

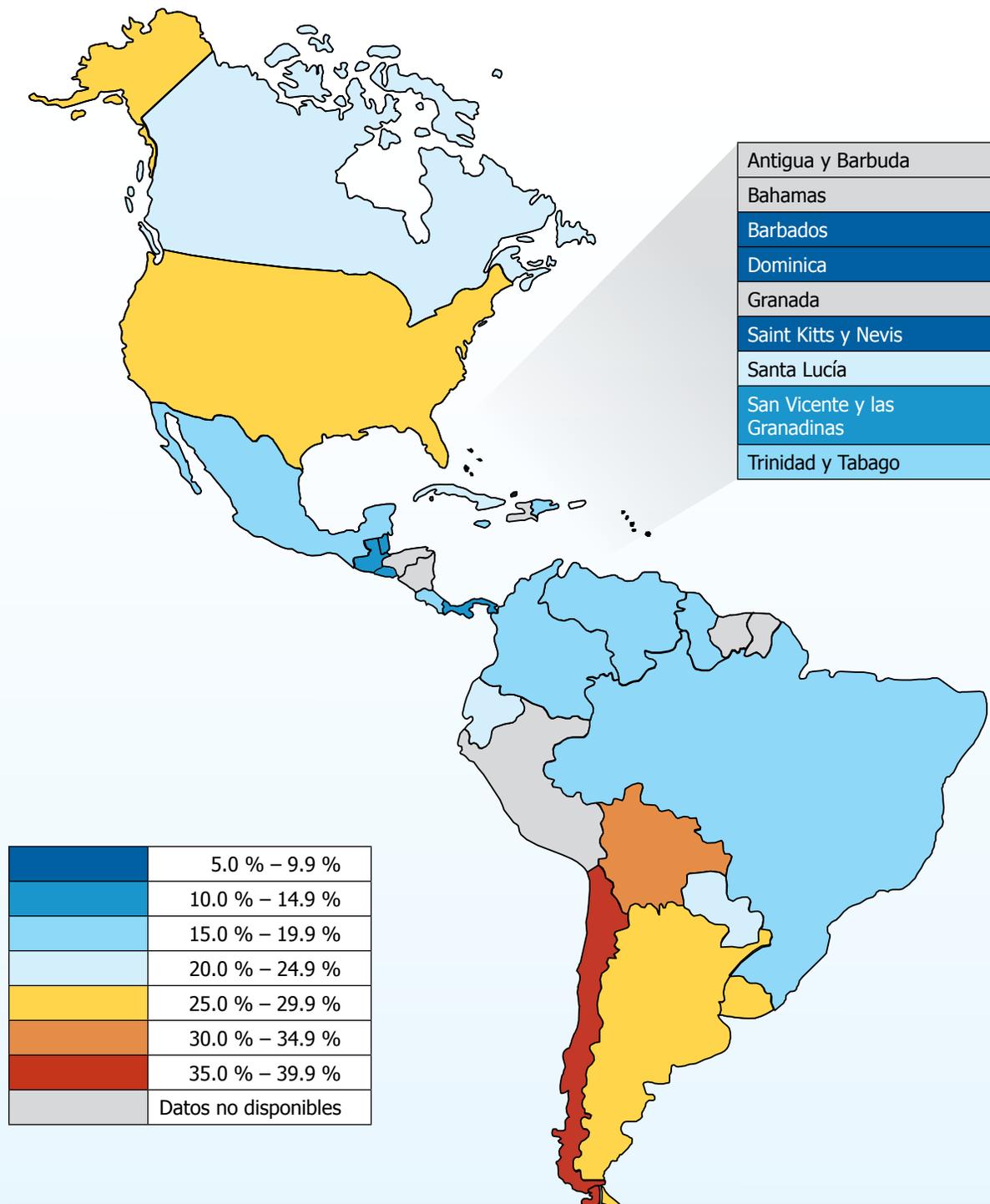


Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas

2011



Prevalencia actual de consumo de tabaco en adultos*



NOTAS:

* Prevalencia actual: porcentaje de la población de 15 años y más que fumaba algún producto de tabaco en el momento en que se efectuó la encuesta, incluyendo fumadores diarios y ocasionales.

Cuando fue posible, los datos fueron estandarizados por edad para el año 2009 (comparable entre países). Estos datos deben ser utilizados estrictamente para hacer comparaciones entre países y no para hacer cálculos del número absoluto de fumadores en un determinado país.

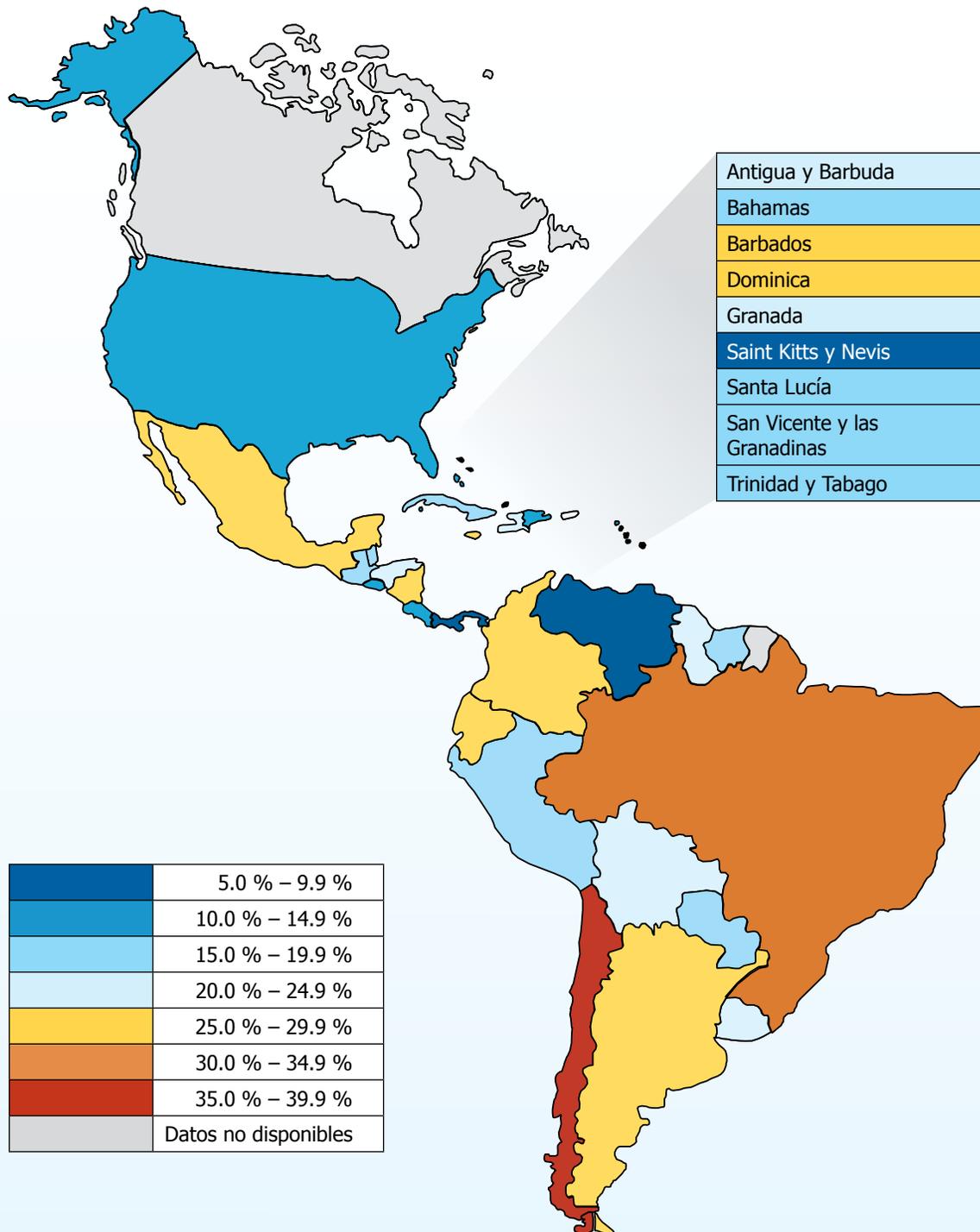
En el resto de los países se usaron los datos crudos correspondientes a encuestas nacionales, no comparables.

