

mpower UN PLAN DE MEDIDAS PARA HACER RETROCEDER
LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO

mpower



**Organización
Mundial de la Salud**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo.

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

ISBN 978 92 4 359663 1

(Clasificación NLM: WM 290)

© Organización Mundial de la Salud, 2008

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

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

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

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

Printed in Switzerland.

UN PLAN DE MEDIDAS PARA
HACER RETROCEDER
LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO

mpower



**Organización
Mundial de la Salud**

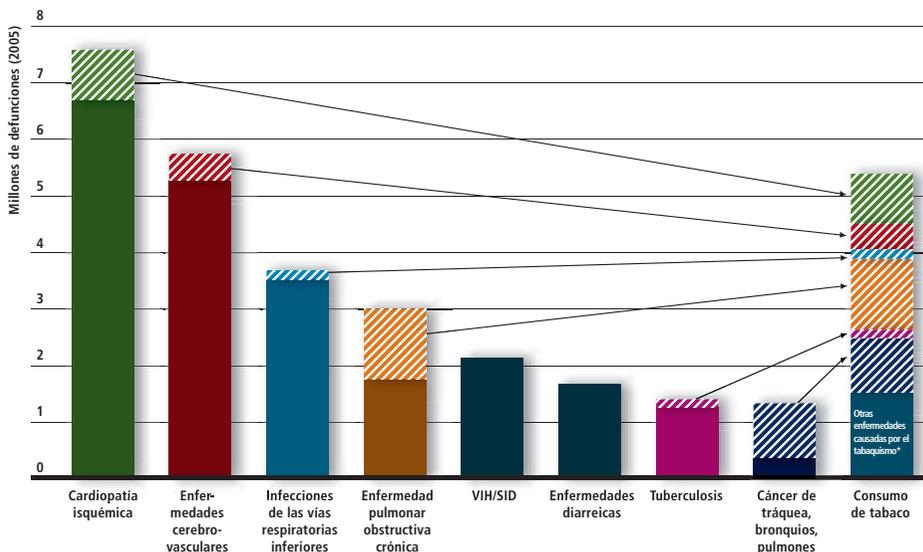


- M**onitor vigilar el consumo de tabaco
- P**rotect proteger a la población del humo de tabaco
- O**ffer ofrecer ayuda para el abandono del tabaco
- W**arn advertir de los peligros del tabaco
- E**nforce hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- R**aise aumentar los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

Índice

- 7 INTRODUCCIÓN
- 10 VISIÓN DEL CONTROL DEL TABACO DE **mpower**
- 13 PLAN DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES DE **mpower**
 - P**: proteger a la población del humo de tabaco
 - O**: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco
 - W**: advertir de los peligros del tabaco
 - E**: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
 - R**: aumentar los impuestos al tabaco
- 31 VIGILANCIA, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE **mpower**
- 33 **mpower** Y LOS PROGRAMAS NACIONALES DE CONTROL DEL TABACO
- 35 CONCLUSIÓN
- 36 DEFINICIONES
- 37 REFERENCIAS

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



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

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

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

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

Introducción

El tabaco es la causa singular de mortalidad más prevenible en el mundo de hoy en día, y mata hasta la mitad de quienes lo consumen. En la actualidad, más de 1000 millones de personas fuman tabaco en todo el mundo – de las cuales aproximadamente la cuarta parte son adultos –, y su consumo mata a más de cinco millones cada año. El consumo de tabaco sigue aumentando en los países en desarrollo debido al crecimiento constante de la población y a las campañas de comercialización agresiva de la industria tabacalera.

Si las tendencias actuales siguen su curso, para 2030 el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año. Para finales de este siglo, el tabaco podría haber matado a 1000 millones de personas. Se estima que más de las tres cuartas partes de esas defunciones se producirán en países de ingresos bajos y medianos.¹

El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. Fumar tabaco produce cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, así como leucemia, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, infarto, aborto y parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, entre otras enfermedades. Esto es causa de sufrimiento prevenible y pérdida de muchos años de vida productiva en las personas. El consumo de tabaco produce también perjuicios económicos para las familias y los países debido a los salarios que dejan de percibirse, la reducción de la productividad y el aumento en los costos de la asistencia sanitaria.

Con frecuencia, y de forma equivocada, se considera que el consumo de tabaco es una opción exclusivamente personal. Contradice esa percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar su hábito cuando adquiere plena conciencia de los efectos del tabaco en la salud, aunque les resulte difícil dejarlo debido a que la nicotina es muy adictiva. Además, una industria poderosa a nivel mundial gasta decenas de miles de millones de dólares anualmente en su comercialización, y se sirve de grupos de presión y publicistas muy cualificados para mantener e incrementar el consumo de tabaco.²

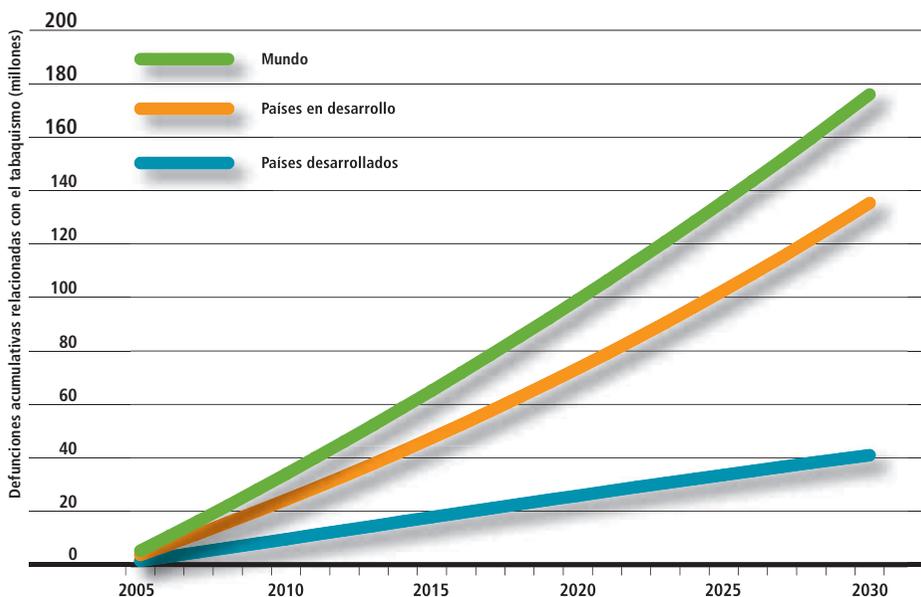
Se ha demostrado que varias estrategias reducen el consumo de tabaco. Sin embargo, más de 50 años después de que los peligros del tabaco para la salud quedaran demostrados científicamente, y más de 20 años después de que la evidencia confirmara los riesgos que entraña el humo ajeno, son muy pocos los países que han aplicado estrategias eficaces y reconocidas para controlar

la epidemia de tabaquismo. Esto es aún menos probable en los países en desarrollo; la industria tabacalera se ha dirigido específicamente a las mujeres y los adultos jóvenes de esos países por considerar que tienen el mayor potencial para aumentar sus ventas y beneficios.³ Además, en algunos países los gobiernos tienen un interés directo o indirecto en el cultivo y la producción de tabaco, y ese es otro factor que frena la adopción de medidas.

Los esfuerzos internacionales dirigidos por la OMS condujeron a la rápida entrada en vigor del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS),⁴ que cuenta con 168 signatarios y más de 150 Partes. El CMCT de la OMS establece los principios y el contexto para la formulación de políticas, la planificación de intervenciones y la movilización de recursos políticos y financieros para el control del tabaco. La consecución de las metas relacionadas con el control del tabaco requerirá la coordinación entre numerosos organismos gubernamentales, instituciones académicas, asociaciones de profesionales y

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

Mortalidad acumulativa relacionada con el tabaquismo, 2005–2030



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

organizaciones de la sociedad civil en el plano nacional, así como el apoyo coordinado de la cooperación internacional y los organismos de desarrollo.

Las Partes en el CMCT de la OMS se han comprometido a proteger la salud de sus poblaciones uniéndose a la lucha contra la epidemia de tabaquismo. Con el fin de ayudar a los países a cumplir la promesa del CMCT de la OMS y convertir ese consenso mundial en una realidad a escala planetaria, este documento presenta **mpower**, un plan de medidas basado en las medidas del CMCT de la OMS cuya capacidad para reducir la prevalencia del consumo de tabaco se ha demostrado.⁵

El plan de medidas **mpower** es parte integrante del Plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se presentará en la 61ª reunión de la Asamblea Mundial de la Salud. Esto es resultado de la adopción de una resolución en la 53ª reunión, celebrada en 2000, donde se otorgó prioridad a la prevención y el control de dichas enfermedades.

