con 4000 millones de personas no están cubiertos por ninguna medida que contemple específicamente los SESN. Para más detalles, véase el anexo II.

Nota sobre los productos de tabaco calentado

En la octava Conferencia de las Partes en el CMCT de la OMS se reconocieron los productos de tabaco calentado como productos de tabaco y se señaló que, por tanto, debían estar sujetos a las disposiciones del Convenio, y hacerse un seguimiento y reglamentarse como otros productos de tabaco. Los datos recogidos para este informe indican que los productos de tabaco calentado están prohibidos (prohibición de su venta u otro tipo de prohibición que restrinja su disponibilidad) en 11 países, (Brasil, Etiopía, India, República Islámica del Irán, México, Noruega, Panamá, República Árabe Siria, República Popular Democrática de Corea, Singapur, Timor-Leste). En los 184 países restantes, los productos de tabaco calentado están reglamentados implícita o explícitamente como productos de tabaco, o explícitamente en otras categorías. En el futuro se realizarán más análisis para comprender mejor el tratamiento que dan los países a estos productos.

Ucrania impone gravámenes a los SEAN y los productos de tabaco calentado

Ucrania se ha comprometido a aplicar la decisión de la COP8 del CMCT de la OMS sobre la reglamentación de los productos de tabaco y de nicotina novedosos y emergentes con un enfoque similar al utilizado para los productos de tabaco convencionales. Así pues, en 2019, el parlamento ucraniano aprobó la Ley n.º 466-IX, que impone gravámenes a los líquidos que se utilizan en los SEAN, los SESN y los productos de tabaco calentado a partir del 1 de enero de 2021.

Al mismo tiempo, Ucrania ha estado trabajando para mejorar el conocimiento público sobre los SEAN. Entre noviembre de 2020 y enero de 2021, una ONG denominada Life, junto con el Centro de Salud Pública, llevó a cabo una campaña nacional de información titulada «No hay tabaco inocuo» con el apoyo de la organización sanitaria mundial Vital Strategies. Se difundieron vídeos sociales

y anuncios de interés público (en la televisión, en Internet y en las estaciones de metro y de tren) con el objetivo de sensibilizar a los jóvenes sobre los riesgos para la salud del uso de dispositivos electrónicos para fumar. Los habitantes de Kiev, capital de Ucrania, también pudieron ver anuncios sociales en las calles de la ciudad. La campaña llegó a unos 25 millones de personas y las evaluaciones posteriores mostraron que el 73% de las personas habían recibido nueva información a través de la campaña, y que el 47% de los usuarios de SEAN y productos de tabaco calentado se habían sentido motivados para dejar de fumar como resultado de ella.



Caption: Diputados, médicos, expertos y activistas ucranianos aúnan esfuerzos para defender la igualdad de los tipos impositivos para todos los productos de tabaco.

Sri Lanka prohíbe los SEAN

Sri Lanka fue uno de los primeros países de la región de Asia Sudoriental en prohibir los cigarrillos electrónicos. Según la normativa sobre «Productos de tabaco prohibidos» de 2016, ninguna persona del país podrá fabricar, importar, vender u ofrecer a la venta ningún cigarrillo electrónico que contenga tabaco. Esta iniciativa muestra el compromiso del país para abordar con eficacia la persistente epidemia de tabaquismo, ya que los cigarrillos electrónicos podrían poner a las personas, especialmente a los jóvenes, en riesgo de adicción a la nicotina.

Obligación de incluir advertencias sanitarias gráficas en los SEAN en la República de Corea

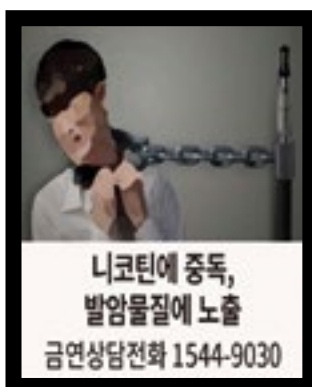
En la República de Corea, los SEAN están regulados como productos de tabaco en virtud de la Ley del sector del tabaco desde enero de 2014. Aunque la industria de los SEAN se opuso firmemente a la colocación de advertencias sanitarias en los productos de los SEAN, las advertencias sanitarias gráficas han pasado a ser obligatorias en todos los productos de tabaco y nicotina.

El Comité de advertencias sanitarias gráficas sobre el tabaco, compuesto por representantes del Ministerio de Salud y Bienestar, el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Igualdad de Género y Familia, y académicos y expertos en salud pública, educación juvenil, comunicación y organizaciones de la sociedad civil, examinó los datos científicos más recientes disponibles sobre los productos de tabaco con el fin de elaborar una lista de temas para las advertencias. Además, el Ministerio de Salud y Bienestar realizó entrevistas a grupos de reflexión y encuestas públicas en línea para determinar qué textos e imágenes serían los más impactantes para las advertencias sanitarias, y evaluó las advertencias sanitarias existentes en todo el mundo.

Desde diciembre de 2016, el Ministerio de Salud y Bienestar ha publicado tres series de advertencias sanitarias, y las imágenes de las advertencias sobre los SEAN han cambiado cada dos años para transmitir el mensaje de manera más eficaz sobre los daños del uso de esos dispositivos. La República de Corea es el único país del mundo que ha establecido la obligatoriedad de las advertencias sanitarias gráficas en los SEAN, y su experiencia al hacerlo constituye un valioso ejemplo de cómo desarrollar y aplicar en consulta las advertencias sanitarias en los productos de tabaco y nicotina emergentes y novedosos, basándose en evidencias científicas.



23 de diciembre de 2016 a 22 de diciembre de 2018



23 de diciembre de 2018 a 22 de diciembre de 2020



23 de diciembre de 2020 a 22 de diciembre de 2022

Caption: Cambios en la advertencia sanitaria gráfica de los cigarrillos electrónicos en la República de Corea.



CONCLUSIÓN

En los 13 años de seguimiento del plan de medidas MPOWER se han producido enormes avances en el control del tabaco. Al mismo tiempo, se han presentado innumerables retos, quizá el mayor de los cuales haya sido la pandemia de COVID-19 en 2020. A pesar de estos obstáculos, en la actualidad hay 5300 millones de personas protegidas por al menos una medida de control del tabaco al nivel de las prácticas óptimas, es decir, 4200 millones más que en 2007. En cambio, 2400 millones de personas siguen sin estar protegidas por las prácticas óptimas de control del tabaco basadas en la evidencia, lo que las deja en riesgo de sufrir los daños económicos y para la salud causados por el tabaco.

Desde la adopción del CMCT de la OMS y la introducción del plan de medidas MPOWER se han producido avances inspiradores en el control del tabaco. Miles de millones de vidas están ahora mejor protegidas y se han salvado millones de vidas a lo largo de los años. Esto se ha conseguido gracias al esfuerzo colectivo y coordinado de una comunidad mundial comprometida con el control del tabaco.

Sin embargo, todavía queda mucho trabajo por delante. Solamente dos países del mundo (Brasil y Turquía) han puesto en marcha todas las medidas MPOWER a nivel integral. Y aunque la prevalencia del tabaquismo ha disminuido en la mayor parte del mundo, el número total de personas que fuma sigue siendo elevado debido al crecimiento de la población.

Cada país tiene la obligación de proteger la salud de sus ciudadanos, y todas las Partes en el CMCT de la OMS se han comprometido a aplicar políticas firmes de control del tabaco como un medio importante para cumplir su obligación de proteger la salud de su población. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) también han subrayado la importancia de este compromiso y piden «fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda», medida por la reducción del consumo de tabaco en los adultos. La reducción del consumo de tabaco es también uno de los 16 indicadores de seguimiento para medir la meta de

proporcionar «mejor salud para mil millones de personas» que forma parte de las metas de los tres mil millones de la OMS, una iniciativa encaminada a ayudar a los países a cumplir los ODS.

El tema central de este informe, que es abordar los productos de tabaco nuevos y emergentes (SEAN), señala una nueva amenaza para el control del tabaco. Los SEAN están cada vez más disponibles en muchos países, junto con otros productos novedosos como los productos de tabaco calentado y las bolsas de nicotina. A medida que aparecen y evolucionan con rapidez, puede resultar difícil caracterizar estos productos y, por tanto, plantean muchos problemas de cara a su reglamentación. Al mismo tiempo, la industria tabacalera y las industrias conexas que están detrás de estos nuevos productos lanzan campañas de desinformación, comercializándolos como «limpios», «sin humo» o «inocuos», y afirmando que son ayudas eficaces para dejar de fumar. Con ello, estas industrias intentan parecer parte de la solución a la epidemia de tabaquismo, en lugar de instigadores y autores de ella.



Estas industrias también se dirigen a los niños y adolescentes a través de técnicas publicitarias y miles de sabores para aumentar el atractivo de los SEAN y otros productos de tabaco y de nicotina. Cuando los niños usan SEAN, o incluso los prueban, tienen una probabilidad dos veces mayor de consumir cigarrillos convencionales. La industria tabacalera gana nuevos clientes.

Los datos que se presentan en este informe indican que hay 32 países que prohíben actualmente la venta de SEAN, adoptando una postura firme para prevenir los daños potenciales que suponen para sus poblaciones. Otros 79 países han adoptado una prohibición de consumo en los espacios públicos cerrados, prohibiciones a la publicidad, la promoción o el patrocinio, o la exigencia de advertencias sanitarias gráficas en los SEAN; sin embargo, 39 de ellos solo las han adoptado parcialmente. Esto deja un total de 84 países que no cuentan con una legislación que se ocupe de los SEAN en estos ámbitos.

Los datos también muestran que solo un pequeño número de países prohíbe los sabores en los SEAN, y algunos más

los regulan. Paralelamente, 94 países no limitan la venta de SEAN a una edad mínima, lo que hace que estos productos estén libremente disponibles para los menores.

Y en los casos en que se dispone de datos sobre los tipos impositivos, estos suelen ser bajos, y solo tres países gravan los consumibles líquidos para los SEAN con un 75% o más del precio de venta al público. Demasiados países siguen siendo vulnerables a las tácticas utilizadas por la industria tabacalera e industrias conexas para ampliar sus mercados. Los países deben proteger a sus poblaciones, y en particular a sus niños y adolescentes, de los productos de tabaco y de nicotina novedosos y emergentes no reglamentados.

En los 13 años que han transcurrido desde que comenzó el proceso de seguimiento de las medidas MPOWER se han producido avances inspiradores, pero todavía quedan muchos retos por superar para cumplir los compromisos que los países han asumido a través del CMCT de la OMS, los ODS y el Plan de acción mundial para la

prevención y control de las enfermedades no transmisibles, con el fin de reducir el consumo de tabaco y poner fin rápidamente a la epidemia de tabaquismo. Los países deben permanecer atentos y centrarse en la aplicación de medidas basadas en estudios contrastados que han demostrado reducir el consumo de tabaco, y evitar las distracciones que provoca la proliferación de nuevos productos. A medida que el mundo resurge de la pandemia de COVID-19, el llamamiento a reconstruir para mejorar debería ser fundamental para el control del tabaco. Debemos volver a comprometernos con el fortalecimiento de la aplicación del CMCT de la OMS, esforzarnos por adoptar las medidas MPOWER al más alto grado de cumplimiento, y garantizar que todos los pueblos del mundo estén protegidos de los daños del tabaco y la nicotina.



REFERENCIAS

- Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (EB148/7; https://apps.who.int/gb/eb-waha/pdf_files/EB148/B148_7-sp.pdf, párrs. 24 a 28, consultado el 1 de julio de 2021).
- Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de ella. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable-diseases-Policy_brief-2020.1, consultado el 1 de junio de 2021).
- UN Interagency Taskforce on NCDs, COVID-19 and NCD risk factors (infografía). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/ncds/un-interagency-task-force-on-ncds/uni-atf-policy-brief-ncds-and-covid-030920-poster.pdf>, consultado el 1 de julio de 2021).
- Alqahtani JS, Oyelade T, Aldhahir AM, Alghamdi SM, Almeshmadi M, Alqahtani AS et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking in patients with COVID-19: A rapid systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(5): e0233147.
- Sitas, F, Harris-Roxas B, Bradshaw D, Lopez AD. Smoking and epidemics of respiratory infections. *Bulletin of the World Health Organization*. 2021;99(2):164–165.
- Del Sole, F, Farcomeni A, Loffredo L, Carnevale R, Menichelli D, Vicario T et al. Features of severe COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Clinical Investigation*. 2020;50(10):e13378.
- Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Nota informativa sobre la clasificación de los productos de tabaco novedosos y emergentes. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
- Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Decisión FCTC/COP6(9), Sistemas electrónicos de administración de nicotina, y sistemas similares sin nicotina. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 ([https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6\(9\)-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6(9)-sp.pdf), consultado el 21 de julio de 2021).
- Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Decisión FCTC/COP8(22), Productos de tabaco novedosos y emergentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 ([https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\)-sp.pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22)-sp.pdf), consultado el 13 de agosto de 2020).
- Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Decisión FCTC/COP8/8(22), Productos de tabaco novedosos y emergentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 ([https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\)-sp.pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22)-sp.pdf), consultado el 13 de agosto de 2020).
- Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Decisión FCTC/COP7(11) referendada en la COP FCTC/COP7(9). Delhi (India): Organización Mundial de la Salud; 2016.
- Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Decisión FCTC/ COP8/8 referendada en la COP FCTC/COP8(21). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
- Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Decisión FCTC/COP7(14), Elaboración más detallada de las directrices parciales para la aplicación de los artículos 9 y 10 del CMCT de la OMS (Reglamentación del contenido de los productos de tabaco y Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 ([https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7\(14\)_ES.pdf](https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7(14)_ES.pdf), consultado el 21 de julio de 2021).
- Raymond BH, Collette-Merrill K, Harrison RG, Jarvis S, Rasmussen RJ. The nicotine content of a sample of E-cigarette liquid manufactured in the United States. *Journal of Addiction Medicine*. 2018;12(2):127–131.
- Tobore TO. On the potential harmful effects of E-Cigarettes (EC) on the developing brain: the relationship between vaping-induced oxidative stress and adolescent/young adults social maladjustment. *Journal of Adolescence*. 2019;76:202–209.
- O'Brien D, Long J, Quigley J, Lee C, McCarthy A, Kavanagh P. Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2021;21(954):e1-e10.
- Sæbø G, Scheffels J. Assessing notions of de-normalization and renormalization of smoking in light of e-cigarette regulation. *International Journal of Drug Policy*. 2017;49:58–64.
- Petrescu D, Vasiljevic M, Pepper J, Ribisl K, Marteau T. What is the impact of e-cigarette adverts on children's perceptions of tobacco smoking? An experimental study. *Tobacco control*. 2017;26(4):421–427.
- Choi K, Grana R, Bernat D. Electronic nicotine delivery systems and acceptability of adult cigarette smoking among Florida youth: renormalization of smoking? *Journal of Adolescent Health*. 2017;60(5):592–598.
- EcigIntelligence (sitio web). Regulatory and market intelligence for the e-cigarette sector. Londres: Tamarind Media; 2021 (<https://ecigintelligence.com/about-ecigintelligence/>, consultado el 2 de julio de 2021).
- E-cigarettes. En: Tobacco Tactics (sitio web). Bath, Reino Unido: Universidad de Bath; 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes/>, consultado el 2 de julio de 2021).
- WHO technical manual on tobacco tax policy and administration. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021.
- Addiction at any cost: Philip Morris International uncovered. Nueva York (Estados Unidos de América): Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP); 2018 (https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/STOP_Report_Addiction-At-Any-Cost.pdf, consultado el 1 de julio de 2021).
- Wagener TL, Floyd EL, Stepanov I, Driskill LM, Frank SG, Meier E et al. Have combustible cigarettes met their match? The nicotine delivery profiles and harmful constituent exposures of second-generation and third-generation electronic cigarette users. *Tobacco Control*. 2017;26(e1): e23–e28.
- Traboulsi, H, Cherian M, Abou Rjeili M, Preteroti M, Bourbeau J, Smith BM et al. Inhalation toxicology of vaping products and implications for pulmonary health. *International Journal of Molecular Science*. 2020;21(10).
- E-cigarette, or vaping, products visual dictionary. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (sin fecha) (https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/pdfs/ecigarette-or-vaping-products-visual-dictionary-508.pdf, consultado el 2 de julio de 2021).
- Kosmider L, Cox S, Zaciera M, Kurek J, Goniewicz ML, McRobbie H et al. Daily exposure to formaldehyde and acetaldehyde and potential health risk associated with use of high and low nicotine e-liquid concentrations. *Scientific Reports*. 2020;10(1):6546.
- Talih S, Salman R, El-Hage R, Karaoghlanian N, El-Hellani A, Saliba N et al. Effect of free-base and protonated nicotine on nicotine yield from electronic cigarettes with varying power and liquid vehicle. *Scientific Reports* 2020;10.
- Jackler RK, Ramamurthi D. Nicotine arms race: JUUL and the high-nicotine product market. *Tobacco Control*. 2019;0:1–6. doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054796.
- Zhu SH, Sun JY, Bonnevie E, Cummins SE, Gamst A, Yin L et al. Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. *Tobacco Control*. 2014; 23:iii3–iii9.

31. Hsu G, Sun JY, Shu-Hong Z. Evolution of electronic cigarette brands from 2013–2014 to 2016–2017: Analysis of Brand Websites. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(3):e80.
32. Barrington-Trimis J, Samet J McConnell R. Flavorings in electronic cigarettes. *Journal of the American Medical Association*. 2014;312(23):2493.
33. Strombotne K, Buckell J, Sindelar JL. Do JUUL and e-cigarette flavours change risk perceptions of adolescents? Evidence from a national survey. *Tobacco Control*. 2021;Mar;30(2):199–205. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2019-055394. Epub, 16 de abril de 2020.
34. van de Nobelen S, Kienhuis AS, Talhout R. An inventory of methods for the assessment of additive-increased addictiveness of tobacco products. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(7):1546–1555.
35. Preliminary scientific evaluation of the possible public health effects of menthol versus non-menthol cigarettes. Silver Spring, Maryland: Food & Drug Administration; 2013.
36. Krüsemann EJ, Boesveldt S, De Graaf K, Talhout R. An e-liquid flavor wheel: a shared vocabulary based on systematically reviewing e-liquid flavor classifications in literature. *Nicotine and Tobacco Research*. 2019;21(10):1310–1319.
37. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA King BA. E-cigarette use among middle and high school students – United States, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(37):1310.
38. Rose, SW, Johnson AL, Glasser AM, Villanti AC, Ambrose BK, Conway K, et al. Flavour types used by youth and adult tobacco users in wave 2 of the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study 2014-2015. *Tob Control*. 2020; 29(4): 432-446.
39. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, King BA. E-cigarette Use Among Middle and High School Students — United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1310–1312. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6937e1>.
40. Population Assessment of Tobacco and Health: Wave 4, 2016-2017.
41. ASHRAE Position document on environmental tobacco smoke. Atlanta, Georgia: ASHRAE; 2016 (https://www.ashrae.org/File%20Library/About/Position%20Documents/pd_environmental-tobacco-smoke-2020-07-1.pdf, consultado el 2 de julio de 2021).
42. Stevens EM, Hébert ET, Tackett AP, Leavens ELS, Wagener TL. Harm perceptions of the JUUL E-cigarette in a sample of ever users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(13):4755.
43. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2015.
44. Skotsimara G, Antonopoulos AS, Oikonomou E, Siasos G, Ioakeimidis N, Tsalamandris S et al. Cardiovascular effects of electronic cigarettes: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2019;26(11): 1219–1228.
45. Kennedy CD, van Schalkwyk MCI, McKee M, Pisinger C. The cardiovascular effects of electronic cigarettes: a systematic review of experimental studies. *Preventive Medicine*. 2019;127:105770.
46. Tsai M, Byun MK, Shin J, Crotty Alexander LE. Effects of e-cigarettes and vaping devices on cardiac and pulmonary physiology. *The Journal of Physiology*. 2020;598(22):5039–5062.
47. Gotts JE, Jordt S-E, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? *British Medical Journal*. 2019;366.
48. Wills TA, Soneji SS, Choi K, Jaspers I, Tam EK. E-cigarette use and respiratory disorders: an integrative review of converging evidence from epidemiological and laboratory studies. *European Respiratory Journal*. 2021;57(1):e1-e16.
49. Fact Sheet: Use of e-cigarettes (vapes) among adults in Great Britain. 2020.
50. Grupo de estudio de la OMS sobre Reglamentación de los Productos de Tabaco. Report on the scientific basis of tobacco product regulation: eighth report of a WHO study group. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
51. Wang JB, Olgin JE, Nah G, Vittinghoff E, Cataldo JK, Pletcher MJ et al. Cigarette and e-cigarette dual use and risk of cardiopulmonary symptoms in the Health eHeart Study. *PLoS One*. 2018;13(7):e0198681.
52. Kim C-Y, Paek Y-J, Seo HG, Cheong YS, Lee CM, Park SM et al. Dual use of electronic and conventional cigarettes is associated with higher cardiovascular risk factors in Korean men. *Scientific Reports*. 2020;10(1):1–10.
53. Reddy KP, Schwamm E, Kalkhoran S, Noubary F, Walensky RP, Rigotti NA. Respiratory symptom incidence among people using electronic cigarettes, combustible tobacco, or both. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2021;Apr 15. doi: 10.1164/rccm.202012-4441LE.
54. National Center for Chronic Disease, P, Health Promotion Office on S Health, Reports of the Surgeon General, in The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. 2014, Centers for Disease Control and Prevention (US): Atlanta (GA).
55. Berry KM, Fetterman JL, Benjamin EJ, Bhatnagar A, Barrington-Trimis JL, Leventhal AM et al. Association of electronic cigarette use with subsequent initiation of tobacco cigarettes in US youths. *JAMA Open Network*. 2019;2(2):e187794.
56. Yuan M, Cross S, Loughlin S, Leslie F. Nicotine and the adolescent brain. *Journal of Physiology*. 2015;593(16):3397–3412.
57. Hall F, Der-Avakian A, Gould T, Markou A, Shoaib MJY. Negative affective states and cognitive impairments in nicotine dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015;58:168–185.
58. Quick facts on the risks of e-cigarettes for kids, teens, and young adults. En: Smoking and Tobacco Use (sitio web). Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2020 (https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/Quick-Facts-on-the-Risks-of-E-cigarettes-for-Kids-Teens-and-Young-Adults.html, consultado el 2 de julio de 2021).
59. Whittington J, Simmons P, Philips A, Gammill S, Cen R, Magann E et al. The use of electronic cigarettes in pregnancy: a review of the literature. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2018;73(9): 544–549.
60. Froggatt S, Reissland N, Covey J. The effects of prenatal cigarette and e-cigarette exposure on infant neurobehaviour: a comparison to a control group. *EClinicalMedicine*. 2020;28:100602.
61. Behar R, Davis B, Wang Y, Bahl V, Lin S Talbot P. Identification of toxicants in cinnamon-flavored electronic cigarette refill fluids. *Toxicology in Vitro*. 2014;28(2):198–208.
62. Krishnan-Sarin S, O'Malley SS, Green BG, Jordt S-E. The science of flavour in tobacco products. En: Report on the scientific basis of tobacco product regulation: Seventh report of the WHO study group on tobacco product regulation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019: 125-142.
63. Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products. En: Smoking and Tobacco Use (sitio web). Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2020 (https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html, consultado el 2 de julio de 2021).
64. Pray IW, Atti SK, Tomasallo C, Meiman JG. E-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury among clusters of patients reporting shared product use – Wisconsin, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(9):236–240.
65. Public health consequences of e-cigarettes. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018.
66. Seitz CM, Kabir Z. Burn injuries caused by e-cigarette explosions: a systematic review of published cases. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2018;4:32.
67. Rossheim ME, Livingston MD, Soule EK, Zeray HA, Thombs DL. Electronic cigarette explosion and burn injuries, US Emergency Departments 2015–2017. *Tobacco Control*. 2019;28(4):472–474.

68. Govindarajan P, Spiller HA, Casavant MJ, Chounthirath T, Smith GA. E-cigarette and liquid nicotine exposures among young children. *Pediatrics*. 2018;141(5).
69. Fernández E, Ballbè M, Sureda X, Fu M, Saltó E, Martínez-Sánchez JM. particulate matter from electronic cigarettes and conventional cigarettes: a systematic review and observational study. *Current Environmental Health Reports*. 2015;2(4):423–429.
70. Li L, Lin Y, Xia T, Zhu Y. Effects of electronic cigarettes on indoor air quality and health. *Annual Review of Public Health*. 2020;41(7):363–380.
71. Hess I, Lachireddy K, Capon A. A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour. *Public Health Research & Practice*. 2016;26(2).
72. Directrices para la aplicación del artículo 8. Directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
73. Borgini A, Veronese C, De Marco C, Boffi R, Tittarelli A, Bertoldi M et al. Particulate matter in aerosols produced by two last generation electronic cigarettes: a comparison in a real-world environment. *Pulmonology*. 2021.
74. Exposure to aerosols from smoking-proxy electronic inhaling systems: a systematic review. Barcelona: Unidad de Control del Tabac, Instituto Catalán de Oncología; 2016.
75. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. *PLoS One*. 2015;10(2):e0116732.
76. Tobacco questions for surveys. a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). 2.a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/87331>, consultado el 2 de julio de 2021).
77. Yoong SL, Hall A, Leonard A, McCrabb S, Wiggers J, Tursdan d'Espaignet E, et al. Prevalence of electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021. Doi:10.1016/S2468-2667(21)00106-7.
78. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Surgeon General's Advisory on E-cigarette Use Among Youth. 2019; Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/surgeon-general-advisory/index.html.
79. Choi, B Abraham I. The Decline in e-Cigarette Use Among Youth in the United States—An Encouraging Trend but an Ongoing Public Health Challenge. *JAMA*. 2021; 4(6): e2112464.
80. Perikleous EP, Steiropoulos P, Paraskakis E, Constantinidis TC, Nena E. E-cigarette use among adolescents: an overview of the literature and future perspectives. *Frontiers in Public Health*. 2018;6:86.
81. Barrington-Trimis, JL, Kong G, Leventhal AM, Liu F, Mayer M, Cruz TB, et al. E-cigarette use and subsequent smoking frequency among adolescents. *Pediatrics*. 2018;142(6).
82. Yoong SL, Hall A, Turon H, Stocking E, Leonard A, Grady A, et al. Association between electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems with initiation of tobacco use in individuals aged <20 years - systematic review and meta-analysis. *PLOS One*. 2021; 16(9).
83. Hartmann-Boyce, J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; 10: Cd01021.
84. Abuse, S, US MSHA General OotS. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General (Internet). 2020.
85. Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER). Opinion on electronic cigarettes. Luxemburgo: SCHEER; 2021.
86. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respiratory Medicine*. 2016;4(2):116–28.
87. Sawant AM, Mali DP, Bhagwat DA. Regulatory requirements and drug approval process in India, Europe and US. *Pharmaceutical Regulatory Affairs*. 2018;7(2).
88. Gobierno de Australia; Departamento de Salud; Administración de Productos Terapéuticos. Nicotine vaping laws are changing. 2021; Disponible en: <https://www.tga.gov.au/blogs/tga-topics/nicotine-vaping-laws-are-changing>.
89. Baker TB, Fiore MC. What we do not know about e-cigarettes is a lot. *JAMA Open Network*. 2020;3(6):e204850.
90. Leventhal AM, Goldenson NI, Barrington-Trimis JL, Pang RD, Kirkpatrick MG. Effects of non-tobacco flavors and nicotine on e-cigarette product appeal among young adult never, former, and current smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019;203:99–106.
91. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2000-2025, tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
92. Eissenberg T, Soule E, Shihadeh A. 'Open-System' electronic cigarettes cannot be regulated effectively. *Tobacco Control*. 2021;30:234–235.
93. Meernik C, Baker HM, Kowitt SD, Ranney LM, Goldstein AO. Impact of non-menthol flavours in e-cigarettes on perceptions and use: an updated systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(10):e031598.
94. De Andrade M, Hastings G, Angus K. Promotion of electronic cigarettes: tobacco marketing reinvented? *British Medical Journal*. 2013;347.
95. Barrington-Trimis JL, Urman R, Leventhal AM, Gauderman WJ, Cruz TB, Gilreath TD et al. E-cigarettes, cigarettes, and the prevalence of adolescent tobacco use. *Pediatrics*. 2016;138(2).
96. Goldenson NI, Leventhal AM, Stone MD, McConnell RS, Barrington-Trimis JL. Associations of electronic cigarette nicotine concentration with subsequent cigarette smoking and vaping levels in adolescents. *JAMA Pediatrics*. 2017;171(12): 1192–1199.
97. Etter JF, Bullen C. Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. *Addiction*. 2011;106:2017–2028.
98. Neuberger M. The electronic cigarette: a wolf in sheep's clothing. *Wien Klin Wochenschr*. 2015;127(9-10):385–7.
99. Stanwick R. E-cigarettes: Are we renormalizing public smoking? Reversing five decades of tobacco control and revitalizing nicotine dependency in children and youth in Canada. *Paediatric and Child Health*. 2015;20(2):101–5.
100. Everard CD, Silveira ML, Kimmel HL, Marshall D, Blanco C, Compton WM. Association of electronic nicotine delivery system use with cigarette smoking relapse among former smokers in the United States. *JAMA Open Network*. 2020;3(6):e204813.
101. Manzoli L, Flacco ME, Ferrante M. Cohort study of electronic cigarette use: effectiveness and safety at 24 months. *Tobacco Control*. 2017;26:284–92.
102. Pokhrel P, Herzog TA, Muranaka N. Contexts of cigarette and e-cigarette use among dual users: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015; 15: 859.
103. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): 1223-1249.
104. Goniewicz ML, Hajek P, McRobbie H. Nicotine content of electronic cigarettes, its release in vapour and its consistency across batches: regulatory implications. *Addiction*. 2014;109(3):500–7.
105. ¿Cómo dejar de fumar cigarrillos electrónicos? Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
106. Electronic Nicotine Delivery systems: Report by WHO. Ginebra (Suiza); 2014.
107. Decisión de la COP FCTC/COP6/10.
108. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003, reimpresión actualizada 2004, 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf>, consultado el 3 de julio de 2021).