Para el caso específico de cada país, ver los cuadros en las páginas 4 y 5.

Fuente:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>

Prevalencia actual de consumo de tabaco en jóvenes*



NOTAS:

* Prevalencia actual: porcentaje de la población entre 13 y 15 años que consumió al menos una vez, algún producto de tabaco con o sin humo en los 30 días anteriores a la encuesta.

Siempre que fue posible se presentan los datos correspondientes al ámbito nacional. Cuando no lo fue, se presentan datos correspondientes al ámbito subnacional. Los datos corresponden al ámbito subnacional en los siguientes países: Bolivia (La Paz), Brasil (São Paulo), Chile (Santiago), Colombia (Bogotá), Ecuador (Quito), Haití (Port-au-Prince), Honduras (Tegucigalpa), México (México City) y Nicaragua (Centro Managua).

Para el caso específico de cada país, ver los cuadros en las páginas 4 y 5.

Fuente:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>

Prevalencia actual de consumo de tabaco por país

País		Población	Prevalencia en Adultos (%)*		Prevalencia en Jóvenes (%)**	
Antigua y Barbuda		89.000	—	—	Hombres: 24,3 Mujeres: 15,9	Total: 20,1
Argentina		40.412.000	Mujeres: 22 Hombres: 32	Total: 27	Hombres: 26,1 Mujeres: 29,7	Total: 27
Bahamas		343.000	—	—	Hombres: 17,8 Mujeres: 15,1	Total: 16,4
Barbados		273.000	Hombres: 13 Mujeres: 1	Total: 7	Hombres: 34,5 Mujeres: 3,2	Total: 28,6
Belize		312.000	Hombres: 23 Mujeres: 3	Total: 13	Hombres: 21,8 Mujeres: 15,3	Total: 18,3
Bolivia (Estado Plurinacional de)		9.930.000	Hombres: 42 Mujeres: 18	Total: 30	Hombres ³ : 24,7 Mujeres ³ : 16,6	Total ³ : 20,8
Brasil		194.946.000	Hombres: 22 Mujeres: 13	Total: 17	Hombres ³ : 28,7 Mujeres ³ : 30,8	Total ³ : 30,1
Canadá		34.017.000	Hombres: 24 Mujeres: 17	Total: 20	—	—
Chile		17.114.000	Hombres: 38 Mujeres: 33	Total: 35	Hombres ³ : 29,8 Mujeres ³ : 39,8	Total ³ : 35,1
Colombia		46.295.000	Hombres ¹ : 23,8 Mujeres ¹ : 11,1	Total ¹ : 17,0	Hombres ³ : 27,0 Mujeres ³ : 27,8	Total ³ : 27,6
Costa Rica		4.659.000	Hombres: 24 Mujeres: 8	Total: 16	Hombres: 15,9 Mujeres: 13,1	Total: 14,6
Cuba		11.258.000	Hombres ¹ : 27,5 Mujeres ¹ : 14,1	Total ¹ : 20,8	Hombres: 19,8 Mujeres: 15,0	Total: 17,1
Dominica		68.000	Hombres: 11 Mujeres: 4	Total: 7	Hombres: 30,4 Mujeres: 19,8	Total: 25,3
Ecuador		14.465.000	Hombres ¹ : 36,3 Mujeres ¹ : 8,2	Total ¹ : 22,7	Hombres ³ : 31,2 Mujeres ³ : 26,1	Total ³ : 28,6
El Salvador		6.193.000	Hombres ¹ : 21,5 Mujeres ¹ : 3,4	Total ¹ : 11,7	Hombres: 18,2 Mujeres: 11,0	Total: 14,6
Estados Unidos de América		310.384.000	Hombres: 23 Mujeres: 25	Total: 29	Hombres: 15,4 Mujeres: 11,1	Total: 13,2
Granada		104.000	—	—	Hombres: 24,5 Mujeres: 16,7	Total: 20,5
Guatemala		14.389.000	Hombres: 22 Mujeres: 4	Total: 13	Hombres: 19,7 Mujeres: 13,3	Total: 16,6
Guyana		754.000	Hombres: 27 Mujeres: 6	Total: 16	Hombres: 25,3 Mujeres: 16,0	Total: 20,9

Prevalencia actual de consumo de tabaco por país

(continuación)

País		Población	Prevalencia en Adultos (%)*		Prevalencia en Jóvenes (%)**	
Haití		9.993.000	Hombres: — Mujeres ¹ : 4,4	Total: —	Hombres ³ : 21,7 Mujeres ³ : 23,9	Total ³ : 23,2
Honduras		7.601.000	Hombres: — Mujeres: 3	Total: —	Hombres ³ : 22,8 Mujeres ³ : 18,2	Total ³ : 20,4
Jamaica		2.741.000	Hombres ¹ : 22,9 Mujeres ¹ : 7,5	Total ¹ : 15,1	Hombres: 31,3 Mujeres: 24,6	Total: 28,7
México		113.423.000	Hombres: 24 Mujeres: 8	Total: 16	Hombres ³ : 27,8 Mujeres ³ : 28,5	Total ³ : 28,6
Nicaragua		5.788.000	Hombres ¹ : — Mujeres ¹ : 5,3	Total ¹ : —	Hombres ³ : 30,4 Mujeres ³ : 20,5	Total ³ : 25,1
Panamá		3.517.000	Hombres: 17 Mujeres: 4	Total: 11	Hombres: 10,5 Mujeres: 6,5	Total: 8,4
Paraguay		6.455.000	Hombres: 30 Mujeres: 14	Total: 22	Hombres: 20,8 Mujeres: 12,9	Total: 16,7
Perú		29.077.000	Hombres: — Mujeres: 9	—	Hombres: 21,5 Mujeres: 16,5	Total: 19,4
República Dominicana		9.927.000	Hombres: 17 Mujeres: 13	Total: 15	Hombres: 18,4 Mujeres: 11,9	Total: 14,9
Saint Kitts y Nevis		52.000	Hombres ² : 12 Mujeres ² : 2	Total ² : 7	Hombres: 10,4 Mujeres: 7,8	Total: 9,2
Santa Lucía		174.000	Hombres ² : 28 Mujeres ² : 12	Total ² : 20	Hombres: 22,4 Mujeres: 14,5	Total: 17,9
San Vicente y las Granadinas		109.000	Hombres: 18 Mujeres: 6	Total: 12	Hombres: 22,0 Mujeres: 16,6	Total: 19,1
Suriname		525.000	Hombres ¹ : 38,4 Mujeres ¹ : 9,9	—	Hombres: 20,7 Mujeres: 16,6	Total: 19,2
Trinidad y Tabago		1.341.000	Hombres: 27 Mujeres: 11	Total: 19	Hombres: 20,8 Mujeres: 17,8	Total: 19,9
Uruguay		3.369.000	Hombres: 31 Mujeres: 22	Total: 27	Hombres: 21,4 Mujeres: 24,5	Total: 23,2
Venezuela (República Bolivariana de)		28.980.000	Hombres ¹ : 13 Mujeres ¹ : 20,9	Total ¹ : 16,9	Hombres: 11,0 Mujeres: 7,2	Total: 9,4

* La prevalencia en adultos se calcula para los fumadores actuales de cualquier producto del tabaco (no incluye los productos sin humo).

** La prevalencia en jóvenes se calcula para los usuarios actuales de cualquier producto de tabaco (incluye productos sin humo).

Cuando fue posible, los datos fueron estandarizados por edad para el año 2009 (comparable entre países). Estos datos deben ser utilizados estrictamente para hacer comparaciones entre países y no para hacer cálculos del número absoluto de fumadores en un determinado país.

En el resto de los países se usaron los datos crudos correspondientes a encuestas nacionales, no comparables.

¹ Los datos sobre adultos no son estandarizados y fueron tomados de una encuesta nacional.

² Los datos sobre adultos son estandarizados pero de ámbito subnacional.

