

2010

INFORME MUNDIAL

SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS
EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO
MARCO DE LA OMS PARA
EL CONTROL DEL TABACO



F C T C

CONVENIO MARCO DE LA OMS
PARA EL CONTROL DEL TABACO



F C T C

CONVENIO MARCO DE LA OMS
PARA EL CONTROL DEL TABACO

**Informe mundial 2010 sobre los progresos realizados
en la aplicación del Convenio Marco de la OMS
para el Control del Tabaco**

AGRADECIMIENTOS

El presente informe ha sido preparado por la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Tibor Szilagyi dirigió el conjunto de las actividades de análisis de datos y la preparación del informe. Gracia Mabaya prestó su inapreciable asistencia en el análisis y la presentación de los datos. Edouard Tursan D'Espaignet y Gauri Khanna de la Iniciativa Liberarse del tabaco de la OMS la realizaron importantes aportaciones a la sección sobre prevalencia del consumo de tabaco y Judit Barta a la sección sobre políticas de precios y de impuestos. El informe también ha gozado de la orientación y la coordinación del Dr. A. E. Ogwell en la preparación del primer borrador. Leo Vita-Finzi editó el informe. Su asistencia y aportación han sido muy valoradas.

© Organización Mundial de la Salud 2010

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). 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.

Impreso por el Servicio de Producción de Documentos de la OMS, Ginebra (Suiza).

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	5
1 OBJETIVO, PRINCIPIOS BÁSICOS Y OBLIGACIONES GENERALES (PARTE II DEL CONVENIO)	6
Obligaciones generales (artículo 5 del Convenio)	6
2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE TABACO (PARTE III DEL CONVENIO)	8
Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco (artículo 6 del Convenio)	8
Protección contra la exposición al humo de tabaco (artículo 8 del Convenio)	14
Reglamentación del contenido de los productos de tabaco (artículo 9 del Convenio)	17
Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco (artículo 10 del Convenio)	17
Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (artículo 11 del Convenio)	18
Educación, comunicación, formación y concientización del público (artículo 12 del Convenio)	23
Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (artículo 13 del Convenio)	25
Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco (artículo 14 del Convenio)	29
3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE TABACO (PARTE IV DEL CONVENIO)	32
Comercio ilícito de productos de tabaco (artículo 15 del Convenio)	32
Ventas a menores y por menores (artículo 16 del Convenio)	33
Apoyo a actividades alternativas económicamente viables (artículo 17 del Convenio)	34
4. PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE (PARTE V DEL CONVENIO)	35
Protección del medio ambiente y de la salud de las personas (artículo 18 del Convenio) ...	35
5. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD (PARTE VI DEL CONVENIO)	36
Responsabilidad (artículo 19 del Convenio)	36
6. COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA (PARTE VII DEL CONVENIO)	36
Investigación, vigilancia e intercambio de información (artículo 20 del Convenio)	36
Cooperación y asistencia internacionales (artículos 22 y 26 del Convenio)	38

7.	PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO A LO LARGO DE LOS DOS CICLOS DE PRESENTACIÓN DE INFORMES	40
8.	PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO	42
9.	PRIORIDADES Y OBSTÁCULOS PARA LA APLICACIÓN DEL CONVENIO	49
10.	CONCLUSIONES	51
	ANEXO	53

INTRODUCCIÓN

El presente informe 2010 sobre los progresos realizados a nivel mundial ha sido preparado de conformidad con la decisión por la que se establece el sistema de presentación de informes con arreglo al Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), adoptada por la Conferencia de las Partes en su primera reunión (Ginebra, 6-17 de febrero de 2006).¹ En esa decisión, la Conferencia de las Partes pidió a la Secretaría del Convenio que elaborase informes anuales sobre los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación del Convenio Marco, utilizando como base los informes sobre la aplicación presentados periódicamente por las Partes.

Este informe proporciona una visión general del estado de aplicación del Convenio a escala mundial, tomando como base los datos más recientes facilitados por las Partes en sus primeros y segundos informes (tras dos y cinco años de aplicación, respectivamente). En el caso de las Partes que han presentado tanto su primero como su segundo informe, también se reseñan los avances registrados durante el periodo transcurrido entre ambos ejercicios.

Hasta la fecha, la Secretaría del Convenio ha elaborado tres informes sobre los progresos realizados a nivel mundial. El primero, preparado por la secretaría interina y sometido a la consideración de la Conferencia de las Partes en su segunda reunión (Bangkok (Tailandia), 30 de junio - 6 de julio de 2007), contenía un análisis de los 28 informes recibidos hasta el 27 de febrero de 2007.² El segundo, presentado a la Conferencia de las Partes para que lo examinara en su tercera reunión (Durban (Sudáfrica), 17-22 de noviembre de 2008), contenía un análisis de los 81 informes recibidos hasta el 15 de julio de 2008.³ En el tercer informe, distribuido a las Partes en el Convenio en diciembre de 2009, se ofrecía una reseña de los 117 primeros informes (a los dos años) recibidos hasta el 15 de julio de 2009.⁴

Entre el 16 de julio de 2009 y el 30 de junio de 2010 se recibieron otros 18 primeros informes, con lo que el número total de Partes que han presentado al menos un informe ha pasado a situarse en 135, es decir un 88% del objetivo de 153 previsto para finales de junio de 2010.

Las 61 Partes para las que el Convenio entró en vigor antes del 30 de junio de 2005 tenían que presentar asimismo su segundo informe de aplicación (tras cinco años), el 30 de junio de 2010 a más tardar. Cerca de la mitad (30) lo hicieron dentro de ese plazo.

En la medida de lo posible, en la elaboración de este informe se ha tratado de seguir la estructura del Convenio y de la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes.

Tanto la calidad como la exactitud de los datos facilitados han mejorado desde que se modificó el formato original de la primera fase (preguntas del grupo 1) del instrumento de presentación de informes, ya que el formato revisado da a las Partes más opciones sobre las que informar. La segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes ha propiciado asimismo una mejora cuantitativa y cualitativa de la información recabada, al ofrecer más espacio para las notas explicativas, en particular para la descripción detallada de los progresos realizados en cada esfera concreta.

¹ Decisión FCTC/COP1(14).

² A/FCTC/COP/2/6.

³ Documento FCTC/COP/3/14.

⁴ Disponible en <http://www.who.int/fctc/FCTC-2009-1-sp.pdf>.

Dado que el instrumento de presentación de informes ha ido cambiando paulatinamente a lo largo del periodo 2006-2008, no todas las preguntas, con sus correspondientes respuestas, están incluidas en los tres cuestionarios.¹ Por consiguiente, con el fin de mejorar la comparabilidad de los datos y ofrecer una base sólida de cara a ulteriores análisis, en este informe se han establecido tres posibles subconjuntos de Partes para indicar los promedios pertinentes. **En primer lugar**, se han tenido en cuenta los últimos datos disponibles sobre la aplicación de medidas concretas al calcular las tasas de aplicación a partir de la información facilitada por el conjunto de las 135 Partes notificantes. En el caso de las Partes que presentaron tanto el primer como el segundo informe, se han utilizado para el análisis global los últimos datos disponibles derivados del segundo informe. A menos que se indique otra cosa, las tasas de aplicación consignadas en el presente documento se refieren a las 135 Partes notificantes anteriormente mencionadas. **En segundo lugar**, conviene señalar que en el caso de varias preguntas sólo se disponía de respuestas proporcionadas en el marco de la revisión de la primera fase (preguntas del grupo 1) y la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes; el número de informes recibidos sobre la base de estos dos formatos asciende a 104. **En tercer lugar**, dado que algunas preguntas u opciones de respuesta nuevas sólo se introdujeron en la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, también se ha realizado un análisis comparativo de las respuestas en cuestión sobre la base de los segundos informes presentados por 30 Partes.

El informe también presenta una serie de conclusiones acerca de los progresos realizados en su conjunto, los obstáculos y las oportunidades. Una versión abreviada del presente informe, en que se resumen las principales conclusiones, fue presentada a la Conferencia de las Partes para su examen en su cuarta reunión (Punta del Este (Uruguay) 15-20 de noviembre de 2010).²

1. OBJETIVO, PRINCIPIOS BÁSICOS Y OBLIGACIONES GENERALES (PARTE II DEL CONVENIO)

Obligaciones generales (artículo 5 del Convenio)

Estrategias, planes y programas integrales para el control del tabaco. Se preguntó a las Partes si han formulado y puesto en marcha estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales para el control del tabaco de conformidad con el Convenio. Cincuenta y una Partes (49%) respondieron que sí, 44 (42%) respondieron que no y nueve (9%) no contestaron a la pregunta. Prácticamente todas las Partes que respondieron «no» a la citada pregunta, contestaron afirmativamente a la pregunta sobre si se ha integrado la lucha contra el tabaco en las estrategias, planes y programas nacionales de salud, salud pública y promoción de la salud. Sólo seis Partes respondieron que no a esa pregunta.

En sus segundos informes (tras cinco años), 22 Partes ofrecieron información detallada sobre los progresos realizados en la aplicación del artículo 5 del Convenio. La mayoría de las Partes aludieron a la

¹ La versión inicial de la primera fase (preguntas del grupo 1) del instrumento de presentación de informes se adoptó en la primera reunión de la Conferencia de las Partes y fue utilizada por las Partes para la preparación de sus primeros informes (a los dos años de aplicación) en 2007 y 2008. Posteriormente, se revisó el cuestionario inicial y se adoptaron, en la segunda reunión de la Conferencia de las Partes, las preguntas revisadas del grupo 1. En la segunda reunión de la Conferencia de las Partes, se aprobó asimismo la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, que las Partes han utilizado como modelo para sus segundos informes (a los cinco años de aplicación).

² Documento FCTC/COP/4/14. http://apps.who.int/gb/fctc/S/S_cop4.htm.

promulgación de nueva legislación antitabaco, ya sea mediante la elaboración de nuevas leyes o la modificación de la legislación nacional existente. Algunas Partes también se refirieron a la formulación y puesta en marcha de estrategias, planes y programas de lucha antitabáquica.

Infraestructura para la lucha antitabáquica. Ochenta y una Partes (78%) señalaron que han puesto en marcha un mecanismo coordinador nacional para la lucha antitabáquica; 17 Partes (16%) indicaron que no lo han hecho y seis no contestaron a la pregunta.¹ Un número idéntico de Partes también confirmó contar con un punto focal nacional para la lucha antitabáquica; 13 Partes (12%) respondieron que no disponen de un punto focal de esa índole y 10 no contestaron a la pregunta.

En los segundos informes (tras cinco años), se ofreció a las Partes la oportunidad de añadir más detalles acerca de sus estrategias, planes y programas nacionales de lucha contra el tabaco, y de la infraestructura con que cuentan para tal fin. Veintiocho de las 30 Partes proporcionaron detalles respecto de sus puntos focales o centros de enlace y sus mecanismos de coordinación nacionales para la lucha antitabáquica. Normalmente, el centro de enlace o mecanismo de coordinación nacional suele estar ubicado en el ministerio de salud o en alguna de las instituciones satélite de los ministerios de salud (dos Partes indicaron que su centro de enlace se encuentra en un organismo de salud pública). Dos Partes (Ghana y los Países Bajos) informaron de que sus centros de enlace o sus unidades de lucha antitabáquica están ubicados en los organismos responsables de la alimentación y la seguridad de los medicamentos.

Los informes de las Partes pusieron de relieve que, en muchos casos, la aplicación de las medidas contempladas en el artículo 5 del Convenio sigue siendo una de las principales prioridades de los programas de lucha antitabáquica, lo que refleja la idea de que la elaboración de legislación nueva y la creación de una infraestructura duradera de lucha contra el tabaco constituyen tanto la base como una condición indispensable para avanzar en áreas concretas del Convenio.

Protección de las políticas de salud pública frente a los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera. En conjunto, 65 Partes (48%) notificaron que han adoptado medidas para evitar que la industria tabacalera interfiera en sus políticas de control del tabaco. Cuarenta y ocho Partes (36%) respondieron que no y 22 (16%) no contestaron a esa pregunta.

Veinticuatro de las 30 Partes que presentaron sus segundos informes (tras cinco años) también proporcionaron detalles con respecto a cómo están resolviendo la cuestión. Once Partes (el Canadá, Eslovenia, Finlandia, Hungría, las Islas Cook, Letonia, Mauricio, México, Noruega, Panamá y Tailandia) ofrecieron ejemplos de buenas prácticas con respecto a la aplicación de las medidas contenidas en las directrices para la aplicación del artículo 5.3.² Algunas Partes señalaron que están considerando la posibilidad de incorporar las recomendaciones de las directrices en sus políticas y práctica nacionales. Por otro lado, las Partes indicaron que consideran que la industria tabacalera es uno de los principales obstáculos a la aplicación integral del Convenio en sus jurisdicciones.

¹ Combinación de las respuestas obtenidas a partir de 104 informes elaborados sobre la base de la versión revisada de la primera fase (preguntas del grupo 1) y la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes.

² Véase: *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Directrices para la aplicación - artículo 5.3, artículo 8, artículo 11, artículo 13*. Ginebra Organización Mundial de la Salud, 2009.

2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE TABACO (PARTE III DEL CONVENIO)

Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco (artículo 6 del Convenio)

Si bien los datos¹ consignados en los informes de las Partes son indicativos del nivel general de aplicación de las medidas relacionadas con los precios e impuestos, no debe perderse de vista que la información facilitada abarca un periodo relativamente amplio (de 2006 a 2010), durante el cual los precios del tabaco, las tasas medias de inflación y los tipos impositivos podrían haber cambiado considerablemente.

La mayoría de las Partes proporcionaron datos sobre cigarrillos. Los datos relativos a otros productos de tabaco eran insuficientes para calcular los índices de los precios o los tipos impositivos medios, y por consiguiente, únicamente se han tenido en cuenta los cigarrillos al hacer el análisis comparativo de los datos.

Impuestos aplicados a los productos de tabaco

La información contenida en los informes de las Partes ha permitido efectuar un análisis detallado sobre los impuestos al consumo, los derechos de importación, los impuestos sobre el valor añadido (IVA) y otros impuestos similares con que se gravan los productos de tabaco, y estimar cuál es la carga fiscal total que soportan los cigarrillos.² En el **cuadro 1** se resumen los diferentes impuestos que gravan los productos de tabaco, junto con un desglose por regiones de esta información.

Cuadro 1. Número de Partes notificantes que gravan los productos de tabaco con impuestos al consumo, IVA/impuestos sobre los bienes y servicios/impuestos sobre las ventas y derechos de importación, por regiones de la OMS

Región de la OMS	Impuestos al consumo				Sin gravamen (o régimen fiscal no conocido)	IVA/bienes y servicios/ventas		derechos de importación	
	Gravamen					Gravamen	Sin gravamen (o régimen fiscal no conocido)	Gravamen	Sin gravamen (o régimen fiscal no conocido)
	Sólo <i>ad valorem</i>	Sólo específicos	Ambos, <i>ad valorem</i> y específicos	Total					
África	5 (19%)	6 (22%)	2 (7%)	13 (48%)	14 (52%)	13 (48%)	14 (52%)	11 (41%)	16 (59%)
Américas	8 (42%)	8 (42%)	0	16 (84%)	3 (16%)	15 (79%)	4 (21%)	3 (16%)	16 (84%)
Asia Sudoriental	2 (20%)	4 (40%)	0	6 (60%)	4 (40%)	3 (30%)	7 (70%)	4 (40%)	6 (60%)
Europa	3 (7%)	9 (22%)	20 (51%)	33 (80%)	8 (20%)	25 (61%)	16 (39%)	5 (12%)	36 (88%)
Mediterráneo Oriental	2 (13%)	1 (6%)	3 (19%)	6 (38%)	10 (63%)	4 (25%)	12 (75%)	11 (69%)	5 (31%)

¹ Tanto la calidad como la exactitud de los datos facilitados en esa área han mejorado en los dos ciclos de presentación de informes. Comparado con las preguntas revisadas del grupo 1, en la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes se ha mejorado la cantidad y calidad de la información recopilada, al proporcionar más espacio para las notas explicativas.

² Treinta Partes (22%) no mencionaron ninguna clase de impuestos en sus informes.

Región de la OMS	Impuestos al consumo				IVA/bienes y servicios/ventas		derechos de importación		
	Gravamen				Sin gravamen (o régimen fiscal no conocido)	Gravamen	Sin gravamen (o régimen fiscal no conocido)	Gravamen	Sin gravamen (o régimen fiscal no conocido)
	Sólo <i>ad valorem</i>	Sólo específicos	Ambos, <i>ad valorem</i> y específicos	Total					
Pacífico Occidental	4 (18%)	10 (45%)	3 (14%)	17 (77%)	5 (23%)	11 (50%)	11 (50%)	5 (23%)	17 (77%)
Todas	24 (18%)	38 (28%)	28 (21%)	90 (67%)	45 (33%)	71(53%)	64 (47%)	39 (29%)	96 (71%)

Impuestos al consumo. Noventa Partes (67%) señalaron que gravan los productos de tabaco con algún tipo de impuesto al consumo. Con respecto a la aplicación de las diversas formas de impuestos al consumo en las regiones de la OMS, la mayoría de las Partes de la Región de Europa (80%), indicaron que aplican una combinación de impuestos *ad valorem* y específicos¹ de acuerdo con las obligaciones derivadas del Derecho comunitario aplicable a los 27 los Estados Miembros de la Unión Europea. Casi dos tercios de las Partes notificantes de la Región del Mediterráneo Oriental, alrededor del 50% de la Región de África y el 40% de las Partes notificantes de la Región de Asia Sudoriental indicaron que no aplican impuestos al consumo.

Derechos de importación. Treinta y nueve Partes (29%) señalaron que aplican algún tipo de derecho de importación. Varias Partes de las regiones de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental indicaron su preferencia por la utilización de derechos de importación.

Impuesto sobre el valor añadido (IVA). Setenta y una Partes (53%) indicaron que aplican el IVA o cualquiera de sus alternativas, como el impuesto sobre las ventas o el impuesto sobre los bienes y servicios.²

Carga fiscal total sobre los cigarrillos.³ Ochenta Partes (59%) proporcionaron datos suficientes (tanto de precios como información fiscal) para permitir el cálculo de la **carga fiscal total** sobre los pre-

¹ La diferencia entre las dos formas de impuestos al consumo - *ad valorem* y específicos - radica en la forma en que se aplican y, en caso de un cambio en el tipo impositivo, en cómo influyen en el precio final de venta del producto de tabaco. Por lo general, un impuesto *ad valorem* se define como un porcentaje del precio de venta al por menor, aunque también puede definirse como un porcentaje del precio en fábrica del productor. Este tipo de impuestos aumenta el precio de todos los productos de tabaco en una misma proporción. El impuesto específico se define por lo general como una cantidad determinada por cada 1000 cigarrillos o kilogramo de un producto de tabaco, y consiste en añadir una suma proporcional al precio de cada tipo de producto similar. Si se trata de una cantidad importante, ayuda a reducir las diferencias de precios entre los productos de tabaco más baratos y más caros mediante el incremento del precio del producto más barato con un tipo impositivo superior al del producto más caro. El Banco Mundial recomienda el uso de ambos tipos de impuestos al consumo con el fin de aprovechar sus efectos combinados.

² El IVA y sus alternativas suelen aplicarse junto con otros componentes del precio, si bien algunas Partes excluyen otros impuestos de la base impositiva del IVA. La versión revisada del instrumento de presentación de informes tiene por objeto obtener información más precisa sobre los tipos y las bases impositivas. Entre las Partes que proporcionaron información en materia tributaria, algunos calculan el IVA como porcentaje del precio neto y otros como un porcentaje del precio de venta al por menor (bruto).