109. Tobacco industry interference with tobacco control. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
110. Tribunal Supremo de Israel, Cámara de Comercio de Tel Aviv contra Israeli Knesset & Ors., HC 4657/19 y HC 1532/19. 2019.
111. Ghebreyesus TA, Vazquez TR. Seeing through big tobacco's smokescreen. En: Project Syndicate (sitio web). Nueva York: 2017.
112. Matthes BL, Gilmore A. Needs of LMIC-based tobacco control advocates to counter tobacco industry policy interference: insights from semi-structured interviews. *BMJ Open*. 2021;10(11):e044710.
113. STOP: A Global Tobacco Industry Watchdog (sitio web) (<https://exposetobacco.org/about/>, consultado el 3 de julio de 2021).
114. E-cigarettes shaped like USB flash drives: information for parents, educators, and health care providers. En: Smoking & Tobacco use (sitio web). Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2020 (https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/factsheet/index.html, consultado el 3 de julio de 2021).
115. E-cigarettes. En: Tobacco Tactics (sitio web). Bath, Reino Unido: Universidad de Bath; 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes/>, consultado el 2 de julio de 2021).
116. Designed for addiction. How the tobacco industry has made cigarettes more addictive, more attractive to kids and even more deadly. Washington, DC: Tobacco Free Kids; 2014 (https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/what_we_do/industry_watch/product_manipulation/2014_06_19_DesignedforAddiction_web.pdf, accessed 3 July 2021).
117. Pisinger C, Godtfredsen N, Bender A. A conflict of interest is strongly associated with tobacco industry-favorable results, indicating no harm of e-cigarettes. *Preventive Medicine*. 2019;119:124–131.
118. Gilmore AB, Braznell S. US regulator adds to confusion around heated tobacco products. *British Medical Journal*. 2020;370:m3528.
119. Litigation relevant to regulation of novel and emerging nicotine and tobacco products. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
120. Tobacco Tactics (sitio web). IQOS Use, «Switching» and «Quitting»: The Evidence. Bath, Reino Unido: Universidad de Bath; 2021 (<https://tobaccotactics.org/wiki/iqos-use-evidence/>, consultado el 3 de julio de 2021).
121. Declaración de la OMS sobre los productos de tabaco calentados y la decisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos sobre IQOS (comunicado de prensa). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/es/news/item/27-07-2020-who-statement-on-heated-tobacco-products-and-the-us-fda-decision-regarding-iqos>, consultado el 17 de julio de 2021).
122. Goldenson NI, Leventhal AM, Simpson KA, Barrington-Trimis JL. A review of the use and appeal of flavored electronic cigarettes. *Current Addiction Reports*. 2019;6(2):98–113.
123. Felicione NJ, Ozga-Hess JE, Ferguson SG, Dino G, Kuhn S, Haliwa I et al. Cigarette smokers' concurrent use of smokeless tobacco: dual use patterns and nicotine exposure. *Tobacco Control*. 2021;30(1):24–29.
124. McKee M, Daube M, Chapman S. E-cigarettes should be regulated. *Medical Journal of Australia*. 2016;204(9):331.
125. Hiscock R, Silver K, Zatoński M, Gilmore AB. Tobacco industry tactics to circumvent and undermine the menthol cigarette ban in the UK. *Tobacco Control*. 2020;29(e1):e138–e142.
126. Branston JR, Hiscock R, Silver K, Arnott D, Gilmore AB. Cigarette-like cigarillo introduced to bypass taxation, standardised packaging, minimum pack sizes, and menthol ban in the UK. *Tobacco Control*. 2020;tobaccocontrol-2020-055700.
127. Robertson L, Joshi A, Legg T, Wellock G, Ray K, Evans-Reeves K. Exploring the Twitter activity around the eighth meeting of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Tobacco Control*. 2020;tobaccocontrol-2020-055889.
128. van der Eijk Y, Bero L, Malone RE. Philip Morris International-funded «Foundation for a Smoke-Free World»: analysing its claims of independence. *Tobacco Control*. 2019;28(6):712–718.
129. Tribunal Supremo de Israel, E-Cig Ltd. contra el Ministerio de Sanidad, HCJ 6665/12; 2014.
130. Patanavanich R, Glantz S. Successful countering of tobacco industry efforts to overturn Thailand's ENDS ban. *Tobacco Control*. 2020. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-056058.
131. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Journal of the American Medical Association*. 2020;323(13):1239–1242.
132. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(18):1708–1720.
133. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506.
134. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020;75(7):1730–1741.
135. Gao F, Zheng KI, Wang X-B, Sun Q-F, Pan K-H, Wang T-Y et al. Obesity is a risk factor for greater COVID-19 severity. *Diabetes care*. 2020;43(7):e72–e74.
136. Finer N, Garnett SP, Bruun JM. COVID-19 and obesity. *Clinical Obesity*. 2020;10(3).
137. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, J P et al. Risk factors of critical and mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Infection*. 2020;81(2):e16–125.
138. Alraddadi, BM, Watson JT, Almarashi A, Abedi GR, Turkistani A, Sadran M et al. Risk factors for primary Middle East respiratory syndrome coronavirus illness in humans, Saudi Arabia, 2014. *Emerging infectious diseases*. 2016;22(1):49.
139. Park J-E, Jung S, Kim A, Park J-E. MERS transmission and risk factors: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):574.
140. Kozak R, Prost K, Yip L, Williams V, Leis JA, Mubareka S. Severity of coronavirus respiratory tract infections in adults admitted to acute care in Toronto, Ontario. *Journal of Clinical Virology*. 2020;126:104338.
141. Slama K, Chiang C, Enarson D, Hassmiller K, Fanning A, Gupta P et al. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2007;11(7):1049–1061.
142. Baskaran, V, Murray RL, Hunter A, Lim WS, McKeever TM. Effect of tobacco smoking on the risk of developing community acquired pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2019; 14(7): e0220204.
143. van Zyl-Smit RN, Richards G, Leone FT. Tobacco smoking and COVID-19 infection. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020;8(7):664–665.
144. Li X, Zhong X, Wang Y, Zeng X, Luo T, Liu Q. Clinical determinants of the severity of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(5):e0250602.
145. Smoking and COVID-19: scientific Brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
146. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research*. 2020;22(9):1653–1656.
147. Gallus S, Lugo A, Gorini G. No double-edged sword and no doubt about the relation between smoking and COVID-19 severity. *European Journal of Internal Medicine*. 2020;77:33–35.
148. Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Singh Sohal S. Smoking upregulates angiotensin-converting enzyme-2 receptor: a potential adhesion site for novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(3).
149. Chen DT, Kyriakos CN. Cigarette and e-cigarettes dual users, exclusive users and COVID-19: Findings from four UK birth cohort studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(8).

150. Russo P, Bonassi S, Giacconi R, Malavolta M, Tomino C, Maggi F. COVID-19 and smoking: is nicotine the hidden link? *European Respiratory Journal*. 2020;55(6).
151. National Institute of Health, Efficacy of nicotine in preventing COVID19 infection (NICOVID-PREV). 2021.
152. Simons D, Shahab L, Brown J, Perski O. The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalization and mortality from COVID-19: a living rapid evidence review with Bayesian meta-analyses (version 7). *Addiction*. 2021;116(6):1319–1368.
153. Haddad, C, Bou Malhab S, Sacre H Salameh P. Smoking and COVID-19: A Scoping Review. *Tob Use Insights*. 2021; 14: 1179173x21994612.
154. Horel S, Keyzer T. COVID-19: How harm-reduction advocates and the tobacco industry capitalised on the pandemic to promote nicotine. *British Medical Journal*. 2021;373.
155. Clancy L, Gallus S, Leung J, Egbe CO. Tobacco and COVID-19: understanding the science and policy implications. *Tobacco Induced Diseases*. 2020;18:1–4.
156. Fernández E, Martínez C. Spain: COVID-19 prompts smoking regulation in streets and terraces. 2020.
157. El-Awa F, Fraser CP, Adib K, Hammerich A, Abdel Latif N, Fayokun R et al. The necessity of continuing to ban tobacco use in public places post-COVID-19. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;26(6):630–632.
158. Ahmedabad tackles COVID-19 transmission with ban on smokeless tobacco products and spitting in public. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
159. Bhutan lifts decade long tobacco ban to prevent COVID-19 transmission. *Addiction* 2020.
160. Filby S, van der Zee K, van Walbeek C. The temporary ban on tobacco sales in South Africa: lessons for endgame strategies. *Tobacco Control*. 2021;0:1–7.
161. Berg CJ, Callanan R, Johnson TO, Schliecher NC, Sussman S, Wagener TL et al. Vape shop and consumer activity during COVID-19 non-essential business closures in the USA. *Tobacco Control*. 2020;0: 1–4.
162. Lighting up the illicit market: Smoker's responses to the cigarette sales ban in South Africa. Washington, D.C. 2020.
163. Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R et al. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. *Tobacco Control*. 2021;0:1–8.
164. Soerjomataram, I, Ginsburg O, Steinberg J, Canfell K, Hughes S, Sarich P, et al. Smoking behaviour during the COVID19 pandemic. (En prensa), 2021.
165. Many smokers used lockdown to quit. En: Eyewitness News (sitio web) (<https://ewn.co.za/2020/06/08/many-smokers-used-lockdown-to-quit-surveys>, consultado el 17 de julio de 2021).
166. Zatonski M, Gilmore A Hird T, The two faces of the tobacco industry during the COVID-19 pandemic, in *Tobacco Control*. 2020.
167. Big tobacco is exploiting COVID-19 to market its harmful products. En: Campaign for Tobacco-Free Kids (sitio web). Campaign for Tobacco-Free Kids; 2021 (https://www.tobaccofreekids.org/media/2020/2020_05_covid-marketing, consultado el 3 de julio de 2021).
168. STOP: A Global Tobacco Industry Watchdog. 2021 04/04/2021; Disponible en: <https://tobaccotactics.org/wiki/covid-19/>.
169. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2008: plan de medidas MPOWER. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
170. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2019: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
171. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
172. Tajikistan STEPS Survey <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/270>
173. China Report on Health hazards of Smoking 2020, National Health Commission, Beijing, People's Medical Publishing House, 2021.4
174. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Directrices para la aplicación del: artículo 5.3, artículo 8, artículos 9 y 10, artículo 11, artículo 12, artículo 13, artículo 14. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
175. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta: C.f.D.C.a.P. U.S. Department of Health and Human Services, 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/reports/secondhandsmoke/fullreport.pdf>
176. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2004.
177. Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, Palmer JR, Hammond SK, Salmon AG et al. Active smoking and secondhand smoke increase breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). *Tobacco Control*. 2011;20(7).
178. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J et al. Secondhand smoke exposure among women and children: Evidence from 31 countries. *American Journal of Public Health*. 2008;98(4):672–679.
179. Fantuzzi, G, Aggazzotti G, Righi E, Facchinetti F, Bertucci E, Kanitz S, 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(3): 194–200.
180. Fantuzzi G, Vaccaro V, Aggazzotti G, Righi E, Kanitz S, Barbone F et al. Exposure to active and passive smoking during pregnancy and severe small for gestational age at term. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2008;21(9):643–647.
181. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*. 1997;52(11):1003–1009.
182. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *British Medical Journal*. 1996;32:22–34.
183. Gilbert SG, Miller E, Martin J, Abulafia L. Scientific and policy statements on environmental agents associated with neurodevelopmental disorders. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2010;35(2):121–128.
184. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. secondhand smoke and adverse fetal outcomes in non-smoking pregnant women: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;127(4):734–741.
185. Hone T, Szklo A, Filippidis FT, Lavery AA, Satamini I, Been JV. Smokefree legislation and neonatal and infant mortality in Brazil: longitudinal quasi-experimental study. *Tobacco Control*. 2020;29(3):312–9.
186. Cains T, Cannata S, Poulos R, Ferson MJ, Stewart BW. Designated «no smoking» areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*. 2004;13(1):17–22.
187. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K et al. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(2):194.
188. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*. 2005;14(6):384–388.
189. Gan Q, Hammond SK, Jiang Y, Yang Y, Hu TW. Effectiveness of a smoke-free policy in lowering secondhand smoke concentrations in offices in China. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(5):570–575.
190. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2007;56(28):705–708.

191. CDC's Office on Smoking Health. Smoking and Tobacco Use; Fact Sheet; Smoke-Free Policies Reduce Smoking. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/reduce_smoking/index.htm.
192. Cheng KW, Glantz SA, Lightwood JM. Association between smokefree laws and voluntary smokefree-home rules. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;41(6):566–572.
193. Borland R. Tobacco health warnings and smoking-related cognitions and behaviours. *Addiction*. 1997;92(11):1427–35.
194. Smoking in the home: attitudes and perceptions and the impact of the 2004 Irish smoking ban. Castlebar, County Mayo: Health Service Executive West; 2006 (<https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/44864/6524.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 3 July 2021).
195. Campaign for Tobacco-Free Kids (sitio web). Smoke-free laws encourage smokers to quit and discourage youth from starting. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2018 (<https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0198.pdf>, consultado el 3 de julio de 2021).
196. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Volume 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2009 (<http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Evaluating-The-Effectiveness-Of-Smoke-free-Policies-2009>, consultado el 3 de julio de 2021).
197. Campaign for Tobacco-Free Kids (sitio web). Smoke-free laws do not harm business at restaurants and bars. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2018 (<https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0144.pdf>, consultado el 3 de julio de 2021).
198. The economics of tobacco and tobacco control. Bethesda, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional del Cáncer; y Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud 2016 (<https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>, consultado el 3 de julio de 2021).
199. Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A 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 ITC Ireland/UK Survey. *Tobacco Control*. 2006; 15:51–58.
200. IHME. GBD. 2019 (Sitio web).
201. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: P.H.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, Centro de Coordinación para la Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Oficina sobre Tabaquismo y Salud; 1990 (<https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/nn/catalog/nlm:nlmuid-101584932X37-doc>, consultado el 3 de julio de 2021).
202. Upspring WW, DiFranza JR. The loss of autonomy over smoking in relation to lifetime cigarette consumption. *Addictive Behaviors*. 2010;35(1):14–18.
203. Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR et al. Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *The American Psychologist*. 1989;44(11):1355–65.
204. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2013;12(8)CD002850.
205. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2016(3) CD008286.
206. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;10:4(4)CD006611.
207. An evaluation of the 'Tuku Ifi Leva 2017' antitobacco mass media campaign in the Kingdom of Tonga: Phase 2 Campaign. Sydney 2018.
208. Encuesta STEPS de Tonga. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
209. Encuesta STEPS de Jordania. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/853>, consultado el 17 de julio de 2021).
210. Chapman, S Liberman J. Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. *Tobacco Control*. 2005;14:118–113.
211. Kozlowski LT, Edwards BQ. «Not safe» is not enough: smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product. *Tobacco Control*. 2005;14 Suppl 2:ii3–7.
211. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de las Naciones Unidas. Informe sobre los periodos de sesiones vigésimo segundo, vigésimo tercero y vigésimo cuarto, Suplemento N.º 2. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas; 2001.
212. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de las Naciones Unidas. Informe sobre los periodos de sesiones vigésimo segundo, vigésimo tercero y vigésimo cuarto, Suplemento N.º 2. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas; 2001.
213. Fathelrahman AI, Omar M, Awang R, Borland R, Fong GT, Hammond D et al. Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy. *Nicotine and Tobacco Research*. 2009;11(3):248–53.
214. Ngo A, Cheng KW, Shang C, Huang J, Chaloupka FJ. Global evidence on the association between cigarette graphic warning labels and cigarette smoking prevalence and consumption. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(3).
215. Li Z, Elton-Marshall T, Fong GT, Quah ACK, Feng G, Jiang Y et al. Noticing cigarette health warnings and support for new health warnings among non-smokers in China: findings from the International Tobacco Control project (ITC) China survey. *BMC Public Health*. 2017;17(1):476.
216. Kamyab K, Nonnemaker JM, Farrelly MC. Public support for graphic health warning labels in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015;48(1):89–92.
217. International Tobacco Control Policy Evaluation, P, FCTC Article 11: tobacco warning labels, in Evidence and recommendations from the ITC project. Waterloo, Ontario: ITC; 2009.
218. Lempert LK, Glantz S. Packaging colour research by tobacco companies: the pack as a product characteristic. *Tobacco Control*. 2017;26(3):307–315.
219. Yong HH, Borland R, Cummings KM, Lindblom EN, Li L, Bansal-Travers M et al. US smokers' beliefs, experiences and perceptions of different cigarette variants before and after the FSPTCA ban on misleading descriptors such as «light», «mild», or «low». *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(11):2115–2123.
220. Falcone M, Bansal-Travers M, Sanborn PM, Tang KZ, Strasser AA. Awareness of FDA-mandated cigarette packaging changes among smokers of «light» cigarettes. *Health Education Research*. 2015;30(7):81–6.
221. Borland R, Wilson N, Fong GT, Hammond D, Cummings KM, Yong HH et al. Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. *Tobacco Control*. 2009;18(5):358–64.
222. Kowitz SD, Noar SM, Ranney LM, Goldstein AO. Public attitudes toward larger cigarette pack warnings: Results from a nationally representative U.S. sample. *PLoS One*. 2017.
223. Noar SM, Hall MG, Francis DB, Ribisl KM, Pepper JK, Brewer NT. Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies. *Tobacco Control*. 2016;25(3):341–54.

224. Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review. *Tobacco Control*. 2011;20:327–337.
225. Francis DB, Mason N, Ross JC, Noar SM. Impact of tobacco-pack pictorial warnings on youth and young adults: a systematic review of experimental studies. *Tobacco Induced Diseases*. 2019;17(41).
226. Strahan E, White K, Fong G, Fabrigar L, Zanna M, Cameron R. Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective. *Tobacco Control*. 2002;11(3):183–90.
227. Noar SM, Francis DB, Bridges C, Sontag JM, Ribisl KM, Brewer NT. The impact of strengthening cigarette pack warnings: systematic review of longitudinal observational studies. *Social Science and Medicine*. 2016;164:118–129.
228. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Current cigarette smoking among adults in the United States. 2020 (citado 2021, consultado el 9 de junio de 2021); Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm.
229. Turk T, Chaturvedi P, Murukutla N, Mallik V, Sinha P, Mullin S. Raw and real: an innovative communication approach to smokeless tobacco control messaging in low- and middle-income countries. *Tobacco Control*. 2017;26(4):476–481.
230. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, Centro Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Oficina sobre Tabaquismo y Salud; 2000 https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/complete_report/pdfs/fullreport.pdf, consultado el 3 de julio de 2021).
231. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, MD: Institutos Nacionales de Salud; 2008 (https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-08/m19_complete.pdf, consultado el 3 de julio de 2021).
232. Siegel M. Mass media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. *Annals of Internal Medicine*. 1998;129(2):128–132.
233. McAfee T, Davis K, Alexander RL Jr, Pechacek TF, Bunnell R. Effect of the first federally funded US antismoking national media campaign. *Lancet*. 2013;382:2003–2011.
234. Durkin S, Brennan E, Wakefield M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco Control*. 2012;21:127–138.
235. Dunlop SM, Wakefield M, Kashima Y. The contribution of antismoking advertising to quitting: intra- and interpersonal processes. *Journal of Health Communication*. 2008;13:250–266.
236. Bala MM, Lukasz S, Topor-Madry R, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Systematic Review*. 2013;6(CD004704).
237. Haghighpanahan H, Mackay D, Pell JP, Bell D, Langley T, Haw S. The impact of TV mass media campaigns on calls to a national quitline and the use of prescribed nicotine replacement therapy: a structural vector autoregression analysis. *Addiction*. 2017;112(7):1229–1237.
238. Murukutla N, Bayly M, Mullin S, Cotter T, Wakefield M. Team IA-SARS. Male smoker and non-smoker responses to television advertisements on the harms of secondhand smoke in China, India and Russia. *Health Education Research*. 2015;30(1):24–34.
239. Bafunno D, Catino A, Lamorgese V, Del Bene G, Longo V, Montrone M et al. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *Journal of Thoracic Disease*. 2020; 12(7): 3844–3856.
240. DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ Winickoff JP. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics*. 2006; 117(6):e1237–48.
241. Lovato, C, Watts A Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(10): Cd003439.
242. Lee, S, Ling PM Glantz SA. The vector of the tobacco epidemic: tobacco industry practices in low- and middle-income countries. *Cancer Causes Control*. 2012; 23 Suppl 1: 117–29.
243. Gender, women, and the tobacco epidemic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44342>, consultado el 4 de julio de 2021).
244. Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR, Winickoff JP. The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: a meta-analysis. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*. 2006;160(12):1285–96.
245. Centers for Disease Control and Prevention. Decline in smoking prevalence – New York City. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2007;56(24):604–8.
246. Henriksen, L. Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. 2012.
247. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*. 2000;19(6): 1117–37.
248. Kasza KA, Hyland AJ, Brown A, Siahpush M, Yong H-H, McNeill AD et al. The effectiveness of tobacco marketing regulations on reducing smokers' exposure to advertising and promotion: findings from the international Tobacco Control (ITC) four-country survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(2):321–340.
249. Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *Journal of Health Economics*. 2008;27(4):930–942.
250. The tobacco industry and the health risks of smoking. Second report. En: www.parliament.uk (sitio web). Londres: Reino Unido; 2000 <https://publications.parliament.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2707.htm>, consultado el 4 de julio de 2021)
251. Building blocks for tobacco control: a handbook. Ginebra; Organización Mundial de la Salud: 2018.
252. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. En: *Tobacco control in developing countries*, Jha P, Chaloupka FJ, Eds. Oxford: Oxford University Press; 2000.
253. Directrices para la aplicación del artículo 13: Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
254. Cohen JE, Planinac L, Lavack A, Robinson D, O'Connor S, DiNardo J. Changes in retail tobacco promotions in a cohort of stores before, during, and after a tobacco product display ban. *American Journal of Public Health*. 2011;101(10):1879–81.
255. Carter OB, Phan T, Mills BW. Impact of a point-of-sale tobacco display ban on smokers' spontaneous purchases: comparisons from post-purchase interviews before and after the ban in Western Australia. *Tobacco Control*. 2015;24(e1):e81–6.
256. Lee JGL, Henriksen L, Myers AE, Dauphinee AL, Ribisl KM. A systematic review of store audit methods for assessing tobacco marketing and products at the point of sale. *Tobacco Control*. 2014; 23(2):98.
257. Robertson L, Cameron C, McGee R, Marsh L, Hoek J. Point-of-sale tobacco promotion and youth smoking: a meta-analysis. *Tobacco Control*. 25. 10.1136/tobaccocontrol-2015-052586.
258. Spanopoulos D, Britton J, McNeill A, Ratschen E, Szatkowski L. Tobacco display and brand communication at the point of sale: implications for adolescent smoking behaviour. *Tobacco Control*. 2014;23:64–69.
259. Fooks GJ, Gilmore AB, Smith KE, Collin J, Holden C, Lee K. Corporate social responsibility and access to policy elites: an analysis of tobacco industry documents. *PLoS Med*. 2011; 8(8):e1001076.
260. Ribisl KM, Jo C. Tobacco control is losing ground in the Web 2.0 era: invited commentary. *Tobacco Control*. 2012;21(2):145–146.
261. Campaign for Tobacco-Free Kids, American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American Cancer Society Cancer Action Network, American Heart Association, American Lung Association, et al., Request for Investigative and Enforcement Action to Stop Deceptive Advertising Online. 2018.

262. Freeman B. New media and tobacco control. *Tobacco Control*. 2012;21:139–144.
263. Texting, social networking popular worldwide. En: Pew Research Center (sitio web). 2012 (<http://www.pewglobal.org/2011/12/20/global-digital-communication-texting-social-net-working-popular-worldwide>, consultado el 4 de julio de 2021).
264. Social networking popular across globe. En: Pew Research Center 2012 (website) (<http://www.pewglobal.org/2012/12/12/social-net-working-popular-across-globe-website>, consultado el 4 de julio de 2021).
265. Venezuela, Global Youth Tobacco Survey 2019.
266. Task force on fiscal policy for health. Health taxes to save lives: employing effective excise taxes on tobacco, alcohol, and sugary beverages. New York, NY: Bloomberg Philanthropies; 2019.
267. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (https://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction.pdf, consultado el 4 de julio de 2021).
268. IARC handbooks of cancer prevention: tobacco control. Volume 14: Effectiveness of tax and price policies for tobacco control. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2011 (<https://publications.iarc.fr/publications/media/download/4018/05229a5e57f58b0bf51364dd0f3329d45c898839.pdf>, consultado el 4 de julio de 2021).
269. Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351>, consultado el 4 de julio de 2021).
270. Salvar vidas, reducir el gasto: una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275408>, consultado el 4 de julio de 2021).
271. Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206007/9789241510424_eng.pdf, consultado el 4 de julio de 2021).
272. Sin tax reform in the Philippines: transforming public finance, health, and governance for more inclusive development. Washington, DC: World Bank Group; 2016 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/638391468480878595/pdf/106777-PUB-PUBLIC-PUBDATE-7-26-2016.pdf>, consultado el 4 de julio de 2021).
273. Tobacco price and taxation: ITC cross-country comparison report. Waterloo, Canada: International Tobacco Control; 2012.
274. Fiscal policy: how to design and enforce tobacco excises? Washington, DC: International Monetary Fund Fiscal Affairs Department; 2016 (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/howtonotes/2016/howtonote1603.pdf>).
275. Confronting illicit tobacco trade: a global review of country experiences. Washington, DC: The World Bank; 2019 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/677451548260528135/Confronting-Illicit-Tobacco-Trade-a-Global-Review-of-Country-Experiences>, consultado el 4 de julio de 2021).
276. Reddy KS, Yadav A, Arora M, Nazar GP. Integrating tobacco control into health and development agendas. *Tobacco Control*. 2012;21:281–286.
277. Tobacco use: equity and social determinants. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, consultado el 4 de julio de 2021).



NOTAS TÉCNICAS

NOTA TÉCNICA I	Evaluación de las políticas vigentes y su cumplimiento
NOTA TÉCNICA II	Prevalencia del consumo de tabaco en los Estados Miembros de la OMS
NOTA TÉCNICA III	Impuestos sobre el tabaco en los Estados Miembros de la OMS

ANEXOS

ANEXO I	Resumen regional de las medidas MPOWER
ANEXO II	Sistemas electrónicos de administración de nicotina
ANEXO III	Año de mayor nivel de cumplimiento de algunas de las medidas de control del tabaco
ANEXO IV	Mayor nivel de cumplimiento de algunas de las medidas de control del tabaco en las 100 mayores ciudades del mundo
ANEXO V	Situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco

ANNEXES PUBLIÉES SUR LE WEB

ANEXO EN LÍNEA VI :	Datos mundiales sobre las normativas de control del tabaco
ANEXO EN LÍNEA VII :	Perfiles de países
ANEXO EN LÍNEA VIII :	Ingresos fiscales del tabaco
ANEXO EN LÍNEA IX :	Impuestos, precios y asequibilidad del tabaco
ANEXO EN LÍNEA X :	Estimaciones de prevalencia del consumo de tabaco normalizadas por edad, 2019
ANEXO EN LÍNEA XI :	Datos sobre prevalencia proporcionados por los países
ANEXO EN LÍNEA XII :	Mapas de datos mundiales sobre las normativas de control del tabaco

La COVID-19 y el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021

La elaboración del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021 requiere la aportación coordinada de cientos de especialistas en salud pública. Ahora bien, es importante señalar que la producción de este informe se ha enfrentado a limitaciones únicas. Muchos puntos focales a nivel de país en materia de control del tabaco han tenido que hacer frente a importantes problemas de capacidad durante el periodo de recopilación y validación de datos, ya que han tenido que asumir otros cometidos adicionales en respuesta a la COVID-19, por lo que es posible que se haya perdido alguna

información o matices valiosos en los análisis.

También cabe señalar que en las comparaciones de los datos más recientes con los de años anteriores habrá que tener en cuenta las circunstancias excepcionales que se produjeron en 2020 y que han acelerado el progreso del control del tabaco en algunas partes y lo han ralentizado en otras. Por ejemplo, varios países han conseguido reforzar su legislación sobre el control del tabaco durante ese tiempo. El análisis del contexto único de cada país excede el alcance de este informe.

Queremos aprovechar la oportunidad para dar las gracias a todos los que han ofrecido su valioso tiempo y recursos para que este informe pudiera publicarse a tiempo. Muchas de las personas que han participado en el informe han sufrido la COVID-19 directamente, han tenido que cuidar de sus familiares o amigos durante estos difíciles momentos o han perdido a sus seres queridos.

Dedicamos este informe a todas las personas que hemos perdido a causa de la COVID-19.

EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS VIGENTES Y SU CUMPLIMIENTO

En este informe se presentan indicadores sintéticos de los logros de los países con respecto a cada una de las medidas MPOWER, y en esta Nota Técnica se describe la metodología que se ha empleado para calcular cada indicador. Para garantizar la coherencia y la comparabilidad, la metodología de recopilación y análisis de datos que se ha utilizado en este informe se basa en gran medida en la de ediciones anteriores. Sin embargo, algunos aspectos de la metodología empleada en informes anteriores se han revisado y mejorado para el presente informe. En los casos en que se han realizado revisiones, los datos de los informes anteriores se han vuelto a analizar para que los resultados puedan compararse entre años.

Esta edición del informe incluye por primera vez datos sobre los SEAN y SESN, por lo que la metodología empleada para los datos relacionados con estos productos se ha añadido a lo largo de las Notas Técnicas.

FUENTES DE DATOS

Los datos se han recopilado utilizando las siguientes fuentes:

- Para todas las áreas: informes oficiales de las Conferencias de las Partes en el CMCT de la OMS y su documentación correspondiente¹.
- En el caso de «M» (vigilar el consumo): las encuestas de prevalencia del tabaco que no se notificaron en el marco del mecanismo de presentación de informes de la COP se han recopilado principalmente a través de las oficinas regionales y en los países de la OMS. En la Nota Técnica II se ofrecen más detalles.
- En el caso de «P» (proteger a la población del humo de tabaco), «W» (advertir de los peligros del tabaco) y «E» (hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco): la legislación original sobre control del tabaco (incluidos los reglamentos) adoptada

en todos los Estados Miembros en materia de entornos sin humo, medidas sobre empaquetado y etiquetado, y publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Las leyes y los reglamentos en materia de control del tabaco, así como los reglamentos relativos a los productos, son también las fuentes de datos para los SEAN y los SESN. En los casos en que una ley se hubiera aprobado antes del 31 de diciembre de 2020 pero aún no hubiera entrado en vigor, se ha evaluado la ley respectiva y los datos se han notificado con un asterisco que indica «Disposición adoptada pero no aplicada antes del 31 de diciembre de 2020». En los casos en los que se hubiera aprobado una ley pero no la normativa de aplicación, los datos se han notificado con el asterisco «Pendiente de la reglamentación».

- En el caso de «W» (medios de comunicación): los datos sobre las campañas contra el tabaco en los medios de comunicación se han obtenido de los Estados Miembros. Para evitar la recopilación innecesaria de datos, la OMS realizó una selección de campañas contra el tabaco en los medios de comunicación de masas en todas las oficinas de la OMS en los países. En los países en que se encontraron campañas en los medios que podrían cumplir los requisitos, se estableció contacto con el punto focal del país para obtener más información sobre las campañas, y se recopilaron y registraron sistemáticamente los datos sobre las campañas que reunían las condiciones necesarias.
- En el caso de «O» (ofrecer ayuda para abandonar el tabaco): los datos que no se notificaron en el marco del mecanismo de presentación de informes de la COP se han recopilado principalmente a través de las oficinas regionales y en los países de la OMS.
- En el caso de «R» (aumentar los impuestos al tabaco): se recopilaron los precios de la marca de cigarrillos más vendida, de la marca más barata y de una marca premium a través de personas encargadas de obtener datos a nivel regional. La información sobre

la fiscalidad de los cigarrillos (y, cuando ha sido posible, de otros productos de tabaco fumados y sin humo más utilizados) y los ingresos procedentes de la fiscalidad del tabaco se han recogido de los ministerios de finanzas. En la Nota Técnica III se presenta en detalle la metodología utilizada.

A partir de estas fuentes de información, la OMS ha evaluado cada indicador al 31 de diciembre de 2020. Las excepciones a esta fecha límite han sido los precios e impuestos de los productos de tabaco (fecha límite del 31 de julio de 2020) y las campañas contra el tabaco en los medios de comunicación (fecha límite del 30 de junio de 2020).

VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Para cada país, cada punto de datos cuya legislación era la fuente ha sido evaluado por dos expertos de dos oficinas diferentes de la OMS, generalmente uno de la sede de la OMS y el otro de la respectiva oficina regional de la OMS. Cualquier incoherencia ha sido revisada por los dos expertos correspondientes de la OMS y, en caso necesario, por un tercer miembro del personal experto que no hubiera participado en la evaluación de la legislación. Los desacuerdos en la interpretación de la legislación se han resuelto mediante: i) la comprobación de los textos originales de la legislación; ii) el intento de obtener el consenso de los dos expertos que hubieran participado en la recogida de datos; iii) el intento de obtener aclaraciones de los jueces o abogados del país en cuestión; y iv) la decisión del tercer experto en los casos en que hubiera diferencias. También se ha comprobado la integridad de los datos y la coherencia lógica entre las variables.

APROBACIÓN DE LOS DATOS

Los datos finales y validados de cada país se enviaron a los gobiernos respectivos para su examen y aprobación. Para facilitar el examen por parte de los gobiernos, se

generó una hoja de resumen para cada país y se envió para su revisión antes del cierre de la base de datos del informe. En los casos en que las autoridades nacionales solicitaron cambios en los datos, el personal experto de la OMS evaluó las solicitudes de acuerdo con la legislación/ materiales y la aclaración presentada por las autoridades nacionales, y los datos se han actualizado o no se han modificado. En los casos en los que las autoridades nacionales no estaban explícitamente de acuerdo con la evaluación de los datos, esto se indica específicamente en los cuadros del anexo. Pueden obtenerse más detalles sobre el procedimiento de procesamiento de los datos en la OMS.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Es importante tener en cuenta que los datos sobre las leyes reflejan la situación de la legislación adoptada antes del 31 de diciembre de 2020 que tiene una fecha de entrada en vigor establecida y que no está siendo objeto de un recurso jurídico que pueda afectar a la fecha de aplicación. Los datos de las leyes que no habían entrado en vigor el 31 de diciembre de 2020 tienen una nota a pie de página que lo indica. Los indicadores sintéticos elaborados para el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021 son los mismos que se utilizaron en el informe de 2019.