³ Los datos sobre jóvenes corresponden al ámbito subnacional. Los datos corresponden al ámbito subnacional en los siguientes países: Bolivia (La Paz), Brasil (São Paulo), Chile (Santiago), Colombia (Bogotá), Ecuador (Quito), Haití (Por-au-Prince), Honduras (Tegucigalpa), México (México City) y Nicaragua (Centro Managua).

- No hay datos disponibles.

Fuentes:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Sociales y Economía, División Población (2011). Perspectivas de la Población Mundial: La Revisión 2010 Edición CD-ROM http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/DB02_Stock_Indicators/WPP2010_DB2_F01_TOTAL_POPULATION_BOTH_SEXES.XLS.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

El tabaco es una de las causas principales de muerte prevenible a nivel mundial y es responsable aproximadamente de 1 millón de muertes al año en las Américas. Es un factor de riesgo en seis de las ocho principales causas de muerte y es el único producto legal que mata entre un tercio y la mitad de aquellos que lo usan como sus fabricantes lo indican. El tabaco no sólo perjudica al fumador; hay suficiente evidencia científica de que la exposición al humo de tabaco ajeno causa también enfermedad y muerte en los no fumadores. Si se reduce el consumo de tabaco, se salvarán millones de vidas y se revertirá la totalmente prevenible epidemia de tabaquismo.

Adoptado por unanimidad por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud del 21 de mayo del 2003, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) fue el primer paso en la lucha mundial contra la epidemia de tabaquismo. El Convenio entró en vigor el 27 de febrero del 2005. De los 193 Estados Miembros de la OMS, 174 son Estados Partes en el Convenio (julio 2011) convirtiéndose en uno de los pactos de más rápida aceptación en la historia de las Naciones Unidas. El Tratado presenta un modelo para los países que buscan reducir la oferta y la demanda de tabaco.

En el 2008, la OMS publicó el paquete técnico MPOWER. Este paquete técnico es el punto de partida hacia una aplicación completa del CMCT OMS en el ámbito nacional. Consta de seis intervenciones, cada una de cuales refleja una o más de las disposiciones del CMCT OMS.

- M** (Monitor) Monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de prevención
- P** (Protect) Proteger a las personas del humo de tabaco ajeno
- O** (Offer) Ofrecer ayuda para dejar el consumo de tabaco
- W** (Warn) Advertir sobre los peligros del tabaco
- E** (Enforce) Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- R** (Raise) Aumentar los impuestos sobre el tabaco

La aplicación del CMCT OMS evitará que los jóvenes comiencen a fumar, protegerá a los no fumadores de la exposición al humo de tabaco ajeno, y ayudará a los fumadores a dejar de fumar.

La Conferencia de las Partes ha adoptado una serie de directrices para la aplicación del CMCT OMS. Estas directrices abarcan los artículos 5.3, 8, 9 y 10 (parciales) 11,12,13 y 14. Las directrices tienen como objetivo ayudar a las Partes a cumplir sus obligaciones según las disposiciones del Convenio, y reflejan los puntos de vista unificados de las mismas acerca de los diferentes aspectos de su implementación. Asimismo, las directrices fomentan prácticas y normas óptimas para la aplicación del tratado. Actualmente, se están preparando directrices sobre otros artículos del Convenio.

Reconociendo los retos de la aplicación del CMCT OMS en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptó las Resoluciones CD48.R2 (septiembre del 2008) y CD50.R6 (setiembre del 2010). Estas Resoluciones instan a los Estados Miembros a considerar la ratificación del CMCT OMS si no lo han hecho, y aplicar, cuando proceda, sus disposiciones; así como a ser conscientes y contrarrestar los intentos de la industria tabacalera para minar las políticas de control de tabaco.

“El aval amplio que se expresa en nuestra Región para el Convenio Marco para el Control del Tabaco demuestra que existe una clara voluntad política para lograr políticas de control del tabaco integrales y exitosas. El consumo de tabaco es el principal contribuyente a los ataques cardíacos, los accidentes cerebro vasculares, los cánceres y otras enfermedades crónicas que son ahora epidémicas en nuestros países. Nuestros países reconocen cada vez más que el control del tabaco es un asunto de vida o muerte.”

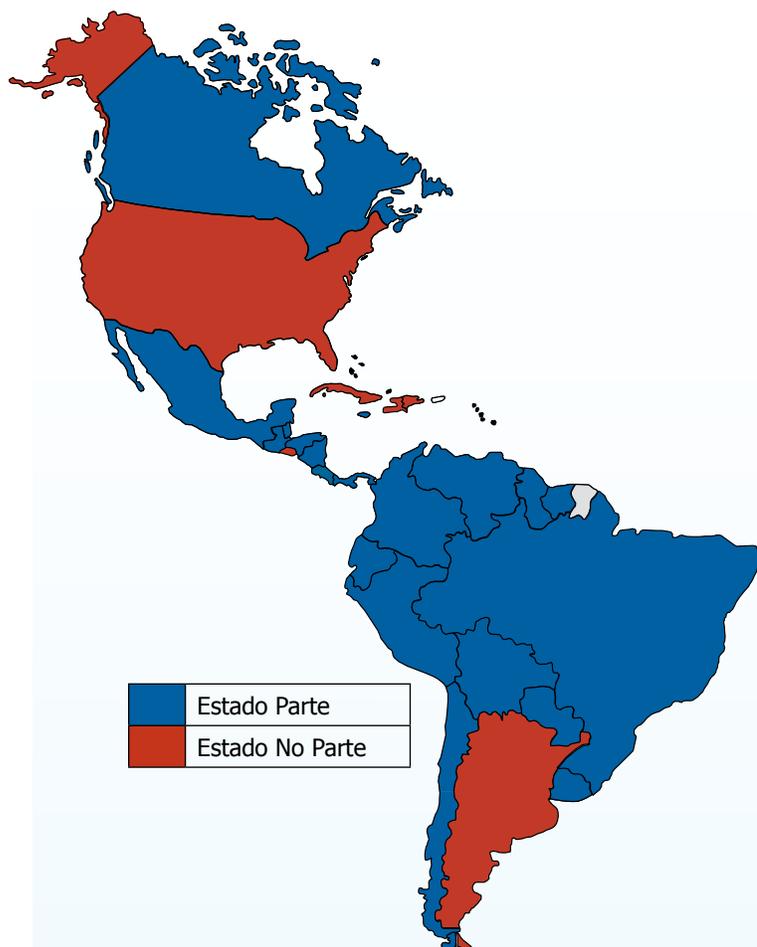
— Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la OPS



Fuentes:

- Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2008: Plan de medidas MPOWER. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/es/index.html>.
- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (WHO FCTC). <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>

El Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco



El CMCT OMS entra en vigor al nonagésimo día luego del depósito del instrumento de ratificación por el Estado respectivo. Los Estados Miembros que han ratificado el Convenio, se convierten en Partes en él y están legalmente vinculados por sus disposiciones. Los países que desean ser Partes y no lo hubieran firmado al 29 junio del 2004 podrán hacerlo mediante la adhesión, proceso de un solo paso equivalente a la ratificación.

De los 35 países de la Región de las Américas, hay 29 que son Partes. Hay cinco países que hasta ahora sólo han firmado el Convenio, lo cual implica que se esforzarán de buena fe en buscar la voluntad política necesaria para su ratificación y en no socavar los objetivos propuestos en él.