³ La carga fiscal sobre el tabaco se ha calculado sobre el precio medio a partir de la información sobre fiscalidad contenida en los informes. Se han tenido en cuenta tres tipos de impuestos (si se aplican): impuestos específicos, impuestos *ad valorem* e IVA. En primer lugar, se ha deducido el IVA del precio medio, y, a continuación, se han calculado los impuestos *ad valorem* y específicos utilizando los tipos impositivos del país. Los diferentes importes de los impuestos se han sumado y dividido entre el precio medio del tabaco. En este informe no se han tenido en cuenta los distintos tipos de derechos de importación, ya que en la mayoría de los casos la base del derecho de importación es el precio de costo, seguro y flete (CIF) y éste se desconocía.

cios de sus cigarrillos. Cuarenta de estas 80 Partes (50%) aplican impuestos específicos, 32 (40%) aplican un impuesto ad valorem y 42 (53%) utilizan el IVA. Si se compara la contribución de cada uno de estos impuestos a la carga fiscal total, puede verse que las tasas son muy similares. La contribución del IVA o de cualquiera de sus alternativas a la carga total de impuestos sobre los precios de los cigarrillos es del 30%, en tanto que los impuestos ad valorem contribuyen en un 32% a esta carga. Los impuestos específicos suponen la mayor contribución a la carga fiscal total, con un porcentaje del 38%.

En términos generales, el promedio mundial de la **carga fiscal total** sobre los cigarrillos es del 50%, si bien el tipo impositivo total sobre los precios de los cigarrillos muestra diferencias importantes entre las Partes. El tipo más bajo se sitúa ligeramente por debajo del 10% (Kazajstán) y el más alto, en un 95% (Yemen). En cerca de la mitad de las Partes que informaron (45%), la carga total de impuestos que soportan los cigarrillos oscila entre un 50% y un 75%. El **cuadro 2** muestra los datos de la carga fiscal total por regiones de la OMS.

Cuadro 2. Tipos impositivos totales medios con que gravan las Partes los cigarrillos, y precios medios de los cigarrillos en US\$ por paquete de 20 cigarrillos, por regiones de la OMS

Región de la OMS	Tipos impositivos totales medios con que gravan las Partes los cigarrillos (%)			Precios medios de los cigarrillos en US\$ por paquete de 20 cigarrillos		
	Mínimo	Máximo	Media	Mínimo	Máximo	Media
África	12,3%	85,1%	44,8%	0,01	3,73	1,31
Américas	10,7%	75,4%	38,1%	0,41	8,41	2,87
Asia Sudoriental	31,0%	85,0%	57,7%	0,47	2,14	1,13
Europa	9,9%	79,0%	56,2%	0,11	11,98	3,70
Mediterráneo Oriental	25,0%	95,4%	55,0%	0,37	1,96	1,21
Pacífico Occidental	18,2%	71,4%	48,9%	0,53	7,26	2,60
Todas las regiones	9,9%	95,4%	50,2%	0,01	11,98	2,53

Modificaciones en la fiscalidad a lo largo de los dos ciclos de presentación de informes

Cambios en los tipos impositivos aplicados a los impuestos indirectos. En prácticamente las 30 Partes que presentaron dos conjuntos de información sobre fiscalidad se observan cambios en los impuestos específicos y ad valorem.

Debido a que los impuestos específicos se definen como una cantidad fija por cada 1000 cigarrillos o kilogramo de un producto de tabaco concreto, es preciso realizar ajustes regulares para mantener o incrementar el valor real del impuesto específico. En tres de las 30 Partes que presentaron los informes de aplicación a los dos y a los cinco años, los impuestos específicos han disminuido en términos reales entre los dos informes. En Alemania, el tipo del impuesto específico no ha cambiado en los últimos tres años. En Mauricio y los Países Bajos, si bien han aumentado los impuestos específicos, las tasas de inflación han sido mayores que los aumentos en ambos casos, por lo que el impuesto específico ha aumentado en estos países en términos nominales, pero ha disminuido en términos reales.

Las cuantías de los impuestos ad valorem aumentan a medida que aumentan los precios. La mayoría de las Partes que presentaron dos informes han aumentado el tipo del impuesto ad valorem. Seis Partes señalaron que han aumentado el tipo del impuesto ad valorem entre el 1% y el 10%, tres Partes no informaron de ningún cambio en el tipo de este impuesto, y sólo una Parte (Eslovenia) indicó una disminución en el tipo impositivo.

Cambios en la carga fiscal total sobre los cigarrillos. En el caso de las 30 Partes que presentaron tanto el primero como el segundo de los informes de aplicación, el tipo impositivo total medio que soportan los cigarrillos ha aumentado en un 8,8%, del 55,9% al 64,7%. Sólo Eslovenia ha experimentado una disminución en este indicador. En ocho Partes, los tipos impositivos totales se han mantenido estables (cambios de entre -5% y +5%) y en otras seis, los tipos impositivos totales han aumentado en más del 10%. Los cambios en la carga fiscal total se muestran en el **cuadro 3**.

Los países de ingresos altos notificaron incrementos de la carga tributaria total menores a la media. Seis Partes de altos ingresos indicaron un nivel de fiscalidad sin apenas cambios; sólo el Canadá¹ y Letonia han aumentado su fiscalidad total en torno al 15%. Los países de ingresos medianos son quienes más han aumentado los tipos impositivos totales: el impuesto total sobre los cigarrillos ha aumentado en los países de ingresos medianos en un 13,8% entre los dos informes. Pese a este importante aumento, los tipos impositivos totales de las economías de ingresos medios siguen siendo inferiores a los de los países de ingresos altos.

El análisis de los dos conjuntos de datos sobre fiscalidad pone de manifiesto que existen diferencias en cuanto a los cambios en la carga fiscal total. En algunas Partes, determinados tipos aumentaron más que el aumento total de los precios del tabaco, lo que se traduce en un tipo impositivo total mayor. Algunas Partes han modificado por completo sus regímenes fiscales sobre el tabaco entre la presentación de los dos informes, lo que en algunos casos ha dado lugar a un tipo impositivo más alto, y en otros a un tipo impositivo más bajo. El único cambio tributario que ha dado lugar en todos los casos a un aumento del tipo impositivo total es un aumento significativo en el tipo del impuesto ad valorem. Este es el caso de Letonia y Lituania, donde los tipos de los impuestos ad valorem han aumentado en un 10%, traduciéndose en un aumento considerable de la presión fiscal del tabaco y, en consecuencia, de los precios de los productos de tabaco.

Precio de los productos de tabaco

Si bien 122 de los 135 informes (90%) contienen una cantidad de información considerable sobre los precios de los productos de tabaco, la mayor parte de ésta se refiere al precio de los cigarrillos,² son pocas las Partes que informaron sobre otros productos como los cigarrillos con o sin filtro, los bidis, los cigarros, el tabaco de hoja, o diferentes tipos de tabaco sin humo. El precio del paquete de cigarrillos oscila entre menos de US\$ 1 y cerca de US\$ 12. El precio medio de los cigarrillos es de US\$ 2,53 por paquete de 20 cigarrillos. En el **cuadro 2** figuran los precios medios de los cigarrillos por regiones de la OMS. Existen diferencias notables entre las regiones. Los precios medios de los cigarrillos resultan ser más bajos en las regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, donde los promedios regionales se encuentran por debajo de la mitad de la media mundial. El precio medio de los cigarrillos en la Región de África también está por debajo del promedio mundial. Las Partes de la Re-

¹ En el Canadá las diferentes provincias gravan con distintos impuestos los productos de tabaco.

² Los precios facilitados por las Partes son nominales. En los casos en que alguna Parte notificó los precios correspondientes a más de una marca de cigarrillos, se ha calculado un precio medio. Por consiguiente, cuando el texto hace referencia al precio nominal, debe entenderse que se trata del promedio de los precios notificados por la Parte.

gión de Europa notificaron los precios más altos de los cigarrillos, con un promedio de US\$ 3,70. El precio de los cigarrillos más alto de que se informó es el de Noruega, y el más bajo el de Sudán

Cambio en los precios a lo largo de los dos ciclos de presentación de informes

De las 30 Partes que presentaron su segundo informe hasta el 30 de junio de 2010, casi todas habían informado por primera vez en 2007 o 2008. Así pues, puede evaluarse el progreso de las Partes que han proporcionado dos conjuntos de datos sobre precios y/o fiscalidad.

Veintitrés Partes facilitaron información sobre los precios en ambos informes. La comparación de los dos conjuntos de precios de esas Partes indica que los precios nominales del tabaco han aumentado de media un 34% entre los dos informes. Cuando se ajustan los precios nominales medios con las tasas de inflación, pueden calcularse los **cambios en los precios reales**.¹ Cinco Partes indicaron que el precio real del cigarrillo más barato ha disminuido en los últimos tres años (entre un 5% y un 20%). Seis Partes informaron de un ligero aumento (entre un 1% y un 10%) en términos reales y nueve Partes de un incremento más importante, de entre un 10% y un 50%. Tres Partes notificaron una duplicación del precio del producto de tabaco más barato en términos reales. El **incremento medio de los precios reales** de los productos más baratos de tabaco ha sido del 20,4% en tres años, lo que supone un incremento medio anual de los precios reales cercano al 6,5%.

Durante el periodo comprendido entre los dos informes, los índices medios de los precios reales² de todos los cigarrillos han sido más bajos que en el caso de los precios más baratos. Tres Partes indicaron una disminución de los precios reales, lo que significa que los precios de los cigarrillos han aumentado a un ritmo inferior al de la inflación media. Diez Partes indicaron un aumento moderado de los precios medios de los cigarrillos, y las diez Partes restantes han experimentado incrementos significativos. El incremento del **índice medio de los precios reales** del tabaco ha sido del 15,3% en tres años (cerca de una media anual del 5%).

Existen diferencias notables cuando la comparación se hace en función de los niveles de ingresos de los diversos países. En el **cuadro 3** figuran los cambios en los precios reales y en los tipos impositivos totales por niveles de ingresos de los países.

¹ Por ejemplo, en Panamá, el precio nominal promedio de los cigarrillos ha aumentado en un 124% entre los dos informes y en Seychelles en un 117%. En términos nominales, por lo tanto, los índices de los precios son muy similares. Sin embargo, en Panamá, la inflación promedio fue del 16%, mientras que la inflación en Seychelles creció en un 90%. Esto significa que los precios del tabaco en Panamá aumentaron en un 93% por encima de la inflación media, mientras que en Seychelles los precios del tabaco aumentaron sólo un 14% por encima de la tasa de inflación media.

² Los índices de precios se han calculado siempre en términos reales: los cambios en los precios de los cigarrillos se han ajustado con el índice de precios al consumidor (IPC). Todos los resultados se han calculado utilizando la información recibida de las Partes. No se han completado los datos no disponibles. Por ejemplo, cuando una Parte no ha facilitado los tipos del IVA, se ha considerado que dicha Parte no aplica el IVA. En esta sección no se proporciona un desglose regional debido a que el número de Partes notificantes era demasiado bajo en algunas de las regiones. El IPC se ha obtenido de la base de datos del Fondo Monetario Internacional (FMI).

Cuadro 3. Cambios en los precios y en los tipos impositivos totales entre la presentación del primero y segundo informes, por niveles de ingresos de los países¹

Nivel de ingresos de los países	Cambio medio anual en el precio real de los cigarrillos más baratos	Cambio medio anual en el precio real de todos los cigarrillos	Tipos impositivos totales	Cambios en los tipos impositivos totales
Ingresos altos	3,3%	2,7%	65,3%	+4,4%
Ingresos medianos	8,4%	7,5%	62,4%	+13,8%
Ingresos bajos*	12,0%	2,5%	72,5%	Datos no disponibles
Total	6,4%	5,0%	64,7%	+8,8%

*Solamente hay disponibles dos informes de países de ingresos bajos. Estas dos Partes presentaron evoluciones de los precios muy diferentes, por lo que la media de este grupo podría no ser representativa.

Otras medidas relacionadas con el precio y la fiscalidad de los productos de tabaco y con los aspectos económicos de la lucha antitabáquica

Productos de tabaco libres de impuestos y derechos. Se preguntó a las Partes si prohíben o restringen las ventas de productos de tabaco libres de impuestos y derechos a viajeros internacionales, o su importación por éstos.² Sesenta y una Partes (45%) respondieron que sí, 70 (52%) respondieron que no y cuatro no contestaron a la pregunta. Existen diferencias entre las regiones de la OMS con respecto a esta medida. Casi tres cuartos de las Partes de la Región de Europa indicaron que han introducido limitaciones a las importaciones libres de impuestos, pero sólo alrededor de un cuarto de las Partes de la Región de África y la Región de las Américas, indicaron haber hecho esto. En las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, cerca de la mitad de los informes menciona algunas normas relativas a las importaciones libres de impuestos.

La segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes permite la recolección de información más detallada sobre los productos de tabaco libres de impuestos y de derechos. Dieciocho de las 30 Partes que presentaron segundos informes (tras cinco años) indicaron que prohíben o restringen las ventas de productos de tabaco a los viajeros internacionales, y 21 señalaron que prohíben las importaciones de productos de tabaco por los viajeros internacionales. Doce y nueve Partes, respectivamente, indicaron que no han introducido este tipo de medidas. Ocho de las Partes informaron de la prohibición de la venta de productos de tabaco o la importación de dichos productos por los viajeros internacionales en la Región de Europea de la OMS.

¹ Los niveles de ingresos utilizados son las categorías del FMI de ingresos altos, medianos y bajos. Puede obtenerse más información en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/02/pdf/statapp.pdf>.

² Tanto en la versión inicial como en la versión revisada de las preguntas del grupo 1 se hace referencia simultáneamente a las ventas de productos de tabaco a viajeros internacionales y a la importación por éstos. En las preguntas del grupo 2, en cambio, estos dos elementos de información se abordan por separado.

Políticas tributarias que contribuyen al logro de los objetivos nacionales de salud. En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes se preguntó a las Partes si, de conformidad con el artículo 6.2.a) del Convenio, aplican políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para contribuir al logro de objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco. De las 30 Partes que presentaron su segundo informe, 22 respondieron que sí y ocho respondieron que no.

Asignación de un porcentaje de los impuestos sobre el tabaco para promover la salud. Algunos países incrementan los impuestos indirectos en un porcentaje determinado con el fin de obtener ingresos para fines específicos como la salud, mientras que otros destinan a tales fines una proporción específica de los impuestos recaudados sobre el tabaco. Trece de las 135 Partes notificaron que utilizan ese tipo de fiscalidad: Barbados, Belice, Bulgaria, las Islas Marshall, Jordania, Madagascar, Panamá, la República de Corea, Rumania, Serbia, Sri Lanka, Tailandia y el Uruguay.

Carga económica asociada al tabaquismo. En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, se preguntó a las Partes si tienen información sobre la carga económica que supone el consumo de tabaco para la población. La mitad de las Partes que presentaron el segundo informe respondieron afirmativamente. Algunas Partes sólo hicieron referencia a los costos del tabaquismo relacionados con la atención de salud (costos directos), mientras que otras también informaron sobre los costos indirectos. En conjunto, las 15 Partes mencionaron US\$ 84 000 millones como los costes sociales relacionados con el tabaquismo. Muchas Partes también proporcionaron enlaces a sus estudios sobre incidencia económica, que podrían ser de utilidad para otras Partes que deseen preparar cálculos similares. Dentro de los datos notificados por las Partes, los costos sociales oscilan entre US\$ 2600 millones, en Eslovaquia, y US\$ 29 000 millones, en Alemania.

Quince de las 30 Partes que presentaron los segundos informes (tras cinco años) (Alemania, Bangladesh, Canadá, Eslovaquia, Hungría, India, Japón, Letonia, Marruecos, México, Países Bajos, Noruega, Nueva Zelanda, Panamá y Tailandia) señalaron que recogen información sobre la mortalidad relacionada con el tabaco en sus poblaciones. Algunas Partes indicaron que investigan regularmente la mortalidad relacionada con el tabaco utilizando herramientas específicas de análisis; algunos también informaron sobre los casos de muerte atribuibles a enfermedades que pueden estar relacionadas con el consumo de tabaco. Muchas Partes también proporcionaron enlaces a sus informes sobre la mortalidad relacionada con el tabaco.

Protección contra la exposición al humo de tabaco (artículo 8 del Convenio)

Para esta sección se ha podido realizar un análisis detallado gracias a las respuestas facilitadas por 104 Partes mediante los cuestionarios revisados de la primera y la segunda fase. Los datos contenidos en los informes de las Partes muestran que el grado de protección contra la exposición al humo de tabaco varía considerablemente según los entornos.

Lugares de trabajo interiores. Se preguntó a las Partes si aplican alguna política¹ para proteger a la población contra la exposición al humo de tabaco en los lugares de trabajo interiores. Ochenta y siete Partes (84%) respondieron que sí, nueve (9%) respondieron que no y ocho no contestaron a la pregunta. En cuanto a los diferentes tipos de entorno, 92 Partes (68%) indicaron que proporcionan una protección completa contra la exposición al humo de tabaco en los establecimientos de atención sanitaria.

¹ Esta pregunta del instrumento de presentación de informes debe responderse con un «Sí» o un «No»; por consiguiente, las respuestas afirmativas incluyen cualquier política relativa a la protección contra la exposición al humo de tabaco, independientemente de que su objetivo sea la protección total o parcial.

Treinta y siete Partes (27%) indicaron que proporcionan una protección parcial en tales establecimientos, tres respondieron que no proporcionan ningún tipo de protección y otras tres Partes dejaron la pregunta sin contestar.

Después de los establecimientos sanitarios, los establecimientos de enseñanza y los lugares de trabajo, son los espacios de los que más a menudo se ocupa la legislación. Setenta y nueve Partes (59%) señalaron que proporcionan una protección completa en los establecimientos de enseñanza, 48 (36%) respondieron que proporcionan una protección parcial y cinco que no proporcionan ninguna protección. Tres Partes no respondieron a esa pregunta. En lo que respecta a los edificios públicos, 70 Partes (52%) afirmaron que proporcionan protección completa, 54 (40%) dijeron que proporcionan una protección parcial y ocho que no proporcionan ninguna protección. Tres Partes no respondieron a esa pregunta. Por lo general, los empleados de las empresas privadas están menos protegidos frente a la exposición al humo de tabaco en el lugar de trabajo; únicamente 36 Partes (27%) indicaron que también proporcionan protección completa contra el humo de tabaco ambiental en los lugares de trabajo de las empresas privadas; 70 (52%) señalaron que únicamente proporcionan protección parcial, y 27 Partes (20%) respondieron que sus prohibiciones no incluyen los lugares de trabajo del sector privado. Dos Partes no respondieron a esa pregunta.

La segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes también requiere que las Partes informen acerca de los vehículos de motor utilizados en los lugares de trabajo (por ejemplo, ambulancias y vehículos de reparto). Diecisiete de las 30 Partes (57%) que presentaron el segundo informe (tras cinco años) señalaron que proporcionan una protección completa, nueve (30%) indicaron que únicamente aplican medidas parciales y dos que no han aplicado ninguna medida. Dos Partes no respondieron a la pregunta.

En resumen, los establecimientos de salud ofrecen la mejor protección contra la exposición al humo de tabaco y aplican las políticas más rigurosas en esa materia. Los lugares de trabajo interiores de los edificios públicos y los establecimientos de enseñanza, así como los vehículos de motor utilizados como lugares de trabajo también ofrecen una protección relativamente buena. Las personas que trabajan en empresas privadas suelen estar menos protegidas frente a la exposición al humo de tabaco en sus lugares de trabajo.

Transporte público. Se preguntó a las Partes si han puesto en marcha políticas que prohíban el consumo de tabaco en los medios de transporte público: 86 Partes (83%) respondieron que sí, 10 (10%) respondieron que no y ocho no contestaron a la pregunta.

La versión revisada del cuestionario de la primera fase y del cuestionario de la segunda fase piden respuestas separadas con relación al consumo de tabaco en aeronaves, trenes y medios de transporte público por carretera (tales como, autobuses, trolebuses y tranvías); el cuestionario de la segunda fase también pregunta acerca de los taxis. Según los informes, fumar en aeronaves está totalmente prohibido en 66 Partes (63%), mientras que cinco Partes únicamente proporcionan una protección parcial; dos Partes respondieron que no a esa pregunta y 31 (30%) no respondieron a la pregunta. Cincuenta y cinco Partes (53%) proporcionan una protección total en los medios de transporte público por carretera, mientras que 13 Partes (12%) únicamente aplican medidas parciales; seis Partes respondieron que no a esa pregunta y 30 (30%) no respondieron a la pregunta. Por último, son menos las Partes cuya legislación contempla los trenes: sólo 31 Partes (30%) prohíben fumar totalmente en los trenes, mientras que 16 Partes (15%) únicamente exigen una prohibición parcial. Las restantes 12 Partes (12%) no proporcionan protección alguna frente a la exposición al humo de tabaco en trenes; 45 Partes (43%) no respondieron a la pregunta.