El informe ofrece un análisis de los progresos realizados entre 2018 y 2020, y entre 2007 y 2020, utilizando la última evaluación de la situación de las medidas en cada año para que los resultados sean comparables entre años. En el caso de los impuestos, los datos comparables más antiguos son los de 2008 y, en el caso de los medios de comunicación, solo se dispone de datos a partir de 2010. Para calcular el cambio en el porcentaje de la población cubierta por cada política o medida a lo largo del tiempo, se han utilizado las estimaciones de población del año 2019². El uso de un año estático elimina el efecto del crecimiento de la población al medir el cambio a lo largo del tiempo. Se han vuelto a calcular los indicadores de años anteriores, de acuerdo con la legislación y los materiales recibidos después del periodo de evaluación del informe respectivo o de acuerdo con los cambios introducidos en la metodología de los indicadores. Todos los grupos de ingresos que se han utilizado en este informe proceden de la clasificación de grupos de ingresos publicada el 1 de julio de 2020 por el Banco Mundial³. Los grupos de ingresos medianos altos y medianos bajos se han combinado en un solo grupo para el informe.

Cuando en la sección de análisis de este informe se hace referencia a los totales de los países o de la población para las medidas MPOWER de forma colectiva, solo se incluye en estos totales la aplicación de las políticas de control del tabaco (legislación sobre entornos sin humos, servicios de ayuda para el abandono del tabaco, etiquetas de advertencia, prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio, e impuestos sobre el tabaco).

El seguimiento del consumo de tabaco y las campañas contra el tabaco en los medios de comunicación se presentan por separado.

CORRECCIÓN DE DATOS PUBLICADOS ANTERIORMENTE

Se han revisado los datos de 2018 publicados en el último informe y se ha corregido alrededor del 3% de los puntos de datos. El conjunto completo de datos MPOWER revisados para todos los años desde 2007 puede consultarse en el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS en <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/tobacco-control>.

SEGUIMIENTO DEL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN

La solidez de un sistema nacional de vigilancia del tabaco se evalúa en función de la frecuencia y la periodicidad de las encuestas nacionales representativas de jóvenes y adultos en los países. Los países se agrupan en la categoría superior de vigilancia cuando se cumplen todos los criterios que se enumeran a continuación, tanto para las encuestas de jóvenes como de adultos:

- si se ha realizado una encuesta recientemente;
- si la encuesta era representativa de la población del país;
- si se ha repetido una encuesta similar en un plazo de cinco años (periódica); y
- si las poblaciones de jóvenes y adultos se han estudiado mediante encuestas escolares y de hogares, respectivamente.

Las encuestas se consideran recientes si se han realizado en los últimos cinco años.

En el caso de este informe, esto significa 2015 o posterior. Las encuestas se han considerado representativas solamente si se ha utilizado un método científico de muestreo aleatorio para garantizar resultados representativos a nivel nacional. (Aunque proporcionan información útil, las encuestas subnacionales o las encuestas nacionales de grupos de población específicos no proporcionan información suficiente para poder actuar sobre el control del tabaco en toda la población). Las encuestas se han considerado periódicas si se ha repetido la misma encuesta o una encuesta con preguntas iguales o similares al menos una vez cada cinco años. Se han aplicado las siguientes definiciones para las encuestas de jóvenes y adultos:

Encuestas de jóvenes:

encuestas escolares a estudiantes de 13 a 15 años o de otro rango de edad que se encuentre cursando la enseñanza secundaria. Las preguntas que se formulan en estas encuestas deben proporcionar indicadores coherentes con los especificados en los cuestionarios y manuales de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes.

Encuestas de adultos:

encuestas basadas en la población que puedan proporcionar indicadores sobre los adultos mayores de 15 años (u otro rango de edad que comience alrededor de los 15 años y que incluya a las personas mayores de 15 años) que sean coherentes con los especificados en los cuestionarios y manuales de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos.

A continuación se enumeran los grupos del indicador de seguimiento.

	No hay datos conocidos, no hay datos recientes*, o los datos no son ni recientes* ni representativos**
	Datos recientes* y representativos** de adultos o de jóvenes
	Datos recientes* y representativos** de adultos y de jóvenes
	Datos recientes*, representativos** y periódicos*** de adultos y de jóvenes

* Datos de 2015 o posteriores.

** Muestra de la encuesta representativa de la población nacional.

*** Recogidos al menos cada cinco años.

En raison de la difficulté de réaliser des enquêtes nationales en population ou en milieu scolaire dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les pays qui se situaient au niveau de réalisation le plus élevé dans le rapport précédent n'ont pas été classés dans une catégorie inférieure dans le présent rapport.

LÉGISLATION ANTITABAC

Un large éventail de lieux et d'institutions peuvent être déclarés sans tabac par la loi. La législation antitabac peut être en vigueur au niveau national ou infranational. Le rapport inclut des données reposant sur la législation nationale, et sur la législation des juridictions infranationales lorsqu'elles sont disponibles et lorsque les lois nationales sont incomplètes. L'évaluation de la législation antitabac infranationale inclut les subdivisions administratives de premier niveau d'un pays, au sens de la norme ISO3166. Les données infranationales figurant dans l'annexe VI reflètent uniquement le contenu des lois infranationales. Les dispositions couvertes par la législation nationale sont indiquées par une note informative au regard des données infranationales. Lorsque l'état de la législation pour un environnement sans tabac n'est pas indiqué pour une partie ou l'ensemble des juridictions infranationales, nous supposons que la loi nationale existante s'applique. La législation a été évaluée afin de déterminer si les lois antitabac prévoyaient un environnement intérieur complètement⁴ sans tabac à tout moment, dans tous les établissements de chacun des huit types de lieux suivants :

- établissements de santé ;
- établissements d'enseignement autres que les universités ;
- universités ;
- édifices gouvernementaux ;
- bureaux et lieux de travail intérieurs non inclus dans les autres catégories ;

- restaurants ou établissements servant principalement des aliments ;
- cafés, pubs et bars ou établissements servant principalement des boissons ;
- transports publics.

Les groupements aux fins de l'indicateur sur la législation antitabac reposent sur le nombre d'endroits où il est complètement interdit de fumer à l'intérieur. Les pays où il n'y a pas d'interdiction complète de fumer au niveau national, mais où au moins 90 % de la population sont couverts par des lois antitabac infranationales sont groupés dans la catégorie supérieure. Les groupements utilisés pour l'indicateur sur la législation antitabac sont indiqués ci-après.

	No se informa/sin categorizar
	Ausencia total de prohibición, o hasta dos lugares públicos completamente libres de humo
	De tres a cinco lugares públicos están completamente libres de humo
	De seis a siete lugares públicos están completamente libres de humo
	Todos los lugares públicos están completamente libres de humo (o al menos el 90% de la población está cubierta por una legislación subnacional completa sobre entornos sin humo)

Outre les données utilisées pour les groupements ci-avant de l'indicateur sur la législation antitabac, d'autres données connexes comme les informations sur les amendes et l'application de la législation ont été collectées et sont reprises à l'annexe VI.

La législation antitabac d'un certain nombre de pays comporte des exceptions qui autorisent la désignation d'espaces fumeurs dans certains lieux publics et de travail. Cela est classé « Non ». Pour le petit nombre de pays où les espaces fumeurs sont autorisés selon des « critères techniques très stricts »⁷, ce fait est indiqué dans les tableaux des annexes par un astérisque au lieu d'un « Oui ». Si les espaces fumeurs sont autorisés, mais que les critères très stricts manquent ou ne sont pas mentionnés dans la législation, cela est classé « Non ». Les groupements pour les lois antitabac traitent un astérisque de la même manière qu'un « Non », car une loi qui autorise les espaces fumeurs, quelles qu'en soient les modalités, n'assure pas une protection complète.

TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE À L'ÉGARD DU TABAC

L'indicateur relatif au traitement de la dépendance à l'égard du tabac repose sur la disponibilité des éléments suivants dans le pays :

- traitements de substitution nicotinique (TSN) ;
- aide au sevrage tabagique ;
- remboursement des services ci-dessus ; et
- service téléphonique national gratuit d'aide au sevrage tabagique.

Malgré le faible coût des services d'aide par téléphone, peu de pays à revenu faible ou intermédiaire ont mis en œuvre de tels programmes. Par conséquent, les services téléphoniques nationaux gratuits d'aide au sevrage tabagique ne sont inclus comme critère d'admissibilité que pour la catégorie la plus élevée. Le remboursement du traitement de la dépendance à l'égard du tabagisme est considéré uniquement pour les deux catégories supérieures, afin de tenir compte des budgets limités de nombreux pays à faible revenu.

Les trois catégories supérieures reflètent divers degrés d'engagement des pouvoirs publics en matière de fourniture de traitements de substitution nicotinique et d'aide au sevrage tabagique.

Les groupements utilisés pour l'indicateur	Non se informa/sin categorizar
	Ausencia total de prohibición, o hasta dos lugares públicos completamente libres de humo
	De tres a cinco lugares públicos están completamente libres de humo
	De seis a siete lugares públicos están completamente libres de humo
	Todos los lugares públicos están completamente libres de humo (o al menos el 90% de la población está cubierta por una legislación subnacional completa sobre entornos sin humo)

* Tratamiento de sustitución con nicotina.

** Se dispone de servicios de ayuda para el abandono del tabaco en cualquiera de los siguientes lugares: ambulatorios u otros establecimientos de atención primaria, hospitales, consultorio de un profesional de la salud, la comunidad u otros contextos.

Outre les données utilisées pour le groupement de l'indicateur sur le traitement de la dépendance à l'égard du tabac, d'autres données connexes,

telles que des informations sur la liste des médicaments essentiels des pays, ont été collectées et sont reprises à l'annexe VI.

ÉTIQUETTES DE MISE EN GARDE SUR L'EMBALLAGE DES PRODUITS DU TABAC

La section du rapport qui évalue la législation de chaque pays en matière de mises en garde sanitaires comprend les informations suivantes sur les mises en garde sur les paquets de cigarettes :

- le caractère obligatoire de mises en garde spécifiques ;
- la taille réglementaire des mises en garde, en pourcentage des faces avant et arrière du paquet de cigarettes ;
- l'apposition des mises en garde sur les paquets individuels et les emballages et l'étiquetage extérieurs utilisés dans la vente au détail ;
- la description de méfaits spécifiques de la consommation de tabac pour la santé dans les mises en garde ;
- le caractère grand, clair, visible et lisible des mises en garde (par exemple l'obligation d'utiliser certaines couleurs et certaines polices et tailles de caractères) ;
- le changement périodique des mises en garde ;
- l'apposition des mises en garde dans (toutes) les langues principales du pays ;
- l'utilisation d'images ou de pictogrammes.

La taille moyenne des mises en garde sur les faces avant et arrière du paquet de cigarettes a été calculée pour exprimer le pourcentage de la superficie totale du paquet couvert par les mises en garde. Ces informations ont été combinées avec les caractéristiques des mises en garde pour définir les groupements aux fins de l'indicateur sur les mises en garde sanitaires.

Les groupements utilisés pour l'indicateur sur les mises en garde sanitaires sont indiqués ci-après.

	No se han comunicado datos
	Sin advertencias o con advertencias de pequeño tamaño ¹
	Advertencias de tamaño medio ² en las que faltan algunas ³ o muchas ⁴ características pertinentes ⁵ O advertencias de gran tamaño ⁶ en las que faltan muchas ⁴ características pertinentes ⁵
	Advertencias de tamaño medio ² con todas las características pertinentes ⁵ O advertencias de gran tamaño ⁶ en las que faltan algunas ³ características pertinentes ⁵
	Advertencias de gran tamaño ⁶ con todas las características pertinentes ⁵

- ¹ La media del anverso y el reverso del envase es inferior al 30%.
- ² La media del anverso y el reverso del envase está entre el 30 y el 49%.
- ³ De una a tres.
- ⁴ Cuatro o más.
- ⁵ Características pertinentes:
- advertencias sanitarias específicas obligatorias;
 - aparecen en los paquetes individuales, así como en cualquier embalaje y etiquetado exterior utilizado en la venta al por menor;
 - describen los efectos nocivos específicos del consumo de tabaco para la salud;
 - son de gran tamaño, claras, visibles y legibles (por ejemplo, se exigen colores y estilos y tamaños de letra específicos);
 - rotan;
 - incluyen imágenes o pictogramas;
 - están escritas en (todas) las lenguas principales del país.
- ⁶ La media del anverso y el reverso del envase es al menos del 50%.

Outre les données sur les cigarettes utilisées pour le groupement relatif à l'indicateur sur les mises en garde sanitaires, des données sur d'autres produits du tabac à fumer et produits du tabac sans fumée, ainsi que d'autres données connexes comme l'affichage du numéro du service d'aide par téléphone et le conditionnement neutre obligatoire, entre autres, ont été collectées et sont reprises à l'annexe VI.

Le conditionnement neutre (également appelé conditionnement normalisé) est défini dans les directives pour l'application de l'article 11 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac comme une mesure « visant à limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les conditionnements hormis le nom de la marque et celui du nom du produit imprimés avec des caractères normaux et dans une couleur standardisée ».

Pour qu'un pays apparaisse dans le présent rapport comme ayant introduit le conditionnement neutre, les critères suivants (définis dans les directives pour l'application de l'article 13 de la Convention) doivent être imposés par une loi et les règles de mise en œuvre :

- noir et blanc ou deux autres couleurs contrastées selon les prescriptions des autorités nationales ;
- rien d'autre qu'un nom de marque, un nom de produit et/ou de fabricant, une adresse et la quantité de produit dans le conditionnement, sans logo ni caractéristique en dehors des mises en garde sanitaires, des vignettes fiscales et d'autres informations ou marques requises par les autorités ;
- l'utilisation de caractères de type et de dimension prescrits pour les éléments ci-dessus ;
- une forme, une taille et des matériels types.
- il ne doit pas y avoir de publicité ou de promotion à l'intérieur du conditionnement ou liée au conditionnement ni sur des cigarettes individuelles ou d'autres produits du tabac.

Les pays qui disposent d'une loi exigeant le conditionnement neutre, mais où des règles de mise en œuvre n'ont pas encore été adoptées ne sont pas indiqués comme ayant introduit le conditionnement neutre. Dans ce cas, « Réglementation en instance » est indiqué dans une note de base de page. Il en va de même pour les pays qui ont rendu les mises en garde sanitaires obligatoires par une loi, mais qui n'ont pas encore stipulé les textes et/ou images appropriés par décret, règlement, règle, etc.

CAMPAÑAS CONTRA EL TABACO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los países llevan a cabo actividades de comunicación por muchas razones, como mejorar las relaciones públicas, llamar la atención sobre un tema, conseguir apoyo para las políticas públicas o provocar un cambio de comportamiento. Las campañas de comunicación contra el tabaco, que son una de las principales intervenciones para el control del tabaco, deben tener características específicas para ser mínimamente eficaces: deben tener una duración suficiente y deben estar diseñadas para apoyar eficazmente las prioridades

del control del tabaco, como aumentar el conocimiento, cambiar las normas sociales, promover el abandono del tabaco, prevenir el consumo de tabaco y aumentar el apoyo a las buenas políticas de control del tabaco.

Teniendo esto presente, y en consonancia con la definición de «campañas contra el tabaco en los medios de comunicación» del último informe, solo se han considerado admisibles para el análisis las campañas en los medios de comunicación que estuvieran: i) diseñadas para apoyar el control del tabaco; ii) de al menos tres semanas de duración y iii) ejecutadas entre el 1 de julio de 2018 y el 30 de junio de 2020. En aras de la viabilidad logística y la comparabilidad entre países, solo se han considerado admisibles las campañas de ámbito nacional. En consonancia con el último informe y para conseguir una mayor precisión, los materiales de las campañas debían presentarse y verificarse en función de los criterios de admisibilidad para todos los países.

Las campañas admisibles se han evaluado con arreglo a las características siguientes, que indican el uso de un enfoque de comunicación integral:

1. La campaña formaba parte de un programa integral de control del tabaco.
2. Antes de la campaña, se había llevado a cabo una investigación o realizado una revisión de estudios para obtener un conocimiento profundo del público destinatario.
3. Los materiales de comunicación de la campaña se habían ensayado previamente con el público destinatario y se habían perfeccionado en función de los objetivos de la campaña.
4. El tiempo de emisión (radio, televisión) o la colocación (vallas publicitarias, publicidad impresa, etc.) se habían obtenido comprándolo o asegurándolo con los propios recursos internos de la organización o con un planificador o agencia de medios externa (esta información indica si la campaña había adoptado un proceso exhaustivo de planificación y contratación de medios para llegar de forma eficaz y eficiente a su público destinatario).
5. El organismo ejecutor había trabajado con periodistas para obtener publicidad o cobertura informativa para la campaña.
6. Se había realizado una evaluación del proceso para determinar la eficacia de la ejecución de la campaña.

7. Se había llevado a cabo un proceso de evaluación de resultados para valorar el impacto de la campaña.
8. La campaña se había emitido por televisión o radio.

A continuación se enumeran los grupos del indicador de campañas en los medios de comunicación.

	No se han comunicado datos
	Ninguna campaña nacional realizada entre julio de 2018 y junio de 2020 con una duración de al menos tres semanas
	Campaña nacional ejecutada con entre una y cuatro características pertinentes
	Campaña nacional ejecutada con al menos cinco o seis características pertinentes, o con siete características sin emisión en televisión, radio o ambas
	Campaña nacional ejecutada con al menos siete características pertinentes, incluida la emisión en televisión, radio o ambas

PROHIBICIONES A LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO

El informe engloba datos sobre la legislación de las jurisdicciones nacionales y subnacionales. La evaluación de la legislación subnacional sobre prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio incluye las subdivisiones administrativas de primer nivel enumeradas en la norma ISO 3166. Los datos subnacionales que figuran en el anexo VI solo reflejan el contenido de las leyes subnacionales. Las disposiciones contempladas en la legislación nacional se indican mediante una nota informativa junto a los datos subnacionales. En los casos en que no se informa de la situación de la legislación sobre publicidad, promoción y patrocinio correspondiente a algunas o todas las jurisdicciones subnacionales, suponemos que se aplica la legislación nacional vigente.

Los logros de los países en materia de prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco se han evaluado en función de si las prohibiciones abarcan los siguientes tipos de publicidad:

- televisión y radio nacionales;
- revistas y periódicos locales;
- vallas publicitarias y publicidad exterior;

- puntos de venta (interiores);
- distribución gratuita de productos de tabaco por correo o por otros medios;
- descuentos promocionales;
- productos ajenos al tabaco identificados con marcas de tabaco (extensión de marcas)⁵;
- nombres de marcas de productos ajenos al tabaco utilizados para productos de tabaco (uso compartido de marcas)⁶;
- aparición de marcas de tabaco (emplazamiento de productos) o de productos de tabaco en la televisión o en el cine;
- patrocinio (contribuciones o publicidad de contribuciones).

Los cuatro primeros tipos de publicidad mencionados se denominan publicidad «directa», y los seis restantes, publicidad «indirecta». Las prohibiciones completas de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco suelen comenzar con la prohibición de la publicidad directa en los medios de comunicación nacionales y avanzan hacia la prohibición de la publicidad indirecta, así como de la promoción y el patrocinio.

La distinción básica entre los dos grupos más bajos es si las prohibiciones engloban la televisión, la radio y los medios impresos nacionales o no, y los grupos restantes se han formado en función de la amplitud con la que la ley contempla las prohibiciones de otras formas de publicidad directa e indirecta incluidas en el cuestionario. En los casos en los que la ley no preveía explícitamente la publicidad transfronteriza, se ha interpretado que la publicidad a nivel nacional e internacional estaba contemplada en la prohibición solo si la publicidad estaba totalmente prohibida a nivel nacional.

A continuación se enumeran los grupos del indicador de prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio. Los países en los que al menos el 90% de la población estaba cubierta por una legislación subnacional que prohibía totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco se han agrupado en la categoría superior.

	No se han comunicado datos
	Ausencia completa de prohibición, o la prohibición no incluye la televisión, la radio y los medios impresos nacionales
	Prohibición solo en la televisión, la radio y los medios impresos nacionales
	Prohibición en la televisión, la radio y los medios impresos nacionales, así como de algunas formas de publicidad directa* y/o indirecta**, pero no todas
	Prohibición de todas las formas de publicidad directa* e indirecta** (o al menos el 90% de la población está cubierta por una legislación subnacional que prohíbe completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco)

* Prohibición de la publicidad directa:

- televisión y radio nacionales;
- revistas y periódicos locales;
- vallas publicitarias y publicidad exterior;
- puntos de venta (interiores).

** Prohibición de la publicidad indirecta:

- distribución gratuita de productos de tabaco por correo o por otros medios;
- descuentos promocionales;
- productos y servicios ajenos al tabaco identificados con nombres de marcas de tabaco (extensión de marcas);
- nombres de marcas de productos ajenos al tabaco utilizados para productos de tabaco (uso compartido de marcas);
- aparición de marcas de tabaco (emplazamiento de productos) o de productos de tabaco en la televisión o en el cine;
- patrocinio (contribuciones o publicidad de contribuciones).

Además de los datos utilizados para formar los grupos del indicador de prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio, se han recogido otros datos conexos, como la prohibición de la venta por Internet o de la exposición de productos de tabaco en los puntos de venta, que figuran en el anexo VI.

IMPUESTOS SOBRE EL TABACO

Los países se han agrupado en función de la contribución porcentual de todos los impuestos sobre el tabaco al precio de venta al público de un paquete de 20 cigarrillos de la marca más extendida. Los impuestos que se han contabilizado son los impuestos al consumo, el impuesto sobre el valor añadido (o los impuestos sobre las ventas), los derechos de importación (cuando los cigarrillos se hubieran importado) y cualquier otro impuesto gravado. En el caso de los países en los que

se aplican diferentes niveles de impuestos a los cigarrillos en función de la longitud, la cantidad producida o el tipo (por ejemplo, con filtro o sin filtro), solo se ha utilizado en el cálculo el tipo aplicado a la marca más extendida.

Dada la falta de información sobre los márgenes de beneficio de los minoristas y mayoristas específicos de cada país y de cada marca, se ha asumido que sus beneficios son nulos (a menos que la persona encargada de obtener los datos los hubiera facilitado).

A continuación se enumeran los grupos del indicador de impuestos sobre el tabaco. Para más detalles, puede consultarse la Nota Técnica III.

	No se han comunicado datos
	< 25% del precio de venta al público son impuestos
	≥ 25% y < 50% del precio de venta al público son impuestos
	≥ 50% y < 75% del precio de venta al público son impuestos
	≥ 75% del precio de venta al público son impuestos

TENDENCIA DE LA ASEQUIBILIDAD DE LA MARCA DE CIGARRILLOS MÁS VENDIDA

La asequibilidad de los cigarrillos se ha calculado como el porcentaje del PIB per cápita necesario para comprar 2000 cigarrillos de la marca más vendida en cada año de este informe, desde 2010 hasta la actualidad. La tasa de crecimiento anual de la asequibilidad se ha calculado mediante mínimos cuadrados, ajustando una línea de tendencia de regresión lineal a los valores logarítmicos de la medida de asequibilidad.

A continuación se enumeran los grupos del indicador de asequibilidad. Para más detalles, puede consultarse la Nota Técnica III.

SÍ	Cigarrillos menos asequibles: el PIB per cápita necesario para comprar 2000 cigarrillos de la marca más vendida ha aumentado de media entre 2010 y 2020
NO	Cigarrillos más asequibles: el PIB per cápita necesario para comprar 2000 cigarrillos de la marca más vendida ha disminuido de media entre 2010 y 2020
↔	No se ha producido ningún cambio de tendencia en la asequibilidad de los cigarrillos desde 2010
...	Datos insuficientes para realizar un análisis de tendencias

PROGRAMAS NACIONALES DE CONTROL DEL TABACO

La clasificación de los programas nacionales de control del tabaco de los países se basa en la existencia de un organismo nacional responsable de los objetivos de control del tabaco. Los países que cuentan con al menos cinco miembros del personal equivalente a tiempo completo trabajando en el organismo nacional con responsabilidad en el control del tabaco cumplen los criterios para el grupo superior.

A continuación se enumeran los grupos del indicador de programa nacional de control del tabaco.

	No se han comunicado datos
	No existe un organismo nacional para el control del tabaco
	Existe un organismo nacional con responsabilidad sobre los objetivos de control del tabaco con menos de cinco miembros del personal equivalente a tiempo completo o no dispone de personal
	Existe un organismo nacional con responsabilidad sobre los objetivos de control del tabaco y al menos cinco miembros del personal equivalente a tiempo completo

DATOS RECOPIRADOS Y NOTIFICADOS SOBRE LOS SEAN Y LOS SESN EN RELACIÓN CON LAS MEDIDAS P, W Y E

Por primera vez en la historia de la serie, este informe incluye datos de las medidas P, W y E sobre los SEAN y los SESN. La metodología empleada para recopilar y validar los datos, así como los criterios utilizados, con respecto a las medidas P, W y E, han sido idénticos a los que se han descrito anteriormente en esta Nota Técnica. Sin embargo, no se ha evaluado la legislación subnacional para estos productos (solo la nacional) y no se han recogido datos de cumplimiento.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DATOS SOBRE LOS SEAN Y LOS SESN

Por lo que respecta a la regulación de los SEAN y SESN, estos se clasificaron en función de las disposiciones de la legislación o la reglamentación nacional. En el caso de los países que prohíben venderlos, se ha informado también de la reglamentación relativa al uso, la publicidad, la promoción y el patrocinio. En el caso de las medidas W y E, se ha distinguido entre la normativa aplicable a los dispositivos electrónicos y la que se aplica a los líquidos para los SEAN. Se evaluaron todas las preguntas utilizadas para las agrupaciones de las medidas P, W y E descritas anteriormente, y también se recogieron otros datos conexos, como la

edad mínima de compra o la regulación de los sabores, de los que se informa en el Anexo II.

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO

El cumplimiento de la existencia de una legislación integral sobre entornos sin humo a nivel nacional y subnacional, así como de las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio, ha sido evaluado por un máximo de cinco expertos nacionales, que calificaron el cumplimiento en estas dos esferas como «mínimo», «moderado» o «alto». Estos cinco expertos fueron seleccionados con arreglo a los siguientes criterios:

- la persona encargada de la prevención del tabaquismo en el ministerio de sanidad del país, o el funcionario gubernamental de mayor rango a cargo del control del tabaco o de las condiciones relacionadas con el tabaco;
- el responsable de una destacada organización no gubernamental dedicada al control del tabaco;
- un profesional de la salud (por ejemplo, un médico, una enfermera, un farmacéutico o un dentista) especializado en enfermedades relacionadas con el tabaco;
- un miembro del personal de un departamento universitario de salud pública;

- el punto focal de control del tabaco de la oficina de la OMS en el país.

Los expertos realizaron sus evaluaciones de forma independiente. La OMS calculó las puntuaciones medias de las cinco evaluaciones individuales asignando dos puntos a las políticas de alto cumplimiento, un punto a las políticas de cumplimiento moderado y ningún punto a las políticas de cumplimiento mínimo, con un mínimo potencial de 0 y un máximo de 10 puntos en total de estos cinco expertos.

La evaluación del cumplimiento se ha realizado sobre la legislación adoptada antes del 1 de abril de 2020. En el caso de los países con una legislación más reciente, los datos de cumplimiento se indican como «no se aplica».

En el anexo VI se enumeran las evaluaciones de cumplimiento. En el anexo I se resume esta información. Las puntuaciones de cumplimiento se representan por separado de los grupos (es decir, el cumplimiento no se incluye en el cálculo de las categorías de los grupos).



Background chapters

All background chapters were developed as brief summaries of the topic areas covered and are not intended to be comprehensive reviews of the existing literature.

All recommendations presented are based upon pre-existing Member State agreements or published technical guidance.

COVID-19 and tobacco: the links

This chapter is intended to provide a brief overview of the impact the COVID-19 pandemic has had on tobacco users and tobacco control. The chapter is based upon literature provided by partners working in tobacco control and a narrative review of the literature on COVID-19 and tobacco. Databases searched include PubMed and Scopus and search terms used included "tobacco", "smoking",

"coronavirus", "COVID", "policies", "tobacco control", "law" and "interventions". Three main questions were explored:

- What is the link between tobacco use and COVID-19? With regard to the question of the relationship between tobacco use and COVID-19 outcomes, systematic reviews identified in the literature search were reviewed. WHO has commissioned an umbrella systematic review of this literature (see below) and the researchers leading this work reviewed this aspect closely.
- How did countries react to the emerging evidence on the link between smoking and COVID-19? This section of the chapter was informed by the literature review described above as well as the experience of the WHO supporting countries during the pandemic. This is not an exhaustive review

of all country approaches and is not intended to provide policy guidance or recommendations.

- How has the tobacco industry exploited the crisis to further their commercial ends? Our partners at the University of Bath, STOP Initiative, are continuously monitoring industry interference. Again, the information provided here is not exhaustive but provides a brief overview of the more prominent activities conducted by the industry.

1. Las Partes informan sobre la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco de acuerdo con el artículo 21. El objetivo de la presentación de informes es que las Partes puedan aprender de la experiencia de los otros en la aplicación del CMCT de la OMS. Los informes de las Partes son también la base para el examen de la COP de la aplicación del CMCT de la OMS. Las Partes presentan su informe inicial dos años después de la entrada en vigor del CMCT de la OMS para esa Parte, y luego cada tres años subsiguientes, mediante el instrumento de presentación de informes adoptado por la COP. Desde 2012, todas las Partes presentan su informe al mismo tiempo, una vez cada dos años. Para más información, véase <https://fctc.who.int/es/who-fctc/reporting>.
2. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, en: World population prospects: revision (proyección de la fecundidad mediana para el año 2020). Para más información, véase <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
3. Banco Mundial: indicadores del desarrollo mundial publicados el 1 de julio de 2020. Para más información, véase <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/>.
4. «Completamente» se utiliza en este informe para referirse a que no se permite fumar, sin excepciones, excepto en las residencias y lugares interiores que sirven como equivalentes a establecimientos residenciales de larga duración, como las prisiones y los establecimientos de atención sanitaria y social de larga duración, por ejemplo las unidades psiquiátricas y las residencias de ancianos. La ventilación y cualquier modalidad de salas o zonas designadas para fumadores no protegen de los daños del humo de tabaco ajeno, y las únicas leyes que proporcionan protección son las que dan lugar a la ausencia total del tabaco en todos los lugares públicos.
5. Cuando la legislación no prohíbe explícitamente la identificación de productos ajenos al tabaco con nombres de marcas de tabaco (extensión de marcas) y no establece una definición de publicidad y promoción del tabaco, se interpreta que la extensión de marcas está cubierta por la prohibición existente de todas las formas de publicidad y promoción cuando el país es Parte en el CMCT de la OMS, asumiendo que se aplican las definiciones del Convenio.
6. Cuando la legislación no prohíbe explícitamente el uso de nombres de marcas de productos ajenos al tabaco en productos de tabaco (uso compartido de marcas) y no establece una definición de publicidad y promoción del tabaco, se interpreta que el uso compartido de marcas está cubierto por la prohibición existente de todas las formas de publicidad y promoción cuando el país es Parte en el CMCT de la OMS, asumiendo que se aplican las definiciones del Convenio.
7. Las excepciones de salas designadas para fumar previstas en la legislación que incluyen al menos tres de las seis características siguientes, y que incluyen al menos los criterios 5 o 6, se indican en los cuadros del anexo con un asterisco. La sala designada para fumar debe:
 - ser un recinto interior cerrado;
 - estar provista de puertas automáticas, que generalmente se mantienen cerradas;
 - ser un lugar sin tránsito de no fumadores;
 - estar equipada con dispositivos mecánicos de ventilación forzada adecuados;
 - contar con instalaciones adecuadas y aberturas funcionales, y el aire debe ser extraído de los locales;
 - mantenerse, con referencia a las zonas circundantes, en una depresión no inferior a 5 pascales.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA OMS

El seguimiento de la prevalencia del consumo de tabaco es fundamental para la labor de control de la epidemia mundial de tabaquismo. Disponer de datos de prevalencia fiables sobre la magnitud de la epidemia de tabaquismo y los factores que influyen en ella supone disponer de la información necesaria para planificar y adoptar las intervenciones de control del tabaco y evaluar su impacto. El presente informe contiene datos de encuestas sobre el consumo de tabaco fumado¹ y de tabaco sin humo entre jóvenes y adultos (anexo XI). También ofrece estimaciones de la prevalencia del consumo de tabaco, modeladas por la OMS y normalizadas por edad, para las personas de 15 años o más (anexo X).