País	Ratificación o Adhesión (a)
Antigua y Barbuda	05 junio 2006
Argentina	Solo firma
Bahamas	03 noviembre 2009
Barbados	03 noviembre 2005
Belice	15 diciembre 2005
Bolivia (Estado Plurinacional de)	15 septiembre 2005
Brasil	03 noviembre 2005
Canadá	26 noviembre 2004
Chile	13 junio 2005
Colombia	10 abril 2008 (a)
Costa Rica	21 agosto 2008
Cuba	Solo firma
Dominica	24 julio 2006
Ecuador	25 julio 2006
Estados Unidos de América	Solo firma
El Salvador	Solo firma
Granada	14 agosto 2007
Guatemala	16 noviembre 2005
Guyana	15 septiembre 2005 (a)
Haití	Solo firma
Honduras	16 febrero 2005
Jamaica	07 julio 2005
México	28 mayo 2004
Nicaragua	09 abril 2008
Panamá	16 agosto 2004
Paraguay	26 septiembre 2006
Perú	30 noviembre 2004
República Dominicana	No ha firmado ni ratificado
Saint Kitts y Nevis	21 junio 2011
Santa Lucía	07 noviembre 2005
San Vicente y las Granadinas	29 octubre 2010
Suriname	16 diciembre 2008
Trinidad y Tabago	19 agosto 2004
Uruguay	09 septiembre 2004
Venezuela (República Bolivariana de)	27 junio 2006

Fuente:
Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/index.html

Precios e impuestos

En virtud del **artículo 6 del CMCT OMS**, las Partes reconocen que las medidas relacionadas con los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes y las poblaciones de menores ingresos, reduzcan su consumo de tabaco. Cada Parte deberá aplicar políticas fiscales y de precios a los productos de tabaco, incluyendo la prohibición o restricción, según proceda, de la venta libre de impuestos de productos de tabaco a fin de contribuir a los objetivos de salud tendientes a la reducción de su consumo. Las Partes también deberán informar sobre las tasas impositivas y las tendencias de consumo periódicamente a la Conferencia de las Partes.

Numerosos estudios en diferentes entornos socioeconómicos han demostrado la efectividad de tener impuestos y precios más altos, tal como lo indica el CMCT OMS. Aumentos en los impuestos de los productos de tabaco llevan a aumentos en los precios. Esto a su vez reduce el consumo de tabaco y lleva a mejoras en la salud, en tanto la mortalidad y morbilidad causada por el tabaco disminuye. El gráfico en la siguiente página muestra la proporción que corresponde a impuestos en el precio de un paquete de 20 cigarrillos de la marca más vendida en cada país de la región de las Américas. Sin embargo, desde una perspectiva de salud pública las mejores prácticas en políticas de impuestos al tabaco van más allá de la proporción que estos representan de los precios al consumidor. Entre estas mejores prácticas la OMS identifica: combinar impuestos específicos y ad valorem con mayor énfasis en los específicos, adoptar tasas y aumentos de los impuestos uniformes para todos los productos de tabaco, establecer ajustes automáticos a la inflación en los montos de los impuestos específicos, y aumentar los impuestos de manera suficiente para reducir la capacidad de compra de los mismos. El cuadro en esta página muestra qué países aplican impuestos de monto fijo, ad valorem o ambos.

País	Porcentaje del precio ¹ de una cajetilla de cigarrillos que corresponde a impuestos y composición de éstos, 2010 ²			
	Impuesto de tipo específico ³	Impuesto de tipo ad valorem	Derechos de importación	Total ⁴
Antigua y Barbuda	0%	0%	0%	12%
Argentina	0%	69%	0%	76%
Bahamas	0%	31%	0%	31%
Barbados	34%	0%	0%	48%
Belize	10%	0%	0%	21%
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0%	29%	0%	42%
Brasil	26%	0%	0%	60%
Canadá ⁵	58%	0%	0%	67%
Chile	0%	60%	0%	76%
Colombia	30%	10%	0%	50%
Costa Rica	0%	44%	0%	56%
Cuba
Dominica	13%	0%	0%	26%
Ecuador	0%	54%	0%	64%
El Salvador	26%	18%	0%	55%
Estados Unidos de América ⁵	40%	0%	0%	45%
Granada	0%	34%	0%	49%
Guatemala	0%	46%	0%	57%
Guyana	0%	16%	0%	21%
Haití
Honduras	26%	0%	0%	39%
Jamaica	36%	0%	0%	51%
México	3%	46%	0%	63%
Nicaragua	16%	0%	0%	29%
Panamá	0%	42%	0%	47%
Paraguay	0%	7%	0%	18%
Perú	31%	0%	3%	50%
República Dominicana	26%	17%	0%	57%
Saint Kitts y Nevis	0%	5%	0%	14%
Santa Lucía	0%	0%	0%	31%
San Vicente y las Granadinas	2%	0%	0%	16%
Surinam	41%	0%	0%	50%
Trinidad y Tabago	21%	0%	0%	34%
Uruguay	54%	0%	0%	72%
Venezuela (República Bolivariana de)	0%	68%	0%	71%

¹ El precio corresponde al precio final al consumidor, de un paquete de 20 unidades de la marca más vendida en el país correspondiente.

² Los datos están actualizados a Julio del 2010. Cualquier incremento de impuestos o precios posterior a esa fecha, no está reflejado en este cuadro.

³ El porcentaje mostrado en el cuadro es la proporción del precio final de un paquete de 20 cigarrillos de la marca más vendida que equivale al monto o valor absoluto establecido en la legislación nacional correspondiente.

⁴ El impuesto total incluye algunos impuestos que no entran en las categorías de impuesto específico, ad valorem o de derechos de importación.

⁵ El cálculo de los impuestos y precios para estos países incluyen impuestos estatales/provinciales, además de los impuestos federales.

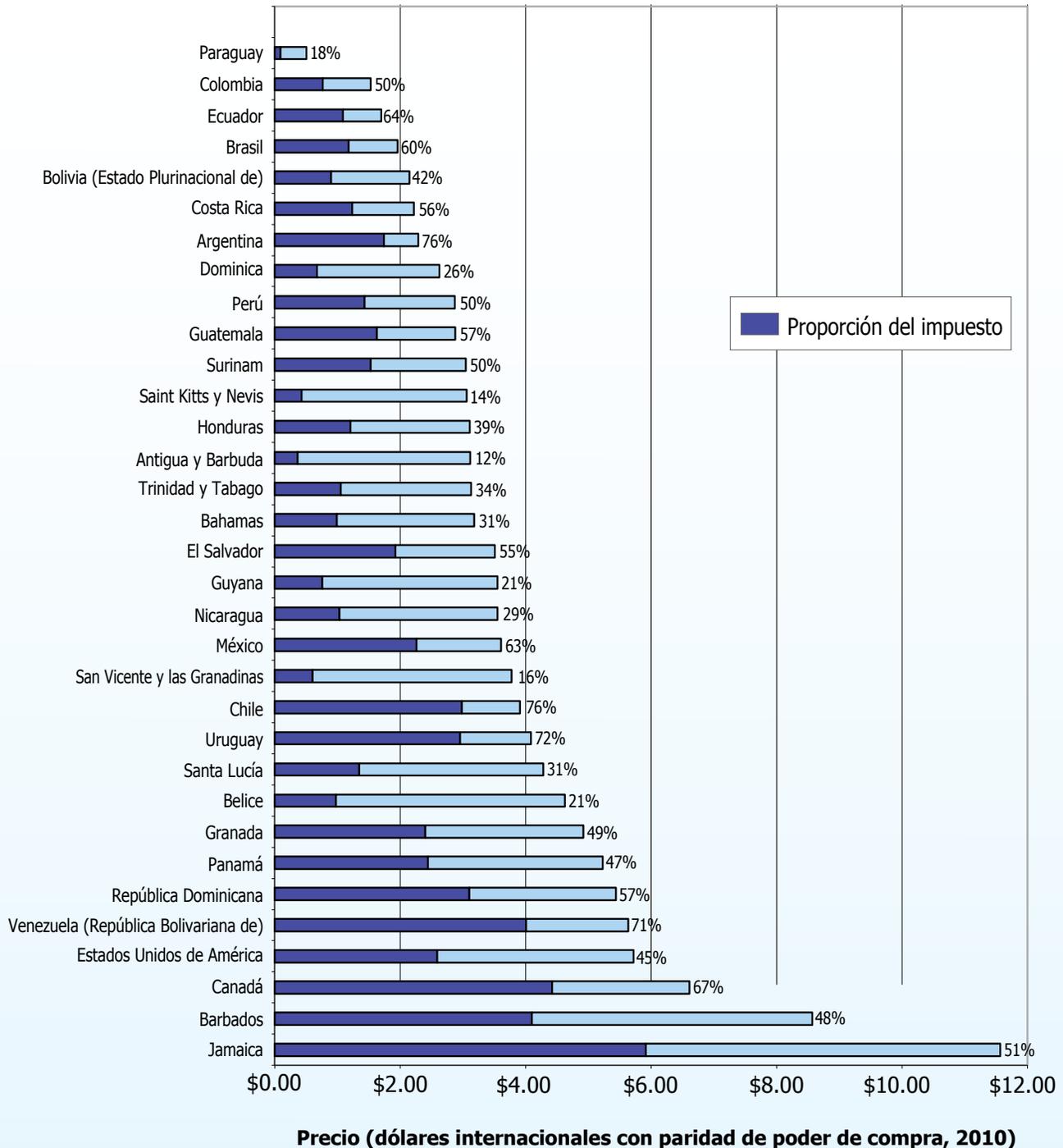
... Indica que no hay datos disponibles.