Veinticuatro de las 30 Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años) indicaron que en sus países está totalmente prohibido fumar en los taxis. Cuatro Partes señalaron que aplican medidas de protección parcial¹ y dos Partes no contestaron a la pregunta.

Lugares públicos cerrados. Se preguntó a las Partes si han aplicado alguna política para evitar la exposición al humo de tabaco ambiental en lugares públicos cerrados: 81 Partes (78%) respondieron que sí, 16 (15%) respondieron que no y siete no contestaron a la pregunta. Los centros culturales gozan de protección total en 63 Partes (47%) y de protección parcial en 49 (36%), y no cuentan con ninguna protección en 18 Partes (13%). Cinco Partes no respondieron a la pregunta. En el caso de los restaurantes, está totalmente prohibido fumar en 40 Partes (30%); 57 Partes (42%) aplican una prohibición parcial y 33 Partes (24%) señalaron que no aplican ninguna medida. Cinco Partes no respondieron a la pregunta. La segunda fase del cuestionario pide que se responda por separado con respecto a los bares y clubes nocturnos. En la mitad de las Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años) está totalmente prohibido fumar en los bares, y en 14 Partes lo está en los clubes nocturnos. Ocho Partes aplican medidas parciales en el caso de los bares y nueve en el caso de los clubes nocturnos. En cuatro Partes no está regulado el consumo de tabaco en ese tipo de locales.

Plazos para la aplicación

Las directrices para la aplicación del artículo 8 del Convenio² establecen una serie de plazos para que las Partes proporcionen protección universal contra la exposición al humo de tabaco ambiental asegurando que todos los lugares públicos cerrados, todos los lugares de trabajo interiores, todos los medios de transporte público y, según proceda, otros lugares públicos (exteriores o cuasi exteriores) estén libres de la exposición al humo de tabaco ajeno. De las 135 Partes notificantes, tan sólo 19 (14%) han indicado que en su jurisdicción se goza de protección universal, incluidas siete de las 30 Partes que presentaron el segundo informe, es decir, después de cinco años de la entrada en vigor del Convenio en cada una de esas Partes.

Desde la publicación del último informe resumido, únicamente ha habido cambios mínimos en materia de protección contra el humo ambiental; la mayor parte de los lugares de trabajo interiores y los medios de transporte público están perfectamente protegidos por la legislación nacional en una gran cantidad de países. Sin embargo, sigue habiendo margen para fortalecer la legislación y lograr que la protección sea total en entornos donde las medidas aplicadas bien son parciales o no existen en absoluto, como, por ejemplo, en los trenes, los establecimientos culturales, los restaurantes, los bares y los clubes nocturnos.

¹ Las cuatro Partes que indicaron que proporcionan una protección parcial frente a la exposición al humo de tabaco en los taxis son Finlandia, Ghana, el Japón y Jordania. Las respuestas proporcionadas se comprobaron con la documentación de apoyo disponible o con otras informaciones aportadas en los informes. Según ese análisis, puede decirse que la normativa jordana ofrece una protección total frente a la exposición al humo de tabaco en los taxis. En los casos de Finlandia y el Japón, es al director de la empresa de taxis a quien corresponde decidir si se puede fumar o no en el establecimiento (en este caso, el taxi). La ley de Finlandia cuenta con una disposición según la cual el humo de tabaco no puede entrar en ningún lugar cerrado donde esté prohibido fumar, lo que excluye la posibilidad de que el conductor pueda fumar cuando lleva un pasajero, salvo que el habitáculo del pasajero y el del conductor estén totalmente aislados el uno del otro. Por último, Ghana no aportó ninguna información que apoyase su respuesta a esa pregunta.

² Véase: *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Directrices para la aplicación - artículo 5.3, artículo 8, artículo 11, artículo 13*. Ginebra Organización Mundial de la Salud, 2009.

Reglamentación del contenido de los productos de tabaco (artículo 9 del Convenio)

Se preguntó a las Partes si **exigen el análisis y la medición** del contenido y las emisiones de los productos de tabaco en sus respectivas jurisdicciones. En lo tocante al contenido, 59 Partes (44%) respondieron que exigen tales mediciones, mientras que 69 Partes (51%) contestaron negativamente a la pregunta; siete Partes no respondieron a la pregunta. Por otro lado, 59 Partes (44%) indicaron que miden las emisiones de los productos de tabaco y 68 Partes (50%) respondieron que no a la pregunta (tasa de no respuesta: 6%).

El número de Partes que cuentan con una **reglamentación** del contenido y las emisiones de los productos de tabaco es ligeramente superior al número de Partes que exigen el análisis y la medición del contenido y las emisiones. Sesenta y seis Partes (49%) indicaron que han regulado el contenido y 62 (46%) que han regulado las emisiones; 59 Partes (44%) y 64 Partes (47%), respectivamente, respondieron que no a esas preguntas. La tasa de no respuesta fue de un 7%. De las 30 Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años de aplicación), 19 facilitaron datos más detallados sobre su reglamentación o sus respectivos progresos en esa esfera.

Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco (artículo 10 del Convenio)¹

El análisis combinado de la información contenida en todos los informes pone de manifiesto que 84 Partes (62%) respondieron que han aplicado medidas que obligan a los fabricantes y/o importadores de productos de tabaco a revelar a las autoridades públicas información sobre el contenido de esos productos; 48 Partes (36%) contestaron que no y tres Partes no respondieron a la pregunta.

Al igual que se ha observado en informes anteriores, en general el número de Partes que exigen que se revele a las autoridades públicas la información relativa a las emisiones de los productos de tabaco es menor. Setenta y una Partes (53%) respondieron que sí existe la obligación de divulgar ese tipo de información, 58 Partes (43%) respondieron que no existe esa obligación y seis Partes no contestaron a la pregunta.

En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, también se pidió a las Partes que informaran acerca de si exigen que esa misma información se haga pública. Diecisiete de las 30 Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años de aplicación) indicaron que exigen que se divulgue la información relativa al contenido de los productos de tabaco, mientras que 13 Partes no tienen esa obligación. Un número de Partes algo mayor (19) también pide que se ponga a disposición del público la información relativa a las emisiones de los productos de tabaco. Once Partes no han impuesto esa obligación. Las respuestas a las preguntas del grupo 2 ponen de relieve que el número de Partes que exige que se divulgue esa información sigue siendo mayor que el número de Partes que exige el análisis, la medición o la regulación del contenido y las emisiones de los productos de tabaco.

¹ Dado que las preguntas relativas a la reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco han ido ampliándose de forma gradual desde la primera fase inicial hasta la primera fase revisada (preguntas del grupo 1), y, posteriormente, hasta la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, es difícil evaluar los avances realizados en esa área. La única pregunta sobre el artículo 10 en la versión inicial del instrumento de presentación de informes se dividió en cuatro en las preguntas del grupo 2, para que las Partes pudieran proporcionar respuestas más exactas. Debido a la discrepancia existente entre las preguntas del instrumento de presentación de informes, las cifras de esta sección han de evaluarse con cautela.

Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (artículo 11 del Convenio)

El artículo 11 del Convenio estipula que cada Parte adoptará y aplicará medidas eficaces en materia de empaquetado y etiquetado, en un plazo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio Marco en esa Parte.

Aplicación de las medidas sujetas a plazo previstas en el artículo 11 del Convenio

A continuación figura una descripción resumida de las medidas cuya aplicación está sujeta a un plazo de tres años, y del estado de aplicación de dichas medidas a nivel mundial. Asimismo, la figura 1 contiene un resumen de cuál es el grado de aplicación por regiones de la OMS de algunas de las medidas previstas en virtud del artículo 11.

Empaquetado y etiquetado equívocos o engañosos. Ochenta y ocho Partes (65%) indicaron que han prohibido en el empaquetado y etiquetado descriptores equívocos, engañosos o que puedan inducir a error con respecto al producto; 37 Partes (27%) señalaron que no han introducido tal prohibición y 10 no contestaron a la pregunta. Casi todas las Partes de la Región de Europa de la OMS señalaron que han aplicado esa medida.

Advertencias sanitarias en el empaquetado de los productos de tabaco. Se preguntó a las Partes si han adoptado políticas que exijan que todo empaquetado de los productos de tabaco lleve advertencias sanitarias que describan los efectos perjudiciales del humo del tabaco. Un total de 111 Partes (82%) respondieron que sí, 15 Partes (11%) respondieron que no y nueve no contestaron a la pregunta. Cada una de las Partes notificantes de las regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental indicaron que han puesto en marcha tales políticas.

Aprobación de las advertencias. Cien Partes (74%) señalaron que las advertencias sanitarias deben contar con la aprobación de las autoridades nacionales competentes. Veintiuna Partes (18%) respondieron que esa aprobación no es necesaria en su país y 10 no contestaron a la pregunta.

Rotación. Ochenta y una Partes (60%) indicaron que exigen que las advertencias sanitarias sean rotativas, 45 Partes (33%) señalaron que no imponen esa obligación y nueve no contestaron a la pregunta. El mayor porcentaje de Partes que exigen que haya una rotación de las advertencias sanitarias se encuentra en la Región de Europa, mientras que el porcentaje más bajo está en la Región de África.

Posición y diseño. Un total de 100 Partes (74%) han introducido medidas para garantizar que las advertencias sanitarias sean grandes, claras, visibles y legibles, y 26 (19%) no han implantado ninguna medida de ese tipo (tasa de no respuesta: 7%). Todas las Partes notificantes de la Región de Europa han impuesto esa condición del tratado, lo que también han hecho alrededor del 80% de las Partes notificantes de la Región de las Américas y de las regiones de Asia Suroriental y el Mediterráneo Oriental.

Tamaño. Se preguntó a las Partes si exigen que las advertencias sanitarias ocupen al menos el 30% de las superficies principales expuestas: 87 Partes (64%) respondieron que sí, 38 (28%) respondieron que no y 10 no contestaron a la pregunta. En total, algo más de la cuarta parte de las Partes notificantes (38 Partes, es decir, un 28%) exigen la colocación de advertencias sanitarias de mayor tamaño que ocupen al menos el 50% de las superficies principales expuestas. El porcentaje más elevado de Partes notificantes que exigen que las advertencias sanitarias ocupen al menos 50% de las superficies principales expuestas se encuentra en la Región de las Américas.

Utilización de elementos gráficos. Cuarenta y cuatro Partes (33%) indicaron que exigen que las advertencias sanitarias tengan forma de imágenes o pictogramas, o incluyan imágenes o pictogramas; 82% de las Partes señalaron que no han introducido esa obligación y nueve no respondieron a la pregunta.

La información proporcionada por las Partes a la pregunta relativa a la utilización de elementos gráficos o pictogramas puede no coincidir con la obtenida a través de otras fuentes. Ello podría deberse a diferentes razones. En Kirguistán, por ejemplo, se había terminado de elaborar la normativa sobre la utilización de advertencias sanitarias gráficas y estaba previsto que la legislación entrara en vigor el uno de abril de 2009, pero la orden fue invalidada por el Ministro de Justicia en enero de 2009, después de que Kirguistán hubiera informado al respecto. Algunas Partes también indicaron que, pese a haber respondido afirmativamente a la pregunta, el proceso legislativo para la introducción de advertencias sanitarias aún no había terminado. Por consiguiente, toda la información contenida en los informes sobre la utilización de elementos gráficos en las advertencias sanitarias ha de ser cotejada con información procedente de otras fuentes, que podría actualizarse con mayor frecuencia que los informes sobre la aplicación del Convenio presentados por las Partes.¹

En consonancia con una decisión adoptada por la Conferencia de las Partes en su tercera reunión,² se diseñó un sitio web para facilitar el intercambio de advertencias y mensajes sanitarios gráficos entre las Partes, que ya está en funcionamiento.³ Hasta la fecha, un total de 14 Partes han puesto sus advertencias gráficas a disposición general a través de ese sitio web.

En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes se han introducido nuevas preguntas relativas a las advertencias sanitarias en forma de imágenes o pictogramas. Se preguntó a las Partes si sus gobiernos son propietarios de los derechos de autor de esas imágenes o pictogramas. De las Partes que presentaron el informe con arreglo a la segunda fase (preguntas del grupo 2), 12 respondieron que sus gobiernos son propietarios de los derechos de autor de tales imágenes y seis respondieron que no lo son.⁴ De las Partes cuyo gobierno es propietario de los derechos de autor, 11 (Brunei Darussalam, Canadá, India, Jordania, Mauricio, Países Bajos, Panamá, Seychelles, Tailandia, Turquía y Uruguay) indicaron que conceden licencias no exclusivas y exentas de regalías para la utilización de sus advertencias por otras Partes.

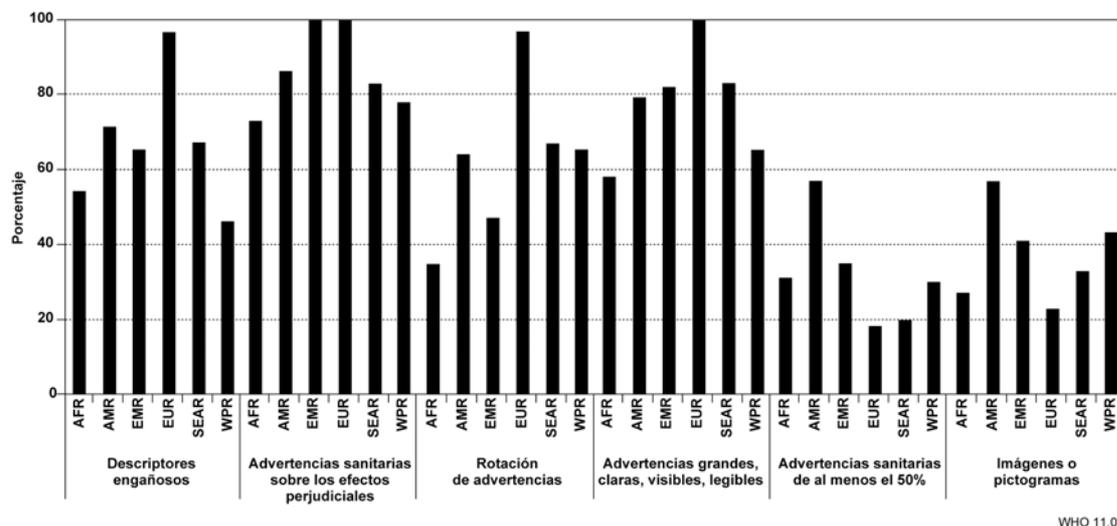
¹ Una de esas fuentes es el boletín de la Secretaría del Convenio (véase <http://www.who.int/fctc/convnews>). Otras fuentes con información actualizada pueden consultarse en www.tobaccolabels.org y en www.smoke-free.ca/warnings.

² Decisión FCTC/COP3(10).

³ Véase <http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase>

⁴ Además, la Secretaría del Convenio fue informada, con relación a la decisión FCTC/COP3(10) de la Conferencia de las Partes, de que la Unión Europea y los gobiernos de los estados de otras Partes (Australia, Brasil, Egipto, Irán (República Islámica del), Mongolia, Pakistán, Singapur y Venezuela (República Bolivariana de)) también son propietarios de los derechos de autor de las advertencias gráficas.

Figura 1. Porcentaje de Partes que aplican algunas de las medidas previstas en el artículo 11 del Convenio, por regiones de la OMS



WHO 11.07

Otras medidas previstas en el artículo 11 del Convenio

Existen otras medidas previstas en ese artículo para las que no se ha establecido ningún plazo en el Convenio. A continuación se presenta cuál es el estado de aplicación de esas medidas.

Componentes y emisiones.¹ Setenta y nueve Partes (59%) indicaron que exigen que los paquetes y las etiquetas contengan información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones, mientras que 46 (34%) señalaron que no tienen esa obligación; 10 Partes no contestaron a la pregunta.

Presentación de las advertencias en el idioma o idiomas principales del país. Dos terceras Partes señalaron que han introducido esa obligación. Treinta y cinco Partes (26%) indicaron que no lo han hecho y 10 Partes no contestaron a la pregunta.

Prohibición de llevar publicidad o promoción. Con relación al empaquetado y el etiquetado de los productos de tabaco, las directrices para la aplicación del artículo 13 (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) recomiendan que «*el empaquetado, los cigarrillos sueltos y otros productos de tabaco sueltos no deben llevar publicidad ni promoción, ni siquiera rasgos de diseño que den atractivo a los productos*». A la luz de esa recomendación, en la segunda fase (preguntas del grupo dos) del instrumento de presentación de informes se preguntó a las Partes si exigen que el empaquetado de los productos de tabaco no lleve publicidad o promoción alguna. Veintitrés de las 30 Partes que presentaron el segundo informe (tras cinco años de aplicación) respondieron afirmativamente, mientras que siete Partes indicaron que esa obligación no existe en sus países.

¹ El artículo 11.2 del Convenio exige que las Partes publiquen en los paquetes de los productos de tabaco «*información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones de conformidad con lo definido por las autoridades nacionales*». Las directrices para la aplicación del artículo 11 recomiendan que las Partes «*no deben exigir que en el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco aparezcan expresiones cuantitativas o cualitativas sobre ingredientes y emisiones que pudieran sugerir que una marca sea menos nociva que otra, por ejemplo cifras sobre alquitrán, nicotina y monóxido de carbono...*». En Nueva Zelanda, por ejemplo, la normativa de 2007 sobre entornos sin tabaco eliminó la obligación de exhibir en los paquetes de cigarrillos cifras sobre monóxido de carbono, nicotina y alquitrán, determinadas con arreglo a las normas de la Organización Internacional de Normalización, ya que se consideró que ello podría resultar engañoso.

Plazos para la aplicación

La situación en lo que respecta a la aplicación de las medidas sujetas a plazos previstas en el artículo 11,¹ varía notablemente entre las Partes. La mayoría de las Partes exigen que se coloquen en el empaquetado de los productos de tabaco advertencias sanitarias que hayan sido aprobadas por las autoridades nacionales competentes, que no incluyan elementos descriptivos que puedan ser engañosos, que sean legibles y que ocupen no menos del 30% de las superficies principales expuestas, con arreglo a lo estipulado en el Convenio. Sin embargo, las tasas de aplicación relativas a las otras dos medidas (exigir que las advertencias ocupen el 50% o más de las superficies principales expuestas y que incluyan imágenes o pictogramas) recomendadas en las directrices para la aplicación del artículo 11 son bastante más bajas. En el **cuadro 4** *infra*, se consignan las tasas de aplicación correspondientes a la aplicación de las distintas medidas del artículo 11 del Convenio sujetas a plazos.

Cuadro 4. Aplicación de las medidas sujetas a plazo en virtud del artículo 11 del Convenio

Artículo e indicador	Situación tras dos años de aplicación (según el primer informe presentado por 135 Partes) ²		Situación tras cinco años de aplicación (según el segundo informe presentado por 30 Partes) ¹	
	«sí»	«no»	«sí»	«no»
11.1(a) - descriptores engañosos	88	37	26	4
11.1(b) - advertencias sanitarias	111	15	27	3
11.1(b)(i) - aprobación por las autoridades competentes	100	25	26	4
11.1(b)(ii) - rotación de advertencias	81	45	24	6
11.1(b)(iii) - advertencias grandes, claras, visibles y legibles	100	26	27	3
11.1(b)(iv) - deben ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas³	86	39	26	4
11.1(b)(iv) - deben ocupar no menos del 30% de las superficies principales expuestas	37	86	13	17
11.1(b)(v) - imágenes/pictogramas	44	82	15	15

¹ El plazo de aplicación es de tres años contados a partir de la entrada en vigor del Convenio para cada una de las Partes.

² La suma de los síes y los noes asciende al número total de Partes que respondieron en esta categoría.

³ El Convenio dispone que las Partes deben exigir la colocación de mensajes que ocupen no menos del 30% de las superficies principales expuestas, aunque también estipula que las advertencias deberían ocupar el 50% o más y que «podrán consistir» en imágenes o pictogramas o incluirlos. Las directrices para la aplicación del artículo 11 refuerzan esas medidas al recomendar a las Partes que utilicen advertencias y elementos gráficos que sean grandes.