En esta nota técnica se proporciona información sobre el método utilizado para generar las estimaciones de prevalencia de la OMS.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el análisis, se han examinado las siguientes fuentes de información (en los casos en que los informes oficiales de las encuestas que explican el muestreo, la metodología y los resultados detallados no estaban disponibles públicamente, se pidió a los Estados Miembros que los proporcionaran):

- información sobre las encuestas proporcionada por las Partes a la Secretaría del CMCT de la OMS;
- información recopilada a través de las encuestas de la OMS centradas en el tabaco, realizadas bajo los auspicios del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco, en particular la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos (GATS);
- información sobre el tabaco recopilada a través de otras encuestas de la OMS, como las encuestas STEPwise y las Encuestas Mundiales de Salud;
- otras encuestas basadas en sistemas realizadas por otras organizaciones, como las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS); y

- una búsqueda exhaustiva a través de las oficinas regionales de la OMS y de las oficinas de la OMS en los países para localizar encuestas específicas de los países que no forman parte de los sistemas de vigilancia internacionales, como la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de la Argentina o la Encuesta de Enfermedades No Transmisibles de Mauricio.

Para el análisis, se ha utilizado la información de las encuestas realizadas desde 1990 si:

- estaban oficialmente reconocidas por la autoridad sanitaria nacional;
- incluían participantes seleccionados aleatoriamente y representativos de la población general;
- proporcionaban datos para una o más de las seis definiciones de consumo de tabaco: consumidor diario de tabaco, consumidor actual de tabaco, fumador diario de tabaco, fumador actual de tabaco, fumador diario de cigarrillos o fumador actual de cigarrillos; y
- presentaban valores de prevalencia por edad y sexo.

Los indicadores mencionados proporcionan la representación más completa del consumo de tabaco en los países y, al mismo tiempo, ayudan a minimizar la exclusión de los países del análisis posterior por falta de datos adecuados. Aunque existen diferencias en los tipos de productos de tabaco que se utilizan en los distintos países y que se cultivan o fabrican en diferentes regiones del mundo, en la mayoría de los países se dispone de datos sobre al menos uno de estos seis indicadores, lo que permite realizar análisis estadísticos robustos².

La información indicada anteriormente está almacenada en el Banco Mundial de Datos para el Control del Tabaco de la OMS y, junto con el código fuente utilizado para generar las estimaciones de prevalencia del tabaquismo de la OMS, está publicada con el presente informe en <https://www.who.int/health-topics/tobacco/>.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS INDICADORES DE PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO

Método de estimación

Se ha utilizado un modelo estadístico basado en una metarregresión binomial negativa bayesiana para modelar las estimaciones brutas ajustadas y normalizadas por edad de los países para cada indicador (consumo de tabaco actual y diario, consumo de tabaco actual y diario, y consumo de cigarrillos actual y diario) por separado para hombres y mujeres. Se ha considerado que una tendencia era estadísticamente significativa si la probabilidad posterior del aumento o la disminución era superior a 0,75. En el artículo revisado por expertos de The Lancet, volumen 385, n.º 9972, págs. 966-976 (2015), puede encontrarse una descripción completa del método.

Una vez compiladas las tasas de prevalencia de las encuestas nacionales en un conjunto de datos, se ha ajustado el modelo para calcular las estimaciones de tendencia de los seis indicadores especificados anteriormente.

El modelo tiene dos componentes principales:

a) el ajuste de los indicadores y grupos de edad que faltan, y b) la aplicación de la regresión para generar una estimación de las tendencias a lo largo del tiempo, así como el intervalo de credibilidad en torno a la estimación.

Dependiendo de la exhaustividad de los datos de la encuesta de un país en particular, el modelo a veces hace uso de los datos de otros países para suplir las carencias de información. Los países con datos faltantes «toman prestada la información» de los «antecedentes» calculados a partir de la combinación de sus datos con los de los países de la misma subregión de las Naciones Unidas³.

Diferencias en los grupos de edad correspondientes a cada encuesta

En ocasiones, los resultados de las encuestas de un mismo país se refieren a distintos grupos de edad. Cuando faltan datos para cualquier grupo de edad a partir de los 15 años, el modelo utiliza los datos disponibles de otras encuestas del país para estimar el patrón de edad del consumo de tabaco. Para las edades que el país nunca ha encuestado, se aplica a los datos del país el patrón de edad medio observado en los países de la misma subregión de las Naciones Unidas.

Diferencias en los indicadores medidos de consumo de tabaco

Del mismo modo, los países pueden notificar diferentes indicadores en las distintas encuestas (por ejemplo, el consumo actual de tabaco en una encuesta y el consumo diario en otra, o el consumo de tabaco en una y el consumo de cigarrillos en otra). Cuando faltan datos para algún indicador, el modelo utiliza los datos disponibles de otras encuestas del país para estimar la información que falta. Para los indicadores sobre los que el país nunca ha informado, se aplican a los datos del país las relaciones medias observadas en los países de la misma subregión de las Naciones Unidas.

Resultados del modelo

El modelo se ha ejecutado para todos los países con encuestas que cumplan los criterios de inclusión. Los resultados de los países con datos de encuestas insuficientes (por ejemplo, una única encuesta con un desglose detallado de la prevalencia por edad para cualquiera de los dos sexos) no se han presentado.

El resultado del modelo es un conjunto de líneas de tendencia para cada país que resumen su historial de prevalencia desde el año 2000 hasta el año de la encuesta más reciente. Si la encuesta más reciente era anterior a 2019, la tendencia se ha proyectado hasta 2019. La proyección supone que el ritmo y el nivel de adopción de nuevas políticas durante el periodo cubierto por las encuestas nacionales de los países se ha mantenido

sin cambios hasta 2019. Los países con pocas encuestas tendrán más información prestada en su línea de tendencia que los países con muchas encuestas. Para poder realizar comparaciones mundiales, el cálculo de la tendencia ha sido el mismo para todos los países. No se han tenido en cuenta los puntos de inflexión en los años específicos en que se introdujeron o mejoraron las políticas de control del tabaco. Por consiguiente, las estimaciones y proyecciones de la OMS pueden diferir de las estimaciones y proyecciones de los propios países.

Para este informe, las tendencias a nivel de país se han resumido en tendencias medias para los países de ingresos altos, países de ingresos medianos, países de ingresos bajos y una media mundial. Se presentan las tendencias desde 2007 hasta 2019.

En este informe, las estimaciones comparables del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 años o más son a nivel de país para el año 2019. Las tasas son comparables debido a que el modelo ha normalizado los resultados de la encuesta como se ha descrito anteriormente, y luego los ha normalizado por edad como se describe a continuación.

Al calcular las tasas de prevalencia medias mundiales y de los grupos de ingresos del Banco Mundial, los países sin estimaciones se han incluido en los promedios al asumir que sus tasas de prevalencia son las tasas medias observadas en la subregión de las Naciones Unidas a la que pertenecen³.

Tasas de prevalencia normalizadas por edad

La comparación de las tasas brutas entre dos o más países en un momento dado, o de un país en diferentes momentos, puede ser engañosa si las dos poblaciones que se comparan tienen distribuciones de edad significativamente diferentes o presentan diferencias en el consumo de tabaco en función del sexo. El método de normalización por edad se utiliza habitualmente para solventar este problema y permite realizar una comparación válida de la prevalencia entre países, una vez que se han tenido en cuenta todas las demás cuestiones descritas relativas a la comparación.

El método consiste en aplicar las tasas específicas por edad y sexo de cada población a una población normalizada (en este informe se utiliza la población estándar de la OMS, una población ficticia cuya distribución por edades refleja en gran medida la estructura de edad de la población de los países de ingresos bajos y medianos). Las tasas normalizadas por edad resultantes se refieren al número de fumadores por cada 100 habitantes de la población estándar de la OMS. Por consiguiente, las tasas generadas mediante este proceso son solo cifras hipotéticas sin un significado inherente. Solo tienen sentido cuando se comparan las tasas obtenidas en un país con las obtenidas en otro.

COMPARACIÓN CON LAS ESTIMACIONES DE TABAQUISMO DE EDICIONES ANTERIORES DEL INFORME

Las estimaciones de este informe son congruentes entre sí, pero no con las estimaciones elaboradas en ediciones anteriores del informe. Aunque el método de estimación es el mismo, el conjunto de datos actualizado para el periodo 1990-2020 es mucho más completo.

Por ejemplo, desde el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2010, se han añadido al conjunto de datos 243 encuestas nacionales de 100 países, y 40 encuestas existentes se han actualizado con puntos de datos adicionales. Cada ronda de estimaciones de la OMS se calcula utilizando todos los datos de encuestas disponibles desde 1990. Cuantos más puntos de datos se disponga, más robustas serán las estimaciones de las tendencias. Por tanto, cada ronda de estimaciones mejora las estimaciones publicadas anteriormente, y solo debe utilizarse la última ronda. Si bien las estimaciones a nivel de país de este informe se refieren solo a 2019, la tendencia de 2000 a 2025 está publicada en el informe bienal mundial de la OMS sobre las tendencias en la prevalencia del tabaquismo 2000-2025.

1. El tabaco fumado incluye cigarrillos, cigarros, pipas, cachimbos, shishas, pipas de agua, productos de tabaco calentado y cualquier otra forma de tabaco fumado.
2. En el caso de los países en los que se informa de la prevalencia del consumo de tabaco sin humo, hemos publicado estos datos.
3. Para ver la lista completa de países por subregión de las Naciones Unidas, se pueden consultar las páginas ix a xiii de World population prospects: the 2019 revision, publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population> (consultado el 17 de diciembre de 2020). Téngase en cuenta que, a efectos del análisis del consumo de tabaco, se han realizado los siguientes ajustes: i) la subregión de África Oriental se ha dividido en dos regiones: Islas de África Oriental y Resto de África Oriental; ii) Armenia, Azerbaiyán, Estonia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Tayikistán, Uzbekistán y Turkmenistán se han clasificado en Europa Oriental; iii) Chipre, Israel y Turquía se han clasificado en Europa Meridional; iv) África Central y África Austral se han combinado en una subregión; v) las subregiones de Melanesia, Micronesia y Polinesia se han combinado en una subregión; e Irlanda y el Reino Unido se han combinado con América del Norte.

IMPUESTOS SOBRE EL TABACO EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA OMS

Este informe incluye apéndices que contienen información sobre la proporción de los impuestos totales y los impuestos al consumo en el precio de la marca de cigarrillos más vendida, basada en la información sobre política fiscal recopilada en cada país. Esta nota contiene información sobre la metodología que ha utilizado la OMS para estimar la proporción de los impuestos totales y los impuestos al consumo del tabaco en el precio de un paquete de 20 cigarrillos utilizando los datos comunicados por los países. También ofrece información sobre otros datos recogidos para este informe con relación a la fiscalidad del tabaco. Asimismo, se presentan datos de precios e impuestos sobre los productos de tabaco calentado y los sistemas de administración de nicotina y sin nicotina.

1. Recogida de datos

Todos los datos se han recopilado entre junio de 2020 y febrero de 2021 por las personas que se ocupaban de obtener los datos regionales de la OMS. Los dos componentes principales para el cálculo de la proporción de impuestos totales y al consumo han sido 1) los precios y 2) los tipos impositivos y la estructura tributaria.

Se recopilaron los precios de la marca de cigarrillos más vendida, de la marca menos cara y de una marca premium correspondientes a julio de 2020.

Los datos sobre la estructura tributaria se recogieron a través de contactos con los ministerios de finanzas. La validez de esta información se contrastó con otras fuentes. En el caso de muchos países, esto se hizo a través de la gran cantidad de trabajo y conocimientos acumulados por la OMS al trabajar directamente con los ministerios de finanzas sobre la fiscalidad del tabaco desde 2009. Otras fuentes, como la documentación de la legislación tributaria, los decretos y las listas oficiales de tipos y estructuras impositivas y la información comercial, cuando estaban disponibles, fueron facilitadas por los encargados de recopilar los datos o se descargaron de los sitios web ministeriales.

Los datos fiscales recogidos se centran en los impuestos indirectos que gravan los productos de tabaco (por ejemplo, impuestos especiales de diversos tipos, derechos de importación, impuestos sobre el valor añadido), que suelen ser los que más influyen en el precio de los productos de tabaco. Dentro de los impuestos indirectos, los impuestos al consumo son los más importantes porque se aplican

exclusivamente al tabaco y son los que más contribuyen a aumentar el precio de los productos de tabaco y, por tanto, a reducir su consumo. Por consiguiente, los tipos, los importes y el lugar de aplicación de los impuestos al consumo son componentes centrales de los datos recogidos.

Hay otros impuestos, en particular los impuestos directos, como los impuestos de sociedades, que pueden influir en los precios del tabaco en la medida en que los productores los trasladen a los consumidores finales. Sin embargo, debido a la dificultad práctica de obtener información sobre estos impuestos y a la complejidad de estimar su posible impacto en el precio de forma coherente en todos los países, no se han tenido en cuenta.

En el cuadro siguiente se describen los tipos de información tributaria que se han recogido.

1. Impuestos al consumo específicos	Un impuesto al consumo específico es un impuesto sobre un bien determinado producido para su venta en un país o importado y vendido en ese país. En general, el impuesto se recauda del fabricante o en el punto de entrada al país por el importador, además de los derechos de importación. Estos impuestos adoptan la forma de un importe por unidad, paquete, por 1000 unidades o por kilogramo. Ejemplo: US\$ 1,50 por paquete de 20 cigarrillos.
2. Impuestos al consumo ad valorem	Un droit d'accise ad valorem est une taxe sur un bien donné fabriqué en vue de sa vente dans un pays donné ou importé et vendu dans ce pays. En règle générale, il est prélevé auprès du fabricant ou au point d'entrée dans le pays par l'importateur, en sus des droits à l'importation. Ces taxes sont exprimées en pourcentage de la valeur d'une transaction entre deux entités indépendantes à un point donné de la chaîne de production/distribution ; les taxes ad valorem sont généralement appliquées à la valeur des transactions entre le fabricant et le détaillant ou le grossiste. Exemple : 60 % du prix du fabricant.
3. Derechos de importación	Un impuesto al consumo ad valorem es un impuesto sobre un bien determinado producido para su venta en un país o importado y vendido en ese país. En general, el impuesto se recauda del fabricante o en el punto de entrada al país por el importador, además de los derechos de importación. Estos impuestos adoptan la forma de un porcentaje del valor de una transacción entre dos entidades independientes en algún punto de la cadena de producción/distribución; los impuestos ad valorem se aplican generalmente al valor de las transacciones entre el fabricante y el minorista/mayorista. Ejemplo: el 60% del precio del fabricante
4. Impuestos sobre el valor añadido e impuestos sobre las ventas	El impuesto sobre el valor añadido (IVA) es un impuesto «multietapa» sobre todos los bienes y servicios de consumo que se aplica proporcionalmente a los impuestos sobre el precio que el consumidor paga por un producto. Aunque los fabricantes y los mayoristas también participan en la administración y el pago del impuesto a lo largo de toda la cadena de fabricación y distribución, todos ellos son reembolsados a través de un sistema de crédito fiscal, de modo que la única entidad que paga al final es el consumidor final. La mayoría de los países que imponen un IVA lo hacen sobre una base que incluye cualquier impuesto al consumo y los derechos de aduana. Ejemplo: un IVA que representa el 10% del precio de venta al público. Sin embargo, algunos países aplican en su lugar un impuesto sobre las ventas. A diferencia del IVA, los impuestos sobre las ventas se recaudan generalmente en el punto de venta al por menor sobre el valor total de los bienes y servicios adquiridos. A efectos del informe, se ha procurado que los porcentajes del IVA y/o de los impuestos sobre las ventas se calculen de acuerdo con las normas específicas de cada país.
5. Otros impuestos	También se ha recopilado información sobre cualquier otro impuesto que no se denomine impuesto al consumo, derecho de importación, IVA o impuesto sobre las ventas, pero que se aplique a la cantidad de tabaco o al valor de una transacción de un producto de tabaco, con el mayor detalle posible sobre lo que se grava y cómo se define la base.

2. Análisis de datos

Para realizar el cálculo del impuesto como porcentaje del precio de venta al público, como figura en el cuadro 9.1 del anexo IX en línea, se ha tenido en cuenta el precio de la marca de cigarrillos más vendida. En el caso de los países en los que se aplican diferentes niveles de impuestos a los cigarrillos en función de la longitud, la cantidad producida o el tipo (por ejemplo, con filtro o sin filtro), solo se ha utilizado en el cálculo el tipo aplicado a la marca más extendida.

En el caso del Canadá y los Estados Unidos de América, las estimaciones medias nacionales calculadas para los precios y los impuestos reflejan el hecho de que se aplican diferentes tipos por estado o provincia, además del impuesto federal aplicable. En el caso del Brasil, donde el IVA estatal varía, se ha aplicado el tipo más alto, que se aplica en la mayoría de los estados. En los Estados Federados de Micronesia, que también tienen tipos de IVA variables entre estados, se ha utilizado el tipo de IVA aplicable al estado donde se recogieron los datos de precios (Pohnpei). En el caso de China, se ha calculado una media ponderada del precio de venta al público y del impuesto, dada la gran variedad de marcas que se venden en el mercado: la marca más vendida, que cambia casi todos los años y representa una cuota de mercado muy pequeña, no es representativa.

Los derechos de importación solo se han utilizado en el cálculo de los porcentajes de impuestos si la marca de cigarrillos más vendida se ha importado al país. Los derechos de importación no se han aplicado en el cálculo de los impuestos totales para los países que informaron de que la marca más vendida, aunque fuera una marca internacional, se producía

localmente. En los casos en que los cigarrillos importados procedían de un país con el que se había firmado un acuerdo comercial bilateral o multilateral que eximía del pago de los derechos, se ha procurado no tener en cuenta los derechos de importación en el cálculo de los impuestos aplicados.

Los «otros impuestos» son todos los demás impuestos indirectos no declarados como impuestos al consumo, derechos de importación o IVA. Un ejemplo de estos impuestos es el impuesto ambiental.

El siguiente paso ha consistido en convertir todos los impuestos a la misma base: en nuestro caso, el precio de venta al público con impuestos incluidos (en adelante, P). La normalización de las bases es importante para calcular correctamente la parte impositiva, como se muestra en el ejemplo del cuadro. El país B aplica aparentemente el mismo tipo impositivo ad valorem (20%) que el país A, pero en realidad acaba teniendo un tipo impositivo más alto y un precio final más elevado porque el impuesto se aplica más tarde en la cadena de distribución. Por tanto, la comparación de los tipos impositivos ad valorem declarados sin tener en cuenta la fase en la que se aplica el impuesto podría dar lugar a resultados sesgados.

Se ha utilizado una metodología similar para calcular el precio y la proporción de impuestos del tipo más frecuente de productos de tabaco para fumar (distintos de los cigarrillos) y sin humo, según la información facilitada por cada país. El cálculo se ha realizado para el precio de un producto de 20 gramos de cualquier producto de tabaco para fumar o sin humo, 20 unidades de cigarrillos, bidis y productos de tabaco calentado y una unidad de cigarros y cigarrillos. En el caso de los líquidos para sistemas electrónicos cerrados de administración de nicotina o

sin nicotina (SEAN/SESN), el precio y los impuestos se han calculado para 1 ml, mientras que en el caso de los sistemas abiertos, se han calculado para 10 ml. El precio y los impuestos de los productos de tabaco fumado (incluidos bidis, cigarrillos, cigarros, tabaco de pipa, tabaco de liar o tabaco de pipa de agua) se han calculado para 69 países, mientras que el cálculo de los productos de tabaco sin humo (tabaco de mascar, rapé seco, rapé húmedo o tabaco de nariz) se ha realizado para 21 países. El precio y los impuestos también se han calculado para los productos de tabaco calentado en 51 países, para el líquido de los sistemas electrónicos cerrados de administración de nicotina o sin nicotina en 45 países y para el líquido de los sistemas electrónicos abiertos de administración de nicotina o sin nicotina en 52 países (véanse los cuadros 9.3 y 9.7 del anexo IX en línea).

3. Cálculo

Como ejemplo de los cálculos realizados, sea S_{ti} la proporción de impuestos del precio de una marca de cigarrillos de gran consumo (paquete de 20 cigarrillos o equivalente). Entonces,

$$S_{ti} = S_{es} + S_{av} + S_{di} + S_{IVA} \quad \textcircled{1}$$

Donde :

- S_{ti} = Proporción total de impuestos en el precio de un paquete de cigarrillos;
- S_{es} = Proporción de impuestos al consumo específicos en el precio de un paquete de cigarrillos;
- S_{av} = Proporción de impuestos al consumo ad valorem en el precio de un paquete de cigarrillos;

	Pays A (USD)	Pays B (USD)
[A] Precio del fabricante (el mismo en ambos países)	2.00	2.00
[B] País A: impuesto ad valorem sobre el precio del fabricante (20%) = 20% x [A]	0.40	-
[C] Margen de beneficio del minorista y del mayorista (el mismo en ambos países)	0.20	0.20
[D] País B: impuesto ad valorem sobre el precio del minorista (20%) = 20% x [E]	-	0.55
[E] Precio final = P = [A]+[B]+[C] o [A]+[C]+[D]	2.60	2.75
Proporción total de los impuestos (en % de P)	0,40/2,60=15,4%	0.55/2.75 = 20%

S_{di} = Proporción de los derechos de importación en el precio de un paquete de cigarrillos (si la marca más extendida es importada);

S_{IVA} = Proporción del impuesto sobre el valor añadido en el precio de un paquete de cigarrillos.

El cálculo de S_{es} es sencillo y consiste en dividir el importe del impuesto específico de un paquete de 20 cigarrillos entre el precio total. A diferencia de S_{es} , la proporción de impuestos ad valorem, S_{av} , dependiendo de la base sobre la que se aplique, puede ser mucho más difícil de calcular e implicaría hacer algunas suposiciones que se describen más adelante. Los derechos de importación a veces son específicos por cantidad y a veces se basan en el valor. Por tanto, S_{di} se calcula de la misma manera que S_{es} si es específico por cantidad y de la misma manera que S_{av} si se basa en el valor. Los tipos de IVA comunicados por los países suelen aplicarse sobre el precio de venta al por menor sin IVA, pero a veces también se comunican sobre los precios con IVA incluido. S_{IVA} se calcula para reflejar de forma sistemática la parte del IVA en el precio de venta al por menor con IVA incluido.

El precio de un paquete de cigarrillos puede expresarse de la siguiente manera:

$$P = [(M + M \times ID) + (M + M \times ID) \times T_{av}\% + T_{es} + \pi] \times (1 + VAT\%), \text{ o}$$

$$P = [M \times (1 \times ID) \times (1 + T_{av}\%) + T_{es} + \pi] \times (1 + IVA\%) \quad (2)$$

Donde:

P = Precio por paquete de 20 cigarrillos de la marca más extendida consumida localmente;

M = Precio del fabricante/distribuidor, o precio de importación si la marca es importada;

DI = Tipo de los derechos de importación (si procede) sobre un paquete de 20 cigarrillos;¹

T_{av} = Tipo reglamentario del impuesto ad valorem;

T_{es} = Impuesto al consumo específico por cantidad de un paquete de 20 cigarrillos;

π = Beneficio del minorista, del mayorista y del importador por paquete de 20 cigarrillos (a veces expresado como margen de beneficio);

IVA = Tipo reglamentario del impuesto sobre el valor añadido sobre el precio sin IVA.

Esta fórmula se ha modificado en función de consideraciones específicas de cada país, como la base del impuesto ad valorem y del impuesto al consumo, la existencia o no de impuestos ad valorem y específicos, y si la marca más extendida era de producción local o importada. En muchos casos (sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos) la base del impuesto al consumo ad valorem era el precio del fabricante o el valor CIF. Sin embargo, la base del impuesto ad valorem varía enormemente en todo el mundo y puede incluir otras bases, como el precio de venta al público, el precio de venta al público neto de algunos impuestos (y/o algunos márgenes predefinidos), el precio de venta al público neto de todos los impuestos, etc.

Conociendo el precio (P) y el impuesto al consumo específico por cantidad (T_{es}), la proporción S_{es} es fácil de calcular ($=T_{es}/P$). El caso de los impuestos ad valorem (y, en su caso, S_{di}) es bastante sencillo cuando, por ley, la base es el precio de venta al público. El cálculo es más complicado cuando la base es el precio del fabricante (M), que se debe recoger para calcular el impuesto ad valorem. En la mayoría de los casos, M no se conoce (a menos que el país lo haya comunicado específicamente), por lo que es preciso estimarlo.

Utilizando la ecuación (2), es posible recuperar M :

$$M = \frac{P}{(1 + IVA\%) \times (1 + DI)} - \pi - T_{es} \quad (3)$$

π , o el margen de beneficio de los mayoristas y los minoristas, rara vez se hace público y varía de un país a otro. En el caso de las marcas más extendidas de producción nacional, se ha considerado que π es nulo (es decir, igual a 0) en el cálculo de M porque se supone que los márgenes del minorista y del mayorista son pequeños. Sin embargo, fijar el margen en 0 daría lugar a una sobreestimación de M

y, por tanto, de la base del impuesto ad valorem. Esto, a su vez, dará lugar a una sobreestimación del importe del impuesto ad valorem. Puesto que el objetivo de este proceso es medir la proporción de los impuestos sobre el tabaco en el precio de un paquete normal de cigarrillos, suponer que el beneficio del minorista/mayorista (π) es nulo no penaliza a los países al subestimar sus impuestos ad valorem. Teniendo en cuenta esto, se decidió que, a menos que la OMS dispusiera de información específica de cada país, el margen del minorista o del mayorista se supondría nulo para las marcas de producción nacional.

En el caso de los países en los que se importa la marca más extendida, los derechos de importación se aplican sobre los valores CIF, y los consiguientes impuestos al consumo suelen aplicarse sobre una base formada por el valor CIF y los derechos de importación, pero no el beneficio del importador. En el caso de los cigarrillos de fabricación nacional, el precio del productor incluye su propio beneficio, por lo que se incluye automáticamente en M . Sin embargo, en la práctica, el beneficio del importador puede ser relativamente importante, y establecerlo en cero (como en el caso de los cigarrillos de fabricación nacional) sobreestimaría sustancialmente M y, por tanto, sobreestimaría sustancialmente la parte del impuesto ad valorem en el precio final. Por este motivo, M ha tenido que estimarse de forma diferente para los productos importados: M^* (o el valor CIF) se ha calculado a partir de la información comunicada por los países o utilizando fuentes secundarias (datos de la base de datos UN Comtrade²). M^* se ha calculado normalmente como el precio de importación de los cigarrillos en un país (valor de las importaciones de cigarrillos dividido por la cantidad de cigarrillos importados por el país importador)³. Sin embargo, en casos excepcionales en los que no se disponía de esos datos (Angola, Bhután, Guinea Ecuatorial y Libia), se ha considerado en su lugar el precio de exportación. A continuación, se han calculado los impuestos ad valorem y otros impuestos de la misma forma que para los cigarrillos locales, utilizando M^* en lugar de M como base, cuando correspondiera.

En el caso del IVA, en la mayoría de los casos la base ha sido P excluido el IVA (o, análogamente, el precio del fabricante/distribuidor más todos los impuestos al

1. Los derechos de importación pueden variar en función del país de origen en los casos de acuerdos comerciales preferenciales. La OMS ha tratado de determinar el origen del paquete y la pertinencia de utilizar esos tipos siempre que ha sido posible.

2. <https://comtrade.un.org/>

3. Cuando la cantidad se notificó en peso (kg) y no en número de unidades, la conversión se realizó partiendo de la base de que una unidad contiene un gramo de tabaco.

consumo). Es decir,

$S_{IVA} = IVA\% \times (1 - S_{IVA})$,
lo que equivale a

$$S_{IVA} = IVA\% \div (1 + IVA\%) \quad (4)$$

Sin embargo, en algunos casos se informó de que el IVA no se recaudaba efectivamente en todos los niveles de la cadena de suministro y que se gravaba principalmente en la puerta de importación o de fabricación. En ese caso, el IVA se ha calculado sobre la base de M (o M^*) y los diferentes impuestos recaudados en esta fase, principalmente los derechos de importación y los impuestos al consumo (Angola, Benín, Cabo Verde, Gabón, Guinea Ecuatorial, Gambia, Guinea Kiribati, Malasia, Malí, Mauritania, Tonga, Uganda y Vanuatu).

En resumen, los impuestos se calculan mediante la fórmula:

$$S_{it} = S_{di} + S_{es} + S_{av} + S_{IVA} \quad (5)$$

$$S_{es} = T_{es} \div P$$

$$S_{av} = (T_{av} \% \times M) \div P \text{ o } (T_{av} \% \times M^* \times (1 + S_{di})) \div P^4$$

si se ha importado la marca más extendida.

$$S_{di} = (T_{di} \% \times M^*) \div P \text{ si los derechos de importación se basan en el valor) o } DI \div P \text{ (si los derechos de importación son una cantidad específica por paquete)}$$

$$S_{IVA} = IVA\% \div (1 + IVA\%)$$

4. Precios

La recopilación primaria de datos sobre precios en este informe y en los anteriores ha consistido en encuestar a los comercios minoristas. Se recogieron datos sobre precios de dos tipos de comercios.

Los cuestionarios enviados a las personas encargadas de la recogida de datos estaban preconfigurados con el nombre de la marca más vendida en cada país. La marca más extendida se determinó utilizando los datos recogidos en los cuestionarios de 2018, a través de los informes de las personas encargadas de la recopilación de datos en 2020 y gracias a

la estrecha colaboración de la OMS con los ministerios de finanzas. En el caso de los países de los que no se disponía de esos datos, se pidió a las personas encargadas de la recopilación de datos que indicaran los nombres de las marcas más habituales y que indicaran sus precios.

Los dos tipos de puntos de venta minorista se definieron de la siguiente manera:

1. Supermercado/hipermercado: cadena o establecimientos minoristas independientes con una superficie de venta de más de 2500 metros cuadrados centrados principalmente en la venta de alimentación, bebidas, tabaco y otros comestibles. Los hipermercados también venden una gama de productos no alimentarios.
2. Quiosco, quiosco de prensa, estanco o tienda de alimentación independiente: pequeñas tiendas, comercios minoristas que venden principalmente alimentos, bebidas y tabaco o una combinación de estos productos (por ejemplo, quiosco, quiosco de prensa o estanco) o una amplia gama de productos principalmente de alimentación (tiendas de alimentación independientes o pequeños comercios independientes).

Las marcas más vendidas se han utilizado sistemáticamente a lo largo del tiempo para reflejar mejor la evolución de los precios. Sin embargo, en algunos casos en los que se ha considerado que la cuota de mercado de la marca utilizada inicialmente había cambiado sustancialmente, se ha realizado un cambio a la nueva marca más extendida. En 2020, se realizaron cambios de marca en Benín, el Brasil⁵, Camboya, el Japón⁶, Madagascar, Estados Federados de Micronesia⁷, República Bolivariana de Venezuela (marca diferente pero misma categoría de precio), el Chad, la República Democrática del Congo, Nueva Zelanda⁸, Panamá, el Perú, San Vicente y las Granadinas (categoría de marca más barata), Angola, el Ecuador República Islámica del Irán, Filipinas, Sierra Leona y el Yemen (categoría de marca más cara).

En otros cuatro países (Guinea Ecuatorial, Hungría, India e Islandia) la marca notificada en 2020 era una variante de la marca notificada en 2018, con niveles de

precios similares, y estos se han tratado como idénticos en ambos años a efectos de comparación de precios.