El control del tabaco requiere un firme compromiso político y la participación de la sociedad civil.⁶ El presente documento tiene por finalidad servir de referencia a los interesados a nivel de país para ayudarles a poner en práctica las políticas de control del tabaco que figuran en el plan de medidas **mpower**. Su finalidad es ayudar en la planificación, el establecimiento y la evaluación de alianzas nacionales e internacionales, y al mismo tiempo facilitar el acceso a los recursos financieros destinados a las actividades de control del tabaco. Se presenta en cuatro secciones:

- Visión del control del tabaco de **mpower**
- Plan de políticas e intervenciones de **mpower**
- Vigilancia, supervisión y evaluación de **mpower**
- **mpower** y los programas nacionales de control del tabaco

Visión del control del tabaco de **mpower**

El plan de medidas **mpower** alienta a los formuladores de políticas a que, junto con el resto de la sociedad, incluida la sociedad civil, los dispensadores de atención de salud y otros, conciban un mundo libre de tabaco. Además, el plan de medidas **mpower** proporciona los instrumentos necesarios para crear un mundo donde disminuya el consumo de tabaco al promover un contexto jurídico y socioeconómico que favorezca la vida sin tabaco. La meta es un mundo en el que ningún niño o adulto esté expuesto al humo de tabaco.

El plan de medidas **mpower** para reducir el consumo de tabaco a nivel mundial requiere la aplicación de políticas e intervenciones de control del tabaco de eficacia demostrada, basadas en los datos recogidos en encuestas sistémicas diseñadas para disponer y perfeccionar su aplicación, así como una rigurosa vigilancia a fin de evaluar su impacto. Las intervenciones deben aplicarse con un alto nivel de cobertura; la aplicación parcial suele ser insuficiente para reducir el consumo de tabaco entre la población. Para aplicar el plan de políticas **mpower**, los países deben hacer lo siguiente:

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

El cuadro de la página siguiente presenta un resumen de las políticas e intervenciones de **mpower**. Las políticas son complementarias y sinérgicas. Por ejemplo, aumentar los impuestos ayudará a los consumidores de tabaco a dejarlo, reducirá el número de nuevos consumidores y protegerá a las personas de la exposición al humo ajeno. Las prohibiciones sobre las actividades promocionales de la industria tabacalera y la publicidad antibabáquica servirán para educar a la población sobre los riesgos que el consumo de tabaco acarrea para la salud, modificará la manera en que se percibe el hábito de fumar, y facilitará la adopción de decisiones normativas. También apoyarán la observancia de la legislación fiscal, las prohibiciones de la publicidad y las leyes que propicien entornos sin humo. Se necesita una vigilancia rigurosa para obtener información de referencia, centrar las actividades, hacer un seguimiento de los progresos y evaluar los resultados de las intervenciones.



Creemos a los niños en ambientes sin humo

Políticas e intervenciones del plan de medidas mpower

<p>m</p> <p>MONITOR VIGILAR EL CONSUMO DE TABACO</p> <p>Actividad transversal m1</p> <p>Obtener datos periódicos representativos a nivel nacional y basados en la población sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos</p>	<p>p</p>	<p>PROTEGER A LA POBLACIÓN DEL HUMO DE TABACO</p> <p>Intervención p1</p> <p>Promulgar y hacer cumplir leyes sobre entornos completamente libres de humo en las instalaciones sanitarias y educativas y en todos los lugares públicos cerrados, incluidos lugares de trabajo, restaurantes y bares</p>
	<p>o</p>	<p>OFRECER AYUDA PARA EL ABANDONO DEL TABACO</p> <p>Intervención o1</p> <p>Fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoramiento sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud. Apoyar el establecimiento de líneas telefónicas de ayuda al abandono del tabaco y otras iniciativas comunitarias, junto con tratamiento farmacológico de fácil acceso y bajo costo, cuando sea conveniente</p>
	<p>w</p>	<p>ADVERTIR DE LOS PELIGROS DEL TABACO</p> <p>Intervención w1</p> <p>Exigir que el etiquetado incluya advertencias eficaces</p> <p>Intervención w2</p> <p>Realizar campañas de publicidad antitabáquica</p> <p>Intervención w3</p> <p>Obtener la cobertura gratuita de las actividades antitabáquicas por los medios de difusión</p>
	<p>e</p>	<p>HACER CUMPLIR LAS PROHIBICIONES SOBRE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO</p> <p>Intervención e1</p> <p>Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio directos del tabaco</p> <p>Intervención e2</p> <p>Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban la publicidad, la promoción y el patrocinio indirectos del tabaco</p>
	<p>r</p>	<p>AUMENTAR LOS IMPUESTOS AL TABACO</p> <p>Intervención r1</p> <p>Aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco, y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación y aumenten más deprisa que el poder adquisitivo de los consumidores</p> <p>Intervención r2</p> <p>Fortalecer la administración fiscal para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco</p>

Plan de políticas e intervenciones de mpower

A continuación se describen las estrategias que han demostrado reducir el consumo de tabaco. Han dado buenos resultados en muchos países, y hay indicaciones de que tienen un impacto sinérgico.



Proteger a la población del humo de tabaco

Objetivo: Entornos completamente libres de humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes y bares

El humo de segunda mano provoca un amplio abanico de enfermedades, entre ellas cardiopatías, cáncer de pulmón y enfermedades de las vías respiratorias.⁷ No se conoce un nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno. Los entornos completamente libres de humo son el único medio probado de proteger adecuadamente a las personas frente a los efectos nocivos del humo de segunda mano. Los entornos libres de humo no solo protegen a los no fumadores,⁸ sino que también ayudan a los fumadores que desean abandonar el hábito.⁹

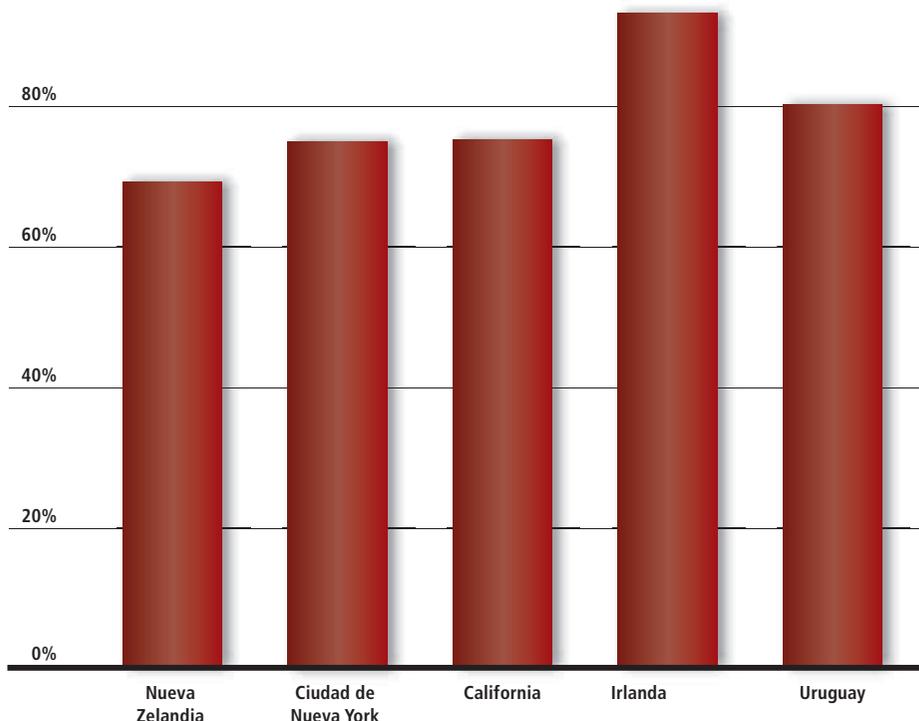
Intervención P1. Promulgar y hacer cumplir leyes sobre entornos completamente libres de humo en las instalaciones sanitarias y educativas y en todos los lugares públicos cerrados, incluidos lugares de trabajo, restaurantes y bares

Teniendo en cuenta que el humo de segunda mano provoca enfermedades, resulta inaceptable permitir que se fume en parte alguna de cualquier centro sanitario, desde las consultas y establecimientos de salud periféricos hasta los hospitales principales. Todas las instalaciones sanitarias cerradas deben estar libres de humo, incluidas las administradas por gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG) y servicios privados de atención de salud.

LOS AMBIENTES SIN HUMO DE TABACO SON POPULARES

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

100%



Nueva Zelanda

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

Ciudad de Nueva York

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

California

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

Irlanda

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

Uruguay

Organización Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization). *Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005"*. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados). October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, consultado el 5 de diciembre de 2007).

Además de las instalaciones sanitarias, todas las instalaciones educativas deben estar libres de humo. Hacer que las universidades estén libres de humo es especialmente importante para proteger a los adultos jóvenes del consumo de tabaco y de la exposición al humo de segunda mano.

El CMCT de la OMS subraya la importancia de conseguir que todos los lugares de trabajo cerrados estén libres de humo.¹⁰ Las Partes en el CMCT de la OMS han adoptado de forma unánime directrices detalladas sobre cómo proteger a la población del humo de segunda mano.¹¹ Las leyes que propician entornos libres de humo protegen a los trabajadores y a la población y no perjudican a las empresas, salvo a la industria tabacalera.