No debemos olvidar, sin embargo, que la mayoría de los 135 informes hacen referencia a las medidas introducidas hasta el final del segundo año tras la entrada en vigor del Convenio en cada una de las Partes. Únicamente podremos obtener una visión completa de la situación en que están las medidas cuya aplicación está sujeta a un plazo de tres años a través de las respuestas proporcionadas por las Partes que han presentado su segundo informe (tras cinco años de aplicación) (cuadro 5). Nueve Partes respondieron afirmativamente a las ocho preguntas sobre las medidas sujetas a plazo (Islas Cook, Mauricio, México, Nueva Zelanda, Panamá, Seychelles, Tailandia, Turquía y Uruguay).¹ En la última columna del **cuadro 5**, figura el número de respuestas afirmativas proporcionado por las 30 Partes con respecto a un máximo de ocho medidas sujetas a plazo.

Cuadro 5. Respuestas de las 30 Partes que presentaron el segundo informe (tras cinco años de aplicación) a las preguntas sobre las medidas sujetas a plazo previstas en el artículo 11

Parte	11.1a)	11.1b)	11.1b)i)	11.1b)ii)	11.1b)iii)	11.1b)iv)	11.1b)v)	11.1b)vi)	Número de preguntas afirmativas de un máximo de ocho
1. Armenia	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
2. Alemania	sí	sí	no	sí	sí	sí	no	no	5
3. Bangladesh	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
4. Brunei Darussalam	no	sí	sí	sí	sí	no	sí	sí	6
5. Canadá	sí	sí	sí	no	sí	sí	sí	sí	7
6. Eslovaquia	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
7. Eslovenia	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
8. Finlandia	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
9. Ghana	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	7
10. Hungría	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
11. India	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	8
12. Islas Cook	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	8
13. Islas Marshall	no	no	no	no	no	no	no	no	0
14. Japón	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
15. Jordania	sí	sí	sí	no	sí	sí	no	sí	6

¹ El Canadá indicó que no exige que las advertencias sanitarias sean rotativas. En las notas explicativas proporcionadas en el informe, se explicaba que el Canadá ha puesto en marcha un proceso de despliegue aleatorio en lugar de despliegue rotativo con relación a la exposición de las advertencias sanitarias.

Parte	11.1a)	11.1b)	11.1b)i)	11.1b)ii)	11.1b)iii)	11.1b)iv)	11.1b)v)	11.1b)vi)	Número de preguntas afirmativas de un máximo de ocho
16. Lesotho	no	0							
17. Letonia	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	sí	7
18. Lituania	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
19. Mauricio	sí	8							
20. México	sí	8							
21. Noruega	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	sí	7
22. Nueva Zelandia	sí	8							
23. Países Bajos	sí	sí	sí	sí	sí	sí	no	no	6
24. Palau	no	0							
25. Panamá	sí	8							
26. República Árabe Siria	sí	sí	sí	no	sí	sí	no	no	5
27. Seychelles	sí	8							
28. Tailandia	sí	8							
29. Turquía	sí	8							
30. Uruguay	sí	8							
Número y porcentaje de respuestas afirmativas	26 (87%)	27 (90%)	26 (87%)	24 (80%)	27 (90%)	26 (87%)	13 (43%)	15 (50%)	

En conclusión, cabe afirmar que las Partes han logrado importantes avances en lo que atañe a la aplicación de las medidas sujetas a plazo contenidas en el artículo 11, si bien sólo una tercera parte de ellas han completado todo el proceso. La mayoría de las Partes han de intensificar la aplicación de las medidas relativas al tamaño de las advertencias y al uso de imágenes o pictogramas.

Educación, comunicación, formación y concientización del público (artículo 12 del Convenio)

Se preguntó a las Partes si han aplicado «programas de educación y concientización del público».¹ Un total de 114 Partes (84%) respondieron que sí, 14 (10%) respondieron que no y siete no contestaron a

¹ En la primera fase (preguntas del grupo 1) del instrumento de presentación de informes (tanto en el cuestionario inicial como en el revisado) la pregunta hacía referencia a un «*amplio acceso a programas integrales de educación y concientización del público*».

la pregunta, lo que indica que, en términos generales, ha habido a nivel mundial un avance satisfactorio en la aplicación de este artículo del Convenio. No se ha observado ninguna diferencia notable en las tasas de respuesta relativas a los programas destinados a adultos y a jóvenes; alrededor de cuatro de las cinco Partes indicaron que han aplicado programas dirigidos a esos públicos específicos.

Concientización del público acerca de los riesgos para la salud. La versión revisada de las preguntas del grupo 1 y del grupo 2 proporciona un desglose de los programas de sensibilización pública que abarcan los riesgos para la salud del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, así como los beneficios de dejar de consumir tabaco y adoptar un estilo de vida donde el tabaco no tenga lugar. No se observa ninguna diferencia notable entre las Partes que aplican este tipo de programas focalizados; alrededor del 80% de las 104 Partes que completaron los cuestionarios revisados del grupo 1 y del grupo 2 respondieron afirmativamente a la pregunta de si tienen en cuenta estas consideraciones al diseñar sus programas de concientización.

Acceso del público a información sobre la industria tabacalera. Sesenta y cinco Partes (48%) indicaron que tienen en marcha programas de este tipo, de conformidad con el artículo 12.c) del Convenio; 48 Partes (36%) respondieron que no y 22 (16%) no contestaron a la pregunta.

Programas de concientización dirigidos a distintos grupos. En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, se recogen datos relativos a los programas de educación y concientización públicas, tomando como base una serie de criterios. Se preguntó a las Partes si tienen en cuenta algunos de los rasgos fundamentales de los grupos a que se dirigen los programas (edad, sexo, nivel cultural y educativo, nivel socioeconómico) a la hora de poner en marcha los programas de educación y concientización públicas. Veinticinco Partes indicaron que aplican programas dirigidos a grupos de edad específicos; dos tercios de las Partes confirmaron que prestan atención a las cuestiones de género. Por otro lado, al aplicar los programas de concientización, menos de la mitad de esas Partes tienen en cuenta el nivel de instrucción o el medio cultural de los grupos destinatarios, mientras que algo más de la mitad de éstas también toman en consideración la situación socioeconómica de dichos grupos.

En lo que atañe a la existencia de programas de concientización específicos dirigidos a adultos o a niños, salvo una, todas las Partes que presentaron su segundo informe de aplicación (tras cinco años), respondieron afirmativamente cuando se les preguntó acerca de la existencia de tales programas. Con relación a los programas que específicamente tienen en cuenta cuestiones de género, 19 Partes indicaron que cuentan con programas especialmente dirigidos a los hombres, y 20 Partes señalaron que diseñan programas especialmente destinados a las mujeres. Diecinueve Partes cuentan con programas que se dirigen específicamente a las mujeres embarazadas, pero únicamente un tercio de las Partes afirmó que centra sus programas en grupos étnicos concretos.

En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, también se preguntó a las Partes si sus programas de concientización y educación públicas abarcan las consecuencias adversas económicas y ambientales de la producción y el consumo de tabaco. Las Partes prestan más atención a las consecuencias económicas y ambientales del consumo de tabaco, que a los aspectos económicos y ambientales de la producción de tabaco. Veinticuatro de las 30 Partes indicaron que sus programas hacen referencia a las consecuencias económicas del consumo de tabaco y 19 de esas Partes también incluyen las consecuencias ambientales del consumo de tabaco en sus programas de comunicación. Sin embargo, únicamente alrededor de un tercio de las Partes hacen referencia a los aspectos económicos y ambientales de la producción de tabaco en sus actividades de concientización.

Participación de organismos públicos y privados, y de organizaciones no gubernamentales. En informes anteriores se indicaba que un alto porcentaje de las Partes notificantes cuenta con la partici-

pación de organismos públicos y organizaciones no gubernamentales no vinculadas a la industria tabacalera en la elaboración y puesta en marcha de programas y estrategias intersectoriales de lucha antitabáquica. La segunda fase del instrumento de presentación de informes (preguntas del grupo 2) permite desglosar las respuestas por tipos de organización, lo que ha permitido confirmar, que salvo en un caso, en todas las Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años de aplicación) los organismos públicos y las organizaciones no gubernamentales conocen dichos programas y participan en ellos. Únicamente dos tercios de las Partes afirmaron lo mismo con respecto a entidades privadas.

Programas específicos de formación o sensibilización. En la versión revisada de las preguntas del grupo 1 y de las preguntas del grupo 2 se pide a las Partes que aporten datos acerca de qué grupos, si los hubiera, realizan programas específicos de formación o sensibilización en materia de lucha antitabáquica. Según se desprende de los informes de las 104 Partes que han utilizado esos instrumentos, los grupos más frecuentemente seleccionados como destinatarios son los profesionales de la salud y los educadores, para los cuales el 69% y el 66% de las Partes, respectivamente, han puesto en marcha programas específicos, seguidos de los trabajadores de la comunidad (55%), las instancias decisorias (55%), los profesionales de la comunicación (55%), los administradores (51%) y los asistentes sociales (50%).

Algunas Partes también indicaron que han puesto en marcha programas de formación y concienciación dirigidos a otros grupos seleccionados con menos frecuencia, tales como representantes de organizaciones confesionales y organizaciones no gubernamentales, empresarios, policía y otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, estudiantes, etc. Una Parte (Letonia) también mencionó la educación entre compañeros como vehículo para hacer llegar a los jóvenes mensajes relacionados con el tabaco.

Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (artículo 13 del Convenio)

Prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio

Se preguntó a las Partes si han procedido a una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Setenta y cuatro Partes (55%) respondieron que sí; de éstas, casi la mitad (39) también incluyen la publicidad transfronteriza en la prohibición. Cincuenta y nueve Partes (44%) respondieron que no y dos Partes no contestaron a la pregunta.

La aplicación de esa medida en las distintas regiones de la OMS varía considerablemente, y oscila entre el 77% de las Partes en la Región del Mediterráneo Oriental, al 13% en la Región de las Américas, pasando por casi el 64% en la Región de Europa y el 63% en la Región de Asia Sudoriental, el 58% en la Región del Pacífico Occidental y el 50% en la Región de África.

Restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

De conformidad con ese artículo del Convenio, las Partes a quienes su constitución o principios constitucionales impida imponer una prohibición total deberán aplicar restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. La situación es similar a la observada en el informe sobre los progresos realizados a nivel mundial de diciembre de 2009, esto es, menos de una cuarta parte (24%) de las Partes notificantes aplica restricciones a la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. Sesenta y tres (47%) Partes notificantes respondieron que no aplican restricciones de esa índole y 39 (29%) no contestaron a esta pregunta.

En el instrumento de presentación de informes, únicamente deben informar acerca de las restricciones aplicadas las Partes que no cuenten con una prohibición total según lo establecido en el artículo 13 del

Convenio. Por consiguiente, este indicador no se ha aplicado a las Partes que cuentan con una prohibición total (74 Partes o un 55%). Es alentador señalar que más de la mitad (56%) de las Partes donde no se ha impuesto una prohibición total a la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco aplican restricciones.

Las Partes que aplican restricciones también respondieron a otras seis preguntas conexas. A continuación se resumen los indicadores a que se hace referencia en esas preguntas, que describen diferentes formas de publicidad, y se indican las cifras correspondientes. Esas cifras han de interpretarse con cautela, ya que incluso las Partes que cuentan con una prohibición total respondieron a algunas de las preguntas relativas a la aplicación de restricciones. Por tanto, en los cálculos que figuran *infra* se han tenido en cuenta a todas las Partes notificantes, y no únicamente a las que respondieron que no han impuesto una prohibición total a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Prohibición de toda publicidad equívoca o engañosa. Se preguntó a las Partes si han prohibido la promoción de productos de tabaco por cualquier medio que sea falso, equívoco o engañoso o que pueda crear una impresión errónea: 66 Partes (49%) respondieron que sí, 42 (31%) respondieron que no y 27 (20%) no contestaron a la pregunta.

Inclusión de advertencias sanitarias en la publicidad. El Convenio exige que las Partes a quienes su constitución o principios constitucionales impida imponer una prohibición se aseguren de que toda publicidad de tabaco y, si procede, toda promoción y patrocinio, vaya acompañada de advertencias sanitarias u otras advertencias o mensajes apropiados. Pese a que se trata de un requisito mínimo, únicamente 50 Partes (37%) respondieron que sí, 45 (33%) respondieron que no y 40 (30%) no contestaron a la pregunta.

Uso de incentivos directos o indirectos. Se preguntó a las Partes si restringen el uso de incentivos directos o indirectos que fomentan la compra de productos de tabaco por parte de la población: 61 Partes (45%) respondieron que sí, 45 (33%) respondieron que no y 29 (22%) no contestaron a la pregunta. La aplicación de las restricciones a nivel regional ha sido la siguiente: el 72% de las Partes de la Región de Europa, el 63% de las Partes de la Región del Pacífico Occidental, cerca del 55% de las Partes del Mediterráneo Oriental y de la Región de las Américas, el 50% en la Región de Asia Sudoriental y ocho de las 20 Partes que respondieron en la región de África.

Divulgación de gastos. Únicamente 16 Partes (12%) - una en la Región del Mediterráneo Oriental, dos en la Región de las Américas, tres en la Región de África y cinco en la Región de Europa y en la Región del Pacífico Occidental - exigen que la industria tabacalera revele a las autoridades gubernamentales competentes los gastos efectuados en actividades de publicidad, promoción y patrocinio. Ochenta y dos Partes (61%) indicaron que no han impuesto esa obligación y 37 (27%) no contestaron a la pregunta.

Publicidad, promoción y patrocinio en los medios de comunicación.¹ En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, esta sección se dividió en seis preguntas concretas, y, por consiguiente, sólo han proporcionado información al respecto, las 30 Partes que presentaron su segundo informe. A continuación figura un análisis de cada uno de los seis indicadores por separado.

¹ Únicamente se abordan aspectos específicos relacionados con la publicidad, la promoción y el patrocinio en los medios de comunicación en las preguntas del grupo 2. Debido al bajo número de Partes notificantes en la segunda fase del ciclo de presentación de informes, no se han incluido comparaciones regionales en esta sección.

- **Restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en la radio.** De las 30 Partes que presentaron su segundo informe sobre la aplicación del Convenio, 12 indicaron que han restringido la publicidad del tabaco por la radio, seis que no lo han hecho y 12 no contestaron a la pregunta.
- **Restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en televisión y en los medios impresos.** Las Partes notificaron las mismas cifras para la televisión y los medios impresos: 13 Partes respondieron que sí aplican restricciones, seis respondieron que no lo hacen y 11 no contestaron a la pregunta.
- **Restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en la Internet nacional.** Once Partes indicaron que aplican restricciones, siete que no lo hacen y 12 no contestaron a la pregunta.
- **Restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en la Internet mundial y en otros medios.** En lo que atañe a la Internet mundial, menos de la mitad de las Partes notificantes han aplicado este tipo de restricciones en su jurisdicción: siete Partes respondieron que habían aplicado restricciones, 11 que no lo habían hecho y 12 no contestaron a la pregunta. Se preguntó a las Partes si aplican restricciones a la publicidad del tabaco en cualquier otro medio, y únicamente siete Partes respondieron a la pregunta, cinco afirmativamente y dos negativamente. Las Partes que han aplicado restricciones en otros medios indicaron que por «otros medios» entienden carteles, vallas publicitarias, edificios y estructuras, y la publicidad enviada por mensajes de texto o por otros medios electrónicos.

Patrocinio del tabaco. Las tendencias relativas a la prohibición o restricción del patrocinio del tabaco en acontecimientos o actividades internacionales o por los participantes en dichos acontecimientos han sido analizadas mediante dos indicadores distintos, dado que se ofrecían dos opciones de respuesta diferentes en la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes.

- **Restricción del patrocinio de productos de tabaco en acontecimientos o actividades internacionales.** Sesenta y cuatro Partes (47%) respondieron que aplican restricciones, 43 (32%) respondieron que no lo hacen y 28 (21%) no contestaron a la pregunta. Las tasas de aplicación de este indicador varían entre las distintas regiones de la OMS, encontrándose la tasa más elevada en la Región del Mediterráneo Oriental (86%), seguida de la región de Europa (82%), la Región del Pacífico Occidental (56%), la Región de Asia Sudoriental (50%) y la Región de África y la Región de las Américas (36% cada una de ellas).
- **Restricción del patrocinio de productos de tabaco por los participantes en esos eventos.** En cuanto a la aplicación de restricciones del patrocinio por los participantes en esos eventos, 65 Partes (48%) respondieron que aplican restricciones, 41 Partes (30%) respondieron que no lo hacen y 29 (22%) no contestaron a la pregunta. Al igual que con el indicador anterior, las tasas de aplicación varían entre las distintas regiones de la OMS: las tasas más elevadas vuelven a encontrarse en la Región del Mediterráneo Oriental (86%), seguida de la región de Europa (83%), la Región de Asia Sudoriental (60%), la Región del Pacífico Occidental (56%), y la región de África y la Región de las Américas (37% y 36%, respectivamente).

Plazos para la aplicación

El artículo 13 del Convenio dispone que cada Parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, impondrá una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción o patrocinio del tabaco, en un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para dicha

Parte. De un total de 135 Partes notificantes, 74 indicaron que han procedido a aplicar una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco y 59 respondieron que no lo han hecho. Alrededor de la mitad de las Partes que aplican una prohibición total también incluyen en ésta la publicidad transfronteriza. De las 30 Partes que presentaron el segundo informe (tras cinco años de aplicación), sólo 21 Partes han implantado una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. En el **cuadro 6** se resumen las respuestas aportadas por las Partes que presentaron el segundo informe de aplicación a las preguntas relativas a las medidas sujetas a plazo contenidas en este artículo.

Cuadro 6. Aplicación de las medidas sujetas a plazo en virtud del artículo 13 del Convenio (sección 3.2.7 de la segunda fase del instrumento de presentación de informes)

Parte	¿Se han adoptado y aplicado medidas o programas que establezcan una prohibición total a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco?	¿Abarca esa prohibición la publicidad transfronteriza originada en el territorio de la Parte?
1. Alemania	sí	sí
2. Armenia	no	sin respuesta
3. Bangladesh	sí	no
4. Brunei Darussalam	no	sin respuesta
5. Canadá	no	sin respuesta
6. Eslovaquia	sí	sí
7. Eslovenia	sí	sí
8. Finlandia	sí	sin respuesta
9. Ghana	sí	no
10. Hungría	no	sin respuesta
11. India	sí	sin respuesta
12. Islas Cook	sí	no
13. Islas Marshall	sí	no
14. Japón	no	sin respuesta
15. Jordania	sí	sí
16. Lesotho	sí	sin respuesta
17. Letonia	no	sin respuesta
18. Lituania	sí	sin respuesta
19. Mauricio	sí	no
20. México	no	sin respuesta

Parte	¿Se han adoptado y aplicado medidas o programas que establezcan una prohibición total a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco?	¿Abarca esa prohibición la publicidad transfronteriza originada en el territorio de la Parte?
21. Noruega	sí	no
22. Nueva Zelandia	sí	sin respuesta
23. Países Bajos	sí	sin respuesta
24. Palau	no	no
25. Panamá	sí	sí
26. República Árabe Siria	sí	sí
27. Seychelles	sí	sí
28. Tailandia	sí	sí
29. Turquía	sí	sí
30. Uruguay	no	sin respuesta
Número y porcentaje de respuestas afirmativas	21 (70%)	9 (30%)

En las directrices para la aplicación del artículo 13 se propone una nueva definición de lo que ha de entenderse por prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco y se enumeran las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco a las que debe aplicarse esa definición. Las preguntas del grupo 2 permiten evaluar la aplicación de una prohibición total según esta nueva definición. Esa evaluación pone de manifiesto que únicamente en 13 de las 21 Partes se cumplen los requisitos propios de una prohibición total. Por consiguiente, más de la mitad de las Partes (17) que presentaron su informe tras los cinco años de aplicación, no han impuesto una prohibición total, según la definición propuesta en las directrices.

Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco (artículo 14 del Convenio)

El número de preguntas relativas al artículo 14 ha aumentado, y ha pasado de seis (con cinco respuestas optativas adicionales) en la versión revisada de la primera fase (preguntas del grupo 1) del instrumento de presentación de informes a 14 (con 48 respuestas optativas diferentes) en la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento. En los casos en que los datos de los instrumentos son comparables, se han analizado las respuestas de los distintos cuestionarios en su conjunto.