Al igual que en 2012, 2014, 2016 y 2018, el precio utilizado para cada uno de los 27 países de la Unión Europea (UE) ha sido la marca más vendida recogida por la OMS. Antes de 2012, la información sobre precios e impuestos se tomaba íntegramente del sitio web de la Unión Fiscal y Aduanera de la UE. El precio utilizado por la UE en el pasado para calcular los tipos impositivos era la categoría de precio más extendida, que se suponía similar a la categoría de precio de la marca más vendida recogida en este informe. Sin embargo, desde 2011, la UE calcula y comunica los tipos impositivos basándose en el precio medio ponderado y, por tanto, la información sobre la categoría de precio más extendida ya no está disponible para los países de la UE. Por consiguiente, para mantener la coherencia con las estimaciones de años anteriores y garantizar la comparabilidad con otros países, la OMS decidió en 2012 recopilar los precios de primera mano de la marca más vendida para calcular los tipos impositivos⁹. La marca más vendida se determina a partir de las cuotas de mercado de las marcas comunicadas por fuentes secundarias, que luego son validadas por los países. También cabe señalar que en los cuadros de la UE se utiliza un precio medio ponderado que se calcula a partir de los datos de mercado del año anterior (debido a la disponibilidad de los datos), lo que significa que no reflejaría un cambio de precios que pudiera haberse producido tras un aumento de los impuestos en el año siguiente. También significa que la proporción de impuestos estimada puede no ser representativa de la proporción de impuestos real, ya que el precio medio ponderado y los tipos impositivos corresponden a años diferentes. Los tipos de los impuestos al consumo y del IVA se siguen recogiendo de los cuadros que publica la UE. Sin embargo, las proporciones de impuestos, tal como se calculan y presentan en este informe, no serán necesariamente similares a los tipos que publica la UE. Esto se debe principalmente al cálculo de los tipos específicos del impuesto al consumo como porcentaje del precio de venta al público,

4. $O_{Sav} = (T_{av} \% \times M^*) \div P$, si se ha aplicado el impuesto ad valorem solo sobre el valor CIF, no sobre el valor CIF + derechos de importación.

5. Cambio de marca dentro de la misma categoría de precio pero el precio también aumentó en comparación con 2018.

6. Cambio de marca dentro de la misma categoría de precio pero el precio también aumentó en comparación con 2018.

7. Cambio de marca dentro de la misma categoría de precio pero el precio también aumentó en comparación con 2018.

8. Cambio de marca a una categoría de precio más barata pero el precio también aumentó en comparación con 2018.

9. Debido a la falta de capacidad, solamente se recoge el precio de los cigarrillos, mientras que los cálculos para otros productos de tabaco para fumar o sin humo se realizan utilizando los cuadros de la UE cuando están disponibles, incluidos los precios medios ponderados y los tipos impositivos.

que variará en función del precio utilizado. Se ha utilizado la marca más vendida para todos los países de la UE, excepto para Finlandia, que ha notificado a la OMS su precio medio ponderado correspondiente a 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018 y 2020.

5. Consideraciones sobre la interpretación de los cambios en la proporción de impuestos

Los cambios en la proporción de impuestos como porcentaje del precio no solo dependen de los cambios en los impuestos, sino también de los cambios en los precios. Por tanto, a pesar de que se produzca un aumento de los impuestos, la proporción de impuestos podría permanecer igual o disminuir; del mismo modo, a veces la proporción de impuestos puede aumentar aunque no se produzca ningún cambio o aumento de los impuestos.

En la base de datos actual, hay casos en los que los impuestos aumentaron entre 2018 y 2020, pero la proporción del impuesto como porcentaje del precio bajó. Esto se debe principalmente a que, en términos absolutos, el aumento de los precios fue mayor que el aumento de los impuestos (especialmente en el caso del aumento del impuesto al consumo específico). Por ejemplo, en Kenia, el impuesto al consumo específico aumentó de KES 2500 por cada 1000 cigarrillos en 2018 a KES 3157 por cada 1000 cigarrillos en 2020 (un aumento del 26,3%), mientras que el precio de la marca más vendida aumentó de KES 130 a KES 250 por paquete (un aumento del 92%). En términos de proporción de impuestos, el impuesto especial representaba el 38,5% del precio en 2018 y bajó al 25,3% en 2020. Esto se debe a que los precios aumentaron más que los impuestos.

Del mismo modo, hay casos en que los aumentos (descensos) de los impuestos como porcentaje del precio se han visto mitigados por factores no relacionados directamente con los tipos impositivos. En la base de datos actual, esto puede atribuirse a una o varias de las siguientes razones:

- En algunos casos, el precio ha aumentado sin que se produzca un cambio impositivo, lo que ha dado lugar a una disminución de la

proporción de impuestos para una estructura de impuestos al consumo específicos o combinados (por ejemplo, Alemania, Andorra, Austria, Belice, Brasil, Bulgaria, Burundi, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grecia, Malasia, Mauricio, Estados Federados de Micronesia, Palau, República Unida de Tanzania, Santo Tomé y Príncipe, Suiza, Túnez, Uganda).

- En otros casos, los precios han aumentado por encima de las subidas de impuestos, lo que ha provocado una disminución de la proporción de impuestos para una estructura de impuestos al consumo específicos o combinados (por ejemplo, Australia, Bélgica, Estado Plurinacional de Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Eslovaquia, Eslovenia, Federación de Rusia, Fiji, Islandia, Japón, Jordania, Kenia, Lesotho, Letonia, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Mongolia, Namibia, Nepal, Noruega, Nueva Zelanda, Papua Nueva Guinea, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Dominicana, Samoa, Serbia, Seychelles, Sudáfrica, Suecia, Tayikistán, Ucrania, Uruguay, Zambia, Zimbabwe).
- En el caso de los productos importados, el valor CIF es una variable externa que también influye en el cálculo de la proporción de impuestos. Esto tiene consecuencias para los países en los que el valor ad valorem se basa en el valor CIF, cuando los derechos de importación se aplican sobre el valor CIF o cuando el IVA se calcula sobre la base del valor CIF más los impuestos al consumo, en lugar del precio de venta al público sin IVA. Por ejemplo, si el valor CIF aumenta, la base para la aplicación del impuesto es mayor, lo que conlleva un porcentaje de impuesto más elevado si no hay ningún otro cambio. Los países que han experimentado cambios en el porcentaje de impuestos debido principalmente a cambios en el valor CIF son el Gabón, Ghana, Níger y Vanuatu.
- También hay que tener cuidado con los países en los que la marca más vendida ha cambiado entre 2018 y 2020. Esto también ha tenido efectos en la proporción de impuestos de los países afectados que tenían una estructura de impuestos al consumo específicos o combinados. En algunos casos, debido a que la nueva marca notificada era más cara y a pesar del aumento de los

impuestos, la proporción de impuestos total ha disminuido (Angola, Filipinas y Yemen). En el caso del Ecuador, la proporción de impuestos ha disminuido a pesar de que no ha habido ningún cambio impositivo, a causa del aparente aumento de los precios debido a la nueva marca, más cara, notificada como marca más vendida.

Por último, cuando se ha facilitado información nueva y más completa sobre la fiscalidad y los precios de algunos países, se han introducido correcciones en los cálculos de los tipos impositivos para las estimaciones de 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018, según fuera necesario.

6. Fiscalidad de los productos de tabaco y de nicotina novedosos y emergentes (véase el cuadro 9.3 para los productos de tabaco calentado y el cuadro 9.7 para los SEAN/SESN del anexo IX en línea).

■ Productos de tabaco calentado

Al igual que en el caso de los cigarrillos, se ha recogido el precio de la marca de cartuchos más vendida (no de los dispositivos) y, en su caso, se han aplicado los impuestos. En el caso de los productos de tabaco calentado se ha seguido la misma metodología utilizada para el cálculo del impuesto sobre los cigarrillos. Solo se han introducido dos diferencias notables: cuando se ha aplicado el impuesto al consumo específico sobre el peso del tabaco contenido en los cartuchos, se ha supuesto que cada cartucho contiene 0,3 gramos de tabaco (o 6 gramos por paquete de 20). Este supuesto se basa en una estimación media publicada por el proveedor de datos del mercado de cigarrillos electrónicos ECigIntelligence¹⁰. El segundo supuesto se refiere al valor CIF en los países que aplican un impuesto basado en ese valor. Dada la falta de datos disponibles sobre el valor de las importaciones de productos de tabaco calentado, se ha hecho una extrapolación asumiendo que el valor CIF de los productos de tabaco calentado sería aproximadamente el doble del valor CIF de los cigarrillos. Esto se basa en el supuesto de que el costo de producción de los productos de tabaco calentado es mayor

10. ECigIntelligence.com (acceso restringido).

que el de los cigarrillos. Las estimaciones del valor CIF como porcentaje del precio de venta al público de la marca de cigarrillos más vendida en 2018 y 2020 oscilaban entre el 10 % y el 15 %. Partiendo de esta base, se ha aplicado un valor CIF uniforme del 20% del precio de venta al público de la marca más vendida de productos de tabaco calentado en los países en que se necesitaba un valor CIF para calcular la carga fiscal de los productos de tabaco calentado.

- Sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina (SEAN/SESN)

Dada la heterogeneidad del mercado de los SEAN/SESN y la dificultad de determinar una marca más vendida que sea lo suficientemente representativa del mercado en un país determinado, se han recogido datos sobre el precio de la marca más barata disponible de un líquido con nicotina o sin nicotina (el más barato disponible). También se han recogido datos de dos tipos de líquidos, los que se utilizan en sistemas abiertos y los que se utilizan en sistemas cerrados¹¹. El impuesto se ha calculado de la misma manera que en el caso de los cigarrillos, con la notable diferencia de la cantidad base. En el caso del líquido, la base notificada es en volumen, por ml. Debido a las diferencias de precios y envases, el precio se ha normalizado por 10 ml para los líquidos de los sistemas abiertos y por 1 ml para los de los sistemas cerrados. Al igual que en el caso de los productos de tabaco calentado y cuando se necesitaba un valor CIF para calcular la carga fiscal de los líquidos para los SEAN/SESN, dada la falta de datos, se han hecho supuestos sobre el valor CIF como proporción del precio de venta al público de la marca más barata notificada. Partiendo del supuesto de que el valor CIF es un indicador del costo de producción y, sobre la base de la información facilitada por ECigIntelligence de que los márgenes de beneficio en los niveles mayorista y minorista pueden representar hasta el 100% del costo en cada nivel, se ha supuesto que el valor CIF sería un poco menos de la tercera parte del precio, en torno al 20% del precio minorista final. Se ha asignado una base del 20% del precio de venta al público a los países en los que el impuesto ad valorem sobre el consumo o los derechos de importación se ha calculado sobre el valor CIF (excepto en el caso de Marruecos y el Perú, donde

el valor CIF ha sido notificado por las autoridades nacionales).

7. Información tributaria complementaria (véase el cuadro 9.5 del anexo IX en línea)

Una consideración importante que se destaca en este informe es que hay que tener en cuenta muchos aspectos de la fiscalidad del tabaco para evaluar si una política tributaria está bien diseñada. El impuesto como proporción del precio no explica toda la historia sobre la eficacia de una política fiscal. Con el fin de estudiar otras dimensiones de la política tributaria, desde 2015 se ha venido recopilando para el informe información adicional relativa a la fiscalidad del tabaco (cigarrillos), y se ha compilado en datos que pueden informar a los investigadores y a las instancias normativas sobre la política tributaria en diferentes países.

La información se ha recopilado y clasificado en este informe en función de dos temas principales: la estructura tributaria/nivel impositivo y la administración tributaria. También se ha recabado información sobre los países que destinan los impuestos sobre el tabaco a financiar programas de salud o actividades de control del tabaco. Los diferentes conjuntos de datos e indicadores que se presentan para cada uno de los temas se han elaborado y justificado sobre la base de la evidencia proporcionada en los informes anteriores.

I. Estructura tributaria/nivel impositivo

- Proporción del impuesto al consumo en el precio:** es mejor que los tipos impositivos sean más altos y recurrir mayormente a los impuestos al consumo.
- Tipo de impuesto al consumo aplicado:** si el impuesto al consumo es específico, ad valorem, una combinación de ambos, o si no se aplica ningún impuesto.
- Sistema de impuestos al consumo uniforme frente a escalonado:** un impuesto al consumo uniforme es más

fácil de administrar que un sistema escalonado en el que se aplican tipos variables en función de una selección de criterios para un producto de tabaco (no aplicable en los países en los que no se aplica ningún impuesto al consumo).

- Si un país aplica un impuesto al consumo específico o un **sistema combinado que se basa más en el componente de impuesto al consumo específico** (>50% del total del impuesto al consumo es específico): los impuestos al consumo específicos suelen dar lugar a precios más altos y a una menor diferencia de precios entre las distintas marcas, por lo que es mejor (no aplicable en países donde solo se aplica el impuesto al consumo ad valorem o donde no se aplica ningún impuesto al consumo).
- Si el impuesto al consumo aplicado es ad valorem o si es una combinación, y si existe un **impuesto específico mínimo**. Un impuesto mínimo ofrece protección contra la infravaloración de los productos. También obliga a subir los precios, ya que el precio no será inferior al impuesto pagado (esta categoría no se aplica a los países donde solo se aplica un impuesto al consumo específico o donde no se aplica ningún impuesto al consumo).
- Base del impuesto ad valorem en los países que aplican un sistema de impuestos especiales ad valorem o combinado. **Los impuestos ad valorem aplicados al precio de venta al público** o al precio de venta al público sin IVA son más sencillos desde el punto de vista administrativo. El precio de venta al público es más fácil de determinar que el precio de producción o el valor CIF y, por tanto, hay menos riesgo de infravaloración (no aplicable en los países en que solo se aplican impuestos al consumo específicos o donde no se aplica ningún impuesto al consumo).
- Si el impuesto al consumo aplicado es específico o si es combinado, y **si el componente del impuesto específico se ajusta automáticamente** en función de la inflación (o de otro modo). Si el impuesto específico no se ajusta en función de la inflación (u otro

11. Los sistemas abiertos son dispositivos que permiten al usuario comprar los líquidos y rellenar su dispositivo con las mezclas que desee (sin nicotina, con diferentes concentraciones de nicotina o sabores). Los sistemas cerrados son productos que vienen con un recipiente precargado (llamado cartucho, cápsula o tanque).

indicador, como los ingresos) a lo largo del tiempo, su efecto se verá mermado. Es bueno que se ajuste automáticamente (esta categoría no se aplica a los países en los que solo se aplica el impuesto al consumo ad valorem o donde no se aplica ningún impuesto al consumo).

- h. **Dispersión de precios:** proporción del precio de la marca más barata en el precio de la marca premium (precio de la marca más barata ÷ precio de la marca premium × 100). Cuanto mayor sea la proporción, menor será la dispersión y menores serán las oportunidades de sustitución por marcas más baratas.

II. Administración de tributos

Venta de cigarrillos libres de impuestos: en la mayoría de los países, los productos de tabaco se venden sin impuestos al consumo (y otros impuestos indirectos como el IVA y los derechos de importación) en las tiendas libres de impuestos de los aeropuertos, en los vehículos de transporte internacional y en otras tiendas libres de impuestos. Los productos de tabaco libres de impuestos suelen ponerse a disposición de los viajeros que salen del país, pero ahora también están disponibles para los viajeros que entran en un país. **Prohibir la venta de cigarrillos libres de impuestos** para consumo personal reduce la posibilidad de que estos productos acaben en el mercado ilícito. Además, no existe ninguna justificación para vender libre de impuestos un producto mortal; esos impuestos no percibidos suponen una pérdida de ingresos para las arcas públicas. Algunos países ya han actuado y han prohibido la venta de productos de tabaco libres de impuestos. Esos productos pueden seguir encontrándose en los aeropuertos y otras tiendas libres de impuestos, pero se venden con impuestos al consumo incluidos.

III. Afectación (parte de los impuestos o de los ingresos procedentes de los impuestos dedicada a la salud o al control del tabaco).

Los impuestos pueden generar unos ingresos considerables. Afectar la totalidad o una parte de los ingresos fiscales del tabaco puede ser una herramienta útil

para mejorar la economía política de los aumentos de impuestos sobre el tabaco. Si se reserva una parte de los ingresos fiscales para financiar las actividades de control del tabaco o los programas de atención de salud pertinentes, se puede ayudar a convencer a los ciudadanos, los políticos y los funcionarios de las ventajas de incrementar significativamente los impuestos sobre el tabaco, con el objetivo final de reducir el consumo de estos productos.

8. Estimaciones de la asequibilidad de los cigarrillos (véase el cuadro 9.6 del anexo IX en línea)

La asequibilidad de los cigarrillos para cada uno de los años 2010, 2012, 2014, 2016, 2018 y 2020 se ha medido en función del PIB per cápita necesario para adquirir 2000 cigarrillos de la marca más vendida notificada en ese año. En el análisis de la asequibilidad de este informe se recoge la información siguiente:

- Índice de asequibilidad (% del PIB per cápita para comprar 2000 cigarrillos): en todos los países, un valor más alto indica que los cigarrillos son relativamente más caros con relación a los ingresos.
- Si los cigarrillos se han vuelto relativamente más asequibles entre 2010 y 2020 (cambio en el índice de asequibilidad medido anteriormente, entre 2010 y 2020): a medida que la asequibilidad disminuye, se desalienta el consumo.

Las estimaciones del PIB per cápita en unidades de moneda local se han obtenido de la base de datos de Perspectivas de la economía mundial del FMI, que ofrece una serie completa de estimaciones para la mayoría de los 195 países sobre los que se informa. En los casos en que no existían datos sobre el PIB per cápita en la base de datos de las Perspectivas de la economía mundial, se han utilizado las series de datos sobre el PIB per cápita del Banco Mundial. Los países de los que no se disponía de datos pertinentes en la base de datos Perspectivas de la economía mundial del FMI o en las series del PIB per cápita del Banco Mundial se han excluido del

análisis de asequibilidad (Andorra, Cuba, Islas Cook, Mónaco, Niue, República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, República Popular Democrática de Corea y Somalia). Para cada combinación de países y años, se ha equiparado la moneda de la marca más vendida con la correspondiente a la serie del PIB, y se han realizado las conversiones y los ajustes de los tipos de cambio necesarios (Bielorrusia, Camboya, Estonia, Letonia, Liberia, Lituania, Mauritania, Santo Tomé y Príncipe, República Bolivariana de Venezuela, Zambia y Zimbabue).

Para evaluar si la asequibilidad ha cambiado en promedio desde 2010, se ha calculado el cambio porcentual medio anual de la asequibilidad como la tasa de crecimiento por mínimos cuadrados para todos los países con cuatro o más años de datos. Este criterio ha excluido automáticamente a Bhután, Malawi y Sudán del Sur, ya que se disponía de menos de cuatro años de datos de precios para el análisis. Además, se han excluido los países que no notificaron datos de precios para la marca más vendida en 2020 (Barbados, Brunei Darussalam, Cuba, Djibouti, Eritrea, Granada, Guinea-Bissau, Haití, Islas Cook, Islas Salomón, República Centroafricana, Saint Kitts y Nevis y San Marino).

Se ha considerado que la asequibilidad de los cigarrillos no ha cambiado si la tendencia de mínimos cuadrados del PIB per cápita necesario para comprar 2000 cigarrillos (es decir, 100 paquetes de 20 cigarrillos) no era significativa al nivel del 5%. Se ha considerado que los cigarrillos son menos (más) asequibles en promedio si la tendencia de mínimos cuadrados del PIB per cápita necesario para comprar 2000 cigarrillos era positiva (negativa) y significativamente diferente de cero al nivel del 5%.



ANEXO I

RESUMEN REGIONAL DE LAS MEDIDAS MPOWER

En el anexo I se ofrece una visión de conjunto de algunas de las políticas de control del tabaco. Para cada región de la OMS se presenta un cuadro sinóptico que incluye información sobre la vigilancia y la prevalencia, los entornos sin humo, el tratamiento de la dependencia del tabaco, las advertencias sanitarias y el empaquetado, las campañas contra el tabaco en los medios de comunicación, las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio, los niveles impositivos y la asequibilidad de los cigarrillos, basada en la metodología que se describe en las Notas Técnicas I, II y III.

Por lo general, pero no siempre, los datos a nivel de país se facilitaron con documentación de apoyo, como leyes, reglamentos, documentos de política y demás. La OMS ha evaluado los documentos disponibles y en este anexo se ofrecen medidas o indicadores sintéticos de los logros de los países en cada una de las medidas MPOWER.

Puede encontrarse información detallada, incluidas notas a pie de página sobre cada uno de los indicadores para los sistemas electrónicos de administración de nicotina en el anexo II, para los entornos sin humo, las advertencias sanitarias y el empaquetado, las campañas contra el tabaco en los medios de comunicación, las prohibiciones a la publicidad, la promoción y el patrocinio en el anexo VI, y para la fiscalidad y la asequibilidad del tabaco en el anexo IX. Es importante tener en cuenta que los datos sobre las leyes reflejan la situación de la legislación adoptada antes del 31 de diciembre de 2020 con una fecha de entrada en vigor establecida y que no esté siendo objeto de un recurso jurídico que pueda afectar a la fecha de aplicación.

Los indicadores sintéticos elaborados para el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021* son los mismos que los que se utilizaron en el informe de 2019.

La metodología empleada para calcular cada indicador se describe en la Nota Técnica I. No obstante, esta revisión no constituye un análisis normativo exhaustivo y completo de la legislación de cada país. A excepción de los entornos sin humo y las prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, los datos se han recogido solo a nivel nacional o federal y, por tanto, ofrecen una información incompleta sobre los Estados Miembros en que los gobiernos subnacionales desempeñan un papel activo en el control del tabaco. La prevalencia diaria del hábito de fumar en la población mayor de 15 años en 2019 es un indicador modelado por la OMS a partir de las encuestas sobre el consumo de tabaco publicadas por los Estados Miembros. El hábito de fumar es uno de los indicadores que más se notifican en las encuestas de los países. En la Nota Técnica II se describe el cálculo de las estimaciones de la OMS para poder hacer comparaciones internacionales.

Cuadro 1.1

África

Resumen de las medidas MPOWER

PAÍS	PREVALENCIA DIARIA DE TABAQUISMO EN ADULTOS (2019)	M MONITOREO	P PROHIBICIONES DE FUMAR	O PROGRAMAS DE DES-HABITUACIÓN TABÁQUICA	W		E PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD	R	
			LAS LINEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO		ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN		IMPUESTOS	CIGARRILLOS MENOS ASEQUIBLES DESDE 2010
Argelia	14%							35.5%	Sí
Angola	...							12.1%	Sí
Benin	4%							9.5%	No
Botswana	13%		—					52.2%	Sí
Burkina Faso	9%							43.5%	↔
Burundi	7%							37.3%	Sí
Cabo Verde	6%							19.5%	↔
Camerún	5%		...				...	43.2%	↔
República Centroafricana	...		—				—	...	...
Chad	6%							51.6%	↔
Comoras	10%							73.8%	↔
Congo	10%							26.9%	Sí
Côte d'Ivoire	9%		—					34.5%	No
República Democrática del Congo	9%							52.1%	No
Guinea Ecuatorial	...		—				—	24.2%	Sí
Eritrea	4%		—				...	...	...
Eswatini	6%		—				...	53.5%	No
Etiopía	3%							51.2%	↔
Gabón	...							21.6%	↔
Gambia	9%				⊙			48.7%	Sí
Ghana	2%		—					31.8%	↔
Guinea	...							37.0%	↔
Guinea-Bissau	7%		—				—	...	...
Kenya	7%		—					39.0%	↔
Lesotho	18%						—	50.6%	↔
Liberia	6%		—				—	56.8%	↔
Madagascar	13%							80.4%	↔
Malawi	7%		—				—	56.3%	...
Malí	6%		—					27.7%	No
Mauritania	7%							5.9%	↔
Mauricio	15%							81.2%	Sí
Mozambique	11%							28.5%	Sí
Namibia	14%							42.0%	↔
Níger	4%							31.8%	↔
Nigeria	3%				⊙			35.1%	↔
Rwanda	9%		—					64.3%	↔
Santo Tomé y Príncipe	4%		—					33.7%	↔
Senegal	5%							38.2%	Sí
Seychelles	15%							69.5%	↔
Sierra Leona	12%		—				—	22.6%	Sí
Sudáfrica	17%		—					52.7%	↔
Sudán del Sur	...		—				—	66.1%	...
Togo	4%							41.4%	Sí
Uganda	5%							34.6%	Sí
República Unida de Tanzania	6%		—				...	30.0%	No
Zambia	10%						—	38.8%	↔
Zimbabwe	8%						—	29.3%	↔

PREVALENCIA DIARIA DEL TABAQUISMO EN ADULTOS*: TASAS DE PREVALENCIA ESTANDARIZADAS POR EDAD PARA FUMADORES DIARIOS ADULTOS DE TABACO (AMBOS SEXOS COMBINADOS), 2019	
...	Estimaciones no disponibles
	30% o más
	Del 20% al 29,9%
	Del 15% al 19,9%
	Menos del 15 %
* Las cifras deben utilizarse únicamente a modo de comparación entre países y no para calcular el número absoluto de fumadores diarios de tabaco en un país.	
MONITOREO: DATOS DE PREVALENCIA	
	No se conocen datos o no son recientes o, si lo son, no son representativos
	Datos recientes y representativos sobre adultos o jóvenes
	Datos recientes y representativos tanto sobre adultos como sobre jóvenes
	Datos recientes, representativos y periódicos tanto sobre adultos como sobre jóvenes
ENTORNOS LIBRES DE HUMO: PROHIBICIONES DE FUMAR	
	Datos no comunicados/no categorizados
	Ausencia total de prohibición o, como máximo, dos lugares públicos completamente libres de humo
	De tres a cinco lugares públicos completamente libres de humo
	De seis a siete lugares públicos completamente libres de humo
	Todos los lugares públicos completamente libres de humo (o al menos el 90% de la población cubierta por toda una legislación subnacional de entornos libres de humo)
PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO	
	Datos no comunicados
	Ninguno
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en ninguna de las opciones están cubiertos los costos)
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en al menos una de las opciones están cubiertos los costos)
	Línea telefónica nacional de asistencia para dejar de fumar, y costos cubiertos tanto en los tratamientos de sustitución con nicotina como en algunos servicios para dejar de fumar
ADVERTENCIAS SANITARIAS: ADVERTENCIAS SANITARIAS EN LOS PAQUETES DE CIGARRILLOS	
	Datos no comunicados
	Sin advertencias ni pequeñas advertencias
	Advertencias de tamaño mediano que carecen de algunas características apropiadas O advertencias grandes que carecen de muchas características apropiadas
	Advertencias de tamaño mediano con todas las características apropiadas O advertencias grandes que carecen de algunas características apropiadas
	Advertencias grandes con todas las características apropiadas
MEDIOS DE COMUNICACIÓN: CAMPAÑAS ANTITABACO	
	Datos no comunicados
	No se ha realizado ninguna campaña nacional entre julio de 2018 y junio de 2020 con una duración de al menos tres semanas
	Se ha realizado una campaña nacional con una a cuatro características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con cinco a seis características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con al menos siete características apropiadas

	Datos no comunicados
	Ausencia total de prohibición, o prohibición que no afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta únicamente a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales, así como a algunas, pero no todas, las demás formas de publicidad directa y/o indirecta
	Prohibición de todas las formas de publicidad directa e indirecta (o al menos una legislación subnacional por la que se prohíbe completamente la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y que cubre a, como mínimo, el 90% de la población)

IMPUESTOS: PROPORCIÓN DE IMPUESTOS TOTALES EN EL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO DE LA MARCA DE CIGARRILLOS MÁS VENDIDA

	Datos no comunicados
	< 25% del precio de venta al público son impuestos
	≥25% y <50% del precio de venta al público son impuestos
	≥50% y <75% del precio de venta al público son impuestos
	≥75% del precio de venta al público son impuestos

ASEQUIBILIDAD DE CIGARRILLOS

SI	Cigarrillos menos asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos aumentó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
NO	Cigarrillos más asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos disminuyó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
↔	No hay cambios significativos en la asequibilidad de los cigarrillos desde 2010.
...	Datos insuficientes para realizar un análisis de tendencias.

CUMPLIMIENTO: CUMPLIMIENTO DE LAS PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO, Y CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES SOBRE ENTORNOS SIN HUMO

	Cumplimiento completo (8/10 a 10/10)
	Cumplimiento moderado (3/10 a 7/10)
	Cumplimiento mínimo (0/10 a 2/10)

LEYENDA DE SÍMBOLOS

☆	El empaquetado neutro es obligatorio.
⦿	Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020.
▼ ▲	Cambio en el grupo de indicadores POWER (subida o bajada) entre 2018 y 2020. Algunos datos de 2018 se revisaron en 2020. Las reglas de agrupación de 2020 se aplicaron a ambos años.
...	Datos no comunicados/no disponibles

INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO. 2021: ABORDAR LOS PRODUCTOS NUEVOS Y EMERGENTES | 141

Cuadro 1.2

Américas

Resumen de las medidas MPOWER

PAÍS	PREVALENCIA DIARIA DE TABAQUISMO EN ADULTOS (2019)	M MONITOREO	P PROHIBICIONES DE FUMAR LAS LINEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO	O PROGRAMAS DE DES-HABITUACIÓN TABÁQUICA	W		E PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD LAS LINEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO	R	
					ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN		IMPUESTOS	CIGARRILLOS MENOS ASEQUIBLES DESDE 2010
Antigua y Barbuda	...		III					13.1%	↔
Argentina	18%							76.6%	Sí
Bahamas	8%		—					43.2%	Sí
Barbados	5%						—	...	...
Belize	5%		—				—	34.7%	↔
Bolivia (Estado Plurinacional de)	...		III				II	35.7%	Sí
Brasil	11%							81.5%	↔
Canadá	9%				☆			61.7%	Sí
Chile	19%							80.0%	Sí
Colombia	5%							73.1%	Sí
Costa Rica	5%							53.6%	Sí
Cuba	13%		III				—	...	...
Dominica	...		—				—	22.7%	↔
República Dominicana	8%						—	44.3%	↔
Ecuador	4%							66.9%	Sí
El Salvador	5%							46.5%	Sí
Granada	...		—				—	...	...
Guatemala	5%							49.0%	↔
Guyana	9%							27.5%	No
Haití	5%		—				—	...	...
Honduras	...							42.6%	Sí
Jamaica	7%							42.6%	Sí
México	7%							67.6%	↔
Nicaragua	...		III					69.4%	↔
Panamá	2%							56.5%	No
Paraguay	8%		—					18.3%	↔
Perú	6%							67.7%	Sí
Saint Kitts y Nevis	...		—				—	...	...
Santa Lucía	...						—	51.3%	↔
San Vicente y las Granadinas	...		—				—	23.1%	Sí
Suriname	...							26.5%	Sí
Trinidad y Tabago	...							25.7%	Sí
Estados Unidos de América	14%		...		⊙		...	40.0%	↔
Uruguay	18%				☆			65.9%	↔
Venezuela (República Bolivariana de)	...							73.4%	...

P POLÍTICAS DE ENTORNOS LIBRES DE HUMO	O PROGRAMAS DE DES- HABITUACIÓN TABAQUICA	W ADVER- TENCIAS SANITARIAS	E PROHIBI- CIONES DE PUBLICIDAD	R IMPUESTOS
CAMBIO EN EL GRUPO DE INDICADORES POWER (SUBIDA O BAJADA) DESDE 2018				
	▼			
▲				
				▼
				▼
	▼			
	▼			
				▲
▲				
				▲
▲				
	▼			
		▲		
			▲	

...	Estimaciones no disponibles
	30% o más
	Del 20% al 29,9%
	Del 15% al 19,9%
	Menos del 15 %

	No se conocen datos o no son recientes o, si lo son, no son representativos
	Datos recientes y representativos sobre adultos o jóvenes
	Datos recientes y representativos tanto sobre adultos como sobre jóvenes
	Datos recientes, representativos y periódicos tanto sobre adultos como sobre jóvenes

	Datos no comunicados/no categorizados
	Ausencia total de prohibición o, como máximo, dos lugares públicos completamente libres de humo
	De tres a cinco lugares públicos completamente libres de humo
	De seis a siete lugares públicos completamente libres de humo
	Todos los lugares públicos completamente libres de humo (o al menos el 90% de la población cubierta por toda una legislación subnacional de entornos libres de humo)

	Datos no comunicados
	Ninguno
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en ninguna de las opciones están cubiertos los costos)
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en al menos una de las opciones están cubiertos los costos)
	Línea telefónica nacional de asistencia para dejar de fumar, y costos cubiertos tanto en los tratamientos de sustitución con nicotina como en algunos servicios para dejar de fumar

EN LOS PAQUETES DE CROMÍOS	
	Datos no comunicados
	Sin advertencias ni pequeñas advertencias
	Advertencias de tamaño mediano que carecen de algunas características apropiadas O advertencias grandes que carecen de muchas características apropiadas
	Advertencias de tamaño mediano con todas las características apropiadas O advertencias grandes que carecen de algunas características apropiadas
	Advertencias grandes con todas las características apropiadas

	Datos no comunicados
	No se ha realizado ninguna campaña nacional entre julio de 2018 y junio de 2020 con una duración de al menos tres semanas
	Se ha realizado una campaña nacional con una a cuatro características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con cinco a seis características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con al menos siete características apropiadas, incluida su emisión por radio y/o televisión

	Datos no comunicados
	Ausencia total de prohibición, o prohibición que no afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta únicamente a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales, así como a algunas, pero no todas, las demás formas de publicidad directa y/o indirecta
	Prohibición de todas las formas de publicidad directa e indirecta (o al menos una legislación subnacional por la que se prohíbe completamente la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y que cubre a, como mínimo, el 90% de la población)

	Datos no comunicados
	< 25% del precio de venta al público son impuestos
	≥25% y <50% del precio de venta al público son impuestos
	≥50% y <75% del precio de venta al público son impuestos
	≥75% del precio de venta al público son impuestos

SÍ	Cigarrillos menos asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos aumentó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
NO	Cigarrillos más asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos disminuyó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
↔	No hay cambios significativos en la asequibilidad de los cigarrillos desde 2010.
...	Datos insuficientes para realizar un análisis de tendencias.