En los países de ingresos elevados, se ha demostrado que los lugares públicos y de trabajo libres de humo reducen el consumo de tabaco en un 3-4%.⁹ Los fumadores que trabajan en espacios libres de humo tienen más del doble de probabilidades de dejar el tabaco que los que trabajan en lugares donde se permite fumar.¹²

Es más fácil que los gobiernos prohíban fumar en las instalaciones que controlan directamente (por ejemplo, las dependencias de sus organismos). Sin embargo, como la inmensa mayoría de la población de casi todos los países trabaja en el sector privado, es importante promulgar leyes que prohíban fumar en todos los lugares de trabajo cerrados. En un sector determinado (por ejemplo, restaurantes o bares), es conveniente conseguir que todos los establecimientos estén libres de humo al mismo tiempo en lugar de limitarse a los que tienen características o dimensiones determinadas. La aplicación uniforme de leyes que propicien ambientes libres de humo dentro de un sector determinado asegura la igualdad de oportunidades entre todas las empresas afectadas. Los vehículos y estaciones de transporte público, incluidos los taxis, también deben estar libres de humo.

Puede resultar difícil aplicar medidas en pro de los ambientes libres de humo en restaurantes, bares, clubes y casinos. Sin embargo, la experiencia de un número cada vez mayor de países y zonas subnacionales demuestra que es posible promulgar y hacer cumplir prohibiciones eficaces en dichos establecimientos, y que la población las acepta, no perjudican a esos negocios y mejoran la salud.^{13,14,15} Se pueden utilizar datos económicos para hacer frente a los argumentos falsos de la industria tabacalera en el sentido de que establecer entornos libres de humo produce perjuicios económicos.^{16,17}

Se necesitan leyes para crear ambientes libres de humo, ya que se ha demostrado que las medidas voluntarias son ineficaces. La ventilación y los espacios reservados para los fumadores no reducen la exposición al humo de tabaco de segunda mano hasta un nivel aceptable o seguro.^{18,19} Es esencial contar con una buena planificación, recursos suficientes, un compromiso político firme, un uso eficaz de los medios de difusión, una redacción meticulosa de las leyes y la participación de la sociedad civil.²⁰ Al aplicar las leyes sobre ambientes libres de humo, es fundamental que los gobiernos generen un amplio apoyo público

mediante campañas de educación de la población.²¹ Las campañas de educación orientadas a sensibilizar a los propietarios de las empresas sobre los beneficios que comportan los lugares de trabajo libres de humo, incluido el hecho de que no perjudican su negocio, pueden reducir la oposición de la comunidad empresarial.

Una vez promulgadas, las leyes que establecen entornos libres de humo se deben hacer cumplir como es debido. En el periodo inmediatamente posterior a su promulgación, puede ser necesario un enfoque más activo para hacer cumplir las medidas y las leyes en pro de los ambientes libres de humo, a fin de demostrar el compromiso del gobierno respecto de su cumplimiento. Cuando se alcance un nivel alto de observancia, puede ser factible reducir las medidas oficiales de cumplimiento de la ley, ya que los ambientes libres de humo tienden a mantenerse automáticamente en las zonas donde la población y la comunidad empresarial apoyan las medidas y las leyes que propician dichos ambientes.

La manera más eficaz de asegurar el cumplimiento de las leyes que propician ambientes libres de humo es responsabilizar a los propietarios y encargados de los establecimientos. En muchos países, los propietarios de las empresas tienen el deber legal de proporcionar lugares de trabajo seguros a sus empleados. Es más probable asegurar el cumplimiento imponiendo multas y otras sanciones a los propietarios de los negocios que multando a los fumadores. La observancia de la legislación y su impacto deben vigilarse con regularidad. Tras la promulgación de leyes que favorezcan los ambientes libres de humo, la evaluación y publicidad sobre la inexistencia de efectos negativos para las empresas aumentará aún más su cumplimiento y aceptación.



Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco

Objetivo: Servicios de fácil acceso para tratar clínicamente la dependencia del tabaco en el 100% de los centros de atención primaria de salud y con los recursos de la comunidad

Como la mayoría de los fumadores son dependientes de la nicotina, que es una droga adictiva, les resulta difícil dejarlo incluso cuando hacen un esfuerzo concertado con ese fin. Los fumadores que comprenden el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con el tabaco y morir prematuramente tienen más probabilidades de intentar dejarlo. Una vez han tomado la decisión de abandonar el hábito, la mayoría de quienes lo consiguen no recurre a intervención alguna, si bien la ayuda aumenta enormemente las tasas de abandono.^{22,23} Entre el 90% y el 95% de los fumadores cotidianos que intenta dejarlo sin ayuda recae en el hábito.²²

Los sistemas nacionales de atención de salud, incluidos los gobiernos, la seguridad social, las ONG y los servicios de las clínicas privadas, son los principales encargados de tratar la dependencia del tabaco.²⁴ Teniendo en cuenta que las intervenciones para el tratamiento clínico se centran en las medidas que toman las personas, son menos costoeficaces que otras estrategias **mpower** a la hora de reducir el consumo de tabaco en general. No obstante, las intervenciones para abandonar el hábito son una ayuda importante para los fumadores que quieren dejarlo a fin de proteger su salud y sus vidas. Además, las intervenciones para el tratamiento clínico tienen un impacto mayor en la salud y son mucho más costoeficaces que la mayoría de las actividades realizadas en el marco de los sistemas de atención de salud.²⁵

Los gobiernos que aplican intervenciones de control del tabaco tienen una importante función que desempeñar a la hora de ayudar a los fumadores a dejarlo. Muchos fumadores tendrán dificultades para conseguirlo aun cuando se apliquen estrategias de control del tabaco que han demostrado aumentar las tasas de abandono, es decir, aumentar los precios, prohibir toda publicidad, mercadotecnia y promoción, restringir los lugares donde las personas pueden fumar, y realizar campañas de educación sobre los peligros del tabaco para los fumadores. El apoyo a los que intentan dejarlo también puede reducir la oposición a otros elementos normativos del plan de medidas **mpower**. Los gobiernos pueden subvencionar los servicios prestados para el abandono del tabaco mediante los ingresos procedentes de los impuestos al tabaco.

Hay dos intervenciones principales para facilitar el abandono del consumo de tabaco. La primera es el asesoramiento, incluido el que prestan personalmente médicos y otros profesionales de la atención de salud, incorporado en la atención médica ordinaria, así como las líneas telefónicas de ayuda al abandono y los programas de la comunidad. La segunda es el acceso a un tratamiento farmacológico de bajo costo.

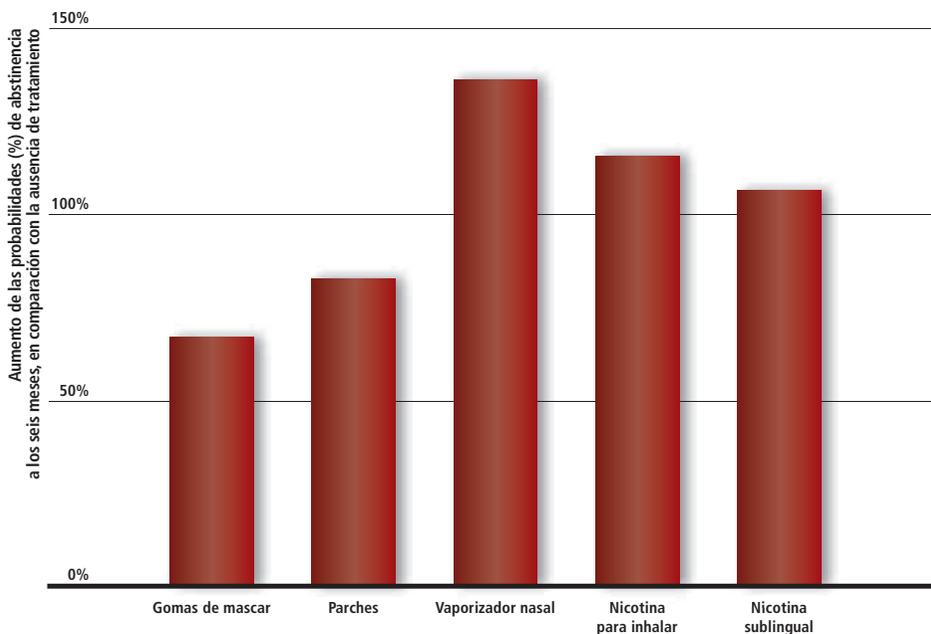
Intervención 01. Fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoramiento sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud, mediante líneas telefónicas de ayuda al abandono y otros recursos comunitarios, junto con tratamiento farmacológico de fácil acceso y bajo costo cuando sea conveniente

La identificación de los fumadores y la prestación de asesoramiento breve deben integrarse en los servicios de atención primaria de salud y otras visitas médicas de rutina, con inclusión de un asesoramiento continuo que refuerce la necesidad de abandonar el tabaco. El asesoramiento breve para el abandono es eficaz y tiene un costo reducido. El asesoramiento es más eficaz cuando los profesionales de la atención de salud proporcionan consejos claros, firmes y personalizados para dejar de fumar, como parte de la atención médica básica.^{22, 23} Los consejos médicos pueden resultar de especial utilidad cuando se refieren a cuestiones de interés

específico para el paciente (por ejemplo, durante el embarazo y las consultas sobre síntomas de cardiopatía o enfermedad pulmonar). Las advertencias sobre los riesgos del consumo de tabaco por parte de los profesionales sanitarios, generalmente muy respetados, suelen ser bien acogidas. Las tasas de abandono también aumentan si prestan su asesoramiento diversos profesionales sanitarios.²²

El asesoramiento para el abandono del tabaco es relativamente tiene un costo bajo al facilitarse en el contexto de los servicios de atención sanitaria ya existentes, a los que la mayoría de las personas accede al menos de forma ocasional. Sin embargo, requiere la motivación de los profesionales sanitarios, en particular los médicos. Los agentes de salud que no son técnicos, es decir, que no son profesionales de la medicina pero han recibido formación para prestar servicios básicos de salud, también pueden ayudar con intervenciones sobre educación y abandono del tabaco. Los agentes de atención primaria de salud pueden participar en las actividades locales y nacionales de control del tabaco; todos los profesionales de la atención sanitaria deben abogar por la aplicación de las políticas e intervenciones de **mpower**.