Directrices. Se preguntó a las Partes si han elaborado y difundido directrices completas e integradas basadas en datos científicos y en prácticas óptimas: 59 Partes (57%) respondieron que sí, 38 Partes

(37%) respondieron que no y siete no contestaron a la pregunta.¹ Tres Partes (Países Bajos, Noruega y Uruguay) aportaron el texto de sus directrices nacionales (o proporcionaron un enlace al sitio web donde se encuentra el documento).

Programas destinados a promover el abandono del consumo de tabaco. En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes se pide a las Partes que informen acerca de programas, tales como campañas en medios de comunicación que hagan hincapié en la importancia de dejar el tabaco, programas especialmente diseñados para mujeres o mujeres embarazadas, y acontecimientos locales, como, por ejemplo, el Día Mundial sin Tabaco. Veinticuatro de las 30 Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años de aplicación) indicaron que han puesto en marcha campañas en los medios de comunicación centradas en el abandono del tabaco; cinco no lo han hecho y una sin respuesta a la pregunta. Diecisiete de las 30 Partes señalaron que han puesto en marcha programas especiales dirigidos a mujeres o mujeres embarazadas; 12 indicaron que no han realizado tales programas. Todas las Partes, excepto una, señalaron que aprovechan la oportunidad que ofrece la celebración de distintos eventos locales para promover el abandono del consumo de tabaco.

Formulación y aplicación de programas para el abandono del consumo de tabaco. En la versión revisada de las preguntas del grupo 1 y las preguntas del grupo 2 se recopilan datos sobre la aplicación de programas para el abandono del consumo de tabaco en diversos lugares, como las instituciones docentes, los establecimientos de salud, los lugares de trabajo y los entornos deportivos. Las respuestas recibidas son las siguientes:

- Cincuenta Partes (48%) indicaron que han diseñado y aplicado programas de abandono del tabaco destinados a instituciones educativas; 38 Partes (37%) respondieron que no han puesto en marcha tales programas y 16 Partes (15%) no contestaron a la pregunta.
- Cincuenta y siete Partes (55%) señalaron que han diseñado y aplicado programas de abandono del tabaco en establecimientos de salud; 33 Partes (32%) respondieron que no han puesto en marcha tales programas y 14 Partes (13%) no contestaron a la pregunta.
- Cuarenta y siete Partes (45%) señalaron que han diseñado y aplicado programas de abandono del tabaco en los lugares de trabajo; 42 Partes (40%) respondieron que no han puesto en marcha tales programas y 15 Partes (15%) no contestaron a la pregunta.
- Treinta y nueve Partes (38%) indicaron que han diseñado y aplicado programas de abandono del tabaco en entornos deportivos; 49 Partes (47%) respondieron que no han puesto en marcha tales programas y 16 Partes (15%) no contestaron a la pregunta.

Con respecto al uso de establecimientos de salud para los programas destinados a promover el abandono del consumo del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco, se ha observado que no se han explotado suficientemente las oportunidades inherentes a esos entornos y la presencia de profesionales de la salud.

Incorporación del diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco en los planes, programas y estrategias nacionales y el sistema de atención de salud. Veinticinco de las 30 Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años de aplicación) indicaron que sus programas, planes y

¹ Combinación de las respuestas obtenidas a partir de los 104 informes elaborados sobre la base de la primera fase (preguntas del grupo 1) y la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes.

estrategias nacionales también engloban el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco. Dos tercios de las Partes señalaron que esos elementos están incluidos en los programas, planes y estrategias de salud nacionales de carácter más general. Asimismo, doce Partes señalaron que incluyen dichos elementos en sus programas planes y estrategias educativas.

También se pidió a las Partes que indicaran si han incorporado programas de diagnóstico y tratamiento de la dependencia del tabaco en sus sistemas de atención de salud. De las Partes que presentaron tanto el primero como el segundo informe, 23 respondieron que sí, cinco respondieron que no y dos no contestaron a la pregunta. Según los informes de las Partes, la estructura de los sistemas de salud en que con mayor frecuencia se integran los programas de abandono del tabaco son los servicios de atención primaria. Alrededor de la mitad de las Partes indicaron que también incluyen el tratamiento de la dependencia entre las actividades de los servicios secundarios y terciarios de las estructuras de salud, los sistemas de atención especializada (con adictólogos, especialistas en toxicodependencia, psicólogos y centros de salud ocupacional), y las estructuras especialmente creadas para proporcionar orientación y apoyo psicológico para el abandono del tabaco, y tratamiento para la dependencia de éste. Menos de un tercio de las Partes llevan a cabo esos programas en centros de rehabilitación.

Tres Partes también indicaron que cuentan con programas para el abandono del tabaco dirigidos por estructuras diferentes a las mencionadas en el cuestionario. La India señaló que tales programas se ejecutan en centros de salud públicos y privados; Jordania también hizo referencia al sector privado, que puede implantar dichos programas; y Lesotho mencionó un programa para el abandono del tabaco que está llevando a cabo una organización religiosa. Se preguntó a las Partes si los servicios prestados en esos entornos se financian con fondos públicos o con planes de reembolso. En la mayoría de los casos, la respuesta fue que bien no están contemplados en esos planes o únicamente lo están de forma parcial. Once Partes indicaron que los servicios prestados por las unidades de atención primaria de salud en sus jurisdicciones se financian con fondos públicos o con planes de reembolso, y siete Partes señalaron lo mismo con respecto a los servicios prestados por unidades especializadas para el abandono del tabaco.

En su segundo informe (tras cinco años de aplicación), también se pide a las Partes que indiquen qué profesionales de la salud o de otro tipo participan en los programas que ofrecen tratamiento contra la dependencia del tabaco y servicios de orientación y apoyo psicológico. Los proveedores de servicios más citados por orden decreciente son: enfermeras (23 menciones en 30 informes); médicos (21); médicos de familia (17); matronas, farmacéuticos y trabajadores sociales (12 menciones por categoría); trabajadores comunitarios y dentistas (10 menciones por categoría); prácticos de medicina tradicional (6 menciones). Algunas de las 30 Partes que presentaron su segundo informe indicaron que los profesionales dentales, los agentes de educación sanitaria, los técnicos médicos, los psicólogos, los especialistas en toxicodependencia y los agentes de salud pública también prestan esos servicios en sus jurisdicciones.

Formación para el tratamiento de la dependencia del tabaco. Se preguntó a las Partes si exigen que se incluya en los planes de estudio de los profesionales sanitarios la formación para el tratamiento de la dependencia del tabaco antes y después de la obtención de titulación. La mitad de las Partes indicaron que lo hacen en el caso de las facultades de medicina y 12 Partes señalaron lo mismo con respecto a las escuelas de enfermería. Ocho y siete Partes, respectivamente, también incluyen el tratamiento de la dependencia del tabaco en los planes de estudio de las facultades de odontología y farmacia.

Accesibilidad y asequibilidad. Veintiuna de las 30 Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años) afirmaron que facilitan la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos contra la dependencia del tabaco, lo que incluye productos farmacéuticos para su tratamiento. Las Partes que respondieron afirmativamente también indicaron si en su territorio se administra tratamiento de sustitución con nicotina y productos como bupropión, vareniclina u otros. Veintiuna Partes respondieron que

el tratamiento de sustitución con nicotina está disponible en su territorio; 17 Partes informaron de que en sus jurisdicciones se dispone de bupropión y vareniclina. Cinco Partes indicaron que también se puede acceder a otros productos farmacéuticos para el tratamiento de la dependencia del tabaco en sus jurisdicciones. Esos productos son clonidina (México), citosina (Letonia) y nortriptilina (India, México, Nueva Zelanda y Tailandia).

Las Partes que informaron sobre los productos farmacéuticos disponibles también indicaron si el costo del tratamiento con esos productos se sufraga con fondos públicos o planes de reembolso. Cinco Partes (Brunei Darussalam, Jordania, Nueva Zelanda, Panamá y Uruguay) indicaron que el tratamiento de sustitución con nicotina se sufraga en su totalidad con fondos públicos o planes de reembolso; cinco Partes (India, Nueva Zelanda, Países Bajos, Panamá y Uruguay) también señalaron lo mismo con respecto al bupropión y tres Partes (Jordania, Países Bajos y Panamá) indicaron otro tanto acerca de la vareniclina.

3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE TABACO (PARTE IV DEL CONVENIO)

Comercio ilícito de productos de tabaco (artículo 15 del Convenio)

Se preguntó a las Partes si han promulgado leyes contra el comercio ilícito de productos de tabaco o si han fortalecido las ya existentes. Noventa y tres (69%) respondieron que sí, 40 (30%) respondieron que no y dos no contestaron a la pregunta.

Decomisos. De las 135 Partes que presentaron el primer informe sobre la aplicación, 43 (32%) han facilitado información sobre los volúmenes de productos decomisados. Veintitrés de las 30 Partes que presentaron también el segundo informe proporcionaron información cuantitativa sobre los decomisos de productos de tabaco objeto de comercio ilícito, lo que supone una mejora en lo referente a la notificación de datos sobre este aspecto. De las 30 Partes que presentaron el segundo informe, únicamente cinco facilitaron el porcentaje de productos de tabaco objeto de contrabando en el mercado nacional del tabaco y sólo tres informaron acerca de la evolución de los últimos tres años (o a partir de la presentación del informe anterior).

Indicaciones en el empaquetado. Ochenta y tres Partes (61%) confirmaron que exigen que los paquetes de tabaco lleven indicaciones que ayuden a determinar el origen del producto. Ochenta y nueve Partes (66%) indicaron asimismo que exigen que los paquetes lleven una indicación que ayude a determinar si el producto se vende legalmente en el mercado nacional. Cincuenta y una Partes (38%) y 44 Partes (33%), respectivamente, indicaron que no han introducido esa obligación. Noventa y una Partes (67%) señalaron que han implantado la obligación de que las indicaciones figuren en forma legible y/o en el idioma o los idiomas principales del país.

En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes también se pide a las Partes que especifiquen si los paquetes y envases de productos de tabaco destinados a la venta al por menor o al por mayor deben llevar la indicación «Venta autorizada únicamente en...» o cualquier otra marca pertinente que indique el destino final del producto. Catorce Partes respondieron que sí a la pregunta y 16 Partes respondieron que no.

Seguimiento y localización. En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes se pide a las Partes que indiquen si han adoptado un régimen práctico de seguimiento y localización que dé más garantías al sistema de distribución y ayude en la investigación del comercio ilícito. Trece de las 30 Partes que presentaron el segundo informe informaron de que han puesto en práctica la medida en cuestión, en tanto que 17 Partes indicaron que no tienen en marcha ningún sis-

tema de esa índole. Veinte de las Partes que presentaron el segundo informe indicaron que cuentan con medidas relativas a la vigilancia y la recopilación de datos del comercio transfronterizo de productos de tabaco, incluido el comercio ilícito. Por consiguiente, un tercio de esas Partes aún no han impuesto esa obligación en su territorio. Todas las demás Partes donde existe dicha obligación indicaron que facilitan el intercambio de información en la materia entre la administración de aduanas, la administración fiscal y otras administraciones concernidas, según proceda.

Incautación. Setenta y seis Partes (56%) señalaron que han adoptado medidas para posibilitar la incautación de los beneficios derivados del comercio ilícito de productos de tabaco. Cincuenta y cuatro (40%) indicaron que no lo han hecho y cinco no respondieron a la pregunta.

En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, se preguntó a las Partes si exigen que todos los cigarrillos falsificados y de contrabando, todo equipo de fabricación de éstos, y cualquier otro producto de tabaco derivado del comercio ilícito que haya sido decomisado, sean destruidos aplicando métodos inocuos para el medio ambiente, cuando sea factible, o sean eliminados con arreglo a la legislación nacional. Veinticinco de las 30 Partes que presentaron el segundo informe respondieron que sí a la pregunta, tres respondieron que no y dos no contestaron. En el segundo informe (tras cinco años de aplicación), las Partes también informaron sobre si han adoptado y aplicado medidas para vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de productos de tabaco que se encuentren o se desplacen en régimen de suspensión de impuestos o derechos. Veintitrés Partes respondieron que sí, cinco que no y dos no respondieron a la pregunta.

Expedición de licencias. Se preguntó a las Partes si exigen la expedición de licencias u otras medidas para controlar o reglamentar la producción y distribución de productos de tabaco a fin de prevenir el comercio ilícito. Ochenta y cinco Partes (63%) respondieron que sí, 48 Partes (36%) respondieron que no y dos no contestaron a la pregunta.

Promoción de la cooperación contra el comercio ilícito de productos de tabaco. En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, se preguntó a las Partes si promueven la cooperación en materia de investigación, represión y procesamiento entre organismos nacionales y organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales competentes, con miras a eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco. De las 30 Partes que presentaron el segundo informe, 24 respondieron que sí, cuatro Partes respondieron que no y dos no contestaron a la pregunta.

De las 30 Partes que presentaron el segundo informe, 18 facilitaron más detalles acerca de los progresos realizados en la lucha contra el comercio ilícito de productos de tabaco, incluidos ejemplos de algunas de las medidas que han aplicado o explicaciones sobre cómo éstas se han plasmado en la legislación nacional. Así por ejemplo, el Canadá proporcionó información detallada sobre el nuevo sistema de marcado introducido en 2010, que permitirá detectar con mayor facilidad los productos de tabaco falsificados. Finlandia indicó que ha puesto en marcha un nuevo sistema de concesión de licencias a los establecimientos de venta al público de productos de tabaco. Tailandia señaló que en 2009, el gabinete del primer ministro creó un comité encargado de trabajar en la prevención y el control del comercio ilícito de productos de tabaco.

Ventas a menores y por menores (artículo 16 del Convenio)

Ventas a menores y por menores. Un total de 106 Partes (79%) indicaron que han prohibido la venta de productos de tabaco **a menores**. La mayoría de edad varía dependiendo de las legislaciones entre los 15 y los 21 años; en 81 países, la mayoría de edad se ha fijado en los 18 años y en otros 10 en los 16 años. Veintiséis Partes (19%) indicaron que no aplican ninguna medida de ese tipo y tres no

contestaron a la pregunta. Setenta y cinco Partes (56%) han adoptado políticas destinadas a prevenir la venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños.

Setenta y una Partes (53%) señalaron que cuentan con políticas que prohíben la venta de productos de tabaco **por menores**. Sesenta y tres Partes (47%) respondieron que no aplican políticas de esa índole y una Parte no contestó a la pregunta.

Previsión de sanciones contra los vendedores. Noventa y cuatro Partes (70%) respondieron que sus legislaciones prevén sanciones contra los vendedores y distribuidores para hacer cumplir la normativa; 40 Partes (30%) respondieron que no aplican esas medidas y una Parte no contestó a la pregunta.

Prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco. Noventa y seis Partes (71%) indicaron que han implantado medidas para prohibir la distribución gratuita de productos de tabaco al público, en especial a los menores. Treinta y cinco Partes (26%) indicaron que no han aplicado tales medidas y cuatro no contestaron a la pregunta.

Condiciones de la venta de tabaco. La segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes pide a las Partes que informen acerca de algunas de las condiciones específicas en que se produce la venta de productos de tabaco. Se preguntó a las Partes si exigen que todos los vendedores de productos de tabaco coloquen de forma clara y visible en sus establecimientos un letrero que informe de que se prohíbe la venta de productos de tabaco a menores. Veintitrés de las 30 Partes que presentaron su segundo informe respondieron que sí y siete respondieron que no.

Se preguntó a las Partes si, en caso de duda, exigen que el vendedor pida al comprador de productos de tabaco que demuestre, por los medios pertinentes, que es mayor de edad. Veintiséis Partes respondieron que sí y cuatro respondieron que no.

También se preguntó a las Partes si prohíben la venta de productos de tabaco cuando estos productos están directamente accesibles, como por ejemplo en los estantes abiertos de una tienda. Diecisiete Partes respondieron que sí y 13 Partes respondieron que no. Asimismo, 17 Partes señalaron que prohíben la fabricación y venta de caramelos, tentempiés, juguetes u otros objetos en forma de productos de tabaco que puedan resultar atractivos para un menor.

Las preguntas del grupo 2 también se refieren a la venta de productos de tabaco de máquinas expendedoras. Veintiuna de las 30 Partes indicaron que prohíben la venta de productos de tabaco de máquinas expendedoras y nueve Partes respondieron que no prohíben dicha venta. Ahora bien, menos dos Partes (Ghana y Lesotho), todas las Partes que todavía no han prohibido la venta de productos de tabaco de máquinas expendedoras indicaron que exigen que esas máquinas estén ubicadas de forma que sean inaccesibles a los menores y no promuevan la venta de productos de tabaco a menores.

Apoyo a actividades alternativas económicamente viables (artículo 17 del Convenio)

Aspectos económicos del cultivo de tabaco.¹ En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes también se pide a las Partes que faciliten información sobre el cultivo de tabaco en sus respectivas jurisdicciones. Quince de las 30 Partes que presentaron el segundo informe confirmaron que se cultiva tabaco en sus jurisdicciones. Nueve Partes también proporcionaron datos estadísticos acerca del número de trabajadores empleados en el cultivo de tabaco. Esa cifra

¹ A la hora de evaluar la aplicación de medidas políticas dimanantes de los artículos 17 y 18 del Convenio, debe recordarse que no todas las Partes notificantes cultivan tabaco o producen productos de tabaco.

oscila entre unos cuantos cientos o miles (por ejemplo, en Alemania y Mauricio) a 36 millones en la India. Algunas Partes proporcionaron datos desglosados respecto de los trabajadores que se emplean en el cultivo de tabaco e indicaron si dichos empleados trabajan a tiempo completo o son trabajadores estacionales. Se dispone de muy poca información acerca del número de cultivadores de tabaco por sexos. En los casos en que dicha información figura en los informes de las Partes, se ha observado que el número de trabajadoras es mayor al de trabajadores.

Sólo ocho Partes facilitaron información sobre la **parte correspondiente al valor de la producción de tabaco en rama** dentro del producto interno bruto. Los porcentajes indicados, muy reducidos, oscilan entre un 0,0002% (Canadá) y un 0,045% (Turquía).

Actividades alternativas económicamente viables. En la versión revisada de las preguntas del grupo 1 y en las preguntas del grupo 2 se pregunta a las Partes si promueven alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores y los vendedores de productos de tabaco, en tres preguntas separadas. Diez Partes indicaron que han puesto en marcha programas específicos para los trabajadores de las fábricas de tabaco y los pequeños vendedores, y 13 Partes notificaron la existencia de programas dirigidos a los cultivadores.¹ Alrededor de dos tercios de las Partes carecen de programas que promuevan medios de subsistencia alternativos para los trabajadores de las fábricas de tabaco, los pequeños vendedores y los cultivadores.

Más de la mitad de las Partes que presentaron el segundo informe sobre la aplicación del Convenio facilitaron más información detallada con respecto a sus actividades en esa área. Algunas Partes (Bangladesh, Canadá, India, Mauricio y Turquía) dieron ejemplos de cómo prevén proporcionar modos de vida alternativos a quienes trabajan en la cadena del tabaco. Entre esos ejemplos figuran la intensificación de las investigaciones sobre medios de subsistencia alternativos (India), la creación de un comité multisectorial que analice la cuestión y formule recomendaciones al respecto (Mauricio), y la concesión de préstamos o indemnizaciones públicos a quienes dejen de cultivar tabaco (Bangladesh y Turquía).

4. PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE (PARTE V DEL CONVENIO)

Protección del medio ambiente y de la salud de las personas (artículo 18 del Convenio)

En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, las preguntas relativas al artículo 18 han sido reformuladas y se les ha dotado de un carácter más específico. Se preguntó a las Partes si aplican medidas por lo que respecta al cultivo de tabaco en las que se tenga en cuenta la protección del medio ambiente y la salud de las personas en relación con el medio ambiente. De las 30 Partes que presentaron el segundo informe, seis respondieron que aplican medidas que tienen en cuenta la protección del medio ambiente y ocho que aplican medidas que tienen en cuenta la salud de las personas en relación con el medio ambiente. La mitad de las Partes respondieron que en su caso esas preguntas «no proceden».