	Cumplimiento completo (8/10 a 10/10)
	Cumplimiento moderado (3/10 a 7/10)
	Cumplimiento mínimo (0/10 a 2/10)

☆	El empaquetado neutro es obligatorio.
⦿	Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020.
▼▲	Cambio en el grupo de indicadores POWER (subida o bajada) entre 2018 y 2020. Algunos datos de 2018 se revisaron en 2020. Las reglas de agrupación de 2020 se aplicaron a ambos años.
...	Datos no comunicados/no disponibles
—	Datos no requeridos/no aplicables

INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO. 2021: ABORDAR LOS PRODUCTOS NUEVOS Y EMERGENTES | 143

Cuadro 1.3

Asia Sudoriental

Resumen de las medidas MPOWER

PAÍS	PREVALENCIA DIARIA DE TABAQUISMO EN ADULTOS (2019)	M MONITOREO	P PROHIBICIONES DE FUMAR	O PROGRAMAS DE DES-HABITUACIÓN TABÁQUICA	W		E PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD	R	
					ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN		IMPUESTOS	CIGARRILLOS MENOS ASEQUIBLES DESDE 2010
			LAS LÍNEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO				LAS LÍNEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
Bangladesh	17%							73.0%	Sí
Bhután	...							8.1%	...
República Popular Democrática de Corea	15%						—	0.0%	...
India	7%							57.6%	Sí
Indonesia	33%							62.3%	↔
Maldivas	19%							65.7%	Sí
Myanmar	15%							49.9%	No
Nepal	13%		I					27.0%	↔
Sri Lanka	10%							77.0%	Sí
Tailandia	17%				☆			78.6%	↔
Timor-Leste	23%							21.8%	↔

PREVALENCIA DIARIA DEL TABAQUISMO EN ADULTOS*:
TASAS DE PREVALENCIA ESTANDARIZADAS POR EDAD PARA FUMADORES DIARIOS ADULTOS DE TABACO (AMBOS SEXOS COMBINADOS), 2019

...	Estimaciones no disponibles
	30% o más
	Del 20% al 29,9%
	Del 15% al 19,9%
	Menos del 15 %

* Las cifras deben utilizarse únicamente a modo de comparación entre países y no para calcular el número absoluto de fumadores diarios de tabaco en un país.

MONITOREO: DATOS DE PREVALENCIA

	No se conocen datos o no son recientes o, si lo son, no son representativos
	Datos recientes y representativos sobre adultos o jóvenes
	Datos recientes y representativos tanto sobre adultos como sobre jóvenes
	Datos recientes, representativos y periódicos tanto sobre adultos como sobre jóvenes

ENTORNOS LIBRES DE HUMO: PROHIBICIONES DE FUMAR

	Datos no comunicados/no categorizados
	Ausencia total de prohibición o, como

PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD: PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO	
	Datos no comunicados

...	Estimaciones no disponibles
	30% o más
	Del 20% al 29,9%
	Del 15% al 19,9%
	Menos del 15 %

* Las cifras deben utilizarse únicamente a modo de comparación entre países y no para calcular el número absoluto de fumadores diarios de tabaco en un país.

IMPUESTOS: PROPORCIÓN DE IMPUESTOS TOTALES EN EL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO DE LA MARCA DE CIGARRILLOS MÁS VENDIDA

	Datos no comunicados
	< 25% del precio de venta al público son impuestos
	≥25% y <50% del precio de venta al público son impuestos
	≥50% y <75% del precio de venta al público son impuestos
	≥75% del precio de venta al público son impuestos

ASEQUIBILIDAD DE CIGARRILLOS

SÍ	Cigarrillos menos asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos aumentó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
NO	Cigarrillos más asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos disminuyó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
↔	No hay cambios significativos en la asequibilidad de los cigarrillos desde 2010.
...	Datos insuficientes para realizar un análisis de tendencias.

CUMPLIMIENTO: CUMPLIMIENTO DE LAS PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO, Y CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES SOBRE ENTORNOS SIN HUMO

	Cumplimiento completo (8/10 a 10/10)
	Cumplimiento moderado (3/10 a 7/10)
	Cumplimiento mínimo (0/10 a 2/10)

LEYENDA DE SÍMBOLOS

☆	El empaquetado neutro es obligatorio.
⊙	Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020.
▼▲	Cambio en el grupo de indicadores POWER (subida o bajada) entre 2018 y 2020. Algunos datos de 2018 se revisaron en 2020. Las reglas de agrupación de 2020 se aplicaron a ambos años.
...	Datos no comunicados/no disponibles
—	Datos no requeridos/no aplicables

[illegible]

INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO. 2021: ABORDAR LOS PRODUCTOS NUEVOS Y EMERGENTES | 145

Cuadro 1.4

Europa

Resumen de las medidas MPOWER

PAÍS	PREVALENCIA DIARIA DE TABAQUISMO EN ADULTOS (2019)	M MONITOREO	P PROHIBICIONES DE FUMAR	O PROGRAMAS DE DES-HABITUACIÓN TABÁQUICA	W		E PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD	R	
			LAS LÍNEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO		ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	LAS LÍNEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO	IMPUESTOS	CIGARRILLOS MENOS ASEQUIBLES DESDE 2010
Albania	18%		...				...	66.7%	Si
Andorra	28%						—	78.4%	...
Armenia	25%							44.2%	No
Austria	21%							74.5%	Si
Azerbaiyán	18%		...				...	49.7%	↔
Belarús	23%							55.6%	Si
Bélgica	19%				☆			76.9%	Si
Bosnia y Herzegovina	30%		—					84.0%	Si
Bulgaria	32%							85.3%	No
Croacia	31%		...				...	83.6%	↔
Chipre	29%							74.4%	Si
Chequia	24%							77.2%	Si
Dinamarca	15%						—	78.0%	↔
Estonia	21%							87.6%	↔
Finlandia	15%							88.2%	Si
Francia	28%				☆			83.2%	Si
Georgia	27%							81.2%	↔
Alemania	18%		—					63.5%	Si
Grecia	27%		...				...	80.8%	Si
Hungría	28%		...		☆		...	72.7%	Si
Islandia	10%							55.0%	↔
Irlanda	18%				☆			78.9%	No
Israel	18%		...		☆		...	83.2%	Si
Italia	20%		—					76.6%	Si
Kazajstán	16%		—					55.7%	Si
Kirguistán	22%							52.9%	Si
Letonia	30%							79.9%	↔
Lituania	22%							74.0%	↔
Luxemburgo	17%		...				...	68.3%	↔
Malta	19%		...				...	77.6%	No
Mónaco	...		...				—	...	...
Montenegro	27%		...				...	77.5%	Si
Países Bajos	17%		...		☆			77.2%	Si
Macedonia del Norte	...		...				...	80.3%	↔
Noruega	12%				☆			61.6%	Si
Polonia	21%							78.4%	↔
Portugal	20%							78.6%	↔
República de Moldova	24%		...				...	62.4%	Si
Rumania	27%							69.6%	↔
Federación de Rusia	27%							56.1%	Si
San Marino	...		...				...	...	...
Serbia	33%							76.5%	Si
Eslovaquia	24%							76.3%	Si
Eslovenia	20%		...		☆		...	78.7%	↔
España	25%							78.2%	↔
Suecia	9%		—					68.1%	Si
Suiza	21%		—				...	59.6%	Si
Tayikistán	...							41.9%	↔
Turquía	26%				☆			84.9%	↔
Turkmenistán	4%							42.2%	Si
Ucrania	24%							69.3%	Si
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	13%				☆			79.3%	Si
Uzbekistán	9%		...				...	56.3%	↔

[illegible]

...	Estimaciones no disponibles
	30% o más
	Del 20% al 29,9%
	Del 15% al 19,9%
	Menos del 15 %

MONITOREO: DATOS DE PREVALENCIA

	No se conocen datos o no son recientes o, si lo son, no son representativos
	Datos recientes y representativos sobre adultos o jóvenes
	Datos recientes y representativos tanto sobre adultos como sobre jóvenes
	Datos recientes, representativos y periódicos tanto sobre adultos como sobre jóvenes

	Datos no comunicados/no categorizados
	Ausencia total de prohibición o, como máximo, dos lugares públicos completamente libres de humo
	De tres a cinco lugares públicos completamente libres de humo
	De seis a siete lugares públicos completamente libres de humo
	Todos los lugares públicos completamente libres de humo (o al menos el 90% de la población cubierta por toda una legislación subnacional de entornos libres de humo)

	Datos no comunicados
	Ninguno
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en ninguna de las opciones están cubiertos los costos)
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en al menos una de las opciones están cubiertos los costos)
	Línea telefónica nacional de asistencia para dejar de fumar, y costos cubiertos tanto en los tratamientos de sustitución con nicotina como en algunos servicios para dejar de fumar

	Datos no comunicados
	Sin advertencias ni pequeñas advertencias
	Advertencias de tamaño mediano que carecen de algunas características apropiadas O advertencias grandes que carecen de muchas características apropiadas
	Advertencias de tamaño mediano con todas las características apropiadas O advertencias grandes que carecen de algunas características apropiadas
	Advertencias grandes con todas las características apropiadas

	Datos no comunicados
	No se ha realizado ninguna campaña nacional entre julio de 2018 y junio de 2020 con una duración de al menos tres semanas
	Se ha realizado una campaña nacional con una a cuatro características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con cinco a seis características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con al menos siete características apropiadas, incluida su emisión por radio y/o televisión

	Datos no comunicados
	Ausencia total de prohibición, o prohibición que no afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta únicamente a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales, así como a algunas, pero no todas, las demás formas de publicidad directa y/o indirecta
	Prohibición de todas las formas de publicidad directa e indirecta (o al menos una legislación subnacional por la que se prohíbe completamente la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y que cubre a, como mínimo, el 90% de la población)

	Datos no comunicados
	< 25% del precio de venta al público son impuestos
	≥25% y <50% del precio de venta al público son impuestos
	≥50% y <75% del precio de venta al público son impuestos
	≥75% del precio de venta al público son impuestos

SÍ	Cigarrillos menos asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos aumentó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
NO	Cigarrillos más asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos disminuyó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
↔	No hay cambios significativos en la asequibilidad de los cigarrillos desde 2010.
...	Datos insuficientes para realizar un análisis de tendencias.

	Cumplimiento completo (8/10 a 10/10)
	Cumplimiento moderado (3/10 a 7/10)
	Cumplimiento mínimo (0/10 a 2/10)

☆	El empaquetado neutro es obligatorio.
⊙	Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020.
▼▲	Cambio en el grupo de indicadores POWER (subida o bajada) entre 2018 y 2020. Algunos datos de 2018 se revisaron en 2020. Las reglas de agrupación de 2020 se aplicaron a ambos años.
...	Datos no comunicados/no disponibles
—	Datos no requeridos/no aplicables

INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO. 2021: ABORDAR LOS PRODUCTOS NUEVOS Y EMERGENTES | 147

Cuadro 1.5

Mediterráneo Oriental

Resumen de las medidas MPOWER

< El «territorio palestino ocupado» se refiere al «territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental»

PAÍS	PREVALENCIA DIARIA DE TABAQUISMO EN ADULTOS (2019)	M MONITOREO	P PROHIBI- CIONES DE FUMAR	O PROGRAMAS DE DES- HABITUACIÓN TABÁQUICA	W		E PROHIBI- CIONES DE PUBLICIDAD	R	
			LAS LÍNEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO		ADVER- TENCIAS SANITARIAS	MEDIOS DE COMUNI- CACIÓN	LAS LÍNEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO	IMPUESTOS	CIGARRILLOS MENOS ASEQUIBLES DESDE 2010
Afganistán	7%		I					20.7%	Sí
Bahrein	13%		—				...	72.2%	Sí
Djibouti	...		...				...	...	...
Egipto	21%		III					78.5%	↔
Irán (República Islámica del)	9%							15.5%	Sí
Iraq	17%		III					7.6%	↔
Jordania	30%		—					78.0%	Sí
Kuwait	17%		...				...	18.9%	Sí
Líbano	24%							9.9%	↔
Libia	...		II					9.4%	Sí
Marruecos	11%							76.1%	↔
Omán	...							92.8%	Sí
Territorio palestino ocupadoa	7%		—					63.6%	Sí
Pakistán	12%							60.8%	↔
Qatar	10%		—					68.2%	Sí
Arabia Saudita	11%				☆			73.8%	Sí
Somalia	...		—				—	7.1%	...
Sudán	...		—					73.4%	No
República Árabe Siria	...		...				...	41.8%	...
Túnez	21%		—					69.6%	↔
Emiratos Árabes Unidos	9%							72.6%	Sí
Yemen	14%		III					50.7%	Sí

[illegible]

...	Estimaciones no disponibles
	30% o más
	Del 20% al 29,9%
	Del 15% al 19,9%
	Menos del 15 %

MONITOREO: DATOS DE PREVALENCIA

	No se conocen datos o no son recientes o, si lo son, no son representativos
	Datos recientes y representativos sobre adultos o jóvenes
	Datos recientes y representativos tanto sobre adultos como sobre jóvenes
	Datos recientes, representativos y periódicos tanto sobre adultos como sobre jóvenes

	Datos no comunicados/no categorizados
	Ausencia total de prohibición o, como máximo, dos lugares públicos completamente libres de humo
	De tres a cinco lugares públicos completamente libres de humo
	De seis a siete lugares públicos completamente libres de humo
	Todos los lugares públicos completamente libres de humo (o al menos el 90% de la población cubierta por toda una legislación subnacional de entornos libres de humo)

	Datos no comunicados
	Ninguno
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en ninguna de las opciones están cubiertos los costos)
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en al menos una de las opciones están cubiertos los costos)
	Línea telefónica nacional de asistencia para dejar de fumar, y costos cubiertos tanto en los tratamientos de sustitución con nicotina como en algunos servicios para dejar de fumar

EN LOS PAQUETES DE CROMÍOS	
	Datos no comunicados
	Sin advertencias ni pequeñas advertencias
	Advertencias de tamaño mediano que carecen de algunas características apropiadas O advertencias grandes que carecen de muchas características apropiadas
	Advertencias de tamaño mediano con todas las características apropiadas O advertencias grandes que carecen de algunas características apropiadas
	Advertencias grandes con todas las características apropiadas

	Datos no comunicados
	No se ha realizado ninguna campaña nacional entre julio de 2018 y junio de 2020 con una duración de al menos tres semanas
	Se ha realizado una campaña nacional con una a cuatro características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con cinco a seis características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con al menos siete características apropiadas, incluida su emisión por radio y/o televisión

	Datos no comunicados
	Ausencia total de prohibición, o prohibición que no afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta únicamente a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales, así como a algunas, pero no todas, las demás formas de publicidad directa y/o indirecta
	Prohibición de todas las formas de publicidad directa e indirecta (o al menos una legislación subnacional por la que se prohíbe completamente la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y que cubre a, como mínimo, el 90% de la población)

	Datos no comunicados
	< 25% del precio de venta al público son impuestos
	≥25% y <50% del precio de venta al público son impuestos
	≥50% y <75% del precio de venta al público son impuestos
	≥75% del precio de venta al público son impuestos

ASEQUIBILIDAD DE CIGARRILLOS	
SÍ	Cigarrillos menos asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos aumentó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
NO	Cigarrillos más asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos disminuyó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
↔	No hay cambios significativos en la asequibilidad de los cigarrillos desde 2010.
...	Datos insuficientes para realizar un análisis de tendencias.

	Cumplimiento completo (8/10 a 10/10)
	Cumplimiento moderado (3/10 a 7/10)
	Cumplimiento mínimo (0/10 a 2/10)

☆	El empaquetado neutro es obligatorio.
⊙	Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020.
▼▲	Cambio en el grupo de indicadores POWER (subida o bajada) entre 2018 y 2020. Algunos datos de 2018 se revisaron en 2020. Las reglas de agrupación de 2020 se aplicaron a ambos años.
...	Datos no comunicados/no disponibles
—	Datos no requeridos/no aplicables

INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO. 2021: ABORDAR LOS PRODUCTOS NUEVOS Y EMERGENTES | 149

Cuadro 1.6
Pacífico Occidental
 Resumen de las medidas MPOWER

PAÍS	PREVALENCIA DIARIA DE TABAQUISMO EN ADULTOS (2019)	M MONITOREO	P PROHIBICIONES DE FUMAR	O PROGRAMAS DE DES-HABITUACIÓN TABÁQUICA	W		E PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD	R	
			LAS LÍNEAS REPRESENTAN EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO		ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN		IMPUESTOS	CIGARRILLOS MENOS ASEQUIBLES DESDE 2010
Australia	12%		...		☆			73.9%	Sí
Brunei Darussalam	12%							—	—
Camboya	15%							26.4%	No
China	23%							54.5%	No
Islas Cook	17%							...	...
Fiji	15%							36.9%	Sí
Japón	17%		—				—	61.0%	Sí
Kiribati	37%							41.4%	No
República Democrática Popular Lao	24%							11.7%	No
Malasia	17%		—					51.5%	Sí
Islas Marshall	19%							54.1%	No
Micronesia (Estados Federados de)	...							46.7%	Sí
Mongolia	23%							45.4%	↔
Nauru	37%							42.2%	Sí
Nueva Zelandia	13%				☆			82.0%	Sí
Niue	...		...				...	57.8%	...
Palau	14%							71.4%	Sí
Papua Nueva Guinea	35%							53.1%	↔
Filipinas	18%							55.7%	Sí
República de Corea	20%							73.9%	Sí
Samoa	20%		...				...	49.2%	Sí
Singapur	14%				☆			67.1%	↔
Islas Salomón	29%							...	...
Tonga	26%		...				...	67.3%	Sí
Tuvalu	29%							38.7%	↔
Vanuatu	12%		—					52.7%	↔
Viet Nam	20%							38.8%	No

CAMBIO DESDE 2018

P POLÍTICAS DE ENTORNOS LIBRES DE HUMO	O PROGRAMAS DE DES- HABITUACIÓN TABÁQUICA	W ADVER- TENCIAS SANITARIAS	E PROHIBI- CIONES DE PUBLICIDAD	R IMPUESTOS
CAMBIO EN EL GRUPO DE INDICADORES POWER (SUBIDA O BAJADA) DESDE 2018				
	▼			▼
	▲			
	▲			
		▲		
				▼
	▼			
	▲			
	▲			

PREVALENCIA DIARIA DEL TABAQUISMO EN ADULTOS*: TASAS DE PREVALENCIA ESTANDARIZADAS POR EDAD PARA FUMADORES DIARIOS ADULTOS DE TABACO (AMBOS SEXOS COMBINADOS), 2019

...	Estimaciones no disponibles
	30% o más
	Del 20% al 29,9%
	Del 15% al 19,9%
	Menos del 15 %

* Las cifras deben utilizarse únicamente a modo de comparación entre países y no para calcular el número absoluto de fumadores diarios de tabaco en un país.

MONITOREO: DATOS DE PREVALENCIA

	No se conocen datos o no son recientes o, si lo son, no son representativos
	Datos recientes y representativos sobre adultos o jóvenes
	Datos recientes y representativos tanto sobre adultos como sobre jóvenes
	Datos recientes, representativos y periódicos tanto sobre adultos como sobre jóvenes

ENTORNOS LIBRES DE HUMO: PROHIBICIONES DE FUMAR

	Datos no comunicados/no categorizados
	Ausencia total de prohibición o, como máximo, dos lugares públicos completamente libres de humo
	De tres a cinco lugares públicos completamente libres de humo
	De seis a siete lugares públicos completamente libres de humo
	Todos los lugares públicos completamente libres de humo (o al menos el 90% de la población cubierta por toda una legislación subnacional de entornos libres de humo)

PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO

	Datos no comunicados
	Ninguno
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en ninguna de las opciones están cubiertos los costos)
	Tratamientos de sustitución con nicotina y/o algunos servicios para dejar de fumar (en al menos una de las opciones están cubiertos los costos)
	Línea telefónica nacional de asistencia para dejar de fumar, y costos cubiertos tanto en los tratamientos de sustitución con nicotina como en algunos servicios para dejar de fumar

ADVERTENCIAS SANITARIAS: ADVERTENCIAS SANITARIAS EN LOS PAQUETES DE CIGARRILLOS

	Datos no comunicados
	Sin advertencias ni pequeñas advertencias
	Advertencias de tamaño mediano que carecen de algunas características apropiadas O advertencias grandes que carecen de muchas características apropiadas
	Advertencias de tamaño mediano con todas las características apropiadas O advertencias grandes que carecen de algunas características apropiadas
	Advertencias grandes con todas las características apropiadas

MEDIOS DE COMUNICACIÓN: CAMPAÑAS ANTITABACO

	Datos no comunicados
	No se ha realizado ninguna campaña nacional entre julio de 2018 y junio de 2020 con una duración de al menos tres semanas
	Se ha realizado una campaña nacional con una a cuatro características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con cinco a seis características apropiadas
	Se ha realizado una campaña nacional con al menos siete características apropiadas, incluida su emisión por radio y/o televisión

PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD: PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO

	Datos no comunicados
	Ausencia total de prohibición, o prohibición que no afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta únicamente a la televisión, radio y medios impresos nacionales
	Prohibición que afecta a la televisión, radio y medios impresos nacionales, así como a algunas, pero no todas, las demás formas de publicidad directa y/o indirecta
	Prohibición de todas las formas de publicidad directa e indirecta (o al menos una legislación subnacional por la que se prohíbe completamente la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y que cubre a, como mínimo, el 90% de la población)

IMPUESTOS: PROPORCIÓN DE IMPUESTOS TOTALES EN EL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO DE LA MARCA DE CIGARRILLOS MÁS VENDIDA

	Datos no comunicados
	< 25% del precio de venta al público son impuestos
	≥25% y <50% del precio de venta al público son impuestos
	≥50% y <75% del precio de venta al público son impuestos
	≥75% del precio de venta al público son impuestos

ASEQUIBILIDAD DE CIGARRILLOS

SÍ	Cigarrillos menos asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos aumentó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
NO	Cigarrillos más asequibles - La tendencia de PIB per cápita necesario para comprar cigarrillos disminuyó desde 2010 a un ritmo superior al 1,45% por año.
↔	No hay cambios significativos en la asequibilidad de los cigarrillos desde 2010.
...	Datos insuficientes para realizar un análisis de tendencias.

CUMPLIMIENTO: CUMPLIMIENTO DE LAS PROHIBICIONES DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO, Y CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES SOBRE ENTORNOS SIN HUMO

	Cumplimiento completo (8/10 a 10/10)
	Cumplimiento moderado (3/10 a 7/10)
	Cumplimiento mínimo (0/10 a 2/10)

LEYENDA DE SÍMBOLOS

☆	El empaquetado neutro es obligatorio.
⊙	Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020.
▼▲	Cambio en el grupo de indicadores POWER (subida o bajada) entre 2018 y 2020. Algunos datos de 2018 se revisaron en 2020. Las reglas de agrupación de 2020 se aplicaron a ambos años.
...	Datos no comunicados/no disponibles
—	Datos no requeridos/no aplicables

CONSÚLTASE LA NOTA TÉCNICA I
PARA DEFINICIONES Y CATEGORÍAS



RESUMEN REGIONAL DE LAS MEDIDAS APLICADAS A LOS SEAN

En el anexo II se ofrece una visión de conjunto de algunas de las medidas de control del tabaco que se aplican a los SEAN. Para cada región de la OMS se presenta un cuadro sinóptico que incluye información sobre la vigilancia y la prevalencia, el uso de SEAN en espacios públicos cerrados, las advertencias sanitarias y el empaquetado, las prohibiciones a la publicidad, la promoción y el patrocinio, los niveles impositivos, las restricciones a la edad de venta y las reglamentaciones aplicadas a los sabores, basada en la metodología que se describe en las Notas Técnicas I, II y III.

En el anexo II se ofrece información detallada sobre determinados aspectos reglamentarios de los SEAN y los SESN, para cada región de la OMS. En este anexo se presentan los siguientes datos:

Reglamentación de los SEAN/SESN:

- Prohibiciones aplicadas a los SEAN/SESN
- Medidas P, W y E aplicadas a los SEAN/SESN
- Edad mínima de venta
- Cómo se regulan los sabores.

Seguimiento y fiscalidad de los SEAN/SESN:

- Datos sobre la prevalencia del uso de SEAN disponibles a partir de encuestas poblacionales nacionales de adultos y encuestas escolares de adolescentes.
- Impuesto al consumo aplicado a los líquidos para los SEAN/SESN (sistemas cerrados y sistemas abiertos).

Cuadro 2.1.1

África

Reglamento de SEAN/SESN

- * Los SESN son tratados de la misma manera que los SEAN
- ⊙ Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020
- No se aplica porque la venta está prohibida

PAÍS	PROHIBICIONES
Argelia	No
Angola	Ninguna
Benin	Ninguna
Botswana	Ninguna
Burkina Faso	Ninguna
Burundi	Ninguna
Cabo Verde	Ninguna
Camerún	Ninguna
República Centrafricana	Ninguna
Chad	Ninguna
Comoras	Ninguna
Congo	Ninguna
Côte d'Ivoire	Ninguna
República Democrática del Congo	Ninguna
Guinea Ecuatorial	Ninguna
Eritrea	Ninguna
Eswatini	Ninguna
Etiopía	Ventas, fabricación, venta al por mayor, distribución, oferta para la venta, importación al comercio
Gabón	Ninguna
Gambia	Ventas, importación, fabricación, distribución, posesión, oferta para la venta*
Ghana	Ninguna
Guinea	Ninguna
Guinea-Bissau	Ninguna
Kenya	Ninguna
Lesotho	Ninguna
Liberia	Ninguna
Madagascar	Ninguna
Malawi	Ninguna
Malí	Ninguna
Mauritania	Ninguna
Mauricio	Ventas, oferta para la venta, distribución*
Mozambique	Ninguna
Namibia	Ninguna
Níger	Ninguna
Nigeria	Ninguna
Rwanda	Ninguna
Santo Tomé y Príncipe	Ninguna
Senegal	Ninguna
Seychelles	Ninguna
Sierra Leona	Ninguna
Sudáfrica	Ninguna
Sudán del Sur	Ninguna
Togo	Ninguna
Ouganda	Ventas, importación, fabricación, distribución, proceso, oferta para la venta, entrada al país*
República Unida de Tanzania	Ninguna
Zambia	Ninguna
Zimbabwe	Ninguna

MEDIDA P	W – MEDIDA DE ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIDA E	EDAD MÍNIMA DE VENTA	¿CÓMO SE REGULAN LOS SABORES?
Parcial	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)	Completa (solo líquidos de SEAN/SESN)	18	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)*	Completa*	18*	No se regulan
Ninguna	Parcial (solo dispositivos)*	Completa (solo dispositivos)*	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)	Completa (solo líquidos de SEAN/SESN)	18	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Parcial	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)	Completa (solo líquidos de SEAN/SESN)	18	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan

Cuadro 2.1.2

Américas

Reglamento de SEAN/SESN

- * Los SESN son tratados de la misma manera que los SEAN
- ⊙ Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020
- No se aplica porque la venta está prohibida

PAÍS	PROHIBICIONES
Antigua y Barbuda	Ninguna
Argentina	Ventas, importación, distribución, comercialización, publicidad, promoción
Bahamas	Ninguna
Barbados	Ninguna
Belice	Ninguna
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Ninguna
Brasil	Ventas, importación*
Canadá	Ninguna
Chile	Ninguna
Colombia	Ninguna
Costa Rica	Ninguna
Cuba	Ninguna
Dominica	Ninguna
República Dominicana	Ninguna
Ecuador	Ninguna
El Salvador	Ninguna
Granada	Ninguna
Guatemala	Ninguna
Guyana	Ninguna
Haití	Ninguna
Honduras	Ninguna
Jamaica	Ninguna
México	Ventas, importación, distribución, exhibición, promoción, producción*
Nicaragua	Ninguna
Panamá	Ventas, importación*
Paraguay	Ninguna
Perú	Ninguna
Saint Kitts y Nevis	Ninguna
Santa Lucía	Ninguna
San Vicente y las Granadinas	Ninguna
Suriname	Ventas, importación, distribución*
Trinidad y Tabago	Ninguna
Estados Unidos de América	Ninguna
Uruguay	Ventas, comercialización, importación, registro como marca o patente*
Venezuela (República Bolivariana de)	Ventas, promoción, comercialización*

MEDIDA P	W – MEDIDA DE ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIDA E	EDAD MÍNIMA DE VENTA	¿CÓMO SE REGULAN LOS SABORES?
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa	—	Parcial	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa	Ninguna	Ninguna	18	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	—	Completa*	—	—
Parcial*	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)	Parcial*	18	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa	Completa	Parcial	18	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa	Completa	Parcial	18	No se regulan
Completa	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	Ninguna	Completa*	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	Completa (solo dispositivos)*	Parcial	21*	No se regulan
Completa	Completa	Parcial	18	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	—	Ninguna	—	—
Completa*	Ninguna	Parcial*	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa	Completa	Ninguna	18	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)	Parcial	21	No se regulan
Completa*	—	Completa*	—	—
Ninguna	—	Ninguna	—	—

Cuadro 2.1.3

Asia Sudoriental

Reglamento de SEAN/SESN

* Los SESN son tratados de la misma manera que los SEAN

— No se aplica porque la venta está prohibida

PAÍS	PROHIBICIONES
Bangladesh	Ninguna
Bhután	Ninguna
República Popular Democrática de Corea	Ventas, importación, exportación*
India	Ventas, producción, fabricación, importación, exportación, transporte, distribución, almacenamiento*
Indonesia	Ninguna
Maldivas	Ninguna
Myanmar	Ninguna
Nepal	Fabricación, importación, distribución, promoción (prohibiciones restringidas solo a algunos lugares)
Sri Lanka	Vente, fabrication, importation, offre à la vente
Tailandia	Ventas, importación*
Timor-Leste	Ventas, importación*

MEDIDA P	W – MEDIDA DE ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIDA E	EDAD MÍNIMA DE VENTA	¿CÓMO SE REGULAN LOS SABORES?
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	—	Parcial*	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	Ninguna	Completa (solo dispositivos)*	18*	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	—	Ninguna	—	—

Cuadro 2.1.4

Europa

Reglamento de SEAN/SESN

- * Los SESN son tratados de la misma manera que los SEAN
- ⊙ Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020
- No se aplica porque la venta está prohibida

PAÍS	PROHIBICIONES
Albania	Ninguna
Andorra	Ninguna
Armenia	Ninguna
Austria	Ninguna
Azerbaiyán	Ninguna
Belarús	Ninguna
Bélgica	Ninguna
Bosnia y Herzegovina	Ninguna
Bulgaria	Ninguna
Croacia	Ninguna
Chipre	Ninguna
Chequia	Ninguna
Dinamarca	Ninguna
Estonia	Ninguna
Finlandia	Ninguna
Francia	Ninguna
Georgia	Ninguna
Alemania	Ninguna
Grecia	Ninguna
Hungría	Ninguna
Islandia	Ninguna
Irlanda	Ninguna
Israel	Ninguna
Italia	Ninguna
Kazajistán	Ninguna
Kirguistán	Ninguna
Letonia	Ninguna
Lituania	Ninguna
Luxemburgo	Ninguna
Malta	Ninguna
Mónaco	Ninguna
Montenegro	Ninguna
Países Bajos	Ninguna
Macedonia del Norte	Ninguna
Noruega	Ninguna
Polonia	Ninguna
Portugal	Ninguna
República de Moldova	Ninguna
Rumania	Ninguna
Federación de Rusia	Ninguna
San Marino	Ninguna
Serbia	Ninguna
Eslovaquia	Ninguna
Eslovenia	Ninguna
España	Ninguna
Suecia	Ninguna
Suiza	Ninguna
Tayikistán	Ninguna
Turquía	importación (excepto para consumo personal)
Turkmenistán	Solo ventas*
Ucrania	Ninguna
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	Ninguna
Uzbekistán	Ninguna