Fuente:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>.

Precios e impuestos

Precio de un paquete de 20 cigarrillos de la marca más vendida y proporción de él que corresponde a impuestos, 2010



Fuente:

• En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>.

Ambientes libres de humo de tabaco

Es bien sabido que la mitad de las personas que fuman regularmente - al día de hoy unos 500 millones de personas - eventualmente morirán por causa del tabaco. Igualmente, es alarmante el hecho de que 600.000 personas mueran cada año por enfermedades causadas por la inhalación de humo de tabaco ajeno. Las investigaciones muestran claramente que respirar humo de tabaco ajeno causa cáncer así como muchas enfermedades graves del aparato respiratorio y cardiovascular en niños y adultos, las cuales a menudo conducen a la muerte. No existe un nivel seguro de exposición al humo de tabaco. La industria del tabaco propone alternativas a los ambientes 100% libres de humo de tabaco, como la ventilación y áreas designadas para fumadores, pero estas intervenciones no solucionan el problema. La prohibición completa de fumar en todos los ambientes públicos cerrados y en todos los lugares de trabajo cerrados es la única intervención que efectivamente protege de los daños ocasionados por dicho humo.

El **artículo 8 del CMCT OMS y sus directrices** requieren que las Partes protejan a todas las personas contra la exposición al humo de tabaco. En el marco de este artículo, las Partes reconocen que la ciencia ha demostrado inequívocamente que la exposición al humo de tabaco ajeno causa muerte, enfermedad y discapacidad. Cada Parte se compromete a adoptar medidas legislativas que protejan de la exposición al humo de tabaco en los lugares de trabajo interiores, lugares públicos cerrados, transporte público y otros lugares públicos.

El siguiente cuadro muestra qué tipos de lugares públicos y de trabajo son totalmente libres de humo de tabaco según ley nacional vigente en cada uno de los países. Un ambiente totalmente libre de humo de tabaco es aquel donde no se permite fumar en ningún momento, en ninguna área de su interior y bajo ninguna circunstancia.

País	Centros Sanitarios	Centros Docentes (No Universidades)	Universidades	Edificios Gubernamentales	Oficinas cerradas	Restaurantes	Bares y Pubs	Transporte Público
Antigua y Barbuda	No	No	No	Sí	No	No	No	No
Argentina	Sí	Sí	Sí	Sí	*	Sí	Sí	Sí
Bahamas	No	No	No	No	No	No	No	No
Barbados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Belice	No	No	No	No	No	No	No	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No	Sí
Brasil	No	No	No	No	No	No	No	Sí
Canadá ¹	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Chile	Sí	Sí	No	No	No	No	No	Sí
Colombia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	No	Sí	No	No	No	No	No	No
Cuba	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí
Dominica	No	No	No	No	No	No	No	No
Ecuador	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
El Salvador	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estados Unidos de América	No	No	No	Sí	No	No	No	No
Granada	No	No	No	No	No	No	No	No
Guatemala	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Guyana	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No
Haití	No	No	No	No	No	No	No	No
Honduras	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Jamaica	No	No	No	No	No	No	No	No
México	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí
Nicaragua	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí
Panamá	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Paraguay	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
Perú	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
República Dominicana	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No
Saint Kitts y Nevis	No	No	No	No	No	No	No	No
Santa Lucía	No	No	No	No	No	No	No	No
San Vicente y las Granadinas	No	No	No	No	No	No	No	No
Suriname	No	No	No	No	No	No	No	No
Trinidad y Tabago	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Venezuela (República Bolivariana de)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

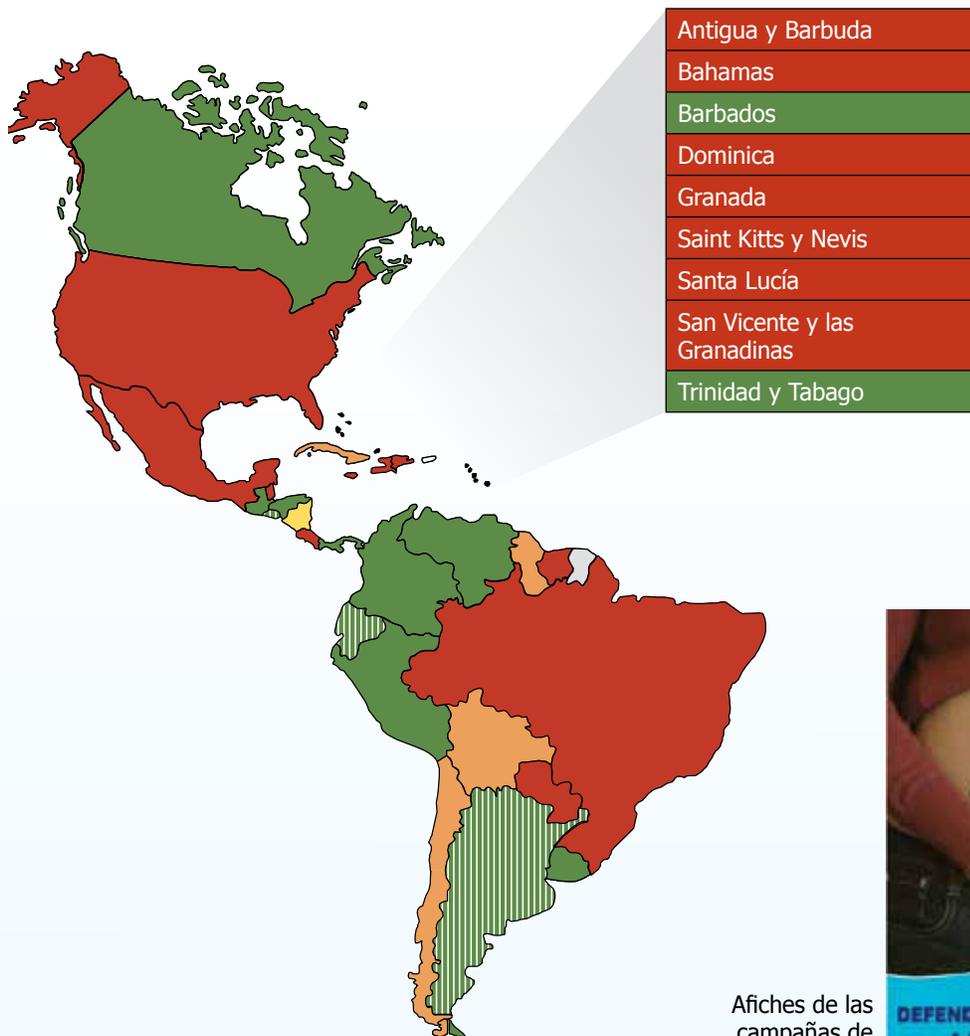
¹ Si bien no existe una ley nacional, al menos el 90% de la población está protegida por leyes subnacionales 100% libres de humo de tabaco.

* Excepción: lugares de trabajos cerrados, privados, sin atención al público y sin empleados que cumplan funciones en la misma dependencia (pendiente regulación).