Se hizo a las Partes la misma pregunta con relación a la fabricación de productos de tabaco. Siete Partes indicaron que tienen en cuenta la protección del medio ambiente, y seis la salud de las personas con

¹ Combinación de las respuestas obtenidas a partir de los 104 informes elaborados por las Partes sobre la base de la versión revisada de la primera fase (preguntas del grupo 1) y la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes.

relación al medio ambiente. El porcentaje de respuestas negativas y el número de Partes que respondieron que la pregunta no procedía fueron idénticos.

Si bien los artículos 17 y 18 siguen aplicándose con un grado de corrección menor, siete Partes (Canadá, Hungría, Japón, Letonia, República Árabe Siria, Tailandia y Turquía) ofrecieron ejemplos del modo en que convendría tener en cuenta el medio ambiente y la salud de las personas en el marco del cultivo de tabaco y la fabricación de productos de tabaco. Entre las medidas adoptadas en ese ámbito figuran la aplicación de normas relativas a la salud y a la seguridad en el lugar de trabajo y la normativa que regula el uso de los pesticidas utilizados para el cultivo de tabaco.

5. CUESTIONES RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD (PARTE VI DEL CONVENIO)

Responsabilidad (artículo 19 del Convenio)

Cuarenta y seis Partes (34%) indicaron que, con fines de control de tabaco, han adoptado medidas para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación cuando proceda. Ochenta y una Partes (60%) respondieron que no y ocho no contestaron a la pregunta.

En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, se añadieron dos nuevas preguntas a la sección sobre el artículo 19. Éstas se refieren a actuaciones específicas que podrían emprender las Partes para facilitar la adopción de medidas relativas a la responsabilidad a fin de combatir el consumo de tabaco en su territorio. Se preguntó a las Partes si alguna persona en su jurisdicción ha incoado alguna acción por responsabilidad penal y/o civil, incluida la compensación cuando proceda, contra una empresa tabacalera en relación con cualquier efecto adverso para la salud causado por el consumo de tabaco. Sólo nueve de las 30 Partes que presentaron el segundo informe respondieron que sí, 20 respondieron que no y una no contestó la pregunta.

También se pidió a las Partes que indicaran si han adoptado alguna medida legislativa, ejecutiva administrativa o de otro tipo contra la industria tabacalera con respecto al reembolso total o parcial de los gastos médicos, sociales o de otro tipo ligados al consumo de tabaco en su territorio. Únicamente tres Partes respondieron que sí y 27 Partes respondieron que no. El Canadá y el Japón indicaron que en su legislación nacional se incluía la responsabilidad y adjuntaron el texto de dichas leyes. El Canadá agregó además una lista extensa de las leyes provinciales (que varían de una provincia a otra) concierne a la indemnización por los daños a la salud causados por la industria tabacalera. Cinco Partes (Finlandia, Islas Marshall, Japón, Noruega y Panamá) informaron acerca de los procesos judiciales en que se ha pedido una indemnización por los daños a la salud causados por el consumo de tabaco.

6. COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA (PARTE VII DEL CONVENIO)

Investigación, vigilancia e intercambio de información (artículo 20 del Convenio)

En la versión revisada de la primera fase (preguntas del grupo 1) y la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes se ofrecen, en comparación con la versión inicial de las preguntas del grupo 1, más opciones de respuesta para que las Partes informen sobre sus políticas en materia de investigación, vigilancia e intercambio de información. Salvo que se indique otra cosa, la información que figura más abajo se ha obtenido de los informes de las 104 Partes que respondieron a las preguntas en cuestión.

Programas de vigilancia nacional. Cuarenta y cuatro Partes (42%) indicaron que cuentan con un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de los patrones del consumo de tabaco. Cuarenta y cinco Partes (43%) indicaron que no tienen en funcionamiento un sistema de esas características, y 15 Partes no contestaron a la pregunta.¹ En lo que atañe a los datos relativos a los indicadores sociales, económicos y sanitarios ligados al consumo de tabaco, 34 Partes (33%) señalaron que sus programas de vigilancia nacional también abarcan esa información. Cincuenta y seis Partes (54%) respondieron negativamente a la pregunta y 14 Partes (13%) no contestaron.²

La segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes permite que las Partes aporten más detalles acerca de el abanico de datos recopilado mediante los programas de vigilancia nacional. Por ejemplo, la mitad de las 30 Partes que presentaron su segundo informe (tras cinco años) indicó que su sistema de vigilancia también incluye los determinantes del consumo de tabaco, y 12 de las 30 Partes declararon que su sistema incluye las consecuencias del consumo de tabaco. Un número mayor de Partes (23) señaló que sus sistemas también abarcan aspectos relacionados con la exposición al humo de tabaco.

Capacitación y apoyo a la investigación. En lo que atañe a la capacitación y el apoyo de las personas que se ocupan de actividades de control del tabaco, incluidas la investigación, la ejecución y la evaluación, 41 Partes (40%) confirmaron haber puesto en marcha tales programas, 48 (46%) respondieron negativamente y 15 (14%) no respondieron a la pregunta.

Intercambio de información. Cuarenta y nueve Partes (47%) indicaron haber promovido el intercambio de información científica, técnica, socioeconómica, comercial y jurídica; sólo 30 Partes (29%) intercambian información sobre las prácticas de la industria tabacalera y 25 (24%) lo hacen con respecto al cultivo de tabaco, si bien debe recordarse que no todas las Partes cultivan o manufacturan tabaco en su territorio. Alrededor del 15% de las Partes no contestaron a ninguna de estas preguntas.

Bases de datos sobre las leyes y reglamentos. Según el artículo 20.4 a) del Convenio, cada Parte procurará establecer progresivamente y mantener una base de datos actualizada sobre las leyes y reglamentos de control del tabaco y, según proceda, información sobre su aplicación, así como sobre la jurisprudencia pertinente. En conjunto, 55 Partes (53%) indicaron que mantienen una base de datos de las leyes y reglamentos nacionales sobre el control del tabaco; 45 Partes (43%) afirmaron que ésta incluye información sobre la aplicación de las leyes y reglamentos, y 27 Partes (26%) que contiene información sobre la jurisprudencia pertinente. El porcentaje de respuestas negativas a las tres preguntas en cuestión fue de un 34%, un 43% y un 57%, respectivamente.

Investigación.³ La segunda fase del instrumento de presentación de informes ofrece margen suficiente para que las Partes informen en detalle sobre el alcance y las áreas de investigación en relación con

¹ Los progresos realizados en ese ámbito son evidentes cuando únicamente se tienen en cuenta las respuestas del segundo informe (tras cinco años). De las 30 respuestas que se han recibido hasta el momento a ese informe, 23 Partes (77%) respondieron afirmativamente, seis (20%) respondieron negativamente y uno no contestó a la pregunta.

² Una vez más, los progresos realizados en ese área pueden observarse al analizar los segundos informes (tras cinco años). Trece Partes respondieron que sí, 16 Partes respondieron que no y una parte no contestó a la pregunta.

³ En vista de las discrepancias, en lo referente a las preguntas relacionadas con el artículo 20, entre la versión inicial y la versión revisada de las preguntas del grupo 1, y teniendo en cuenta asimismo el grado de detalle exigido en la versión revisada de las preguntas del grupo 1 y del grupo 2, únicamente se han analizado en detalle los datos obtenidos de los informes presentados por las Partes a los cinco años de aplicación. Los progresos realizados por las Partes con relación a la aplicación del artículo 20 del Convenio figuran más adelante en esta sección, en «Progresos realizados en la aplicación del Convenio a lo largo de los dos ciclos de presentación de informes».

diversos aspectos del consumo y el control del tabaco. Según las conclusiones del análisis, los programas de investigación abordan con mayor frecuencia los factores determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco, seguidos de los indicadores sociales y económicos, y el consumo de tabaco entre las mujeres. El análisis de la información contenida en los segundos informes puede resumirse del modo siguiente:

- 24 Partes indicaron que cuentan con programas de investigación sobre los **determinantes del consumo de tabaco**, y 21 Partes han puesto en marcha programas de investigación sobre las **consecuencias del consumo de tabaco**; seis y nueve Partes, respectivamente, no disponen de tales programas;
- 20 Partes indicaron que cuentan con programas de investigación relativos a los **indicadores sociales y económicos** relacionados con el consumo de tabaco, mientras que un tercio de las Partes señaló que no dispone de tales programas;
- 18 Partes indicaron que cuentan con programas de investigación que tratan el **consumo del tabaco entre las mujeres**, en especial, las mujeres embarazadas, mientras que 12 Partes señalaron que no han emprendido tales actividades de investigación;
- 15 Partes indicaron que disponen de programas de investigación cuyo objetivo es definir programas eficaces para el **tratamiento de la dependencia del tabaco**;
- únicamente siete Partes cuentan con programas de investigación destinados a **definir modos de subsistencia alternativos**, actividad claramente ligada al artículo 17, mientras que 22 Partes no disponen de tales programas y una Parte no contestó la pregunta.
- La pregunta en que se pide a las Partes que indiquen si disponen de programas de investigación sobre los determinantes y las consecuencias de la **exposición al humo de tabaco** es idéntica en la versión revisada de las preguntas del grupo 1 y en la del grupo 2. De las 104 Partes que presentaron su informe utilizando esos instrumentos, 43 (41%) respondieron que sí, 53 (51%) respondieron que no y ocho no contestaron a la pregunta. Si únicamente se tienen en cuenta las respuestas aportadas en el segundo informe (tras cinco años), se observa que 18 Partes (60%) indicaron que disponen de programas de investigación acerca de la exposición al humo de tabaco, lo que supone un incremento considerable en la puesta en marcha de tales programas.

Veinticuatro de las 30 Partes que presentaron su segundo informe de aplicación aportaron más detalles sobre sus actividades de investigación. Muchas de las Partes hicieron referencia a encuestas y estudios que habían encargado en los últimos años. Dos Partes informaron sobre labores de investigación que se están realizando en otros ámbitos de la lucha antitabáquica. Hungría indicó que ha emprendido actividades de investigación sobre las advertencias gráficas. Panamá señaló que está llevando a cabo actividades de investigación centradas en el seguimiento que se hace de la aplicación de distintas políticas de lucha antitabáquica. Una Parte (Canadá) indicó que las Partes no disponen de ninguna directriz relativa a la aplicación del artículo 20 del Convenio.

Cooperación y asistencia internacionales (artículos 22 y 26 del Convenio)

Con arreglo al artículo 21.1c) del Convenio, las Partes deben informar sobre la ayuda financiera o técnica suministrada o recibida para actividades específicas de control del tabaco.

Áreas de asistencia. Se pidió a las Partes que proporcionaran información sobre asistencia técnica y financiera en áreas específicas vinculadas a lo dispuesto en el artículo 22. A continuación figuran las principales conclusiones derivadas del análisis de las respuestas:

- 36 Partes (27%) indicaron que han prestado asistencia para el desarrollo, la transferencia y la adquisición de tecnología, conocimientos, aptitudes, capacidad y competencia técnica relacionados con el control del tabaco (en cumplimiento del artículo 22.1 a)), y 59 Partes (44%) señalaron que han recibido dicha asistencia. Catorce Partes y cuatro Partes, respectivamente, no contestaron a la pregunta;
- 38 Partes (28%) indicaron que han prestado asistencia en forma de asesoramiento técnico, científico, jurídico y de otra índole a fin de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales de control del tabaco (en cumplimiento del artículo 22.1b)), y 61 Partes (45%) señalaron que han recibido dicha asistencia. Catorce Partes y siete Partes, respectivamente, no contestaron a la pregunta.
- 31 Partes (23%) indicaron que han prestado asistencia con relación a programas de formación o sensibilización apropiados para el personal pertinente, según lo dispuesto en el artículo 12 (en cumplimiento del artículo 22.1c)), y 41 Partes (30%) señalaron que han recibido dicha asistencia. Dieciséis Partes y nueve Partes, respectivamente, no contestaron a la pregunta;
- 24 Partes (18%) indicaron que han proporcionado y 44 (33%) que han recibido el material, equipo, suministros y apoyo logístico necesarios para las estrategias, planes y programas de lucha antitabáquica (en cumplimiento del artículo 22.1d)). Dieciséis Partes y ocho Partes, respectivamente, no contestaron a la pregunta.
- 16 Partes (12%) indicaron que han proporcionado asistencia para definir métodos de lucha antitabáquica, incluido el tratamiento integral de la adicción a la nicotina (en cumplimiento del artículo 22.1e)), y 25 Partes (19%) que han recibido dicha asistencia. Diecisiete Partes y ocho Partes, respectivamente, no contestaron a la pregunta.
- Únicamente nueve Partes (7%) han prestado asistencia en materia de investigación, con el fin de aumentar la asequibilidad del tratamiento integral de la adicción a la nicotina (en cumplimiento del artículo 22.1f)), y 13 Partes (10%) señalaron que han recibido dicha asistencia. Veintiuna Partes y 13 Partes, respectivamente, no contestaron a la pregunta.

En general, las respuestas a las preguntas relacionadas con el artículo 22 del Convenio indican que las Partes informan con mayor frecuencia sobre la asistencia que reciben que sobre la asistencia que proporcionan.

Alrededor de dos tercios de las Partes que presentaron el segundo informe de aplicación proporcionaron más información para apoyar sus respuestas afirmativas en distintos ámbitos de la cooperación internacional, lo que incluye los nombres de países u organizaciones de los que han recibido asistencia, o los nombres de países a los que han prestado asistencia. También se ha observado un leve aumento en las cifras, con respecto al informe resumido de 2009, en especial en el número de Partes que reciben asistencia. Ése sigue siendo un campo en que hay que invertir más esfuerzos para aprovechar al máximo el potencial del Convenio.

En el cuestionario de la segunda fase del instrumento de presentación de informes, se pide a las Partes que indiquen si alientan a las instituciones financieras y de desarrollo intergubernamentales regionales e internacionales en las que están representadas a suministrar asistencia financiera a las Partes que son

países en desarrollo y Partes con economías en transición para ayudar a éstas a cumplir las obligaciones dimanantes del Convenio, en referencia al artículo 26.4 del Convenio. Sólo cinco de las 30 Partes que presentaron el segundo informe respondieron afirmativamente; 18 Partes respondieron negativamente y siete no contestaron a la pregunta. De las cinco Partes (Canadá, Islas Cook, Lesotho, Mauricio y Panamá) que indicaron haberlo hecho, tres proporcionaron detalles sobre sus actividades. Por ejemplo, el Canadá aportó una lista de actividades financiadas en el marco de su programa de subvenciones internacionales para la salud de Health Canadá. Mauricio informó sobre las actividades de sensibilización emprendidas dirigidas a la OMS con miras a obtener un aumento de la ayuda financiera y técnica aportada a otros países en materia de lucha antitabáquica. Panamá ha presentado el trabajo realizado por el Ministerio de la Salud al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), con el fin de promover la aplicación del Convenio Marco de la OMS en la región.

Relación entre el presente Convenio y otros acuerdos e instrumentos jurídicos. Con referencia al artículo 2.2 del Convenio, se pide a las Partes que comuniquen a la Conferencia de las Partes, a través de la Secretaría del Convenio, los acuerdos bilaterales y multilaterales, incluso acuerdos regionales o subregionales, que han concertado sobre cuestiones relacionadas con el Convenio y sus protocolos o cuestiones adicionales. Hasta la fecha, sólo dos Partes (el Canadá y la Unión Europea) han presentado información a este respecto.¹

Los ejercicios de evaluación de las necesidades realizados en varias Partes sugieren que es posible que ese tipo de acuerdos, en general, también existan en otras Partes, aunque aún estén pendientes de notificación a la Conferencia de las Partes.

La escasez de información acerca de la aplicación del artículo 2.2, indica que es preciso seguir esforzándose para mejorar los conocimientos en ese ámbito.

7. PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO A LO LARGO DE LOS DOS CICLOS DE PRESENTACIÓN DE INFORMES

A fecha 30 de junio de 2010, 30 Partes² habían presentado el segundo informe (a los cinco años) sobre la aplicación del Convenio. Los progresos de cada una de las Partes pueden evaluarse mediante la comparación de las respuestas facilitadas en los informes a los dos años y a los cinco años de aplicación y la documentación de apoyo conexa. En vista de que en el caso de 30 Partes³ ya se cuenta con dos conjuntos de datos, es posible hacer también un análisis inicial de las tendencias en el proceso de aplicación del Convenio.

¹ El Canadá y la Unión Europea han facilitado información sobre el memorando de entendimiento entre el Ministerio de Salud del Canadá y la Dirección General de Sanidad y Consumidores de la Comisión Europea en la esfera del control del tabaco. Además, el Canadá informó acerca de otro memorando de entendimiento celebrado con el Ministro de Salud del Brasil en materia de colaboración en el ámbito sanitario, que abarca algunas de las disposiciones sobre la lucha antitabáquica.

² Las Partes que han presentado tanto el primer como el segundo informe son: Alemania, Armenia, Bangladesh, Brunei Darussalam, Canadá, Eslovaquia, Eslovenia, Finlandia, Ghana, Hungría, India, Islas Cook, Islas Marshall, Japón, Jordania, Lesotho, Letonia, Lituania, Mauricio, México, Nueva Zelanda, Noruega, Países Bajos, Palau, Panamá, República Árabe Siria, Seychelles, Tailandia, Turquía y Uruguay.

³ También es importante tener presente que hasta la fecha sólo un reducido número de Partes han presentado el segundo informe y que en la primera fase (preguntas del grupo 1) del instrumento de presentación de informes no todas las preguntas eran de respuesta obligatoria; las preguntas «optativas» posiblemente hayan obtenido tasas de respuesta más bajas.

Se ha intentado evaluar los progresos realizados por las Partes que han presentado el primero y el segundo informe. A los efectos de ese análisis, se han seleccionado once artículos¹ (aquellos cuyos datos presentan un alto grado de comparabilidad entre el cuestionario de la segunda fase y los dos cuestionarios de la primera fase del instrumento de presentación de informes). En esos artículos se utilizaron un conjunto de indicadores que permiten realizar esas comparaciones para evaluar los progresos realizados en la aplicación. Dichos indicadores figuran en el **anexo**.

En el caso de cinco de esos artículos, los niveles de aplicación ya eran relativamente elevados (más de dos tercios de las Partes notificaron que han aplicado las principales medidas previstas en las disposiciones en cuestión) en el momento en que las Partes presentaron su primer informe, a saber: el artículo 8 (Protección contra la exposición al humo de tabaco), el artículo 10 (Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco), el artículo 11 (Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco), el artículo 12 (Educación, comunicación, formación y concientización del público) y el artículo 16 (Ventas a menores y por menores). Otros tres artículos han alcanzado niveles de aplicación similares (más de dos tercios de las Partes notificantes) a los cinco años de aplicación: el artículo 14 (Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco); el artículo 15 (Comercio ilícito de productos de tabaco); y el artículo 20 (Investigación, vigilancia e intercambio de información). Los cinco artículos que lograron elevados niveles de aplicación en la etapa inicial (a los dos años) han obtenido resultados incluso mejores a los cinco años: todos ellos han alcanzado niveles de aplicación de más del 80% de las medidas enunciadas en el instrumento de presentación de informes.

Nueve de las 30 Partes (Brunei Darussalam, Canadá, India, Islas Cook, Japón, Nueva Zelandia, Países Bajos, Tailandia y Uruguay) que presentaron tanto el primer como el segundo informe han notificado la aplicación de más del 80% de las medidas analizadas en la etapa inicial (a los dos años). Otras cinco Partes (Eslovaquia, Eslovenia, México, Panamá y Turquía) han pasado a formar parte de ese grupo sobre la base de los datos notificados por cada una de ellas a los cinco años de aplicación.

Doce Partes han notificado el logro de progresos en relación con cinco o más artículos analizados en este ejercicio: las Islas Cook y Seychelles han obtenido mejoras en lo referente a nueve artículos y Ghana en relación a siete artículos, seguidas de las Islas Marshall, México, Panamá y Turquía (seis artículos) y Bangladesh, Lituania, Mauricio, Noruega y Tailandia (cinco artículos). Otras 17 Partes han realizado progresos en relación con menos de cinco de los artículos objeto de análisis.

Tres Partes (Canadá, Finlandia y Tailandia) que ya habían notificado la adopción de un elevado número de medidas a los dos años han logrado mejorar aún más sus respectivos niveles de aplicación a los cinco años.