MEDIDA P	W – MEDIDA DE ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIDA E	EDAD MÍNIMA DE VENTA	¿CÓMO SE REGULAN LOS SABORES?
Completa*	Ninguna	Ninguna	18*	No se regulan
Parcial	Ninguna	Ninguna	18*	No se regulan
Parcial	Completa	Parcial	18	No se regulan
Parcial*	Parcial	Parcial*	18*	No se regulan
Parcial*	Ninguna	Completa (solo dispositivos)*	18*	No se regulan
Parcial*	Ninguna	Parcial*	18*	No se regulan
Parcial*	Parcial	Parcial	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Parcial	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Parcial*	Parcial	Parcial*	18*	No se regulan
Parcial*	Parcial	Parcial*	18*	No se regulan
Parcial*	Parcial	Parcial*	18*	Se permiten determinados sabores*⊙
Parcial*	Parcial	Parcial*	18*	Se permiten determinados sabores
Parcial*	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)	Completa*	18*	Se permiten determinados sabores*
Parcial*	Parcial	Parcial*	18	No se regulan
Parcial	Ninguna	Parcial	18	No se regulan
Ninguna	Parcial	Parcial	18	Están prohibidos determinados sabores
Completa*	Parcial	Parcial*	18*	No se regulan
Parcial*	Parcial	Parcial	18*	Todos los sabores están prohibidos*
Parcial*	Ninguna	Completa*	18*	No se regulan
Ninguna	Parcial	Parcial	Ninguna	No se regulan
Parcial	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Parcial	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Parcial*	Ninguna	Ninguna	21*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Parcial*	Parcial	Parcial*	18*	No se regulan
Parcial	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Parcial*	Parcial*	Parcial*	18*	No se regulan
Completa*	Parcial	Parcial*	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Parcial*	Parcial	Parcial*	Ninguna	Los sabores están restringidos*
Parcial*	Parcial*	Parcial*	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	Parcial	Parcial*	18*	No se regulan
Parcial	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Parcial	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Parcial	Parcial	Completa	18	No se regulan
Parcial	Parcial	Parcial	Ninguna	No se regulan
Completa*	Ninguna	Completa*	18*	No se regulan
Parcial*	Ninguna	Ninguna	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Parcial	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Parcial*	Parcial	Completa	18*	No se regulan
Parcial	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Ninguna	Parcial	Parcial	18	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa	Completa	Parcial	18	No se regulan
Completa*	Completa (solo líquidos de SEAN/SESN)*	Completa (solo líquidos de SEAN/SESN)*	18*	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Parcial*	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Parcial	Parcial	Ninguna	No se regulan
Parcial*	Ninguna	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)*	Ninguna	No se regulan

Cuadro 2.1.5

Mediterráneo Oriental

Reglamento de SEAN/SESN

- * Los SESN son tratados de la misma manera que los SEAN
- No se aplica porque la venta está prohibida
- < El «territorio palestino ocupado» se refiere al «territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental»

PAÍS	PROHIBICIONES
Afganistán	Ninguna
Bahrein	Ventas, importación, distribución*
Djibouti	Ninguna
Egipto	Ventas, importación, exportación*
Irán (República Islámica del)	Ventas, importación, producción, suministro, exportación*
Iraq	Ventas, importación, comercio, fabricación*
Jordania	Ventas, importación, distribución, fabricación*
Kuwait	Ventas, comercio, importación*
Libano	Ventas, importación*
Libia	Ninguna
Marruecos	Ninguna
Territorio Palestino Ocupado <	Ventas, importación, fabricación*
Omán	Ventas, importación*
Pakistán	Ninguna
Qatar	Ventas, importación, comercio, exhibición, distribución, fabricación*
Arabia Saudita	Ninguna
Somalia	Ninguna
Sudán	Ninguna
República Árabe Siria	Ventas, fabricación, distribución, comercio*
Túnez	Ninguna
Emiratos Árabes Unidos	Ninguna
Yemen	Ninguna

MEDIDA P	W – MEDIDA DE ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIDA E	EDAD MÍNIMA DE VENTA	¿CÓMO SE REGULAN LOS SABORES?
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	—	Completa*	—	—
Completa*	—	Ninguna	—	—
Parcial*	—	Completa*	—	—
Completa*	—	Parcial*	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Parcial*	Parcial*	Ninguna	Ninguna	Los sabores están restringidos*
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Parcial*	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)*	Completa*	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan

Cuadro 2.1.6

Pacífico Occidental

Reglamento de SEAN/SESN

- * Los SESN son tratados de la misma manera que los SEAN
- ⊙ Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020
- No se aplica porque la venta está prohibida

PAÍS	PROHIBICIONES
Australia	Ninguna
Brunei Darussalam	Ventas, importación*
Camboya	Ventas, importación*
China	Ninguna
Islas Cook	Ninguna
Fiji	Ninguna
Japón	Ninguna
Kiribati	Ninguna
República Democrática Popular Lao	Ninguna
Malasia	Solo ventas
Islas Marshall	Ninguna
Micronesia (Estados Federados de)	Ninguna
Mongolia	Ninguna
Nauru	Ninguna
Nueva Zelanda	Ninguna
Niue	Ninguna
Palau	Ninguna
Papua Nueva Guinea	Ninguna
Filipinas	Ninguna
República de Corea	Ninguna
Samoa	Ninguna
Singapur	Venta, importación, distribución, oferta para la venta, posesión*
Islas Salomón	Ninguna
Tonga	Ninguna
Tuvalu	Ninguna
Vanuatu	Ninguna
Viet Nam	Ninguna

MEDIDA P	W – MEDIDA DE ADVERTENCIAS SANITARIAS	MEDIDA E	EDAD MÍNIMA DE VENTA	¿CÓMO SE REGULAN LOS SABORES?
Parcial	Ninguna	Ninguna	18	No se regulan
Completa*	—	Ninguna	—	—
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Parcial*	Ninguna	Parcial*	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	Ninguna	Parcial*	18*	No se regulan
Ninguna	—	Ninguna	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	Ninguna	Parcial*	18*	Los sabores están restringidos*☹
Completa*	Parcial*	Completa*	21*	No se regulan
Parcial	Ninguna	Parcial	21	No se regulan
Completa	Parcial (solo dispositivos)	Parcial (solo dispositivos)	18	No se regulan
Parcial*	Ninguna	Completa*	21*	Se permiten determinados sabores*
Parcial	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)	Parcial (solo líquidos de SEAN/SESN)	19*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Completa*	—	Parcial*	—	—
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Parcial*	Parcial*	Completa*	18*	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan
Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	No se regulan

Cuadro 2.2.1

África

Monitoreo y gravamen de SEAN/SESN

* Los SESN son gravados de la misma manera que los SEAN
... Datos no disponibles

PAÍS
Argelia
Angola
Benin
Botswana
Burkina Faso
Burundi
Cabo Verde
Camerún
República Centroafricana
Chad
Comoras
Congo
Côte d'Ivoire
República Democrática del Congo
Guinea Ecuatorial
Eritrea
Eswatini
Etiopía
Gabón
Gambia
Ghana
Guinea
Guinea-Bissau
Kenya
Lesotho
Liberia
Madagascar
Malawi
Malí
Mauritania
Mauricio
Mozambique
Namibia
Níger
Nigeria
Rwanda
Santo Tomé y Príncipe
Senegal
Seychelles
Sierra Leona
Sudáfrica
Sudán del Sur
Togo
Uganda
República Unida de Tanzania
Zambia
Zimbabwe

LOS DATOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL USO DE LOS SEAN SE HAN OBTENIDO DE ENCUESTAS NACIONALES		LOS SEAN/SESN ESTÁN GRAVADOS	
ENCUESTAS POBLACIONALES DE ADULTOS	ENCUESTAS ESCOLARES A ADOLESCENTES	SISTEMAS CERRADOS	SISTEMAS ABIERTOS
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	Sí	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
Sí	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...

Cuadro 2.2.2

Américas

Monitoreo y gravamen de SEAN/SESN

* Los SESN son gravados de la misma manera que los SEAN
 ... Datos no disponibles

PAÍS
Antigua y Barbuda
Argentina
Bahamas
Barbados
Belice
Bolivia (Estado Plurinacional de)
Brasil
Canadá
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Dominica
República Dominicana
Ecuador
El Salvador
Granada
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
Saint Kitts y Nevis
Santa Lucía
San Vicente y las Granadinas
Suriname
Trinidad y Tabago
Estados Unidos de América
Uruguay
Venezuela (República Bolivariana de)

LOS DATOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL USO DE LOS SEAN SE HAN OBTENIDO DE ENCUESTAS NACIONALES		LOS SEAN/SESN ESTÁN GRAVADOS	
ENCUESTAS POBLACIONALES DE ADULTOS	ENCUESTAS ESCOLARES A ADOLESCENTES	SISTEMAS CERRADOS	SISTEMAS ABIERTOS
No	Sí	...	...
Sí	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	...
No	No	...	...
No	Sí	...	...
Sí	Sí	...	...
No	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
Sí	Sí	...	...
Sí	No	...	...
Sí	Sí	...	...
Sí	No	...	...
No	Sí	...	...
No	No	...	...
No	Sí	...	...
Sí	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	Sí	...	...
Sí	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	Sí	...	...
Sí	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	Sí	...	...
No	Sí	No	No
No	No	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	Sí	...	...
Sí	Sí	...	...
Sí	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida

Cuadro 2.2.3

Asia Sudoriental

Monitoreo y gravamen de SEAN/SESN

* Los SESN son gravados de la misma manera que los SEAN
... Datos no disponibles
¹ Donnée pour les inhalateurs électroniques ne contenant pas de nicotine

PAÍS
Bangladesh
Bhután
República Popular Democrática de Corea
India
Indonesia
Maldivas
Myanmar
Nepal
Sri Lanka
Thailandia
Timor-Leste

LOS DATOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL USO DE LOS SEAN SE HAN OBTENIDO DE ENCUESTAS NACIONALES		LOS SEAN/SESN ESTÁN GRAVADOS	
ENCUESTAS POBLACIONALES DE ADULTOS	ENCUESTAS ESCOLARES A ADOLESCENTES	SISTEMAS CERRADOS	SISTEMAS ABIERTOS
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
Sí	No	Sí	No ¹
No	No	...	...
No	No	...	...
Sí	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida

Cuadro 2.2.4

Europa

Monitoreo y gravamen de SEAN/SESN

* Los SESN son gravados de la misma manera que los SEAN

... Datos no disponibles

PAÍS
Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaiyán
Belarús
Bélgica
Bosnia y Herzegovina
Bulgaria
Croacia
Chipre
Chequia
Dinamarca
Estonia
Finlandia
Francia
Georgia
Alemania
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Kazajstán
Kirguistán
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Mónaco
Montenegro
Países Bajos
Macedonia del Norte
Noruega
Polonia
Portugal
República de Moldova
Rumania
Federación de Rusia
San Marino
Serbia
Eslovaquia
Eslovenia
España
Suecia
Suiza
Tayikistán
Turquía
Turkmenistán
Ucrania
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Uzbekistán

LOS DATOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL USO DE LOS SEAN SE HAN OBTENIDO DE ENCUESTAS NACIONALES		LOS SEAN/SESN ESTÁN GRAVADOS	
ENCUESTAS POBLACIONALES DE ADULTOS	ENCUESTAS ESCOLARES A ADOLESCENTES	SISTEMAS CERRADOS	SISTEMAS ABIERTOS
No	Sí	...	Sí
No	No	...	...
No	No	No	No
Sí	Sí	No	No
No	No	Sí*	Sí*
No	No	No	No
No	No	No	No
No	No	No	No
Sí	Sí	No	No
No	Sí	No	No
Sí	Sí	...	Sí*
Sí	Sí	No	No
Sí	Sí	No	No
Sí	Sí	Sí*	Sí*
Sí	Sí	...	Sí*
Sí	Sí	No	No
No	Sí	Sí*	Sí*
Sí	Sí	No	No
Sí	Sí	Sí*	Sí*
Sí	Sí	Sí*	...
Sí	Sí	No	No
Sí	Sí	No	No
No	No	No	No
Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí	Sí
No	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	...	Sí*
Sí	Sí	Sí*	Sí*
Sí	No	No	No
Sí	Sí	No	No
No	Sí	...	...
No	Sí	...	Sí*
Sí	Sí	No	No
No	Sí	...	Sí*
No	Sí	...	...
Sí	Sí	No	No
No	Sí	Sí	Sí
No	No	No	No
Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí	Sí
No	Sí	...	...
Sí	Sí	Sí*	Sí*
No	Sí	...	No
Sí	Sí	...	Sí
Sí	Sí	No	No
Sí	Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
Sí	Sí	No	No
No	No	No	No
No	No	No	No

Cuadro 2.2.5

Mediterráneo Oriental

Monitoreo y gravamen de SEAN/SESN

- * Los SESN son gravados de la misma manera que los SEAN
- ... Datos no disponibles
- < El «territorio palestino ocupado» se refiere al «territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental»
- ¹ Las estimaciones realizadas son para e-shisha
- ² Jordania tiene una prohibición de venta de SEAN y un impuesto especial
- ³ Los datos se refieren a SESN

PAÍS
Afganistán
Bahrein
Djibouti
Egipto
Irán (República Islámica del)
Iraq
Jordania
Kuwait
Libano
Libia
Marruecos
Territorio Palestino Ocupado <
Omán
Pakistán
Qatar
Arabia Saudita
Somalia
Sudán
República Árabe Siria
Túnez
Emiratos Árabes Unidos
Yemen

LOS DATOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL USO DE LOS SEAN SE HAN OBTENIDO DE ENCUESTAS NACIONALES		LOS SEAN/SESN ESTÁN GRAVADOS	
ENCUESTAS POBLACIONALES DE ADULTOS	ENCUESTAS ESCOLARES A ADOLESCENTES	SISTEMAS CERRADOS	SISTEMAS ABIERTOS
No	No	...	...
No	No	Sí ¹	...
No	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	Sí ²
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	...
No	No	...	Sí ³
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	Sí	...
Sí	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	...
Sí	No	Sí*	...
No	Sí	...	Sí

Cuadro 2.2.6

Pacífico
Occidental

Monitoreo y gravamen de
SEAN/SESN

* Los SESN son gravados de la misma manera que los SEAN

... Datos no disponibles

PAÍS
Australia
Brunei Darussalam
Camboya
China
Islas Cook
Fiji
Japón
Kiribati
República Democrática Popular Lao
Malasia
Islas Marshall
Micronesia (Estados Federados de)
Mongolia
Nauru
Nueva Zelandia
Niue
Palau
Papua Nueva Guinea
Filipinas
República de Corea
Samoa
Singapur
Islas Salomón
Tonga
Tuvalu
Vanuatu
Viet Nam

LOS DATOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL USO DE LOS SEAN SE HAN OBTENIDO DE ENCUESTAS NACIONALES		LOS SEAN/SESN ESTÁN GRAVADOS	
ENCUESTAS POBLACIONALES DE ADULTOS	ENCUESTAS ESCOLARES A ADOLESCENTES	SISTEMAS CERRADOS	SISTEMAS ABIERTOS
Sí	Sí	...	...
Sí	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
Sí	Sí	...	...
No	No	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	Sí	...	No
Sí	Sí	La venta está prohibida	La venta está prohibida
Sí	Sí	...	...
No	No	...	...
No	Sí	...	...
No	No	...	...
Sí	Sí	...	...
No	Sí	...	...
No	No	...	...
No	Sí	...	...
Sí	No	...	...
Sí	Sí	Sí	...
No	No	...	...
No	No	La venta está prohibida	La venta está prohibida
No	No	...	...
No	No	No	No
No	No	...	...
No	Sí	...	...
Sí	Sí	...	...



ANEXO III

AÑO DE MAYOR NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE ALGUNAS DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO

En el anexo III se ofrece información sobre el año en que los respectivos países han alcanzado el mayor nivel de cumplimiento de cinco de las medidas MPOWER. Los datos se muestran por separado para cada región de la OMS.

En el caso de la vigilancia del consumo de tabaco, el primer año que se evaluó fue 2007. Sin embargo, es posible que, aunque se indique 2007 como el año de mayor grado de cumplimiento para algunos países, en realidad hayan alcanzado antes ese nivel.

En este anexo no se incluyen los años en los que se ha alcanzado el nivel más alto de la medida MPOWER «Aumentar los impuestos al tabaco». La proporción de impuestos en el precio del producto depende tanto de la política tributaria como de los factores de oferta y demanda que afectan a los precios de fabricación y de venta al público. Los países que han incrementado los impuestos podrían haber visto cómo la proporción de impuestos se mantenía sin cambios o incluso

disminuía si la parte no impositiva del precio aumentaba al mismo ritmo, o a un ritmo mayor, lo que complica la interpretación del año de mayor nivel de cumplimiento.

En la Nota Técnica III se explica en detalle el cálculo de la proporción de impuestos.

Cuadro 3.1.1

África

Año del más alto nivel en determinadas medidas de control del tabaco en África

Nota: una celda vacía indica que la población no está cubierta por la medida al más alto nivel

PAÍS
Argelia
Angola
Benin
Botswana
Burkina Faso
Burundi
Cabo Verde
Camerún
República Centroafricana
Chad
Comoras
Congo
Côte d'Ivoire
República Democrática del Congo
Guinea Ecuatorial
Eritrea
Eswatini
Etiopía
Gabón
Gambia
Ghana
Guinea
Guinea-Bissau
Kenya
Lesotho
Liberia
Madagascar
Malawi
Malí
Mauritania
Mauricio
Mozambique
Namibia
Níger
Nigeria
Rwanda
Santo Tomé y Príncipe
Senegal
Seychelles
Sierra Leona
Sudáfrica
Sudán del Sur
Togo
Uganda
República Unida de Tanzania
Zambia
Zimbabwe

AÑO EN QUE SE ALCANZÓ EL NIVEL MÁS ALTO				
MONITOREAR EL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN	PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO	OFRECER AYUDA PARA EL ABANDONO DEL TABACO	ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO	HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.
				2018
	2017			2017
	2010		2015	
	2018			
			2018	
	2010		2015	2010
	2012			2018
				2019
				2018
				2004
	2019		2019	2019
	2016		2019	2016
			2018	2012
				2012
				2007
	2013		2012	2003
			2020	2018
			2008	2008
	2010		2013	
			2019	2006
			2019	2015
			2016	2016
	2009		2012	2009
				2012
	2015			2015

Cuadro 3.1.2

Américas

Año del más alto nivel en determinadas medidas de control del tabaco en las Américas

Nota: una celda vacía indica que la población no está cubierta por la medida al más alto nivel

- * o año anterior
- ⦿ Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020

PAÍS
Antigua y Barbuda
Argentina
Bahamas
Barbados
Belice
Bolivia (Estado Plurinacional de)
Brasil
Canadá
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Dominica
República Dominicana
Ecuador
El Salvador
Granada
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
Saint Kitts y Nevis
Santa Lucía
San Vicente y las Granadinas
Suriname
Trinité-et-Tobago
Estados Unidos de América
Uruguay
Venezuela (República Bolivariana de)

AÑO EN QUE SE ALCANZÓ EL NIVEL MÁS ALTO				
MONITOREAR EL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN	PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO	OFRECER AYUDA PARA EL ABANDONO DEL TABACO	ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO	HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.
	2018			2018
	2011		2012	
	2010		2017	
	2020		2009	
2015	2011	2002	2003	2011
2007*	2007	2008	2011	
2007*	2013		2006	
	2008			2009
	2012	2018	2013	
2016	2011		2012	
	2015		2011	
	2008			
	2017		2018	2017
	2010		2017	
	2013	2016	2013	
		2014	2009	
	2008		2005	2008
	2020			
2010	2010		2011	
	2020		2017	
	2013		2016	2013
	2009		2013	
2007*		2008	2020 ◉	
2008	2005		2005	2014
	2011		2004	2019

Cuadro 3.1.3

Asia Sudoriental

Año del más alto nivel en determinadas medidas de control del tabaco en Asia Sudoriental

Nota: una celda vacía indica que la población no está cubierta por la medida al más alto nivel

PAÍS
Bangladesh
Bhután
República Popular Democrática de Corea
India
Indonesia
Maldivas
Myanmar
Nepal
Sri Lanka
Thailandia
Timor-Leste

AÑO EN QUE SE ALCANZÓ EL NIVEL MÁS ALTO				
MONITOREAR EL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN	PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO	OFRECER AYUDA PARA EL ABANDONO DEL TABACO	ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO	HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.
			2015	
		2016	2016	
2015				
				2010
	2011		2011	2014
			2012	
2008	2010		2005	
			2018	

Cuadro 3.1.4

Europa

Año del más alto nivel en determinadas medidas de control del tabaco en Europa

Nota: una celda vacía indica que la población no está cubierta por la medida al más alto nivel

* o año anterior

PAÍS
Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaiyán
Belarús
Bélgica
Bosnia y Herzegovina
Bulgaria
Croacia
Chipre
Chequia
Dinamarca
Estonia
Finlandia
Francia
Georgia
Alemania
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Kazajstán
Kirguistán
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Mónaco
Montenegro
Países Bajos
Macedonia del Norte
Noruega
Polonia
Portugal
República de Moldova
Rumania
Federación de Rusia
San Marino
Serbia
Eslovaquia
Eslovenia
España
Suecia
Suiza
Tayikistán
Turquía
Turkmenistán
Ucraina
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Uzbekistán

AÑO EN QUE SE ALCANZÓ EL NIVEL MÁS ALTO				
MONITOREAR EL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN	PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO	OFRECER AYUDA PARA EL ABANDONO DEL TABACO	ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO	HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.
	2006			2006
2007*			2016	
2007*		2020	2016	
2016				2017
			2016	
2007*			2016	
2008	2012		2016	
2012			2017	
2016			2017	
2010		2018	2016	
2007*		2011	2016	
2007*			2016	
2007*			2016	2016
2007*			2016	
2014			2018	
2007*			2016	
2007*	2010		2016	
2012			2016	
2007*				2006
2007*	2004	2003	2016	
2007*			2016	
2010			2014	
			2014	
2007*			2016	
2008			2016	
2010		2016	2017	
2008	2010		2016	
2016			2019	
2007*		2014	2016	
	2008			
2007*	2013			
2007*			2016	
2007*			2015	
2013			2015	2015
2010	2015		2016	
2012	2013		2014	2013
2012				
2008		2018	2016	
2008			2017	2017
2007*	2010		2017	2010
2007*		2018	2016	
2007*				
2020	2018		2018	
2007*	2008	2010	2012	2012
	2000		2014	
2007*			2009	
2007*	2006		2016	

Cuadro 3.1.5

Mediterráneo Oriental

Año del más alto nivel en determinadas medidas de control del tabaco en el Mediterráneo Oriental

Nota: una celda vacía indica que la población no está cubierta por la medida al más alto nivel

- * o año anterior
- < El «territorio palestino ocupado» se refiere al «territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental»

PAÍS
Afganistán
Bahrein
Djibouti
Egipto
Irán (República Islámica del)
Iraq
Jordania
Kuwait
Libano
Libia
Marruecos
Territorio palestino ocupado
Omán
Pakistán
Qatar
Arabia Saudita
Somalia
Sudán
República Árabe Siria
Túnez
Emiratos Árabes Unidos
Yemen

AÑO EN QUE SE ALCANZÓ EL NIVEL MÁS ALTO				
MONITOREAR EL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN	PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO	OFRECER AYUDA PARA EL ABANDONO DEL TABACO	ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO	HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.
	2015			2015
				2011
			2008	2007
	2010		2008	
2008	2007		2008	2007
				2020
	2020	2020		2020
		2012		2016
2013	2011			
	2009			2009
	2011			
	2009		2017	
			2019	2016
		2018	2017	2017
		2008		2013
				2013

Cuadro 3.1.6

Pacífico Occidental

Año del más alto nivel en determinadas medidas de control del tabaco en el Pacífico Occidental

Nota: una celda vacía indica que la población no está cubierta por la medida al más alto nivel

* o año anterior

PAÍS
Australia
Brunéi Darussalam
Camboya
China
Islas Cook
Fiji
Japón
Kiribati
República Democrática Popular Lao
Malasia
Islas Marshall
Micronesia (Estados Federados de)
Mongolia
Nauru
Nueva Zelandia
Niue
Palau
Papua Nueva Guinea
Filipinas
República de Corea
Samoa
Singapur
Islas Salomón
Tonga
Tuvalu
Vanuatu
Viet Nam

AÑO EN QUE SE ALCANZÓ EL NIVEL MÁS ALTO				
MONITOREAR EL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN	PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO	OFRECER AYUDA PARA EL ABANDONO DEL TABACO	ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO	HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.
2007*	2005		2004	
2016	2012		2007	
	2016		2016	
2019				
2008				
			2013	
2007*				
				2013
2015	2016		2016	
2012			2008	
	2006			
2009			2012	2012
	2009			
2007*	2003	2000	2007	
	2018			2018
2012				
	2012			
2007*		2020	2014	
2007*		2006		
			2013	
2010		1999	2012	
			2013	
		2020		
				2008
			2013	2008
2014			2013	



MAYOR NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE ALGUNAS DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL TABACO EN LAS 100 MAYORES CIUDADES DEL MUNDO

En el anexo IV se ofrece información sobre si la población de las 100 ciudades más grandes del mundo está cubierta por determinadas medidas de control del tabaco al mayor grado de cumplimiento.

Las ciudades se enumeran por orden alfabético. Hay muchas formas de definir geográficamente y de medir el tamaño de «una ciudad». A efectos de este informe, nos centramos en los límites jurisdiccionales de las ciudades, ya que las leyes subnacionales se aplicarán a las poblaciones que se encuentren dentro de las jurisdicciones.

Cuando una «ciudad» grande comprende varias jurisdicciones o partes de jurisdicciones, es posible que no todas las personas de toda la «ciudad» estén afectadas por las mismas leyes. Por tanto, se ha utilizado la lista de ciudades y sus poblaciones publicada en el Anuario Demográfico de la División de Estadística de las Naciones Unidas, ya que éstas se definen jurisdiccionalmente. Los datos de origen figuran en el cuadro 8 del sitio web https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dyb_2018/.

Varios países no aparecen en el cuadro 8 del Anuario Demográfico debido a que no notificaron datos. Los países que no aparecen en la lista porque no facilitaron datos, pero que son lo suficientemente grandes como para poder figurar en la lista de las 100 ciudades más grandes son: Angola, el Chad, Nigeria, la República Democrática del Congo, el Sudán y Viet Nam.

En la Nota Técnica I pueden consultarse las definiciones del mayor grado de cumplimiento.

Cuadro 4.1.0

Más alto nivel en determinadas medidas antitabaco en las 100 ciudades más grandes* del mundo

* Solo las ciudades que aparecen entre las 100 primeras por tamaño de población, según el Anuario Demográfico de la División de Estadística de las Naciones Unidas de 2018 (disponible en: <https://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2018/Table08.xls>).

N	Población de la ciudad cubierta por política o legislación nacional al más alto nivel
S	Población de la ciudad cubierta por política o legislación estatal al más alto nivel
C	Población de la ciudad cubierta por política o legislación urbana al más alto nivel

Notas: Una celda vacía indica que la población en la ciudad correspondiente no está cubierta por la medida al más alto nivel. Consúltese la nota técnica I para definiciones del más alto nivel de las respectivas medidas.

⦿ Política adoptada pero no aplicada al 31 de diciembre de 2020

... Se permite fumar en habitaciones separadas y completamente independientes con un sistema de ventilación y presión negativa con respecto al exterior. Dada la dificultad para cumplir esos requisitos tan estrictos parece que es imposible construir ese tipo de habitaciones, aunque no hay datos para conocer qué ha ocurrido en realidad.

CIUDAD	POBLACIÓN	COBERTURA AL MÁS ALTO NIVEL	
		PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO	OFRECER AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR
Abiyán	4 395 243		
Adana	2 216 475	N	N
Addis Ababa	4 215 965	N	
Ahmedabad	5 633 927		N
Aleppo	4 450 000		
Alejandro	5 163 750	N	
Argel	2 712 944	N	
Amman	3 728 346		N
Ankara	5 445 026	N	N
Antalya	2 364 396	N	N
Baku	2 254 175		
Bandung	2 525 220	C	
Bangalore	8 495 492		N
Bangkok	8 305 218	N	
Beijing	18 796 000	C	
Belo Horizonte	2 513 451	N	N
Berlin	3 613 495		
Bogor	5 162 044		
Bogotá	8 181 047	N	
Brasília	2 977 216	N	N
Buenos Aires	13 879 707	N	
Bursa	2 936 803	N	N
Busan	3 428 923		N
El Cairo	9 539 673	N	
Cali	2 445 405	N	
Casablanca	3 352 399		
Chennai	4 646 732		N
Chicago	2 704 958		N
Chittagong	2 591 681		
Daegu	2 465 268		N
Damasus Rural (Rif Dimashq)	2 529 000		
Dar es Salaam	5 147 070		
Delhi	11 034 555		N
Dhaka	8 906 035		
Douala	2 948 464		
Faisalabad	3 203 846	N	
Fortaleza	2 609 716	N	N
Guadalajara	5 060 750		N
Guayaquil	2 581 884	N	
La Habana	2 130 517	...	
Hong Kong SAR	7 451 000	C	C
Houston	2 303 482		N
Hyderabad	6 993 262	S	N
Incheon	2 923 047		N
Estambul	15 029 231	N	N
Izmir	4 279 677	N	N
Jaipur	3 046 163		N
Yakarta	10 428 001	C	
Yeda	3 430 697		N
Kabul	3 817 241	N	
Kanpur	2 768 057		N
Karachi	14 910 352	N	
KieC	2 893 215		
Kolkata	4 496 694		N
Konya	2 180 149	N	N
Lahore	11 126 285	N	

COBERTURA AL MÁS ALTO NICEL			PAÍS
ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO	HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.	AUGMENTER LES TAXES SUR LE TABAC	
	N		Côte d'Ivoire
N	N	N	Turquía
N	N		Etiopía
N			India
			República Árabe Siria
N		N	Egipto
	N		Argelia
		N	Jordania
N	N	N	Turquía
N	N	N	Turquía
	N		Azerbaiyán
			Indonesia
N			India
N		N	Thailandia
			China
N	N	N	Brasil
N			Alemania
			Indonesia
	N		Colombia
N	N	N	Brasil
N		N	Argentina
N	N	N	Turquía
			República de Corea
N		N	Egipto
	N		Colombia
		N	Marruecos
N			India
N ⊕			Estados Unidos de América
N			Bangladesh
			República de Corea
			República Árabe Siria
			República Unida de Tanzania
N			India
N			Bangladesh
N			Camerún
N			Pakistán
N	N	N	Brasil
N			México
N			Ecuador
...	...	...	Cuba
C			China, RAS de Hong Kong
N ⊕			Estados Unidos de América
N			India
			República de Corea
N	N	N	Turquía
N	N	N	Turquía
N			India
			Indonesia
N	N		Arabia Saudita
	N		Afganistán
N			India
N			Pakistán
N			Ucrania
N			India
N	N	N	Turquía
N			Pakistán

CIUDAD	POBLACIÓN	COBERTURA AL MÁS ALTO NICEL	
		PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO	OFRECER AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR
Lima	10 350 721	N	
Londres	8 135 667	S	C
Los Angeles	3 976 322	S	N
Luanda	2 487 444		N
Lucknow	2 817 105		N
Madrid	3 203 157	N	
Mashhad	3 001 184	N	
Medan	2 269 588	C	
Medellín	2 529 403	N	
Ciudad de México	21 800 320	S	N
Monterrey	4 834 971	S	N
Moscú	11 918 057	N	
Mumbai	12 442 373		N
Nagoya	2 295 638		
Nagpur	2 405 665		N
Nairobi	3 109 861		
Nueva York	8 537 673		N
Osaka	2 691 185		
Paris	2 206 488		
Puebla-Tlaxcala	3 046 766		N
Pune	3 124 458		N
Pyongyang	2 581 076		
Ciudad Quezon	2 936 116		N
Rawalpindi	2 098 231	N	
Río De Janeiro	6 498 837	N	N
Riad	5 188 286		N
Roma	2 873 147		
San Petersburgo	4 990 602	N	
SalCador	2 938 092	N	N
Santiago	5 613 962	N	
São Paulo	12 038 175	N	N
Seúl	9 776 305		N
Singapur	5 638 676		N
Surabaya	2 885 245		
Surat	4 501 610		N
Tangerang	3 050 758		
Tashkent	2 464 933		
Teherán	8 693 706	N	
Tokio	9 272 740		
Toluca	2 386 157	S	N
Toronto	2 956 024	S	N
Yangon	5 211 431		
Yaounde	2 873 567		
Yokohama	3 724 844		

COBERTURA AL MÁS ALTO NICEL			PAÍS
ADCERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO	HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO.	AUGMENTER LES TAXES SUR LE TABAC	
N			Perú
N		N	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
N ⊖			Estados Unidos de AmSrica
			Angola
N			India
N	N	N	España
N	N		Irán (República Islámica del)
			Indonesia
	N		Colombia
N			MSxico
N			MSxico
N	N		Federación de Rusia
N			India
			Japón
N			India
	N		Kenya
N ⊕			Estados Unidos de AmSrica
			Japón
N		N	Francia
N			MSxico
N			India
			República Popular Democrática de Corea
N			Filipinas
N			Pakistán
N	N	N	Brasil
N	N		Arabie saoudite
N		N	Italia
N	N		Federación de Rusia
N	N	N	Brasil
N		N	Chile
N	N	N	Brasil
			República de Corea
N			Singapur
			Indonesia
N			India
			Indonesia
			Uzbekistán
N	N		Irán (República Islámica del)
			Japón
N			MSxico
N			Canadá
			Myanmar
N			Camerún
			Japón



SITUACIÓN DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO Y DEL PROTOCOLO PARA LA ELIMINACIÓN DEL COMERCIO ILÍCITO DE PRODUCTOS DE TABACO

En el anexo V se muestra la situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) y del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco.