Fuentes:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>.
- En aquellos países donde se aprobó legislación en fecha posterior al cierre del Informe, los datos fueron actualizados a julio del 2011 por el Equipo de Control del Tabaco de la OPS.
- Directrices para la aplicación: Artículo 5.3, artículo 8, artículo 9; artículo 10; artículo 11; artículo 12; artículo 13; artículo 14. <http://www.who.int/fctc/guidelines/es/index.html>

Ambientes libres de humo de tabaco



Artículo 8: Protección contra la exposición al humo de tabaco

Criterio: Número de tipos de espacios públicos que son totalmente libres de humo de tabaco

	Todos los lugares públicos y de trabajo cerrados son totalmente libres de humo de tabaco (o al menos 90% de la población está cubierta por legislación subnacional).
	Igual que la categoría anterior, pero está pendiente la reglamentación y/o la implementación.
	De seis a siete tipos de lugares públicos totalmente libres de humo de tabaco.
	De tres a cinco tipos de lugares públicos totalmente libres de humo de tabaco.
	Hasta dos tipos de lugares públicos totalmente libres de humo de tabaco.
	No se notificaron datos.

Afiches de las campañas de ambientes libres de humo en Argentina (arriba) y Uruguay (abajo)



Advertencias sanitarias

Pese a la evidencia concluyente sobre los peligros del tabaco, relativamente pocos consumidores en todo el mundo comprenden la magnitud de los riesgos para su salud. Las advertencias sanitarias, en los paquetes de cigarrillos y otros productos de tabaco, así como en todos los materiales de mercadeo, ayudan a informar a los consumidores de estos peligros. Ellas son un componente importante en los programas nacionales de educación para la salud y se pueden aplicar prácticamente sin costo para los gobiernos.

El artículo 11 del CMCT OMS y sus directrices requieren que cada Parte adopte medidas que incluyan la presentación de una serie rotativa de advertencias sanitarias y otros mensajes apropiados en los

paquetes de productos de tabaco, que cubran idealmente el 50% o más de las superficies principales expuestas y que preferentemente incluyan imágenes o pictogramas. Las Partes también se asegurarán de que en el empaquetado y etiquetado no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca, engañosa o que pueda directa o indirectamente crear una impresión errónea sobre sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones. Las Partes deben cumplir con este artículo dentro de los 3 años de entrada en vigencia del Tratado para dicha Parte.

El siguiente cuadro muestra los requisitos específicos para las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos en cada país.

País	¿Obliga la ley a insertar advertencias específicas?*	Porcentaje de las principales superficies expuestas que debe estar cubierta por una advertencia sanitaria (Frente / Dorso / Promedio) *	¿Cuántas advertencias han sido aprobadas por la legislación vigente?	¿Aparecen las advertencias en cada paquete y fuera del paquete? *	¿Se describen en las advertencias sanitarias los efectos nocivos del tabaco para la salud? *	¿Son las advertencias grandes, claras, legibles y visibles? *	¿Son las advertencias sanitarias rotativas? *	¿Están escritas las advertencias sanitarias en el idioma principal del país? *	¿Incluyen las advertencias sanitarias alguna imagen? *	Prohibición de términos engañosos**
Antigua y Barbuda	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Argentina ‡	Sí ‡	50 / 50 / 50 ‡	10 ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡
Bahamas	Sí	—	1	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No
Barbados	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Belice	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Bolivia ‡ (Estado Plurinacional de)	Sí ‡	50 / 50 / 50 ‡	6 ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡
Brasil	Sí	0 / 100 / 50	10	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Canadá	Sí	50 / 50 / 50	16	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Chile	Sí	50 / 50 / 50	1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Colombia	Sí	30 / 30 / 30	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	Sí	—	2	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No
Cuba	Sí	30 / 30 / 30	5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Dominica	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Estados Unidos de ‡ América	Sí ‡	50 / 50 / 50 ‡	9 ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí
Ecuador ‡	Sí	60 / 60 / 60 ‡	— ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡
El Salvador ‡	Sí ‡	50 / 50 / 50 ‡	— ‡	Sí ‡	No ‡	No ‡	No ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡
Granada	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Guatemala	Sí	25 / 0 / 13	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Guyana	Sí	—	1	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No
Haití	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Honduras	Sí	50 / 50 / 50	—	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Jamaica	Sí	30 / 30 / 30	12	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
México	Sí	30 / 100 / 65	8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nicaragua ‡	Sí ‡	50 / 50 / 50 ‡	6 ‡	Sí ‡	No ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡
Panamá	Sí	50 / 50 / 50	5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Paraguay	Sí	—	1	Sí	No	No	No	Sí	No	No
Perú	Sí	50 / 50 / 50	11	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
República Dominicana	Sí	—	1	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No
Saint Kitts y Nevis	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Santa Lucía	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
San Vicente y las Granadinas	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Suriname	No	—	—	No	No	No	No	No	No	No
Trinidad y Tabago ‡	Sí ‡	— ‡	— ‡	Sí ‡	No ‡	Sí ‡	No ‡	Sí ‡	No ‡	Sí ‡
Uruguay	Sí	80 / 80 / 80	6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Venezuela (República Bolivariana de)	Sí	0 / 100 / 50	10	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

* Estas son las características utilizadas en la clasificación de los países que se muestra en el cuadro y en el mapa de la página siguiente.

** Términos engañosos: incluyen pero sin limitarse a "bajo contenido de alquitrán", "livianos", "ultralivianos", o "suaves"

‡ Ley aprobada pero la reglamentación y/o la implementación están pendientes.

Fuentes:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>.
- En aquellos países donde se aprobó legislación en fecha posterior al cierre del Informe, los datos fueron actualizados a julio del 2011 por el Equipo de Control del Tabaco de la OPS.
- Directrices para la aplicación: Artículo 5.3, artículo 8, artículo 9; artículo 10; artículo 11; artículo 12; artículo 13; artículo 14. <http://www.who.int/fctc/guidelines/es/index.html>

Advertencias sanitarias



Ejemplos de advertencias sanitarias con imágenes.
 Arriba - Brasil
 Medio - Chile
 Abajo - Canadá

Artículo 11: Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco

Criterios: Tamaño y contenido de advertencias sanitarias en productos de tabaco

	Advertencia sanitaria grande (que cubre un 50% promedio del frente y dorso del paquete) con todas las características apropiadas*.
	Igual que la categoría anterior pero está pendiente la reglamentación y/o implementación.
	Advertencia sanitaria de tamaño medio (con un promedio del frente y dorso entre 30% y 49%) con todas las características* o advertencias sanitarias grandes (promedio de 50% frente y dorso) pero falta una o más características apropiadas*.
	Advertencia sanitaria de tamaño medio (promedio de frente y dorso entre 30% y 49%) pero falta una o más características apropiadas* o advertencia sanitaria grande (promedio de al menos 50% de frente y dorso) pero faltan cuatro o más características apropiadas*.
	Ninguna advertencia sanitaria o advertencia sanitaria pequeña (promedio en el frente y dorso del paquete de menos de 30%).
	No se notificaron datos.

* Consulte la página 12 para ver las características usadas para en la clasificación de cada país
 ‡ Ley aprobada, pero la reglamentación y/o implementación están pendientes. Con la información contenida en la ley no se puede clasificar.



Derechos de autor Health Canada.
 Autorizada su publicación

Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

Millones de fumadores mueren cada año a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco; por lo tanto el reclutamiento de nuevos fumadores es crucial para la salud financiera de la industria del tabaco. Los fabricantes de tabaco saben que la mayoría de las personas no empiezan a fumar después de que alcanzan la edad adulta y desarrollan su capacidad para tomar decisiones informadas. Como resultado, los jóvenes son los destinatarios de los esfuerzos publicitarios mediante el diseño de anuncios en los cuales se muestra gente joven y feliz, disfrutando de la vida con el tabaco y también mediante el patrocinio de eventos deportivos y de entretenimiento. Esta publicidad generalizada "normaliza" el uso de tabaco, el cual es presentado como cualquier otro tipo de producto de consumo, haciendo difícil que la gente entienda los riesgos de su uso. Una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco impedirán que la industria tabacalera continúe promocionando sus productos hacia los jóvenes.