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



Fuente: Silagy C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database System Review 2004, (3):CD000146.

Los consejos y el asesoramiento sobre el abandono también se pueden facilitar en contextos distintos de la prestación de atención de salud, por ejemplo, mediante líneas telefónicas de ayuda al abandono que deben ser gratuitas, disponer de operadores que respondan a las llamadas el lugar de mensajes pregrabados, y estar abiertas al público en horarios convenientes. Las líneas de abandono son más eficaces en los países con servicios generalizados de telefonía fija o móvil donde la población está acostumbrada a solicitar servicios por teléfono; las líneas de ayuda para dejar de fumar requieren financiación y formación de personal que responda a las llamadas y preste el asesoramiento o los servicios de derivación adecuados. Las líneas de abandono deben proporcionar información similar a la facilitada en persona, por ejemplo, las razones para dejar el hábito, la preparación para el abandono y las técnicas para hacer frente a la abstinencia.

Las líneas de abandono son más eficaces cuando su personal realiza llamadas telefónicas de seguimiento a fin de comprobar los progresos realizados por los usuarios y alentarles a que dejen el hábito, mantenga la abstinencia o vuelvan a intentarlo en caso de recaída. Realizar varias llamadas de seguimiento a intervalos regulares es la estrategia con más probabilidades de mantener a los pacientes comprometidos con el abandono a largo plazo.²⁶ Además, los grupos de la comunidad, los proveedores de servicios de atención no sanitaria y los dirigentes comunitarios pueden ser fuentes importantes de motivación e información para dejar de fumar.

Lo ideal es que el tratamiento farmacológico de adicción a la nicotina vaya acompañado de consejos y asesoramiento, aunque también es eficaz cuando se facilita por separado.^{22, 23} Las medicaciones para el abandono pueden duplicar las probabilidades de que el fumador logre dejarlo, y esa probabilidad aún aumenta más si la medicación se administra junto con el asesoramiento. Las medicaciones incluyen el tratamiento de sustitución con nicotina, que puede dispensarse sin receta en forma de parches transdérmicos, pastillas, goma de mascar, tabletas sublinguales, inhaladores orales y vaporizadores nasales. También hay medicamentos con receta, por ejemplo el bupropión y la vareniclina. El tratamiento de sustitución con nicotina reduce los síntomas de abstinencia al sustituir la parte de la nicotina normalmente absorbida durante el consumo de tabaco; el bupropión es un antidepresivo que reduce la ansiedad asociada al deseo de fumar y los síntomas de abstinencia; y la vareniclina bloquea la sensación de placer inducida por la nicotina que se experimenta al fumar. En general, el tratamiento de sustitución con nicotina se puede interrumpir en el plazo de uno a tres meses tras el abandono del tabaco, si bien algunos fumadores muy habituados pueden beneficiarse de un tratamiento más prolongado.

La mayoría de los países puede recurrir eficazmente a opciones de asesoramiento de bajo costo, incluso si el apoyo financiero que requiere la medicación sobrepasa los límites del presupuesto nacional. Sin embargo, la venta de esos medicamentos a los pacientes debe ser legal aunque el gobierno no los subvencione.

Advertir de los peligros del tabaco

Objetivo: Altos niveles de sensibilización sobre los riesgos del consumo de tabaco para la salud entre grupos de edad, sexos y lugares de residencia, para que todas las personas comprendan que las consecuencias de fumar tabaco son el sufrimiento, la desfiguración y la muerte prematura.

Pese a las pruebas concluyentes de los peligros del tabaco, el número de fumadores que comprende los riesgos que conlleva para su salud es relativamente escaso a nivel mundial.²⁷ En general, la mayoría de las personas sabe que el consumo de tabaco es perjudicial, pero no es consciente del amplio abanico de enfermedades específicas que provoca, las probabilidades de discapacidad y muerte a consecuencia del consumo a largo plazo, la velocidad o el grado de la adicción a la nicotina, o las propiedades nocivas del humo ajeno. La mayoría también sobreestima en gran medida las probabilidades de dejarlo por voluntad propia.

Las personas tienen más probabilidades de empezar a consumir tabaco cuando son adolescentes o adultos jóvenes.²⁸ Esos grupos de edad suelen preocuparse menos por los riesgos para su salud o sus vidas, y es más probable que presenten comportamientos de riesgo.²⁹ También son muy susceptibles a las presiones de las amistades y la influencia de la publicidad.^{30,31} Asimismo, es más probable que se conviertan en adictos a la nicotina más deprisa que las personas mayores, incluso si sólo fuman de forma ocasional.^{32,33}

Las campañas de educación de la población que llevan a cabo los medios de difusión para concientizar sobre los peligros del consumo de tabaco para la salud - tanto si se fuma como si se inhala el humo ajeno- pueden influir en la decisión de una persona de empezar a fumar o seguir haciéndolo. Las intervenciones importantes en materia de educación incluyen la divulgación de información entre la población en general sobre los riesgos que el consumo de tabaco entraña para la salud, las campañas de educación dirigidas a grupos concretos con tasas más elevadas de consumo y/o niveles inferiores de conocimientos sobre el consumo de tabaco, y la obligación de incluir etiquetas de advertencia en los paquetes de cigarrillos y demás productos de tabaco.

En última instancia, el objetivo de las campañas de educación antitabáquica y de la contrapublicidad es cambiar las normas sociales sobre el consumo de tabaco. Si se contrarresta la imagen elegante que la mercadotecnia de la industria tabacalera

asocia al consumo de tabaco y se invierte la percepción errónea de que fumar es un hábito de bajo riesgo, la presión social hará que muchas personas opten por no consumir tabaco. Cambiar las normas sociales de esa manera también incrementa el apoyo a otras iniciativas públicas para reducir el consumo de tabaco.

Si bien los programas de control del tabaco dirigidos a los niños son políticamente populares y tienen una amplia aceptación por parte de la población, los programas integrados en las clases de educación en salud de las escuelas no han demostrado tener un gran impacto a la hora de reducir la experimentación o el inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes.^{34,35} Teniendo en cuenta los escasos resultados en la prevención del hábito y la falta de efectos a largo plazo de dichos programas, los programas escolares sólo deben considerarse en el marco de un riguroso plan de evaluación y cuando ya se hayan aplicado las demás políticas e intervenciones de **mpower**. Centrar las iniciativas de educación antitabáquica en la población infantil puede debilitar un enfoque más amplio que llegue a toda la población y tenga un impacto mayor a largo plazo.³⁶

LOS FUMADORES APRUEBAN LAS ADVERTENCIAS CON IMÁGENES

Efecto de las advertencias con imágenes en los fumadores brasileños



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

Intervención W1. Exigir que el etiquetado incluya advertencias eficaces

Las etiquetas con advertencias en los paquetes de tabaco son un método rentable de advertir sobre los peligros de consumir tabaco, ya que proporcionan mensajes sanitarios directos a los fumadores, y también a los no fumadores que ven los paquetes.^{37,38,39} Esta intervención se puede llevar a cabo prácticamente sin costo alguno para el gobierno.

La ley debe exigir claridad y visibilidad en el contenido y la presentación gráfica de las etiquetas con advertencias de los paquetes, y lo ideal es que ocupen al menos la mitad de su superficie principal expuesta. Las etiquetas con advertencias también deben describir las enfermedades y los efectos nocivos específicos causados por el hábito de fumar, y deben rotar periódicamente para seguir despertando interés entre la población. Las advertencias gráficas son eficaces para todos los fumadores, y especialmente importantes para las personas que no pueden leer o los niños pequeños cuyos padres fuman. Además, no debe permitirse que las etiquetas incluyan texto o cualquier otra indicación que sugiera que un determinado producto de tabaco es menos perjudicial que otros, con expresiones tales como “con bajo contenido de alquitrán,” “livianos,” “ultralivianos” o “suaves.” No hay cigarrillos seguros, y el uso de esas expresiones sugiere incorrectamente que algunos productos son menos perjudiciales.⁴⁰

Como los riesgos sanitarios del consumo de tabaco están bien documentados, en general pueden promulgarse leyes que exijan etiquetas con advertencias sin que los fumadores se opongan a ello. Sin embargo, la industria tabacalera casi siempre opone resistencia a esos esfuerzos, en particular cuando se incluyen advertencias gráficas de gran tamaño, porque saben que son eficaces.

Intervención W2. Poner en práctica la contrapublicidad

Los gobiernos y la sociedad civil, incluidas las ONG, deben coordinar sus esfuerzos para educar a la población y movilizar contra el consumo de tabaco.⁴¹ La información sobre los riesgos del consumo de tabaco para la salud debe presentarse con claridad, y con la misma calidad y poder de persuasión que el material publicitario y mercadotécnico de la industria tabacalera.