La ratificación es la disposición legislativa internacional por la que los países que ya han firmado un convenio declaran oficialmente su consentimiento a quedar vinculados por él. La ratificación es la disposición legislativa internacional por la que los países que no han firmado un tratado o convenio declaran oficialmente su

consentimiento a quedar vinculados por él. La aceptación y la aprobación son el equivalente jurídico de la ratificación. La firma de un convenio indica que un país no está jurídicamente obligado por el tratado, pero se compromete a no socavar sus disposiciones.

El CMCT de la OMS entró en vigor el 27 de febrero de 2005. El tratado sigue abierto a la ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial y adhesión por tiempo indefinido para los Estados y las organizaciones de integración económica regional admisibles que deseen ser Partes en él.

El Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco entró en vigor el 25 de septiembre de 2018. Está sujeto a la ratificación, aceptación, aprobación o adhesión de los Estados y a la confirmación oficial o la adhesión de las organizaciones de integración económica regional que sean Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Cuadro 5.1

Situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco al 1 de junio de 2021

- * * La ratificación es el acto internacional por el que los países que ya han firmado un tratado o convenio declaran formalmente su consentimiento en quedar obligados por él.
- a La adhesión es el acto internacional por el que los países que no han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- A La aceptación es el acto internacional, similar a la ratificación, por la cual los países que ya han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- AA La aprobación es el acto internacional, similar a la ratificación, por la cual los países que ya han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- c La confirmación formal es el acto internacional correspondiente a la ratificación por un Estado, por la que una organización (en el caso del CMCT de la OMS, organizaciones competentes de integración económica regional) declaran formalmente su consentimiento en obligarse por el tratado/convenio.
- d La sucesión es el acto internacional, independientemente de cómo se exprese o nombre, por el cual los Estados sucesores declaran oficialmente su consentimiento en quedar obligados por tratados/convenios firmados anteriormente.

PAÍS	FECHA DE FIRMA	FECHA DE RATIFICACIÓN* (O EQUIVALENTE JURÍDICO)
Afganistán	29 de junio de 2004	13 de agosto de 2010
Albania	29 de junio de 2004	26 de abril de 2006
Argelia	20 de junio de 2003	30 de junio de 2006
Andorra		11 de mayo de 2020 a
Angola	29 de junio de 2004	20 de septiembre de 2007
Antigua y Barbuda	28 de junio de 2004	5 de junio de 2006
Argentina	25 de septiembre de 2003	
Armenia		29 de noviembre de 2004 a
Australia	5 de diciembre de 2003	27 de octubre de 2004
Austria	28 de agosto de 2003	15 de septiembre de 2005
Azerbaiyán		1 de noviembre de 2005 a
Bahamas	29 de junio de 2004	3 de noviembre de 2009
Bahrein		20 de marzo de 2007 a
Bangladesh	16 de junio de 2003	14 de junio de 2004
Barbados	28 de junio de 2004	3 de noviembre de 2005
Belarús	17 de junio de 2004	8 de septiembre de 2005
Bélgica	22 de enero de 2004	1 de noviembre de 2005
Belize	26 de septiembre de 2003	15 de diciembre de 2005
Benin	18 de junio de 2004	3 de noviembre de 2005
Bhután	9 de diciembre de 2003	23 de agosto de 2004
Bolivia (Estado Plurinacional de)	27 de febrero de 2004	15 de septiembre de 2005
Bosnia y Herzegovina		10 de julio de 2009 a
Botswana	16 de junio de 2003	31 de enero de 2005
Brasil	16 de junio de 2003	3 de noviembre de 2005
Brunéi Darussalam	3 de junio de 2004	3 de junio de 2004
Bulgaria	22 de diciembre de 2003	7 de noviembre de 2005
Burkina Faso	22 de diciembre de 2003	31 de julio de 2006
Burundi	16 de junio de 2003	22 de noviembre de 2005
Cabo Verde	17 de febrero de 2004	4 de octubre de 2005
Camboya	25 de mayo de 2004	15 de noviembre de 2005
Camerún	13 de mayo de 2004	3 de febrero de 2006
Canadá	15 de julio de 2003	26 de noviembre de 2004
República Centrafricana	29 de diciembre de 2003	7 de noviembre de 2005
Chad	22 de junio de 2004	30 de enero de 2006
Chile	25 de septiembre de 2003	13 de junio de 2005
China	10 de noviembre de 2003	11 de octubre de 2005
Colombia		10 de abril de 2008 a
Comoras	27 de febrero de 2004	24 de enero de 2006
Congo	23 de marzo de 2004	6 de febrero de 2007
Islas Cook	14 de mayo de 2004	14 de mayo de 2004
Costa Rica	3 de julio de 2003	21 de agosto de 2008
Côte d'Ivoire	24 de julio de 2003	13 de agosto de 2010
Croacia	2 de junio de 2004	14 de julio de 2008
Cuba	29 de junio de 2004	
Chipre	24 de mayo de 2004	26 de octubre de 2005
Chequia	16 de junio de 2003	1 de junio de 2012
República Popular Democrática de Corea	17 de junio de 2003	27 de abril de 2005
República Democrática del Congo	28 de junio de 2004	28 de octubre de 2005
Dinamarca	16 de junio de 2003	16 de diciembre de 2004
Djibouti	13 de mayo de 2004	31 de julio de 2005
Dominica	29 de junio de 2004	24 de julio de 2006
Ecuador	22 de marzo de 2004	25 de julio de 2006
Egipto	17 de junio de 2003	25 de febrero de 2005
El Salvador	18 de marzo de 2004	21 de julio de 2014
Guinea Ecuatorial		17 de septiembre de 2005 a
Estonia	8 de junio de 2004	27 de julio de 2005
Eswatini	29 de junio de 2004	13 de enero de 2006
Etiopía	25 de febrero de 2004	25 de marzo de 2014

PAÍS	FECHA DE FIRMA	FECHA DE RATIFICACIÓN* (O EQUIVALENTE JURÍDICO)
Union européenne	16 de junio de 2003	30 de junio de 2005 c
Fiji	3 de octubre de 2003	3 de octubre de 2003
Finlandia	16 de junio de 2003	24 de enero de 2005
Francia	16 de junio de 2003	19 de octubre de 2004 AA
Gabón	22 de agosto de 2003	20 de febrero de 2009
Gambia	16 de junio de 2003	18 de septiembre de 2007
Georgia	20 de febrero de 2004	14 de febrero de 2006
Alemania	24 de octubre de 2003	16 de diciembre de 2004
Ghana	20 de junio de 2003	29 de noviembre de 2004
Grecia	16 de junio de 2003	27 de enero de 2006
Granada	29 de junio de 2004	14 de agosto de 2007
Guatemala	25 de septiembre de 2003	16 de noviembre de 2005
Guinea	1 de abril de 2004	7 de noviembre de 2007
Guinea-Bissau		7 de noviembre de 2008 a
Guyana		15 de septiembre de 2005 a
Haití	23 de julio de 2003	
Honduras	18 de junio de 2004	16 de febrero de 2005
Hungría	16 de junio de 2003	7 de abril de 2004
Islandia	16 de junio de 2003	14 de junio de 2004
India	10 de septiembre de 2003	5 de febrero de 2004
Irán (República Islámica del)	16 de junio de 2003	6 de noviembre de 2005
Iraq	29 de junio de 2004	17 de marzo de 2008
Irlanda	16 de septiembre de 2003	7 de noviembre de 2005
Israel	20 de junio de 2003	24 de agosto de 2005
Italia	16 de junio de 2003	2 de julio de 2008
Jade mayo deca	24 de septiembre de 2003	7 de julio de 2005
Japón	9 de marzo de 2004	8 de junio de 2004 A
Jordania	28 de mayo de 2004	19 de agosto de 2004
Kazajstán	21 de junio de 2004	22 de enero de 2007
Kenya	25 de junio de 2004	25 de junio de 2004
Kiribati	27 de abril de 2004	15 de septiembre de 2005
Kuwait	16 de junio de 2003	12 de mayo de 2006
Kirguistán	18 de febrero de 2004	25 de mayo de 2006
República Democrática Popular Lao	29 de junio de 2004	6 de septiembre de 2006
Letonia	10 de mayo de 2004	10 de febrero de 2005
Libano	4 de marzo de 2004	7 de diciembre de 2005
Lesotho	23 de junio de 2004	14 de enero de 2005
Liberia	25 de junio de 2004	15 de septiembre de 2009
Libia	18 de junio de 2004	7 de junio de 2005
Lituania	22 de septiembre de 2003	16 de diciembre de 2004
Luxemburgo	16 de junio de 2003	30 de junio de 2005
Madagascar	24 de septiembre de 2003	22 de septiembre de 2004
Malasia	23 de septiembre de 2003	16 de septiembre de 2005
Maldivas	17 de mayo de 2004	20 de mayo de 2004
Malí	23 de septiembre de 2003	19 de octubre de 2005
Malta	16 de junio de 2003	24 de septiembre de 2003
Islas De marzo de hall	16 de junio de 2003	8 de diciembre de 2004
Mauritania	24 de junio de 2004	28 de octubre de 2005
Mauricio	17 de junio de 2003	17 de mayo de 2004
México	12 de agosto de 2003	28 de mayo de 2004
Micronesia (Estados Federados de)	28 de junio de 2004	18 de marzo de 2005
Mongolia	16 de junio de 2003	27 de enero de 2004
Montenegro		23 de octubre de 2006 d
Marruecos	16 de abril de 2004	
Mozambique	18 de junio de 2003	14 de julio de 2017
Myanmar	23 de octubre de 2003	21 de abril de 2004
Namibia	29 de enero de 2004	7 de noviembre de 2005
Nauru		29 de junio de 2004 a
Nepal	3 de diciembre de 2003	7 de noviembre de 2006

Cuadro 5.1

Situación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco al 1 de junio de 2021

- *** * La ratificación es el acto internacional por el que los países que ya han firmado un tratado o convenio declaran formalmente su consentimiento en quedar obligados por él.
- a** La adhesión es el acto internacional por el que los países que no han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- A** La aceptación es el acto internacional, similar a la ratificación, por la cual los países que ya han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- AA** La aprobación es el acto internacional, similar a la ratificación, por la cual los países que ya han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- c** La confirmación formal es el acto internacional correspondiente a la ratificación por un Estado, por la que una organización (en el caso del CMCT de la OMS, organizaciones competentes de integración económica regional) declaran formalmente su consentimiento en obligarse por el tratado/convenio.
- d** La sucesión es el acto internacional, independientemente de cómo se exprese o nombre, por el cual los Estados sucesores declaran oficialmente su consentimiento en quedar obligados por tratados/convenios firmados anteriormente.

PAÍS	FECHA DE FIRMA	FECHA DE RATIFICACIÓN* (O EQUIVALENTE JURÍDICO)
Países Bajos	16 de junio de 2003	27 de enero de 2005 A
Nueva Zelanda	16 de junio de 2003	27 de enero de 2004
Nicaragua	7 de junio de 2004	9 de abril de 2008
Níger	28 de junio de 2004	25 de agosto de 2005
Nigeria	28 de junio de 2004	20 de octubre de 2005
Niue	18 de junio de 2004	3 de junio de 2005
Macedonia del Norte		30 de junio de 2006 a
Noruega	16 de junio de 2003	16 de junio de 2003 AA
Omán		9 de marzo de 2005 a
Pakistán	18 de mayo de 2004	3 de noviembre de 2004
Palau	16 de junio de 2003	12 de febrero de 2004
Panamá	26 de septiembre de 2003	16 de agosto de 2004
Papua Nueva Guinea	22 de junio de 2004	25 de mayo de 2006
Paraguay	16 de junio de 2003	26 de septiembre de 2006
Perú	21 de abril de 2004	30 de noviembre de 2004
Filipinas	23 de septiembre de 2003	6 de junio de 2005
Polonia	14 de junio de 2004	15 de septiembre de 2006
Portugal	9 de enero de 2004	8 de noviembre de 2005 AA
Qatar	17 de junio de 2003	23 de julio de 2004
República de Corea	21 de julio de 2003	16 de mayo de 2005
República de Moldova	29 de junio de 2004	3 de febrero de 2009
Rumania	25 de junio de 2004	27 de enero de 2006
Federación de Rusia		3 de junio de 2008 a
Rwanda	2 de junio de 2004	19 de octubre de 2005
Samoa	25 de septiembre de 2003	3 de noviembre de 2005
San Marino	26 de septiembre de 2003	7 de julio de 2004
Santo Tomé y Príncipe	18 de junio de 2004	12 de abril de 2006
Arabia Saudita	24 de junio de 2004	9 de mayo de 2005
Senegal	19 de junio de 2003	27 de enero de 2005
Serbia	28 de junio de 2004	8 de febrero de 2006
Seychelles	11 de septiembre de 2003	12 de noviembre de 2003
Sierra Leona		22 de mayo de 2009 a
Singapur	29 de diciembre de 2003	14 de mayo de 2004
Eslovaquia	19 de diciembre de 2003	4 de mayo de 2004
Eslovenia	25 de septiembre de 2003	15 de marzo de 2005
Islas Salomón	18 de junio de 2004	10 de agosto de 2004
Afrique du Sud	16 de junio de 2003	19 de abril de 2005
España	16 de junio de 2003	11 de enero de 2005
Sri Lanka	23 de septiembre de 2003	11 de noviembre de 2003
Saint Kitts y Nevis	29 de junio de 2004	21 de junio de 2011
Santa Lucía	29 de junio de 2004	7 de noviembre de 2005
San Vicente y las Granadinas	14 de junio de 2004	29 de octubre de 2010
Sudán	10 de junio de 2004	31 de octubre de 2005
Suriname	24 de junio de 2004	16 de diciembre de 2008
Suecia	16 de junio de 2003	7 de julio de 2005
Suiza	25 de junio de 2004	
República Árabe Siria	11 de julio de 2003	22 de noviembre de 2004
Tayikistán		21 de junio de 2013 a
Thailandia	20 de junio de 2003	8 de noviembre de 2004
Timor-Leste	25 de mayo de 2004	22 de diciembre de 2004
Togo	12 de mayo de 2004	15 de noviembre de 2005
Tonga	25 de septiembre de 2003	8 de abril de 2005
Trinidad y Tabago	27 de agosto de 2003	19 de agosto de 2004
Túnez	22 de agosto de 2003	7 de junio de 2010
Turquía	28 de abril de 2004	31 de diciembre de 2004

PAÍS	FECHA DE FIRMA	FECHA DE RATIFICACIÓN* (O EQUIVALENTE JURÍDICO)
Turkmenistán		13 de mayo de 2011 a
Tuvalu	10 de junio de 2004	26 de septiembre de 2005
Uganda	5 de marzo de 2004	20 de junio de 2007
Ucraina	25 de junio de 2004	6 de junio de 2006
Emiratos Árabes Unidos	24 de junio de 2004	7 de noviembre de 2005
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	16 de junio de 2003	16 de diciembre de 2004
República Unida de Tanzania	27 de enero de 2004	30 de abril de 2007
Estados Unidos de América	10 de mayo de 2004	
Uruguay	19 de junio de 2003	9 de septiembre de 2004
Uzbekistán		15 de mayo de 2012 a
Vanuatu	22 de abril de 2004	16 de septiembre de 2005
Venezuela (República Bolivariana de)	22 de septiembre de 2003	27 de junio de 2006
Viet Nam	3 de septiembre de 2003	17 de diciembre de 2004
Yemen	20 de junio de 2003	22 de febrero de 2007
Zambia		23 de mayo de 2008 a
Zimbabwe		4 de diciembre de 2014 a

Fuente: Sitio web de la Colección de Tratados de las Naciones Unidas https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en, (consultado el 11 de junio de 2021).

Aunque no es un Estado Miembro de la OMS, como Estado Miembro de las Naciones Unidas, Liechtenstein también tiene derecho a ser Parte en el CMCT de la OMS, aunque no ha tomado ninguna medida al respecto.

Al presentar instrumentos para ser Parte en el CMCT de la OMS, algunas Partes han incluido notas y/o declaraciones. Todas las notas pueden consultarse en https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=_en

Cuadro 5.2

Situación del Protocolo que se ha de eliminar Comercio Ilícito de Productos de Tabaco al 1 de junio de 2021

- * La ratificación es el acto internacional por el que los países que ya han firmado un tratado o convenio declaran formalmente su consentimiento en quedar obligados por él.
- a La adhesión es el acto internacional por el que los países que no han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- A La aceptación es el acto internacional, similar a la ratificación, por la cual los países que ya han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- AA La aprobación es el acto internacional, similar a la ratificación, por la cual los países que ya han firmado un tratado/convenio declaran formalmente su consentimiento a quedar obligados por él.
- c La confirmación formal es el acto internacional correspondiente a la ratificación por un Estado, por la que una organización (en el caso del CMCT de la OMS, organizaciones competentes de integración económica regional) declaran formalmente su consentimiento en obligarse por el tratado/convenio.
- d La sucesión es el acto internacional, independientemente de cómo se exprese o nombre, por el cual los Estados sucesores declaran oficialmente su consentimiento en quedar obligados por tratados/convenios firmados anteriormente.

PAÍS	FECHA DE FIRMA	FECHA DE RATIFICACIÓN* (O EQUIVALENTE JURÍDICO)
Austria	9 de enero de 2014	28 de octubre de 2014
Bélgica	17 de mayo de 2013	22 de febrero de 2019
Benin	24 de septiembre de 2013	6 de julio de 2018
Botswana	1 de octubre de 2013	
Brasil		14 de junio de 2018 a
Burkina Faso	8 de marzo de 2013	30 de marzo de 2016
Cabo Verde		16 de octubre de 2019 a
Chad		13 de junio de 2018 a
China	10 de enero de 2013	
Colombia	21 de febrero de 2013	
Comoras		14 de octubre de 2016 a
Congo		14 de mayo de 2015 a
Costa Rica	21 de marzo de 2013	7 de marzo de 2017
Côte d'Ivoire	24 de septiembre de 2013	25 de mayo de 2016
Croacia		10 de junio de 2019 a
Chipre	23 de octubre de 2013	29 de agosto de 2017
Chequia		12 de julio de 2019 a
República Democrática del Congo	9 de diciembre de 2013	
Dinamarca	7 de enero de 2014	
Ecuador	25 de septiembre de 2013	15 de octubre de 2015
Egipto		10 de septiembre de 2020 a
Eswatini		21 de septiembre de 2016 a
Unión Europea	20 de diciembre de 2013	24 de junio de 2016 c
Fiji	11 de julio de 2013	24 de abril de 2019
Finlandia	25 de septiembre de 2013	
Francia	10 de enero de 2013	30 de noviembre de 2015
Gabón	10 de enero de 2013	1 de octubre de 2014 A
Gambia		26 de septiembre de 2016 a
Alemania	1 de octubre de 2013	31 de octubre de 2017
Ghana	24 de septiembre de 2013	
Grecia	9 de julio de 2013	24 de mayo de 2021
Guinea		9 de mayo de 2017 a
Guinea-Bissau	24 de septiembre de 2013	
Hungría		23 de junio de 2020 a
India		5 de junio de 2018 a
Irán (República Islámica del)	7 de enero de 2014	27 de agosto de 2018
Iraq		2 de diciembre de 2015 a
Irlanda	20 de diciembre de 2013	
Israel	23 de diciembre de 2013	
Kenya	29 de mayo de 2013	4 de mayo de 2020
Kuwait	11 de noviembre de 2013	21 de febrero de 2019
Letonia		4 de febrero de 2016 a
Libia	10 de enero de 2013	
Lituania	6 de septiembre de 2013	14 de diciembre de 2016
Luxemburgo		25 de julio de 2019 a
Madagascar	25 de septiembre de 2013	21 de septiembre de 2017
Malí	8 de enero de 2014	17 de junio de 2016
Malta		2 de agosto de 2018 a
Mauricio		26 de junio de 2018 a
Mongolia	1 de noviembre de 2013	8 de octubre de 2014
Montenegro	1 de julio de 2013	11 de octubre de 2017
Myanmar	10 de enero de 2013	
Países Bajos 1	6 de enero de 2014	3 de julio de 2020 A
Nicaragua	10 de enero de 2013	20 de diciembre de 2013
Níger		12 de julio de 2017 a
Nigeria		8 de marzo de 2019 a
Macedonia del Norte	8 de enero de 2014	
Noruega	16 de octubre de 2013	29 de junio de 2018
Pakistán		29 de junio de 2018 a

PAÍS	FECHA DE FIRMA	FECHA DE RATIFICACIÓN* (O EQUIVALENTE JURÍDICO)
Panamá	10 de enero de 2013	23 de septiembre de 2016
Portugal	8 de enero de 2014	22 de julio de 2015
Qatar	18 Jun 2013	2 de julio de 2018
República de Corea	10 de enero de 2013	
Samoa		29 de junio de 2018 a
Arabia Saudita		9 de octubre de 2015 a
Senegal		31 de agosto de 2016 a
Serbia		30 de junio de 2017 a
Seychelles		7 de enero de 2020 a
Eslovaquia		25 de septiembre de 2017 a
Eslovenia	6 de enero de 2014	
Sudáfrica	10 de enero de 2013	
España		23 de diciembre de 2014 a
Sri Lanka		8 de febrero de 2016 a
Sudán	30 de septiembre de 2013	
Suecia	6 de enero de 2014	9 de julio de 2019
República Árabe Siria	10 de enero de 2013	
Togo	9 de enero de 2014	31 de enero de 2018
Túnez	11 de enero de 2013	
Turquía	10 de enero de 2013	26 de abril de 2018
Turkmenistán		30 de marzo de 2015 a
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	17 de diciembre de 2013	27 de junio de 2018
República Unida de Tanzania	24 de septiembre de 2013	
Uruguay	10 de enero de 2013	24 de septiembre de 2014
Yemen	7 de enero de 2014	

Fuente: Sitio web de la Colección de Tratados de las Naciones Unidas https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en, (consultado el 11 de junio de 2021).

Al presentar instrumentos para convertirse en Partes en el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, algunas Partes han incluido notas y/o declaraciones. Todas las notas pueden consultarse en https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=_en



Nota de agradecimiento

La Organización Mundial de la Salud agradece las contribuciones que han realizado las siguientes personas a este informe:

Región de África de la OMS: Esther Njinembo Naye, Nivo Ramanandraibe, Nouriney Tcha-Kondor.

Región de las Américas de la OMS: Francisco Armada Pérez, Adriana Bacelar Gomes, Maxime Roche, Rosa Sandoval, Kavita Singh.

Región de Asia Sudoriental de la OMS: Jagdish Kaur, Arvind Rinkoo.

Región de Europa de la OMS: Angela Ciobanu, Elizaveta Lebedeva, Kristina Mauer-Stender.

Región del Mediterráneo Oriental de la OMS: Fatimah El-Awa, Sophia El-Gohary, Radwa el Wakil, Charles Fraser, Heba Fouad.

Región del Pacífico Occidental de la OMS: Melanie Aldeon, Nina Ashley dela Cruz, Mina Kashiwabara, Joung-eun Lee, Angela Pratt, Hai-rim Shin.

Oficinas de la OMS en los países: De nombreuses personnes ont consacré du temps et apporté des contributions précieuses au processus de collecte et de validation des données.

Sede de la OMS en Ginebra: Rebekka Aarsand, Virginia Arnold, Aikaterini Botsiou, Melanie Cowan, Ranti Fayokun, Paul Garwood, Jaimie Guerra, Ni Jin, Kritika Khanijo, Dalia Lourenco Levin, Benn McGrady, Juliette McHardy, Jeremias Paul, Leanne Riley, Kate Robertson, Susannah Robinson, Kerstin Schotte, Moira Sy.

Un agradecimiento especial a Adriana Blanco Marquizo, Liu Guangyuan y Kelvin Khoo Chuan Heng, de la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, por sus aportaciones al capítulo sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, así como por sus contribuciones y comentarios generales sobre el borrador.

Hebe Naomi Gouda ha coordinado la elaboración de este informe.

Amal Amoune-Naal, Miriamjoy Aryee-Quansah, Gareth Burns, Bent Elsner Jorgensen y Anne Audry Sikanda se han ocupado del apoyo administrativo.

Marine Perraudin se ha encargado de la evaluación y el análisis de la legislación nacional, con el apoyo de Priyanka Dahiya.

Alison Commar se ha encargado de la gestión y el análisis de los datos y de la creación de los cuadros, gráficos y anexos, con el apoyo de Rula Khoury Dias y Sothosuk Kusumpa. Simone St. Claire se ha encargado de la recogida y coordinación de los datos sobre los medios de comunicación.

Alison Commar, en colaboración con Edouard Tursan d'Espaignet, ha calculado las estimaciones de prevalencia.

Los datos sobre el abandono del tabaco han sido evaluados por Dongbo Fu.

El capítulo sobre el Convenio Marco para el Control del Tabaco ha sido redactado por Douglas Bettcher y Juliette McHardy en colaboración con la Secretaría del CMCT de la OMS.

El capítulo sobre los sistemas electrónicos de administración de nicotina se ha elaborado con las inestimables aportaciones de Indu Ahluwalia, Jessica Barrington-Trimis, María Carmona, Frank Chaloupka, Robert Ekford, Karen Evans-Reeves, Stanton Glantz, Ryan Kennedy, Brian King, Matt Myers, Liping Pan, Rebecca Perl y Gan Quan.

Otros aspectos del informe se han enriquecido enormemente con las aportaciones de Anna Gilmore, Louis Laurence y Mateusz Zatonski, de la Universidad de Bath. El capítulo sobre la COVID-19 ha sido revisado por Silvano Gallus y su equipo del Instituto Mario Negri de Investigación Farmacológica de Milán (Italia).

El análisis de la economía del tabaco, incluida la fiscalidad y los precios del tabaco, ha sido realizado por Anne-Marie Perucic con el apoyo de Itziar Belausteguigoitia, Annerie Bouw, Mark Goodchild, Roberto Iglesias y Jidapa Sodwatana. Los datos sobre fiscalidad y precios se han recopilado con el apoyo de funcionarios de los ministerios de finanzas y de sanidad, y por Luk Joossens y Konstantin Krasovskiy.

Agradecemos la colaboración de Jennifer Ellis, Kelly Henning y Adrienne Pizatella, de la Iniciativa Bloomberg para Reducir el Consumo de Tabaco.

También damos las gracias al Centro de SIG de la OMS para la Salud por proporcionar los mapas.

Asimismo, queremos dar las gracias a Vital Strategies por su asesoramiento sobre las campañas de control del tabaco en los medios de comunicación, en concreto a Rebecca Perl. Un agradecimiento especial igualmente a la organización Campaign for Tobacco Free Kids, especialmente a Kaitlin Donley y Meredith Morgan, por su constructivo intercambio de información y legislación sobre el control del tabaco. Gracias también a Rob Cunningham, de la Asociación Canadiense de Lucha contra el Cáncer, por el intercambio de información sobre las etiquetas de advertencia sanitaria.

Agradecemos al equipo de Alboum la calidad y la rapidez con la que recibimos las traducciones de la legislación, así como al equipo de traducción de la OMS que presta apoyo continuo en la traducción de los resúmenes ejecutivos en todos los idiomas oficiales de las Naciones Unidas.

Douglas Bettcher, Ruediger Krech y Vinayak Prasad han revisado el informe completo y han aportado los comentarios finales. Hay que agradecer especialmente a nuestras excepcionales editoras Margie Peden y Angela Burton y a nuestro diseñador Optima por su eficacia a la hora de ayudar a publicar este informe a tiempo.

Un agradecimiento especial a todos los puntos focales encargados del tabaco en los ministerios de salud por dedicar su tiempo a revisar los datos de su país, a pesar de las presiones de la situación mundial de la COVID-19.

La producción de este documento de la OMS ha recibido una donación de Bloomberg Philanthropies. El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva de la OMS y no debe considerarse que refleja la posición de Bloomberg Philanthropies.

Fotografías e ilustraciones

Organización Mundial de la Salud

Página 29 – © Fotografía: Tom Pictrasik
Página 31 – © Fotografía: Jawad Jalali
Página 37 – © Fotografía: Torgrim Halvari
Página 38 – © Fotografía: Ahmed Zouiten
Página 40 – © Fotografía: Yoshi Shimizu
Página 49 – © Fotografía: Ahmad Yusni Mohammed Said
Página 57 – © Fotografía: Mohamed AlArie
Página 77 – © Fotografía: Tanuir Murad Tapu
Página 85 – © Fotografía: Francisco Guerrero
Página 91 – © Fotografía: Sergey Volkov
Página 93 – © Fotografía: Sergey Volkov
Página 97 – © Fotografía: Arne Hoel
Página 100 – © Fotografía: Samy Rakotoniain
Página 107 – © Fotografía: Diego Rodriguez
Página 108- 109 – © Fotografía: Sanjit Das
Página 118 – © Fotografía: Tami Kimelman
Página 126 – © Fotografía: Patrick Brown
Página 138 – © Fotografía: Ishaq Anis
Página 152 – © Fotografía: Gareth Bentley
Página 178 – © Fotografía: Sebastian Liste
Página 192 – © Fotografía: Sebastian Liste
Página 198 – © Fotografía: Rama George-Alleyen
Página 206 – © Fotografía: Samy Rakotoniain

Otras

Página 15 – © Organización Mundial de la Salud
Página 17 – © Bloomberg Philanthropies
Página 19 – © Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
Página 61 – © Healthy Life Style Center, Tayikistán
Página 63 – © Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China
Página 67 – © Ministerio de Salud, Etiopía
Página 67 – © Ministerio de Salud, el Paraguay
Página 71 – © Ministerio de Salud, Tonga
Página 71 – © Oficina de la OMS en Jordania
Página 75 – © Ministerio de Salud, Mauritania
Página 75 – © Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América
Página 79 – © Thai Health Promotion Foundation, Bangkok (Tailandia)
Página 84 – © Ministerio de Salud, el Iraq
Página 85 – © Ciudad de Rio de Janeiro, el Brasil/Vital Strategies
Página 96 – © Dirección de Servicios Médicos y Sanitarios, Uttar Pradesh (India)
Página 105 – © Agencia de Información Independiente Ucraniana
Página 106 – © Ministerio de Salud y Bienestar, Centro Nacional de Control del Tabaco de la República de Corea

La producción de este documento
de la OMS ha recibido una donación
de **Bloomberg Philanthropies**

mpower



**Organización
Mundial de la Salud**



#beatNCDs

**TOGETHER
LET'S BEAT
TOBACCO**

Avenue Appia 20 • 1211 Ginebra 27 • Suiza
www.who.int/tobacco



9789240055490

9 789240 055490