En general, se observa un progreso en la aplicación del Convenio a nivel mundial, a tenor de los datos notificados a los cinco años por un reducido subconjunto de Partes. Esta tendencia inicial tal vez se haga más patente conforme aumente el número de informes a los cinco años de aplicación presentados por las Partes.

¹ Artículo 5 (Obligaciones generales); artículo 6 (Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco); artículo 8 (Protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares públicos cerrados); artículo 10 (Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco); artículo 11 (Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco); artículo 12 (Educación, comunicación, formación y concientización del público); artículo 13 (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco); artículo 14 (Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco); artículo 15 (Comercio ilícito de productos de tabaco); artículo 16 (Ventas a menores y por menores); y artículo 20 (Investigación, vigilancia e intercambio de información).

8. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO

A continuación se presenta un análisis de los datos sobre prevalencia notificados por las Partes, desglosados por sexo, en relación con el tabaco para fumar y el tabaco sin humo, entre los adultos y los jóvenes. Para la verificación de los datos facilitados por las Partes se consultó la documentación de apoyo pertinente o directamente la fuente de datos indicada en cada caso. En algunos casos no fue posible verificar los datos y hubo que excluirlos del análisis. Los indicadores prevén dos categorías - adultos y jóvenes -, desglosadas a su vez por sexo y por tipo de tabaco consumido (tabaco para fumar y tabaco sin humo). En lugar de presentar promedios simples, se han generado promedios ponderados¹ para así asegurar que, dentro del promedio general por región, queden mejor reflejadas las cifras correspondientes a países con una mayor población fumadora.

Consumo de tabaco por adultos

Tabaco para fumar. De los 135 informes recibidos, 111 (82%) contienen datos sobre el consumo de tabaco por los adultos y 108 de esos 111 informes (97%) también proporcionan datos desglosados por sexo. Estos informes aportan información relativa a la población adulta por grupos de edad específicos o mezclando todas las edades, o a ambas cosas, si bien se observan grandes diferencias en cuanto a su calidad y exhaustividad.

La franja de edad y los grupos de edad sobre los que se informa varían considerablemente. En el caso de algunas Partes, la franja de edad de partida para el primer grupo de adultos empieza a los 10 años, mientras que en otros casos la edad más baja son los 15, los 18 o incluso los 25 años. Del mismo modo, en el caso de algunas Partes, la edad más elevada notificada son 49 años, mientras que en el de otras son 64; a veces no se ha establecido límite alguno (por ejemplo, en algunos casos, la franja de edad es de 15 años en adelante). Casi dos tercios de las 111 Partes que presentaron su informe sobre la prevalencia del consumo de tabaco para fumar entre los adultos facilitaron datos por grupos de edad en intervalos de 10 años, como se recomienda en el instrumento de presentación de informes, habiéndose observado diferencias entre las distintas regiones de la OMS. El porcentaje de Partes que utilizan franjas de edad de 10 años oscila entre el 36% en la Región de África y el 79% en la Región de Europa. Ha sido difícil comparar las cifras de prevalencia por franjas de edad, debido a la gran diversidad de grupos de edad con respecto a los que las Partes presentaron datos. No obstante, las tasas más elevadas de prevalencia han sido notificadas entre los jóvenes y los adultos de edad madura, mientras que las tasas más bajas se han encontrado entre los adultos de mayor edad, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres.

¹ Las medias ponderadas se han calculado utilizando las cifras de población como coeficientes de ponderación de los países en cada región de la OMS. Los datos de población se han obtenido de la base de datos de población de las Naciones Unidas. Las medias ponderadas representan una medida cruda de la magnitud y las tendencias del consumo de tabaco por sexo en adultos y jóvenes a nivel regional y mundial. No tienen en cuenta las diferencias en los instrumentos de encuesta (por ejemplo, las estrategias de muestreo empleadas), el año de la encuesta, las definiciones utilizadas para los tipos de tabaco (por ejemplo, cigarrillos, todas las formas de tabaco para fumar), las definiciones de la frecuencia de consumo de tabaco (por ejemplo, los fumadores actuales pueden medirse en el último mes o definirse como aquellos que han fumado al menos 100 cigarrillos y fuman en el momento de la encuesta) y edades (por ejemplo, algunos países proporcionan información sobre las personas mayores de 15 años y más, mientras que otros ofrecen información de 25 a 64 años). Los promedios se han calculado para los consumidores de tabaco, sin distinguir entre los tipos de productos del tabaco. Esto se debe a que en muchos informes no se comunicó el tipo de producto de tabaco para fumar. Las cifras de prevalencia utilizadas para calcular los promedios ponderados son las que presentaron oficialmente las Partes a la Secretaría del Convenio hasta el 30 de junio de 2010).

En términos mundiales, el promedio ponderado calculado a partir de los datos facilitados por las Partes muestra que actualmente un 36% de los hombres y un 8% de las mujeres son fumadores. Se observan, no obstante, notables variaciones entre los promedios correspondientes a cada una de las seis regiones de la OMS (véase el **cuadro 7**).

Las tasas medias de prevalencia del consumo diario de tabaco para fumar entre los varones oscilan entre el 22% en la Región de África y la Región de las Américas, y el 46% en la Región del Pacífico Occidental. En el caso de las mujeres, se han observado mayores diferencias relativas, con tasas que varían entre el 2% en la Región de Asia Sudoriental y el 17% en la Región de Europa.

En lo que respecta al consumo actual de tabaco para fumar entre los varones, las tasas oscilan entre el 26% **en la Región de las Américas y el 47% en la Región del Pacífico Occidental. En el caso de las mujeres, las tasas varían entre el 2% en la Región de Asia Sudoriental y el 22% en la Región de Europa. La mayor diferencia por sexos se observa en la Región de Asia sudoriental, donde el consumo actual de tabaco para fumar entre los varones es casi 18 veces superior al de las mujeres. La diferencia más pequeña se observa en la Región de las Américas, donde la tasa media de consumo actual de tabaco para fumar entre los varones tan sólo es 1,6 veces superior a la de las mujeres.**

De las 30 Partes que presentaron el segundo informe, 27 Partes (90%) facilitaron datos sobre el consumo de tabaco para el conjunto de la población adulta,¹ lo que supone una mejora con respecto al 80% de las Partes (84 de 105) que hicieron lo propio en el primer informe. Esto puede deberse, por un lado, a que las Partes son cada vez más conscientes de la importancia de las actividades de vigilancia del tabaco y participan cada vez más en las mismas y, por otro, a que se ha mejorado el diseño del cuestionario de la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes y se pide a las Partes que aporten documentación de apoyo.

En cuanto a la frecuencia del consumo de tabaco, 89 de las 111 Partes (80%) que proporcionaron información acerca del consumo de tabaco entre la población adulta en su primer y su segundo informe (tras dos años y cinco años, respectivamente) facilitaron datos acerca de la tasa de prevalencia del consumo de tabaco en el total de la población. Casi todas las Partes aportaron información acerca de la frecuencia: fumadores diarios (97%), fumadores ocasionales (72%) y fumadores actuales (25%).

Únicamente se pide información relativa a ex fumadores y personas que nunca han fumado en la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes. Veintitrés de las 30 Partes que presentaron su segundo informe facilitaron información acerca de ex fumadores adultos, desglosada por sexos. Del mismo modo, 22 de las 30 Partes aportaron información sobre las personas que nunca han fumado desglosada por sexos.

En el caso de los ex fumadores, las medias ponderadas indican grandes diferencias entre las regiones de la OMS, cuyas tasas en los varones oscilan entre el 4% en la Región de África y el 29% en la Región del Pacífico Occidental. En lo que respecta a las mujeres, las tasas ponderadas oscilan entre el 1% en la Región de África y la Región de Asia Sudoriental y el 19% en la Región de Europa. En cuanto a las personas que nunca han fumado, las tasas medias ponderadas en los varones varían entre el 33% en la Región de Europa y el 58% en la Región de África. En el caso de las mujeres, la cifra más baja (58%) se ha obtenido en la Región de Europa y la más alta (97%) en la Región de Asia Sudoriental.

¹ En 19 casos, las Partes incluyeron datos de un estudio más reciente en su segundo informe (tras cinco años).

También se pidió a las Partes que informaran acerca del número medio de cigarrillos consumidos por día.¹ Las medias ponderadas de este indicador también se han calculado por separado para los hombres y para las mujeres. Una vez más, se observan variaciones entre las distintas regiones. El número de cigarrillos consumidos por día y por región es el siguiente: siete en el caso de los hombres y seis en el de las mujeres en la Región de África y la Región de Asia Sudoriental; 12 en el caso de los hombres y 11 en el de las mujeres en la Región de las Américas; 15 en el caso de los hombres y ocho en el de las mujeres en la Región del Mediterráneo Oriental; 16 en el caso de los hombres y 14 en el de las mujeres en la Región del Pacífico Occidental; y 17 en el caso de los hombres y 13 en el de las mujeres en la Región de Europa.

Tabaco sin humo. Veinte de las 135 Partes notificantes facilitaron datos sobre el consumo de productos de tabaco sin humo.² Entre las Partes que no proporcionaron información sobre el consumo de productos de tabaco sin humo, algunas han indicado que la venta de esos productos está prohibida por ley en su territorio. Las demás Partes explicaron por qué no han proporcionado información al respecto. La ausencia de respuesta puede deberse bien a que no hay datos o a que se ha estimado, con razón o sin ella, que los productos de tabaco sin humo no son consumidos en el país.

Las medias ponderadas calculadas a partir de los datos presentados por las Partes ponen de manifiesto que el consumo actual de tabaco sin humo en el mundo asciende al 27% de los hombres y el 9% de las mujeres. Se ha observado que esas medias varían en función del sexo y de la región de la OMS de que se trate. (véase el **cuadro 7**).

¹ La mayoría de las Partes aportó información sobre el número medio de cigarrillos consumidos por día. En los casos en que no se ha especificado el producto de tabaco se ha presupuesto que eran cigarrillos.

² Los datos relativos a las pipas de agua no se han incluido en la categoría de tabaco sin humo.

Cuadro 7. Tasas medias estimadas de prevalencia del consumo de tabaco para fumar y del consumo de tabaco sin humo, por regiones (%)

Región de la OMS	Hombres						Mujeres					
	Consumidores actuales		Consumidores diarios		Ex consumidores	Nunca consumidores	Consumidoras actuales		Consumidoras diarias		Ex Consumidoras	Nunca Consumidoras
	Tabaco para fumar	Tabaco sin humo	Tabaco para fumar	Tabaco sin humo	Tabaco para fumar	Tabaco para fumar	Tabaco para fumar	Tabaco sin humo	Tabaco para fumar	Tabaco sin humo	Tabaco para fumar	Tabaco sin humo
Región de África	30	ND	22	ND	4	58	7	ND	5	ND	1	94
Región de las Américas	26	1	22	ND	24	49	16	ND	14	ND	13	77
Región de Asia Sudoriental	35	33	32	33	11	44	2	10	2	10	1	97
Región de Europa	42	9	37	5	21	33	22	2	17	1	19	58
Región del Mediterráneo Oriental	31	12	31	10	18	38	5	4	4	3	2	88
Región del Pacífico Occidental	47	1	46	1	29	34	8	10	7	10	6	84

ND: datos no disponibles.

En lo que respecta a los consumidores actuales de tabaco sin humo, en el caso de los hombres la media ponderada oscila entre el 1% en la Región de las Américas y la Región del Pacífico Occidental, y el 33% en la Región de Asia Sudoriental; las tasas de las mujeres van desde el 2% en la Región de Europa hasta el 10% en la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental.

En lo que atañe a los consumidores diarios de tabaco sin humo, en el caso de los hombres, la media ponderada más baja (1%) se ha registrado en la Región del Pacífico Occidental y la más elevada (33%) en la Región de Asia Sudoriental; en el caso de las mujeres, la media ponderada más baja (1%) se ha registrado en la Región de Europa y la más elevada (10%) en la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental.

La información relativa a las personas que nunca han sido consumidores de tabaco sin humo y a los ex consumidores únicamente se pidió en la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, y sólo cinco de las 30 Partes que cumplimentaron el cuestionario aportaron dicha información. Debido al bajo índice de notificación, no han podido calcularse medias regionales comparables para esas dos categorías.

Consumo de tabaco entre los jóvenes

Tabaco para fumar. Ciento tres de las 135 Partes notificantes (76%) incluyeron datos sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes. El grupo etario sobre el que se informa con más frecuencia es el de edades comprendidas entre los 13 y los 15 años (61 informes). En los casos restantes, los grupos de edad varían considerablemente entre las Partes. Algunas proporcionan datos para cada edad - por ejemplo, para los 11 años de edad o los 13 años de edad -, y sólo unos pocos utilizan el término «año escolar», en lugar de referirse a una edad o una franja de edad específica.

Se han calculado los promedios ponderados correspondientes al consumo de tabaco para fumar entre los jóvenes. En términos mundiales, la proporción de fumadores es el doble de elevada entre los chicos (12%) que entre las chicas (6%). A nivel de regiones, las diferencias entre chicos y chicas son especialmente acusadas en Asia Sudoriental, donde el número de fumadores es 3,5 veces más elevado entre los primeros que entre las segundas, seguida de las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, donde las tasas de prevalencia de las chicas son un 50% inferiores a las de los chicos (véase el **cuadro 8**). De las 103 Partes que proporcionaron información relativa a la prevalencia del consumo de tabaco para fumar entre los jóvenes, 15 indicaron tasas de prevalencia entre las chicas iguales o superiores a las de los chicos (esas Partes están situadas en la Región de las Américas y la Región de Europa).

Cuadro 8. Promedios regionales estimados de la prevalencia del consumo de tabaco para fumar y del consumo de tabaco sin humo entre los jóvenes (%)¹

Región de la OMS	Chicos		Chicas	
	Tabaco para fumar	Tabaco sin humo	Tabaco para fumar	Tabaco sin humo
África	20	17	9	11
Américas	18	7	12	5
Asia Sudoriental	7	15	2	7
Europa	13	8	10	4
Mediterráneo Oriental	15	15	7	12
Pacífico Occidental	19	42	9	32

Tabaco sin humo. Sólo 25 (19%) de las 135 Partes notificantes aportaron datos sobre el consumo de tabaco sin humo entre los jóvenes. En términos mundiales, los promedios ponderados calculados para los chicos y las chicas a partir de los datos facilitados por las Partes indican que un 15% y un 7%, respectivamente, consumen tabaco sin humo. El porcentaje de chicos que consumen tabaco sin humo es más elevado (40%) en la Región del Pacífico Occidental y más bajo (7%) en la Región de las Américas. Entre las chicas, el porcentaje más elevado se encuentra en la Región del Pacífico Occidental, con un 32%, y el más bajo en la Región de Europa, con un 4%.

Otros productos de tabaco. En la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, también se dio a las Partes la opción de informar sobre «otros productos de tabaco», tales como las pipas de agua. Quince de las 30 Partes aportaron datos de prevalencia al respecto.

Consumo de tabaco por grupos étnicos²

Diecinueve (14%) de las 135 Partes notificantes facilitaron datos sobre el consumo de tabaco por grupos étnicos, aunque no en cantidades suficientes para extraer conclusiones basadas en comparaciones entre las tasas de prevalencia correspondiente a cada uno de ellos. No obstante, los datos permiten hacer algunas observaciones respecto del consumo de tabaco en los grupos étnicos. Por ejemplo, en Noruega y Nueva Zelanda existen diferencias importantes entre distintos grupos étnicos, con tasas de prevalencia que fluctúan entre el 9% y el 39%, y entre el 12% y el 45%, respectivamente. De forma análoga, el informe presentado por el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte proporcionó

¹ Los datos se refieren a los usuarios actuales de productos de tabaco. No se dispone de datos comparables para los consumidores diarios.

² Tanto en la primera fase (preguntas del grupo 1), como en la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, se pide a las Partes que proporcionen datos por grupos étnicos. Ahora bien, ninguna definición oficial de «grupos étnicos» fue aportada, por lo que la decisión de qué grupos habían de incluirse, quedó a criterio de las Partes. En algunos casos, las Partes notificaron prevalencia de tabaquismo entre las poblaciones indígenas, mientras que en otros utilizaron la nacionalidad o el lugar de nacimiento como indicador de etnicidad.

datos relativos a 15 grupos étnicos diferentes que muestran que el consumo diario de cigarrillos en esos grupos oscila entre el 10% y el 33%.¹

Cambios en el consumo de tabaco a lo largo de los dos ciclos de presentación de informes²

Consumo de tabaco por adultos. El análisis de los cambios en la prevalencia se ve limitado por los datos presentados para los mismos indicadores de consumo de tabaco en los dos ciclos de presentación de informes. La comparación se ha limitado a las siete Partes que notificaron **tasas de prevalencia** del consumo de tabaco para fumar en la población adulta tanto en el primero como en el segundo informe. En el caso de Eslovenia, las Islas Cook y la República Árabe Siria, las tasas de prevalencia del consumo actual y diario de tabaco para fumar son idénticas en ambos informes, ya que se utilizó la misma encuesta. Se observa una ligera disminución en las tasas de consumo actual y diario de tabaco para fumar entre los hombres y las mujeres en Mauricio y Noruega. En lo referente al consumo diario de tabaco para fumar, han disminuido las tasas de prevalencia entre los varones y las mujeres en México; en la India se ha observado una disminución en la prevalencia diaria del consumo de tabaco para fumar, aunque ésta se limita a la población femenina.

En lo que respecta al consumo de **tabaco sin humo** en la población adulta, para todos los grupos de edad, sólo se han podido cotejar los datos correspondientes a Bangladesh, la India y Noruega. En Noruega, se observa una ligera disminución del consumo actual de tabaco sin humo entre los varones, en tanto que el consumo entre las mujeres ha aumentado en más de una vez y media. En Bangladesh, el consumo de tabaco sin humo entre los hombres ha aumentado en 11,6 puntos porcentuales, mientras que en las mujeres ha aumentado en 3,5 puntos porcentuales. Con respecto al consumo diario de tabaco sin humo, en Noruega no se observa ninguna evolución en el caso de los hombres, mientras que dicho consumo se ha duplicado entre las mujeres. En la India, el consumo diario de tabaco sin humo entre los hombres se ha incrementado en 8,4 puntos porcentuales, y se ha reducido en 3,6 puntos porcentuales en las mujeres.

Consumo de tabaco entre los jóvenes. Sólo ha sido posible utilizar los informes de nueve de 25 Partes notificantes para determinar cambios en los valores de prevalencia en la población joven entre el primer y el segundo ciclo de presentación de informes, ya que esas Partes facilitaron datos globales sobre la prevalencia entre los jóvenes en ambos informes. Se observa entre el primer y el segundo ciclo de presentación de informes una disminución de las **tasas de prevalencia** del consumo de tabaco para fumar entre los chicos y las chicas en Armenia, Jordania, Mauricio, Nueva Zelandia y Panamá. En cambio, en el caso de Letonia, la República Árabe Siria y Turquía esas tasas han aumentado. En el caso de Seychelles, los datos notificados dentro de ambos ejercicios indican que durante el periodo que media entre uno y otro la prevalencia del consumo de tabaco para fumar ha disminuido entre los chicos pero ha aumentado entre las chicas.

Comparabilidad de las estimaciones de consumo de tabaco

Los datos facilitados por las Partes ponen de manifiesto el empleo de métodos de recopilación de datos diferentes, para años diferentes, que no se basan en instrumentos de encuesta normalizados. Esto hace

¹ Las definiciones de grupos étnicos utilizadas por Noruega, Nueva Zelandia y el Reino Unido no son uniformes.