Es importante recurrir a los servicios de agencias de publicidad profesionales para adaptar o crear y colocar un material que pueda competir con las campañas de la industria tabacalera - que son intensivas, extensivas y están mucho mejor financiadas - a la hora de atraer la atención de la población. Las campañas de contrapublicidad pueden ser costosas. Sin embargo, adaptando los anuncios existentes, colocando el material en horarios de máxima audiencia de radio y televisión de forma gratuita o a bajo costo, si ello es posible, y aumentando el presupuesto nacional para el control del tabaco, se pueden difundir de forma sostenida y eficaz mensajes contra el tabaco muy visibles que no sólo alienten a

muchos consumidores de tabaco a dejarlo, sino que también ayuden a modificar el contexto y aumenten la probabilidad de que todas las demás intervenciones de **mpower** se apliquen satisfactoriamente. Los jóvenes adolescentes expuestos a mensajes eficaces contra el tabaco difundidos por televisión tienen menos de la mitad de probabilidades de engrosar las filas de los fumadores,⁴² y los fumadores adultos expuestos a las campañas antitabáquicas tienen más probabilidades de dejar el hábito.⁴³ La industria tabacalera ha creado su propia publicidad contra el tabaco, a menudo en respuesta a las medidas del gobierno para limitar sus prácticas comerciales. Sin embargo, esos esfuerzos son ineficaces a la hora de reducir el consumo de tabaco e incluso pueden aumentarlo, especialmente entre los jóvenes.⁴⁴

Intervención W3. Obtener cobertura gratuita de las actividades antitabáquicas en los medios de difusión

Además de la publicidad de pago, es posible introducir campañas de educación antitabáquica en los medios de comunicación mediante unas relaciones públicas que promuevan la cobertura en radio y televisión, la publicación de reportajes por medios impresos, de difusión y en línea, así como la publicación de cartas al editor y artículos de opinión. Ese proceso, a veces denominado “cobertura gratuita”, puede ser una forma muy eficaz⁴⁵ y barata de educar a la población sobre los efectos perjudiciales del tabaco, aumentar la atención prestada a las iniciativas de control del tabaco y contrarrestar la información incorrecta que proporciona la industria tabacalera.

Las campañas bien diseñadas de los medios de difusión y la aplicación de medidas **mpower** tales como favorecer los entornos libres de humo, luchar contra la mercadotecnia e incluir advertencias en los paquetes, pueden generar una cobertura gratuita sustancial. Siempre que se produzca una evolución en el control del tabaco, por ejemplo, cuando se introducen o promulgan leyes o se dan a conocer los resultados de nuevas investigaciones, deben publicarse notas de prensa que subrayen las posiciones políticas en contra del tabaco. Normalmente, los medios de difusión cubrirán ese tipo de noticia, por lo que es importante que esos reportajes tengan un componente sólido de promoción del control del tabaco. Los reportajes locales con puntos de vista de gran interés humano y basados en hechos tienen más probabilidades de llamar la atención de los medios y sus audiencias. La proyección de los medios suele ser más amplia cuando se utilizan enfoques creativos e inusuales que aportan una perspectiva novedosa sobre el tema, por lo que los defensores del control del tabaco deben ser muy ingeniosos a la hora de desarrollar nuevas ideas para atraer la atención de los medios.

Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio*

Objetivo: Ausencia total de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

La industria tabacalera gasta cada año en todo el mundo decenas de miles de millones de dólares en publicidad, promoción y patrocinio²; por consiguiente, un componente clave del control del tabaco es la prohibición exhaustiva de toda forma de comercialización de los productos de tabaco.⁴⁶ Las prohibiciones exhaustivas sobre publicidad, promoción y patrocinio son muy eficaces para reducir el consumo de tabaco entre personas de todos los ingresos y niveles de educación.⁴⁷ Las prohibiciones parciales de la publicidad tienen poco o ningún efecto en la prevalencia del consumo.⁴⁸ En los países de ingresos elevados, se ha documentado que una prohibición completa que abarque todos los medios y todos los usos de logotipos y nombres de marcas disminuye el consumo de tabaco en alrededor de un 7%.⁴⁸

Entre los grupos de población destinataria clave para la publicidad del tabaco se encuentran los jóvenes, ya que son más vulnerables al inicio del consumo y, una vez habituados, tienen más probabilidades de ser clientes fijos durante muchos años. La industria tabacalera ve también un mercado con un potencial enorme en las mujeres, que normalmente no fumaban en la mayoría de países y ahora tienen una creciente independencia financiera y social, por lo que sus campañas también se dirigen a ellas. Al prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio hay que prestar especial atención a los canales de comercialización a que están expuestos estos grupos de población.

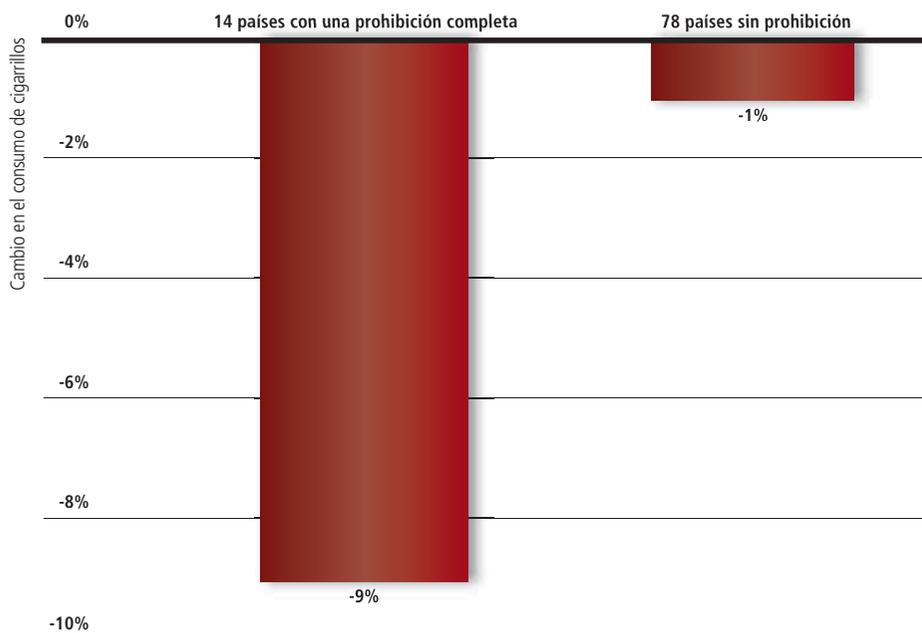
La promulgación de leyes que prohíban la publicidad, la promoción y el patrocinio de la industria tabacalera puede hacer frente a cierta oposición, ya que algunas empresas además de los fabricantes de tabaco rentabilizan el gasto en publicidad. Sin embargo, es fácil mantener y hacer cumplir esas leyes si están bien redactadas. Entre las características fundamentales de esa legislación se incluyen las siguientes:

- prohibiciones a la publicidad en todos los tipos de medios de difusión;
- restricciones a las actividades de mercadotecnia de los importadores y minoristas;
- restricciones a las actividades de promoción en las que participen las industrias del deporte y el entretenimiento.

Las restricciones voluntarias a la comercialización y promoción son ineficaces⁴⁹; se requiere la intervención gubernamental mediante leyes bien redactadas y que se hagan cumplir como es debido, ya que la industria tabacalera tiene mucha experiencia en eludir las prohibiciones sobre la publicidad. Con frecuencia, la industria tabacalera presenta la publicidad y la promoción como medios de competencia entre las marcas del mercado que consumen los fumadores actuales, y de esa manera encubre su finalidad principal de atraer nuevos consumidores. Para que surtan efecto, las sanciones impuestas por infringir las prohibiciones sobre la comercialización deben ser elevadas. Las empresas tabacaleras disponen de grandes sumas de dinero, y se necesitan sanciones económicas muy punitivas para prevenir los esfuerzos desplegados para eludir las leyes.

LAS PROHIBICIONES TOTALES DE LA PUBLICIDAD POTENCIAN OTRAS INTERVENCIONES

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



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

* El párrafo 1 del artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco establece que «las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco». Al mismo tiempo, el artículo 13 reconoce que la capacidad de algunos países para acceder a una prohibición total puede verse limitada por su constitución o sus principios constitucionales.

Intervención E1. Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban totalmente toda forma de mercadotecnia directa del tabaco

Para que sean eficaces, las prohibiciones de la publicidad directa del tabaco deben ser exhaustivas y abarcar todos los tipos de medios de difusión y publicidad.⁵⁰ De lo contrario, la industria tabacalera buscará vehículos alternativos de publicidad para hacer llegar su mensaje a las poblaciones destinatarias.^{51,52} Si se prohíbe la publicidad en un medio determinado, la industria tabacalera simplemente invierte en los lugares donde se permite la publicidad. Las prohibiciones deben abarcar los periódicos y las revistas, la radio y la televisión, los carteles e Internet, sin limitarse a esos medios.

También es importante prohibir la publicidad en los puntos de venta al por menor, incluidas la señalización y las imágenes de los productos.⁵³ De ese modo se limita o bloquea la capacidad mercadotécnica para incitar a los fumadores a que compren tabaco. Esta intervención se puede reforzar manteniendo las existencias de cigarrillos detrás del mostrador de manera que los clientes no puedan verlos y tengan que preguntar si se venden en el establecimiento. Este pequeño esfuerzo adicional por parte del cliente supone un obstáculo importante para la compra.