En virtud del **artículo 13 del CMCT OMS y sus directrices**, las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad,

la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos del tabaco. El CMCT OMS requiere que se proceda a dicha prohibición dentro de los cinco años de la entrada en vigencia del tratado. La Parte que no esté en condiciones de proceder a una prohibición total debido a su constitución o sus principios constitucionales, aplicará las siguientes restricciones: prohibirá la publicidad falsa o engañosa, exigirá que las advertencias sanitarias acompañen toda publicidad, restringirá el uso de incentivos que fomenten la compra de productos del tabaco, y prohibirá o restringirá la publicidad, promoción y patrocinio en la mayor cantidad de medios posibles, entre otras. Asimismo, deberían exigir a la industria del tabaco que revele sus gastos en publicidad, promoción y patrocinio.

Los dos cuadros siguientes muestran las formas de publicidad directa e indirecta y de patrocinio que están prohibidas a nivel nacional. Un "Sí" indica que hay una prohibición completa. Es decir, que la publicidad está prohibida en ese medio en su totalidad y sin excepciones por público objetivo u horario.

País	TV y radio nacionales*	TV y radio internacionales	Revistas y periódicos locales*	Revistas y periódicos internacionales	Vallas publicitarias y anuncios al aire libre*	Puntos de venta*	Internet
Antigua y Barbuda	No	No	No	No	No	No	No
Argentina ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	No ‡	Sí ‡
Bahamas	Sí	No	No	No	No	No	No
Barbados	No	No	No	No	No	No	No
Belize	No	No	No	No	No	No	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No
Brasil	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Canadá	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Chile	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Colombia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	No	No	No	No	No	No	No
Cuba	No	No	No	No	No	No	No
Dominica	No	No	No	No	No	No	No
Ecuador ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	No ‡	Sí ‡
El Salvador ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡
Estados Unidos de América	Sí	No	No	No	No	No	No
Granada	No	No	No	No	No	No	No
Guatemala	No	No	No	No	No	No	No
Guyana	No	No	No	No	No	No	No
Haití	No	No	No	No	No	No	No
Honduras ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	No ‡	No ‡
Jamaica	Sí	No	No	No	No	No	No
México	Sí	No	No	No	Sí	No	No
Nicaragua ‡	Sí ‡	Sí ‡	No ‡	No ‡	Sí ‡	No ‡	No ‡
Panamá	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Paraguay	No	No	No	No	No	No	No
Perú	Sí	No	No	No	No	No	Sí
República Dominicana	No	No	No	No	No	No	No
Saint Kitts y Nevis	No	No	No	No	No	No	No
Santa Lucía	No	No	No	No	No	No	No
San Vicente y las Granadinas	No	No	No	No	No	No	No
Suriname	No	No	No	No	No	No	No
Trinidad y Tabago ‡	Sí ‡	No ‡	No ‡	No ‡	No ‡	No ‡	No ‡
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Venezuela (República Bolivariana de)	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No

* Estas son las formas de publicidad directa e indirecta usadas en la clasificación de los países que se muestra en la página 16.

‡ Ley aprobada, pero la reglamentación y/o implementación están pendientes.

Fuentes:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>
- En aquellos países donde se aprobó legislación en fecha posterior al cierre del Informe, los datos fueron actualizados a julio del 2011 por el Equipo de Control del Tabaco de la OPS.
- Directrices para la aplicación: Artículo 5.3, artículo 8, artículo 9; artículo 10; artículo 11; artículo 12; artículo 13; artículo 14. <http://www.who.int/fctc/guidelines/es/index.html>

Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

País	Distribución gratuita por correo u otros medios*	Descuentos promocionales*	Productos no tabáquicos que llevan nombres de marcas de tabaco*	Nombres comerciales de productos no tabáquicos empleados en productos de tabaco*	Aparición de productos de tabaco por televisión y/o en películas cinematográficas*	Eventos patrocinados*
Antigua y Barbuda	No	No	No	No	No	No
Argentina ‡	No ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	No ‡	Sí ‡
Bahamas	No	No	No	No	No	No
Barbados	No	No	No	No	No	No
Belice	No	No	No	No	No	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	No	No	No	No	Sí
Brasil	Sí	No	Sí	No	No **	Sí
Canadá	Sí	Sí	No	No	No	Sí
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí	No **	Sí
Colombia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	No	No	No	No	No	No
Cuba	No	No	No	No	No	No
Dominica	No	No	No	No	No	No
Ecuador ‡	No ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	No ‡	Sí ‡
El Salvador ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡	Sí ‡
Estados Unidos de América	No	No	No	No	No	Sí
Granada	No	No	No	No	No	No
Guatemala	Sí	No	No	No	No	No
Guyana	No	No	No	No	No	No
Haití	No	No	No	No	No	No
Honduras ‡	No ‡	No ‡	No ‡	No ‡	No ‡	No ‡
Jamaica	No	No	No	No	No	No
México	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí
Nicaragua ‡	Sí ‡	No ‡	No ‡	No ‡	No ‡	No ‡
Panamá	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Paraguay	No	No	No	No	No	No
Perú	No	No	No	No	No	No
República Dominicana	No	No	No	No	No	No
Saint Kitts y Nevis	No	No	No	No	No	No
Santa Lucía	No	No	No	No	No	No
San Vicente y las Granadinas	No	No	No	No	No	No
Suriname	No	No	No	No	No	No
Trinidad y Tabago ‡	No ‡	No ‡	Sí ‡	No ‡	No ‡	Sí ‡
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí	No**	Sí
Venezuela (República Bolivariana de)	Sí	Sí	Sí	No	No ¹	No

* Estas son las formas de publicidad directa e indirecta usadas en la clasificación de los países que se muestra en la página 16.

¹ Hay una prohibición total de la aparición de productos de tabaco en la televisión.

** Prohibición de la aparición de marcas de productos tabaco por televisión y/o en películas cinematográficas (Colocación de productos)

Fuentes:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>
- En aquellos países dónde se aprobó legislación en fecha posterior al cierre del Informe, los datos fueron actualizados a julio del 2011 por el Equipo de Control del Tabaco de la OPS.
- Directrices para la aplicación: Artículo 5.3, artículo 8, artículo 9; artículo 10; artículo 11; artículo 12; artículo 13; artículo 14. <http://www.who.int/fctc/guidelines/es/index.html>

Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco



Artículo 13: Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

Criterio: Número de prohibiciones según medio de publicidad directa e indirecta

	Prohibición de todas formas de publicidad directa e indirecta*.
	Igual, pero está pendiente la reglamentación y/o implementación.
	Prohibición en televisión, radio, y medios impresos nacionales, así como en algunas pero no todas las otras formas de publicidad directa y/o indirecta*.
	Igual, pero está pendiente la reglamentación y/o implementación.
	Solo prohibición de anuncios en la televisión, la radio y la prensa escrita nacional.
	Ausencia de prohibición, o prohibición que no cubre la televisión, la radio, y la prensa escrita nacional.
	No se notificaron datos.

* Las formas de publicidad directa e indirecta utilizadas en la clasificación de cada país puede ser encontrada en los cuadros de las páginas 14 y 15.



Arriba y abajo: publicidades de tabaco en la región.