² No ha sido posible establecer si las tendencias observadas en relación con el consumo de tabaco sin humo y el consumo de tabaco para fumar en cada país son estadísticamente significativas. Esto se debe a la insuficiente cantidad de datos sobre la prevalencia, que debería complementarse idealmente con intervalos de confianza.

que sea difícil realizar comparaciones directas de la prevalencia entre los distintos países. La OMS ha elaborado un método de regresión que permite ajustar las estimaciones para poder hacer comparaciones entre los resultados correspondientes a cada uno de los países. De ese modo, se pueden obtener estimaciones de prevalencia para un conjunto estándar de indicadores relativos al consumo de tabaco.¹

Los informes sobre la epidemia mundial de tabaquismo publicados en 2008 y 2009 por la OMS contienen estimaciones normalizadas por edad para 2005 y 2006.² En estos momentos, la Organización está elaborando las estimaciones actualizadas de prevalencia normalizadas por edad correspondientes a 2008, que se podrán consultar en breve en el informe de 2010 sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

9. PRIORIDADES Y OBSTÁCULOS PARA LA APLICACIÓN DEL CONVENIO

Prioridades. La mayoría de las Partes (124) informaron acerca de sus prioridades en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Algunas de ellas hicieron referencia a la creación de una sólida base para la adopción de medidas sostenibles de control del tabaco (por ejemplo, mediante la preparación y ejecución de un plan de acción nacional de control del tabaco; el fortalecimiento de la infraestructura y las capacidades relacionadas con el control del tabaco; y la puesta en marcha de programas nacionales de vigilancia). Muchas de esas medidas guardan relación con artículos concretos del Convenio. Las esferas prioritarias mencionadas con mayor frecuencia son las siguientes: protección contra la exposición al humo de tabaco (artículo 8); empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (artículo 11); y medidas relativas a la dependencia y al abandono del tabaco (artículo 14). Las conclusiones ponen de manifiesto que, a nivel mundial, la principal prioridad de las Partes es el establecimiento de las condiciones básicas para combatir el tabaquismo (por ejemplo, infraestructura, un plan de acción nacional y una legislación en materia de tabaco pertinentes) junto con la aplicación de programas específicos relacionados con diversos artículos del tratado.

Si únicamente se tienen en cuenta los segundos informes (tras cinco años de aplicación), las áreas prioritarias más frecuentemente citadas son: formulación, adopción y aplicación de políticas antitabáquicas (artículo 8); fortalecimiento del tratamiento de la dependencia del tabaco y del abandono del consumo de tabaco (artículo 14); avance en materia de empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco, incluido el envasado sencillo (artículo 11); elaboración de una nueva legislación nacional o de una normativa relativa a la adopción de dichas leyes nacionales (artículo 5); intensificación de los programas de concientización, educación y capacitación (artículo 12). Entre otras áreas importantes figuran el fortalecimiento de las medidas fiscales y las relativas al precio (artículo 6), la prohibición de la publicidad y la promoción de productos de tabaco (artículo 13); la prevención del comercio ilícito de productos de tabaco (artículo 15), la puesta en marcha de programas destinados a prevenir que los jóvenes empiecen a consumir tabaco (artículo 16) y la adopción de programas de investigación y vigilancia (artículo 20).

Necesidades y deficiencias. Se preguntó a las Partes si han determinado las esferas en las que existe un desfase entre los recursos disponibles y las necesidades evaluadas. De las 135 Partes que presentaron alguno de los informes, 50 (37%) respondieron que sí, 57 (42%) respondieron que no y 28 (21%) no contestaron a la pregunta. De las 18 Partes que presentaron su primer informe (a los dos años) en-

¹ Véase: *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009*, página 76 (disponible en http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtrc_download/).

² Los informes pueden consultarse en: <http://www.who.int/tobacco/mpower>.

tre el 16 de junio de 2009 y el 30 de junio de 2010, ocho respondieron que sí a esa pregunta, y siete (Djibouti, Gambia, Iraq, Suazilandia, Tuvalu, Uganda y Yemen) indicaron que los recursos técnicos y financieros dedicados a la lucha antitabáquica no se ajustan a las necesidades existentes. Entre las necesidades más urgentes, las Partes mencionaron la puesta en marcha de dispensarios para el tratamiento contra la dependencia del tabaco, el desarrollo de capacidades en el ámbito de la lucha antitabáquica y la formación de todos aquellos que participen en ella.

De las 30 Partes que presentaron el segundo informe (a los cinco años), 15 facilitaron información detallada sobre las esferas concretas en las que han detectado un desfase entre los recursos disponibles y las necesidades evaluadas. El factor mencionado con mayor frecuencia es la insuficiencia de recursos técnicos y financieros, en particular la falta de personal dedicado a tiempo completo a tareas de control del tabaco. Varias Partes subrayaron la necesidad de encontrar un mecanismo especial para financiar las actividades de lucha antitabáquica. Algunas Partes indicaron que es necesario fortalecer la capacidad nacional para luchar contra el tabaco y hacer que el control del tabaco sea una prioridad para sectores que no estén directamente relacionados con la salud. Algunas Partes también mencionan esferas técnicas, como los programas para el abandono del tabaco, la vigilancia o la elaboración de reglamentos que ayuden a aplicar la legislación ya adoptada.

Limitaciones u obstáculos. Un total de 114 Partes (84%) facilitaron información sobre más de 20 limitaciones u obstáculos encontrados en la aplicación del Convenio. Entre esas limitaciones y obstáculos cabe citar: la falta de capacidades y recursos técnicos y financieros adecuados para la lucha contra el tabaco; la debilidad de las leyes de control del tabaco o la ausencia de una legislación nacional eficaz en la materia; la falta de sensibilidad de la ciudadanía y los medios de comunicación sobre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco; las tácticas empleadas por la industria del tabaco para obstaculizar la aplicación efectiva de los instrumentos legislativos ya adoptados (por ejemplo, la incoación de acciones legales para anular una parte de la legislación vigente) o las interferencias en la elaboración de la legislación pertinente; y la ausencia o falta de voluntad política o de cooperación intersectorial en la esfera del control del tabaco.

Retroinformación de las Partes y utilización del instrumento de presentación de informes. La Conferencia de las Partes adoptó en su tercera reunión la versión revisada de la primera fase (preguntas del grupo 1) y la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes. En respuesta a la pregunta 5.6 de las preguntas del grupo 2, las Partes informaron acerca de su experiencia con respecto a la primera utilización del cuestionario de las preguntas del grupo 2 (tras cinco años).

En términos generales, las Partes reconocieron que se han realizado mejoras en el instrumento de presentación de informes y estimaron que el cuestionario es fácil de administrar y cumplimentar. Algunas Partes expresaron su preocupación acerca del grado de detalle exigido en el cuestionario, mientras que otras pidieron más espacio para introducir información sobre sus logros. Las Partes también pidieron que se armonice el sistema de presentación de informes del Convenio Marco de la OMS con otras iniciativas para recopilar datos, en particular la encuesta del Informe Mundial sobre Control del Tabaco de la Iniciativa Liberarse del Tabaco de la OMS.¹ También se hicieron recomendaciones con relación al formato del instrumento de presentación de informes, con el fin de facilitar a los centros de enlace de las administraciones interesadas la tarea de cumplimentar determinadas secciones.

¹ Esta cuestión fue examinada por la Conferencia de las Partes en su cuarta reunión (del 15 al 10 de noviembre de 2010), véase el informe de la Secretaría del Convenio sobre la materia en el documento FCTC/COP/4/15 (disponible en: http://apps.who.int/gb/fctc/S/S_cop4.htm) y la decisión de la Conferencia de las Partes (FCTC/COP4(16)).

Se han observado mejoras tanto en lo que se refiere a la exhaustividad como a la calidad de los datos notificados por las Partes en su segundo informe (tras cinco años). Todas las preguntas de la segunda fase (preguntas del grupo 2) pasaron a ser obligatorias. Es más, el índice de respuesta ha sido satisfactorio incluso en el caso de preguntas que necesitan una respuesta detallada y en lo que se refiere a los datos cualitativos relativos a preguntas específicas que se responden con un sí o un no. El porcentaje de Partes que acompañó sus informes con documentación adicional para apoyar las respuestas dadas, también pasó a más del 70%. Los archivos adjuntos, disponibles en el sitio web donde se encuentran los informes de las Partes,¹ contienen información complementaria sobre cuestiones tales como la legislación (los textos de leyes y reglamentos), los planes de acción nacionales contra el tabaco, los niveles impositivos y la prevalencia del consumo de tabaco.

10. CONCLUSIONES

1. Las tasas de notificación correspondientes al primer informe (a los dos años) de las Partes han aumentado desde 2007, año en que las primeras Partes empezaron a presentarlos. Las tasas de notificación son bajas para el segundo informe sobre la aplicación (a los cinco años).
2. La revisión de la primera fase (preguntas del grupo 1) y la introducción de la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes han contribuido a mejorar la calidad, exhaustividad y comparabilidad de los datos facilitados por las Partes, tanto en lo que respecta a la aplicación de medidas normativas como en lo referente al consumo de tabaco. En los segundos informes (a los cinco años) recibidos hasta la fecha, las Partes han consignado una cantidad sustancial de información en los campos reservados para la facilitación de datos más detallados sobre las medidas notificadas; más de dos tercios de las Partes han adjuntado además documentos que vienen a complementar las respuestas consistentes en un simple «Sí» o «No» seleccionadas en el cuestionario.
3. Tras cinco años de aplicación, se observa una tendencia positiva en cuanto a los progresos realizados a nivel mundial. Más de la mitad de los artículos sustantivos del Convenio han obtenido índices de aplicación elevados y más de los dos tercios de las Partes que han presentado los dos informes han indicado que han impuesto las principales obligaciones estipuladas en esos artículos. La mitad de las Partes que han aportado dos informes, han adoptado más del 80 por ciento de las medidas contenidas en los artículos sustantivos.
4. Los niveles de aplicación siguen variando considerablemente según las medidas normativas. En general, las Partes han notificado un alto grado de aplicación en lo que atañe a las medidas relacionadas con la protección contra la exposición al humo de tabaco (artículo 8), el empaquetado y etiquetado (artículo 11), las ventas a menores y por menores (artículo 16) y la educación, comunicación, formación y concientización del público (artículo 12). En cambio, los niveles de aplicación siguen siendo bajos en otras esferas, como la reglamentación del contenido de los productos de tabaco (artículo 9), la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (artículo 13), el apoyo para actividades alternativas económicamente viables (artículo 17), la protección del medio ambiente y de la salud de las personas (artículo 18) y el empleo de procedimientos judiciales como herramienta de lucha antitabáquica (artículo 19).
5. Se observan mejoras importantes en las tasas de aplicación a lo largo de los dos ciclos de presentación de informes para determinadas medidas previstas en el artículo 6 (Medidas relacionadas con

¹ Véase http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports.

los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco), artículo 8 (Protección contra la exposición al humo de tabaco), artículo 14 (Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco) y artículo 15 (Comercio ilícito de productos de tabaco).

6. El análisis de las disposiciones del tratado que están sujetas a plazo muestra una situación poco homogénea. La mayoría de las Partes indicaron que han aplicado la mayor parte de las medidas sujetas a plazos previstas en el artículo 11 en relación con el empaquetado y etiquetado de los productos (plazo de tres años); con todo, apenas la mitad de las Partes han obtenido resultados satisfactorios en lo referente a medidas como la colocación de advertencias sanitarias que ocupen el 50% o más de las superficies principales expuestas o el empleo de advertencias gráficas en consonancia con lo recomendado en las directrices para la aplicación de este artículo. Sólo alrededor de la mitad de las Partes han procedido a una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 13 (plazo de cinco años) y únicamente la mitad de las que han notificado la aplicación de tal prohibición hacen ésta extensiva a la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos. Aunque el artículo 8 no incluye obligaciones sujetas a plazos, en las directrices para su aplicación se insta a las Partes a que se esfuercen por proporcionar protección universal contra la exposición al humo de tabaco ajeno. Según se desprende de los informes recibidos, menos de una quinta parte de las Partes han aplicado esa recomendación. Una vez que aumente el número de segundos informes (a los cinco años de aplicación) presentados por las Partes, será posible evaluar más detenidamente la aplicación de las medidas sujetas a plazos.

7. Las cuestiones relativas a la colaboración internacional, el intercambio de información y la asistencia recíproca (elementos decisivos del Convenio que ponen de relieve el carácter mundial del problema y la necesidad de una acción concertada) también han mejorado ligeramente. No obstante, la situación global sigue siendo similar a la descrita en el último informe sobre los progresos realizados a ese nivel: la prestación de asistencia ha consistido mayormente en medidas generales de transferencia de capacidades y conocimientos, en lugar de centrarse en intervenciones en esferas específicas. El potencial de este componente del tratado sigue desaprovechándose en buena medida.

8. Al analizar los informes recibidos en fecha más reciente, puede observarse un ligero cambio en las prioridades relativas a la aplicación del Convenio. En los primeros años de aplicación del tratado, las Partes otorgaban mayor énfasis al establecimiento de unas condiciones básicas para la labor de control del tabaco (por ejemplo, infraestructura, planes de acción nacionales y legislación antitabáquica); sin embargo, ahora, cuando describen sus prioridades, hacen más hincapié en programas específicos destinados a cumplir las diversas obligaciones normativas dimanantes del tratado.

9. Muchos informes también hacen referencia al desfase existente entre las necesidades y los recursos disponibles para atender las obligaciones dimanantes del Convenio. Aunque el desarrollo de las capacidades humanas y la aportación de recursos financieros suficientes para la aplicación de programas de control del tabaco siguen ocupando un lugar destacado dentro de los programas de acción de muchas Partes, la necesidad de lograr avances en la esfera del tratamiento de la dependencia del tabaco, así como la de reforzar la vigilancia y elaborar una reglamentación eficaz para asegurar el cumplimiento de la legislación ya adoptada, emergen ahora como cuestiones urgentes a las que muchas Partes desean dar respuesta.

ANEXO

**INDICADORES UTILIZADOS PARA EVALUAR LOS PROGRESOS REALIZADOS
EN LA APLICACIÓN DEL CONVENIO A LO LARGO DE LOS DOS CICLOS
DE PRESENTACIÓN DE INFORMES**

Artículo	Indicadores
Artículo 5 (4 indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y aplicación de estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco. • Elaboración y aplicación parcial de estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco. • Existencia de un mecanismo o centro nacional de coordinación para el control del tabaco. • Protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera.
Artículo 6 (2 indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición o restricción de la venta de productos de tabaco por los viajeros internacionales. • Prohibición o restricción de la importación de productos de tabaco por los viajeros internacionales.
Artículo 8 (10 indicadores)	<p>Protección contra la exposición al humo de tabaco ambiental en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lugares de trabajo interiores. • Edificios públicos. • Establecimientos de atención sanitaria. • Establecimientos de enseñanza. • Lugares de trabajo privados. • Transportes públicos. • Lugares públicos cerrados. • Centros culturales. • Bares y clubes nocturnos. • Restaurantes.
Artículo 9 (4 indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y medición del contenido de los productos de tabaco. • Análisis y medición de las emisiones de los productos de tabaco. • Regulación del contenido de los productos de tabaco. • Regulación de las emisiones de los productos de tabaco.
Artículo 10 (1 indicador)	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia de que los fabricantes revelen a las autoridades gubernamentales información sobre el contenido.
Artículo 11 (10 indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia de que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa. • Exigencia de que todo empaquetado y etiquetado de productos de tabaco lleven advertencias sanitarias que describan los efectos perjudiciales. • Las advertencias sanitarias están aprobadas por la autoridad nacional competente. • Medidas para que las advertencias sanitarias sean rotativas. • Medidas para que las advertencias sanitarias sean grandes, claras, visibles y legibles. • Medidas para que las advertencias sanitarias ocupen no menos del 30% de las superficies principales expuestas. • Medidas para que las advertencias sanitarias ocupen el 50% o más de las superficies principales expuestas. • Medidas para que las advertencias sanitarias consistan en imágenes o pictogramas. • Obligación de que todo empaquetado y etiquetado contenga información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y sus emisiones. • Exigencia de que las advertencias figuren en todos los paquetes y envases en el idioma o los idiomas principales del país.

<p>Artículo 12 (13 indicadores)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de algún programa de educación y concientización del público. • Programas dirigidos a los adultos o el público en general. • Programas dirigidos a los niños y jóvenes. • Programas sobre los riesgos para la salud que conlleva el consumo de tabaco. • Programas sobre los riesgos para la salud que conlleva la exposición al humo de tabaco. • Programas sobre los beneficios de abandonar el consumo de tabaco y de los modos de vida sin tabaco. • Programas sobre las consecuencias económicas adversas de la producción de tabaco. • Programas sobre las consecuencias económicas adversas del consumo de tabaco. • Programas sobre las consecuencias ambientales adversas de la producción de tabaco. • Programas sobre las consecuencias ambientales adversas del consumo de tabaco. • Acceso público a una amplia variedad de información sobre la industria tabacalera. • Programas especiales de formación o sensibilización y concientización sobre el control del tabaco dirigidos a diferentes grupos específicos. • Concientización y participación de organismos públicos en la formulación y aplicación de programas y estrategias de control del tabaco.
<p>Artículo 13 (4 indicadores)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imposición de la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. • Inclusión de la prohibición de publicidad transfronteriza originada en el territorio de la Parte. • Aplicación de restricciones, en ausencia de una prohibición total, a la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. • Restricciones a la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos originados en el territorio de la Parte.
<p>Artículo 14 (9 indicadores)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de directrices completas e integradas para promover el abandono del consumo. • Formulación y aplicación de programas de abandono en las instituciones docentes. • Formulación y aplicación de programas de abandono en los establecimientos de atención de salud. • Formulación y aplicación de programas de abandono en los lugares de trabajo. • Formulación y aplicación de programas de abandono en los entornos deportivos. • Incorporación del diagnóstico y el tratamiento de la dependencia y el consejo para el abandono en los programas, planes y estrategias nacionales sobre control del tabaco y el sistema de salud y/o educativo. • Establecimiento de programas sobre tratamiento de la dependencia del tabaco en los establecimientos de atención de salud. • Establecimiento de programas sobre tratamiento de la dependencia del tabaco en los centros de rehabilitación. • Facilitación de la accesibilidad y/o la asequibilidad de los productos farmacéuticos para el tratamiento de la dependencia del tabaco.
<p>Artículo 15 (6 indicadores)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obligación de que las indicaciones de paquetes y envases ayuden a determinar el origen del producto. • Obligación de que las indicaciones de paquetes y envases ayuden a determinar si el producto se vende legalmente en el mercado nacional. • Obligación de que la información o las indicaciones figuren en forma legible o en el idioma o los idiomas principales del país. • Promulgar o reforzar medidas legislativas de lucha contra el comercio ilícito. • Posibilidad de incautación de los beneficios derivados del comercio ilícito de productos de tabaco. • Expedición de licencias para controlar la producción y la distribución.

Artículo 16 (6 indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición de la venta de productos de tabaco a los menores. • Prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco al público. • Prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco a los menores. • Prohibición de la venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños. • Previsión de sanciones contra los vendedores y distribuidores. • Prohibición de la venta de productos de tabaco por menores.
Artículo 17 (3 indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de alternativas económicamente viables y sostenibles para los cultivadores de tabaco. • Promoción de alternativas económicamente viables y sostenibles para los trabajadores de las fábricas de tabaco. • Promoción de alternativas económicamente viables y sostenibles para los pequeños vendedores de tabaco.
Artículo 18 (4 indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de medidas por lo que respecta al cultivo de tabaco en las que se tenga en cuenta la protección del medio ambiente. • Aplicación de medidas por lo que respecta al cultivo de tabaco en las que se tenga en cuenta la salud de las personas en relación con el medio ambiente. • Aplicación de medidas por lo que respecta a la fabricación de productos de tabaco en las que se tenga en cuenta la protección del medio ambiente. • Aplicación de medidas por lo que respecta a la fabricación de productos de tabaco en las que se tenga en cuenta la salud de las personas en relación con el medio ambiente.
Artículo 19 (1 indicador)	<ul style="list-style-type: none"> • Se prevé la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación.
Artículo 20 (7 indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> • Investigaciones que aborden los factores determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco. • Investigaciones que aborden los determinantes y las consecuencias de la exposición al humo de tabaco. • Investigaciones sobre la determinación de medios de subsistencia alternativos. • Capacitación y apoyo destinados a quienes se ocupan de actividades de control del tabaco. • Existencia de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica del tabaco. • Intercambio regional y mundial de información nacional de dominio público sobre tabaco. • Existencia de una base de datos actualizada sobre las leyes y reglamentos de control del tabaco.

= = =

Secretaría del Convenio
Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20, 1211 Ginebra 27, Suiza
Tel +41 22 791 5043
Fax +41 22 791 5830
Mail: fctcsecretariat@who.int
Web: www.who.int/fctc