Intervención E2. Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban la publicidad, la promoción y el patrocinio indirectos del tabaco

La publicidad, la promoción y el patrocinio indirectos asocian el consumo de tabaco a situaciones o entornos deseables, e incluyen mostrar ese consumo en las películas y la televisión, patrocinar acontecimientos deportivos y musicales, utilizar productos de moda distintos del tabaco o personajes famosos para promover su consumo, y transmitir mensajes con señas de identidad (por ejemplo, marcas de tabaco impresas en la ropa). La mercadotecnia indirecta mejora la imagen pública del tabaco y las empresas tabacaleras.

Es importante vigilar las estrategias de la industria tabacalera a fin de establecer contramedidas eficaces. La vigilancia continua permite identificar nuevos tipos de actividades de mercadotecnia y promoción que eluden incluso las prohibiciones más claras y exhaustivas. Además de los medios de difusión y canales de comercialización tradicionales, habrá que vigilar los medios y las tendencias sociales de nuevo cuño, por ejemplo, la transmisión de mensajes de texto y los lugares de ocio nocturno cuya publicidad se basa únicamente en el boca a boca.

Aumentar los impuestos aplicados a los productos de tabaco

Objetivo: Productos de tabaco progresivamente menos asequibles

Aumentar el precio del tabaco y de los productos de tabaco incrementando los impuestos es la forma más eficaz de reducir su consumo. Los precios más elevados de los cigarrillos reducen el número de fumadores e incitan a quienes siguen fumando a consumir menos cada día. Debido a la inelasticidad de la demanda y al escaso porcentaje de los impuestos totales sobre los precios de venta al por menor, el incremento de los impuestos al tabaco aumenta los ingresos fiscales de los países, al menos a corto y medio plazo, aun teniendo en cuenta el consumo reducido.⁵⁴ De hecho, algunos países han aplicado tipos impositivos sobre el tabaco que sobrepasan el 75% de su precio al por menor.⁵

Se estima que por cada aumento del 10% en los precios al por menor, el consumo se reduce alrededor del 4% en los países de ingresos elevados y alrededor del 8% en los países de ingresos bajos y medianos. La prevalencia del consumo de tabaco se reduce en la mitad de esos porcentajes aproximadamente,⁵⁵ con variaciones relacionadas con los ingresos, la edad y otros factores demográficos. Los impuestos más elevados al tabaco son especialmente eficaces a la hora de prevenir o reducir el consumo entre los adolescentes y los pobres.^{56,57} Cuando aumentan los precios, las personas jóvenes y los fumadores de bajos ingresos tienen del doble al triple de probabilidades de dejar de fumar o de fumar menos que los demás fumadores, ya que esos grupos son los más sensibles económicamente a los precios más elevados de los cigarrillos.^{52,58}

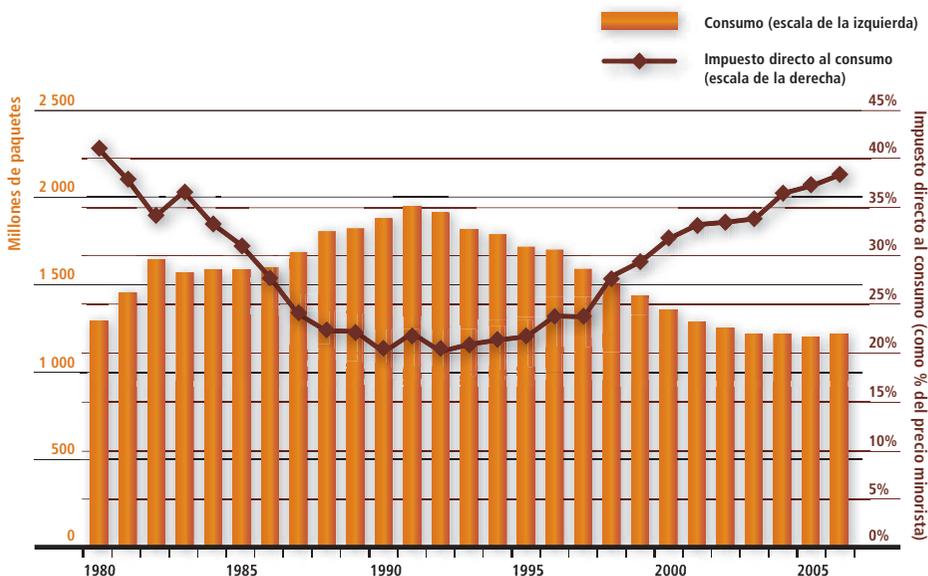
Intervención #1. Aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco, y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación y aumenten más deprisa que el poder adquisitivo de los consumidores

La meta de los impuestos al tabaco es conseguir que sus productos sean *progresivamente menos asequibles*. Esto significa que los gobiernos deben aumentar esos impuestos periódicamente para asegurarse de que los precios reales aumenten más deprisa que el poder adquisitivo de los consumidores y que los tipos impositivos se incrementen para todos los productos de tabaco, incluidos los que se consumen más habitualmente y los de más bajo costo.

Si los aumentos de los impuestos no provocan incrementos en los precios reales de los cigarrillos y no aumentan más deprisa que el poder adquisitivo, el tabaco se convierte en un producto relativamente barato y más asequible. En consecuencia, aumentan el consumo y su prevalencia. Por otra parte, si los impuestos incrementan los precios de los productos de gama alta pero no aumentan significativamente los precios de los más baratos, los pobres tendrán menos probabilidades de reducir su consumo ya que es más fácil que fumen productos que cuestan menos. Además, algunos fumadores pueden cambiar a marcas o productos de tabaco más baratos, con lo que el gasto individual y los niveles de nicotina se mantienen constantes y el consumo no baja.⁵⁹ Distintos programas de tributación del tabaco pueden reportar los mismos ingresos, y aun así es posible que reduzcan mucho el consumo o tengan un impacto reducido en éste, lo que depende de los productos gravados, la manera en que se gravan y el nivel de los impuestos.

LOS IMPUESTOS AL TABACO REDUCEN EL CONSUMO

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



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

Para maximizar el impacto de la tributación como intervención de salud pública, parte del aumento de los ingresos fiscales procedentes del aumento de los impuestos al tabaco se puede destinar a financiar las campañas de control del tabaco y otros programas de salud pública y sociales. De este modo se consigue que los aumentos de los impuestos al tabaco sean mejor recibidos por la población, incluidos los fumadores. En la mayoría de los países, los ingresos procedentes de los impuestos al tabaco son cientos o miles de veces superiores al gasto público en control del tabaco. Dedicar una parte más sustancial de esos fondos al control del tabaco aumenta la popularidad de esos impuestos y da lugar a un incremento considerable de los fondos para aplicar el plan de medidas **mpower** (por ejemplo, campañas de contrapublicidad, asesoramiento sobre el abandono, etc.).

Es posible aplicar impuestos al consumo en función del *número* (impuestos de tipo fijo o específicos) o del *valor* de los artículos (impuestos *ad valorem*), o se puede combinar ambos. Los dos tipos de impuestos especiales tienen sus propias ventajas e inconvenientes en lo que respecta a los precios al por menor y los ingresos fiscales, así como a la variedad y calidad de los productos. Los impuestos específicos (por ejemplo, un dólar o el equivalente local por cada paquete de 20 cigarrillos) protegen los ingresos del gobierno frente a las reducciones de precios impuestas por los fabricantes, son más fáciles de calcular y se pueden ajustar automáticamente. Tienen más capacidad para reducir el consumo de tabaco, en particular si se ajustan automáticamente al ritmo de la inflación. Los impuestos específicos deben aumentar a medida que lo hace la inflación y ajustarse periódicamente para reflejar el aumento del poder adquisitivo de los consumidores, con el fin de mantener el mismo efecto sobre la reducción del consumo de tabaco. Por otra parte, los impuestos *ad valorem* se ajustan automáticamente en función de la inflación y aseguran mayores ingresos si la industria aumenta el precio de sus productos. Sin embargo, en los países con grandes diferenciales en los precios de los productos de tabaco consumidos, el aumento de los impuestos *ad valorem* básicamente puede proporcionar un incentivo a los fumadores para que pasen a consumir productos más baratos, lo que reduce los beneficios de esos impuestos en la salud.

Los impuestos al consumo aplicados a nivel del fabricante y certificados mediante un timbre en el paquete de cigarrillos son el método más práctico de recaudar impuestos. Ese procedimiento facilita la recaudación fiscal al reducir la carga de trabajo administrativo que se exige a distribuidores y minoristas, muchos de los cuales son pequeñas empresas que no tienen capacidad para rendir cuentas exactas de los impuestos recaudados. En cuanto a las importaciones de tabaco, los impuestos al consumo se suelen aplicar en el puerto de entrada, al igual que cualquier otro derecho de aduana. Los impuestos sobre las ventas o el valor añadido (IVA) también se pueden percibir en el puerto de entrada o en el punto de venta al por menor, tal como sucede con otros productos.