Tratamiento de la dependencia del tabaco

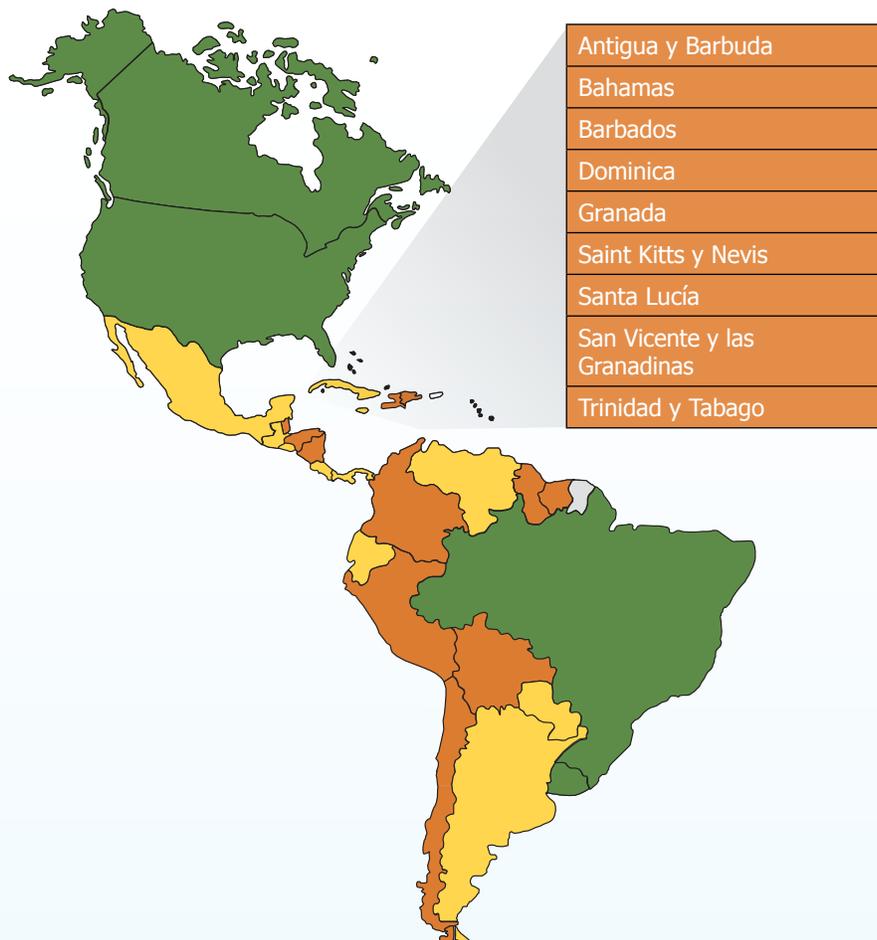
Las personas que son adictas a la nicotina son las víctimas de la epidemia de tabaquismo. Entre los fumadores, tres de cada cuatro afirman que quieren dejar de fumar. Para algunos de los usuarios de tabaco es difícil dejar de fumar por su cuenta, por ello el acceso a consejería y servicios de cesación es una parte importante de los programas integrales de control de tabaco.

En virtud del **artículo 14 del CMCT OMS y sus directrices**, las Partes deberán idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos.

Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas; incorporará el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda; y colaborará con otras Partes para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluidos productos farmacéuticos.

Un tratamiento eficaz de la dependencia del tabaco debe incluir: asesoramiento incorporado en los servicios de atención primaria, que sean de fácil acceso, líneas telefónicas gratuitas para dejar de fumar, y el acceso a medicamentos gratuitos o de bajo costo.

Si bien la mayoría de los que dejan de fumar, lo hacen sin ningún tipo de intervención, el uso de medicamentos para la cesación duplica las posibilidades de dejar de fumar exitosamente, y la administración de la medicación junto con el asesoramiento aumenta aún más dicha probabilidad. El siguiente mapa muestra la situación de los programas de tratamiento de la dependencia del tabaco en cada país.



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

Criterio: Disponibilidad en el país de tratamientos de la dependencia del tabaco y cobertura de costos

■	Hay disponibilidad de línea telefónica de cesación, de servicios de cesación (SC)* y terapias de sustitución nicotínica (TSN) con cobertura total de costos.
■	Hay disponibilidad de TSN y/o de algunos SC*, al menos uno de ellos tiene cobertura de costos.
■	Hay disponibilidad de TSN y/o de algunos SC*, pero ninguno de ellos tiene cobertura de costos.
■	Ninguno
■	No se notificaron datos.

*Apoyo para cesación disponible en cualquiera de los siguientes lugares: centros de salud u otros servicios de atención primaria, hospitales, oficinas de profesionales de la salud, o en la comunidad.

Fuente:

- En base al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>
- Directrices para la aplicación: Artículo 5.3, artículo 8, artículo 9; artículo 10; artículo 11; artículo 12; artículo 13; artículo 14. <http://www.who.int/fctc/guidelines/es/index.html>

Industria tabacalera

Bajo el **Artículo 5.3 del CMCT OMS y sus directrices**, cada Parte deberá actuar para proteger a las políticas de salud pública relativas al control del tabaco de los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional. Las Partes deberán establecer medidas para limitar la interacción con la industria del tabaco y garantizar la transparencia de las interacciones que se producen.

En el informe La Rentabilidad a Costa de Gente de la OPS se resume una serie de documentos, que fueron secretos durante mucho tiempo, de las dos compañías tabacaleras líderes del mercado en América Latina y el Caribe: Philip Morris International (PMI) y British American Tobacco Company (BAT).

Dicha publicación está disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/rent-cos-gen.pdf>

¿Sabías que...?

- La industria tabacalera ha funcionado durante años con la intención manifiesta de socavar el papel de los gobiernos y de la OMS en la aplicación de las políticas de salud pública encaminadas a combatir la epidemia de tabaquismo.
- El objetivo de la industria del tabaco es mantener la aceptación social de su consumo y prevenir la adopción de normas eficaces de control.
- Durante décadas esta industria ha utilizado tácticas de cabildeo para influir en los gobiernos con el fin de impedir las restricciones a la comercialización y los aumentos de precios e impuestos.
- Asimismo ha desarrollado y financiado programas de intervención escolar supuestamente dirigidos a prevenir el consumo de tabaco en los jóvenes, como por ejemplo el Programa Yo Tengo P.O.D.E.R. de Philip Morris. La meta principal de estas compañías tiene como objetivo principal mejorar la imagen pública de las empresas tabacaleras.
- Otra estrategia ha sido crear aparentes controversias sobre la evidencia científica existente; esta incluye el ataque a los avances científicos en la materia y la financiación de investigadores para publicar artículos favorables a sus intereses.

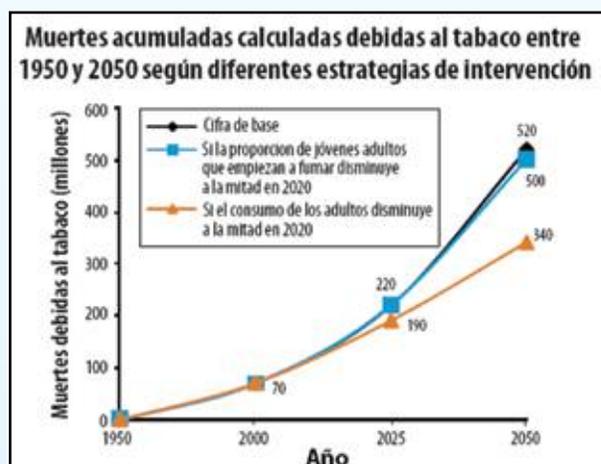
El futuro del control del tabaco

Casi 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, tanto por consumo directo como por exposición al humo de tabaco ajeno. Para el año 2020, este número se incrementará a 7.5 millones, representando el 10% del total de todas las defunciones.

El Tabaco es uno de los cuatro mayores factores de riesgo conductuales para las enfermedades crónicas no transmisibles, y se estima que es responsable del 71% de los cánceres de pulmón, 42% de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de cerca del 10% de las enfermedades cardiovasculares.

La importancia de la plena implementación de los mandatos del CMCT no puede soslayarse.

Para que los programas de control del tabaco tengan un mayor impacto en vidas salvadas, es necesario incluir intervenciones no solo orientadas a los jóvenes sino intervenciones de carácter poblacional que promuevan un entorno que a la misma vez aliente a los fumadores a dejar de fumar y prevenga la iniciación juvenil.



Fuentes:

- WHO Global Status Report on non communicable diseases 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
- La epidemia de tabaquismo: Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. OPS: 2000. p. 93.

Agradecimientos

Organización Panamericana de la Salud

Coordinación: Adriana Blanco

Contenidos y edición: Adriana Blanco, Rosa Sandoval, Roberta Caixeta, Julio González, Jasmine Narang

La producción de este informe fue posible gracias al apoyo financiero de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

Fuente de las Fotos e Imágenes:

Página 1: Imagen: <http://www.istockphoto.com/index.php>

Páginas 4, 5: Banderas: <http://flagpedia.net/>

Página 6: Imagen de la CMCT: http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

Página 11: Ministerio de Salud de Argentina, Ministerio de Salud Pública de Uruguay

Página 13: Ministerio de Salud de Chile, Ministerio de Salud de Brasil, Ministerio de Salud de Canadá

Página 16: OPS

Para más información visite:
www.paho.org/tabaco