Intervención #2. Fortalecer la administración fiscal para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco

Un sistema centralizado de tributación que se focalice en los fabricantes también reducirá el comercio ilícito al facilitar la vigilancia del cumplimiento. Puede ser necesario que los países fortalezcan la capacidad de su administración fiscal y de sus departamentos de aduanas, en particular cuando los niveles de contrabando y/o evasión fiscal son elevados.

Las inspecciones realizadas con la tecnología más avanzada, la mejora de la comunicación entre los funcionarios de aduanas y un alto nivel de observancia son esenciales para reducir los incentivos al comercio ilícito. Además, los timbres fiscales en todos los paquetes destinados a la venta al por menor, las medidas estrictas de ejecución de la ley apoyadas por una legislación rigurosa, el mantenimiento de registros gubernamentales eficaces y las advertencias obligatorias en los paquetes en el idioma local son otros medios eficaces de reducir los incentivos al comercio ilícito. Todas esas medidas requieren el firme compromiso del gobierno para poner freno a las actividades de comercio ilícito.

La acción mundial contra el contrabando de tabaco se está fortaleciendo. Las Partes en el CMCT están negociando y redactando un nuevo protocolo sobre comercio ilícito, jurídicamente vinculante, que servirá para luchar contra el contrabando y la falsificación como parte de los esfuerzos desplegados a nivel mundial para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ese protocolo debería aumentar considerablemente la coordinación en el plano internacional con el fin de abordar esta importante cuestión.



Vigilancia, supervisión y evaluación de mpower



Objetivo: Establecer sistemas eficaces de vigilancia, supervisión y evaluación para vigilar el consumo de tabaco

Actividad transversal M1: Obtener datos periódicos representativos a nivel nacional y basados en la población sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos

Más de la mitad de los países no tienen información reciente y representativa a nivel nacional sobre la prevalencia del consumo de tabaco en jóvenes y adultos.

Los países necesitan mediciones más exactas del consumo de tabaco para planificar eficazmente las estrategias e intervenciones de control del tabaco a fin de aplicarlas cuando se necesiten, medir su impacto y ajustarlas para asegurar su éxito. Los datos exactos permiten aplicar adecuadamente las intervenciones, realizar mediciones eficientes del impacto e introducir los ajustes oportunos cuando es necesario, lo que aumenta en gran medida las probabilidades de éxito. Todo sistema de vigilancia, supervisión y evaluación debe servirse de prácticas normalizadas y científicamente válidas de acopio y análisis de datos. Las encuestas de población en las que se utiliza una muestra representativa y aleatoria de un tamaño suficientemente grande pueden aportar estimaciones válidas de los patrones de consumo de tabaco con un margen aceptable de error. Las encuestas se pueden realizar sobre el consumo de tabaco exclusivamente, o en combinación con encuestas sobre otras cuestiones prioritarias de salud.

Las encuestas deben repetirse a intervalos regulares utilizando las mismas preguntas, muestreos y técnicas de análisis de datos y presentación de informes para que los datos obtenidos en los distintos años se puedan comparar. Esto es necesario para poder evaluar con precisión el impacto de las intervenciones de control del tabaco a lo largo de los años.

Además de determinar la situación y los patrones del consumo de tabaco con el fin de calcular la prevalencia global de ese hábito en un país y entre las

distintas subpoblaciones, se pueden formular otras preguntas para discernir los conocimientos, las actitudes y las prácticas relacionadas con el consumo de tabaco en la población en general y entre grupos específicos, así como para determinar de qué manera se perciben las medidas de control del tabaco.⁶⁰

La Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes y la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos, que forman parte del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco, pueden proporcionar una orientación sobre cómo recoger datos comparables a nivel internacional mediante protocolos de encuesta que incluyan procedimientos comunes de muestreo, un cuestionario básico, procedimientos sobre el terreno y gestión de datos entre países. La información sobre la vigilancia del tabaco es útil para diseñar, supervisar y evaluar las intervenciones de control del tabaco a nivel de país.

Entre otras actividades de vigilancia que deben llevarse a cabo figuran las evaluaciones de la medida en que los gobiernos hacen cumplir y la sociedad cumple las políticas de control del tabaco, que incluyen la recaudación de impuestos y la evasión fiscal, el establecimiento de entornos libres de humo y las prohibiciones sobre publicidad y mercadotecnia. Se pueden realizar estudios epidemiológicos para determinar la carga de morbilidad y mortalidad asociada al consumo de tabaco y el impacto de las intervenciones de control del tabaco en la salud. Deben hacerse sondeos en relación con el apoyo público a las iniciativas de control del tabaco, que incluyen los aumentos de impuestos y el establecimiento de entornos libres de humo, y deben vigilarse los niveles de cumplimiento de las políticas.

También se pueden realizar estudios para determinar los costos económicos asociados al consumo de tabaco y al humo de segunda mano a partir de los gastos médicos directos y de las pérdidas de productividad. También hay que vigilar el alcance y el tipo de las actividades de publicidad, comercialización y promoción del tabaco, incluido el patrocinio de actividades públicas y privadas por parte de la industria tabacalera.



mpower y los programas nacionales de control del tabaco

Las medidas nacionales son decisivas para hacer realidad la visión enunciada en el CMCT de la OMS. Crear capacidad nacional para desarrollar programas nacionales de control del tabaco eficaces y sostenibles es una de las medidas más importantes que se requieren para luchar contra la epidemia de tabaquismo. Por definición, un buen programa nacional de control del tabaco ha de llegar a toda la población.

La planificación estratégica de esos programas nacionales suele estar centralizada en el Ministerio de Sanidad. Sin embargo, en los países más grandes el programa debe diseñarse de manera que una autoridad descentralizada pueda aplicarlo con flexibilidad en los ámbitos regional/estatal/municipal y distrital/local, con el fin de que las intervenciones se puedan destinar y lleguen a todos los ciudadanos.⁶¹

La aplicación satisfactoria de **mpower** requiere el establecimiento de un mecanismo nacional de coordinación con un mandato oficial del gobierno a fin de desarrollar y coordinar la aplicación de un plan de acción, y crear una infraestructura nacional para ejecutar el plan. Los países que disponen de una unidad central de planificación y elaboración de políticas en el Ministerio de Sanidad, con unidades locales para la aplicación y observancia, están en las mejores condiciones para llevar a cabo actividades de control del tabaco.

La aplicación satisfactoria de las políticas de **mpower** también requiere el apoyo de los niveles superiores de la administración, así como expertos técnicos y personas con conocimientos especializados en planificación y ejecución. Un programa nacional de control del tabaco con una dotación adecuada de personal, tanto a nivel central como local, puede proporcionar un liderazgo muy eficaz y una labor coordinada sobre cuestiones legales, observancia, mercadotecnia, tributación, economía, promoción, gestión de programas y otras esferas clave. Muchos países necesitan también oficinas subnacionales de control del tabaco para asegurar que los componentes del programa se apliquen efectivamente y que las intervenciones de control del tabaco lleguen a la población destinataria. El personal dedicado aumenta enormemente la capacidad de aplicar **mpower** con éxito. Hay que identificar el personal y los recursos necesarios para hacer frente a lo siguiente:

- coordinación del programa, incluido el apoyo a los esfuerzos desplegados a nivel subnacional;
- epidemiología y vigilancia;
- economía y tributación;
- educación de la población, medios de difusión y advertencias en los paquetes;

- cuestiones legales, con inclusión de la legislación y los mecanismos para hacer cumplir las leyes en apoyo del establecimiento generalizado de entornos libres de humo y prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.

Un programa de control del tabaco eficaz y bien dotado de personal puede dirigir los esfuerzos para poner en práctica intervenciones eficaces que puedan reducir el número de fumadores y salvar millones de vidas. Para dar prioridad a la capacidad del programa, los países pueden beneficiarse contratando personal en un orden coherente con las prioridades, sobre la base del posible impacto en la prevalencia del consumo de tabaco, es decir: aumento de impuestos; prohibiciones a la mercadotecnia y promoción; contrapublicidad, incluidas las advertencias en las etiquetas de los paquetes; protección frente al humo ajeno; y ayuda para el abandono del hábito. En los países más pequeños con recursos financieros limitados, un miembro del personal puede asumir más de una función.

Además de los recursos humanos, el programa nacional de control de tabaco necesita recursos materiales y financieros. Ningún programa nacional puede funcionar ni aplicar eficazmente las seis medidas del plan **mpower** sin apoyo logístico y alianzas eficaces dentro de la administración y entre el gobierno y las partes interesadas externas.

Teniendo en cuenta que el programa se lleva a cabo a nivel local, el éxito depende de asegurar la disponibilidad de recursos adecuados y desarrollar la capacidad de los profesionales locales de salud pública y los dirigentes del gobierno.

Los países obtienen muchos fondos en forma de impuestos al tabaco para sufragar el costo de personal y programas adicionales. Los datos recogidos en 70 países, que abarcan dos terceras partes de la población mundial, muestran que los ingresos fiscales agregados procedentes del tabaco son más de 500 veces superiores a los gastos en actividades de control del tabaco en esos países. Los gobiernos recaudan más de US\$ 200.000 millones en impuestos al tabaco y disponen de los recursos financieros que se necesitan para ampliar y fortalecer los programas de control del tabaco. Aumentos adicionales de los impuestos al tabaco pueden proporcionar más fondos para esas iniciativas.



Conclusión

El número de personas que muere cada año a causa del tabaco se duplicará en los próximos decenios a menos que se adopten medidas urgentes. No obstante, teniendo en cuenta que la epidemia de enfermedades causadas por el tabaquismo ha sido provocada por el hombre, las personas pueden hacerla retroceder actuando a través de sus gobiernos y la sociedad civil. Aunque la epidemia de tabaquismo se puede contrarrestar, esto dependerá de que los países adopten medidas eficaces para proteger a sus poblaciones. Además, esa epidemia está haciendo que empeoren las desigualdades sanitarias tanto a nivel de país, donde la mayoría de las veces los pobres fuman mucho más que los ricos, como a nivel internacional, ya que en los países pobres muy pronto se producirán más del 80% de las enfermedades y defunciones causadas por el tabaco.

El CMCT de la OMS, suscrito por más de 150 países, demuestra el compromiso mundial con la adopción de medidas e identifica las políticas clave de control del tabaco. Mediante este tratado de referencia, los dirigentes de los países afirman el derecho de sus ciudadanos al disfrute del más alto nivel posible de salud. Para satisfacer ese derecho humano fundamental, si se aplica y respeta íntegramente el plan **mpower** de seis medidas eficaces de control del tabaco se protegerá a los ciudadanos de cada país frente a las enfermedades y las muertes que, en otro caso, la epidemia de tabaquismo causaría inevitablemente. El impacto de las medidas **mpower** puede hacer realidad en todo el mundo la visión enunciada en el CMCT de la OMS.

La epidemia de tabaquismo es el único entre los principales problemas de salud pública de nuestros días que se puede solucionar con medios claros y a nuestro alcance. Si los países muestran el compromiso político y cuentan con el apoyo técnico y logístico que necesitan para aplicar el plan de medidas **mpower**, pueden salvar millones de vidas. Para aplicar el plan de medidas **mpower**, los países tienen que poner en marcha intervenciones específicas a fin de:

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

Este plan de medidas creara un entorno propicio para ayudar a los fumadores actuales a dejar el tabaco, proteger a las personas del humo ajeno e impedir que los jóvenes adopten el hábito. Teniendo en cuenta que la epidemia de tabaquismo ha sido totalmente causada por el hombre, son también las personas quienes deben ponerle fin. Debemos actuar ahora.

DEFINICIONES	
Abandono	Dejar de fumar (no fumar durante al menos tres meses)
Aire sin humo	Aire al 100% libre de humo de tabaco y donde éste no puede verse, olerse, percibirse ni medirse
Fumador actual	Todo el que actualmente fuma cualquier producto de tabaco algún día o todos los días
Fumar tabaco	Estar en posesión o control de un producto de tabaco encendido
Humo ajeno	El humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco y el humo exhalado directamente por el fumador
Impuesto ad valorem	Impuesto aplicado sobre el valor de los artículos (es decir, un porcentaje del precio)
Impuesto específico	Impuesto aplicado a cantidades unitarias de artículos (por ejemplo, \$1 por paquete de 20 cigarrillos)
Industria tabacalera	Fabricantes, distribuidores mayoristas e importadores de productos de tabaco
Lugar de trabajo	Todo lugar utilizado por las personas en su empleo o trabajo, incluso si se trata de voluntarios no remunerados, comprendidos todos los espacios anexos o asociados así como los vehículos utilizados en el desempeño del trabajo
Lugar público	Lugar que el público, o una parte del público, tiene derecho a utilizar o que está abierto al público o a una parte del público o está siendo utilizado por él (ya sea mediante pago, por pertenencia a un órgano, o por otro concepto)
Lugar público, interior	Todos los lugares accesibles al público en general, o lugares de uso colectivo, independientemente de quién sea su propietario o del derecho de acceso a los mismos, que estén cubiertos por un techo y cerrados entre una o más paredes o muros, independientemente del tipo de material utilizado para su construcción o de que la estructura sea permanente o temporal
NRT	Tratamiento de sustitución con nicotina
Patrocinio del tabaco	Toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco
Productos de tabaco	Productos fabricados en parte o totalmente con hojas de tabaco, que se puedan fumar, chupar o masticar, o inhalar
Publicidad y promoción del tabaco	Toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco
Transporte público	Todo vehículo utilizado en cualquier momento por el público, incluidos taxis, generalmente con fines comerciales o para obtener una remuneración

Referencias

- 1 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
- 2 Federal Trade Commission. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, accessed 6 December 2007).
- 3 World Health Organization. *Gender and Tobacco Control: A Policy Brief*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf, accessed 21 March 2008).
- 4 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 5 World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>, accessed 21 March 2008).
- 6 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 4*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 7 U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Public Health Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, accessed 20 February 2008).
- 8 Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6):384–388.
- 9 Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188.
- 10 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 8*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 11 Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Second session. *First report of committee A*. World Health Organization, July 2007 (http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf, accessed 21 March 2008).
- 12 Bauer JE et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024–1029.
- 13 Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, accessed 21 March 2008).
- 14 Organización Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization). Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005". (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados.) October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, accessed 21 March 2008).
- 15 Ministry of Health, *China tobacco control report*. Beijing, Government of the People's Republic of China, May 2007.
- 16 Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13–20.
- 17 Binkin N. et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:522–527.
- 18 World Health Organization and International Agency for Research on Cancer. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*. Volume 83. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, accessed 21 March 2008).

- 19 California Environmental Agency. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 (http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html, accessed 21 March 2008).
- 20 World Health Organization. *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf, accessed 21 March 2008).
- 21 WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, accessed 21 March 2008).
- 22 Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services (http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf, accessed 21 March 2008).
- 23 Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. *Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, accessed 23 March 2008).
- 24 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 14*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 25 Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPH guideline for smoking cessation. *Agency for Health Care Policy and Research, 1997, 278 :1759–1766*. Cited in Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1997, 46(51):1217–1220.
- 26 Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*, 2007, 16(Suppl. 1):13–18.
- 27 Siahpush M et al. Socio-economic variations in tobacco consumption, intention to quit and self-efficacy to quit among male smokers in Thailand and Malaysia: results from the International Tobacco Control-South-East Asia (ITC-SEA) survey. *Addiction*, 2008, 103(3):502–508.
- 28 U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- 29 Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2004, 1021:51–58.
- 30 Hoffman BR et al. Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviours*, 2007, 32:1546–1554.
- 31 Pollay RW et al. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979–1993. *Journal of Marketing*, 1996, 60:1–16.
- 32 DiFranza JR et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the development and assessment of nicotine dependence in youth-2 study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2007, 161:704–710.
- 33 Panday S et al. Nicotine dependence and withdrawal symptoms among occasional smokers. *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40:144–150.
- 34 Wiehe SE et al. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 36:162–169.
- 35 Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 3, Art. No.: CD001293.
- 36 Warner KE. The need for, and value of, a multi-level approach to disease prevention: the case for tobacco control. In: Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC, National Academies Press, 2000.
- 37 Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19–iii25.
- 38 Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. *Opinião pública*, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ fumo_21042002.shtml, accessed 6 December 2007).
- 39 World Health Organization. *Tobacco warning labels. Factsheet No. 7*. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (<http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>, accessed 25 February 2008).

- 40 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 11*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 41 World Health Organization. *Tobacco: deadly in any form or disguise*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf, accessed 21 March 2008).
- 42 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 12*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 43 Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:380–386.
- 44 McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9(3):273–282.
- 45 Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:2154–2160.
- 46 American Cancer Society. *American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4. Enforcing Strong Smoke-free Laws: The Advocate's Guide to Enforcement Strategies*. Atlanta, American Cancer Society, 2006.
- 47 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 13*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 48 Borland RM. Advertising, media and the tobacco epidemic. In: *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China, 2007 (http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/reports_articles/2007%20China%20MOH%20Tobacco%20Control%20Report.pdf, accessed 21 February 2008).
- 49 Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117–1137.
- 50 Government of Great Britain. *Select Committee on Health*. Second report. London, House of Commons, 2000 (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2701.htm>, accessed 25 February 2008).
- 51 Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:215–236.
- 52 World Bank. *Tobacco control at a glance*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>, accessed 25 February 2008).
- 53 Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999 (<http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>, accessed 25 February 2008).
- 54 World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008. (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>, accessed 21 March 2008: tables 2.1.2, 2.2.2, 2.3.2, 2.4.2, 2.5.2, 2.6.2).
- 55 Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC, World Bank, 2006.
- 56 Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:2737–2772.
- 57 van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, accessed 6 December 2007).
- 58 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 6*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 59 Centers for Disease Control and Prevention. Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976–1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47:605–609.
- 60 White VM et al. How do smokers control their cigarette expenditures? *Nicotine and Tobacco Research*, 2005, 7(4):625–635.
- 61 Starr G et al. *Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005 (http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/key_outcome/00_pdfs/Key_Indicators.pdf, accessed 21 March 2008).
- 62 WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004.

Fotografías e ilustraciones

© Big Stock Photos

Página 11 - Fotógrafo: Brian Walter

© Panos Pictures

Página 30 - Fotógrafo: G.M.B. Akash

Página 32 - Fotógrafo: Andy Johnstone

© Banco Mundial

Page 34 - Fotógrafo: Curt Carnemark

Diseño: **Estúdio Infinito**

Maqueta: **designisgood.info**

