

**FCTC**CONVENIO MARCO DE LA OMS
PARA EL CONTROL DEL TABACO**Conferencia de las Partes en el
Convenio Marco de la OMS
para el Control del Tabaco**Cuarta reunión
Punta del Este (Uruguay), 15-20 de noviembre de 2010
Punto 6.2 del orden del día provisional**FCTC/COP/4/15
15 de agosto de 2010****Estandarización y armonización de datos
y de iniciativas de obtención de datos****Informe de la Secretaría del Convenio****INTRODUCCIÓN**

1. En su tercera reunión (celebrada en Durban (Sudáfrica), del 17 al 22 de noviembre de 2008), la Conferencia de las Partes pidió a la Secretaría del Convenio, en la decisión FCTC/COP3(17), que elaborase un informe sobre las medidas destinadas a facilitar la recopilación de datos. En la citada decisión, se indica que esa tarea se debe llevar a cabo con la orientación de la Mesa y con la asistencia de las autoridades competentes de la OMS, en particular la iniciativa Liberarse del Tabaco, así como de las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes con competencia específica en la materia. En el párrafo 6, se especifica que el informe en cuestión ha de abarcar medidas destinadas a: mejorar la comparabilidad de los datos a lo largo del tiempo; normalizar¹ los datos recogidos a nivel de las Partes y entre ellas; elaborar indicadores y definiciones para que puedan utilizarlos las iniciativas de recopilación de datos nacionales e internacionales de las Partes; y continuar las actividades de armonización² con otras iniciativas de recopilación de datos.

2. La petición de presentación de un informe de esa índole está en consonancia con el artículo 23.5 del Convenio, que establece que la Conferencia de las Partes «examinará regularmente la aplicación del Convenio» y «promoverá y orientará el establecimiento y el perfeccionamiento periódico de metodologías comparables de investigación y acopio de datos, además de las previstas en el artículo 20, que sean pertinentes para la aplicación del Convenio».

¹ Por normalización (o estandarización) se entiende la adopción de especificaciones técnicas, criterios, métodos, procedimientos o prácticas uniformes generalmente aceptados para la evaluación de un determinado elemento.

² La armonización consiste en subsanar las diferencias e incoherencias entre diferentes mediciones, métodos, procedimientos, mecanismos, especificaciones o sistemas para uniformarlos o asegurar que sean compatibles entre sí. Asimismo, tiene por finalidad evitar que se dupliquen esfuerzos o se imponga una carga indebida a los informantes.

3. Se organizaron dos reuniones de expertos, en junio de 2009 y febrero de 2010. Los anteproyectos preparados a raíz de las citadas reuniones fueron examinados en noviembre de 2009 y abril de 2010 por la Mesa de la Conferencia de las Partes, que proporcionó orientación para la ulterior elaboración del informe.¹

4. El presente informe se basa en un examen de la documentación más pertinente disponible a nivel internacional y otras fuentes de información sobre la recopilación de datos relacionados con el tabaco y en diversos documentos relacionados con la presentación de informes y el intercambio de información examinados en anteriores reuniones de la Conferencia de las Partes,² así como en las contribuciones recibidas de los expertos durante el proceso antes descrito. Dicho proceso también ha incluido un análisis comparativo en profundidad de las fuentes de información y sistemas de obtención de datos ya existentes, junto con la identificación de posibles medidas destinadas a facilitar la estandarización y armonización, realizado en cooperación con los departamentos competentes de la OMS, en especial la iniciativa Liberarse del Tabaco.

5. A continuación se ofrece una sinopsis de las iniciativas internacionales de obtención de datos. Se analiza, en particular, el grado de normalización y armonización que sería conveniente asegurar entre los distintos instrumentos, con indicación de las esferas en que debe hacerse más hincapié. El informe hace énfasis especial en la armonización entre el mecanismo de presentación de informes del Convenio Marco y la encuesta utilizada para el Informe Mundial de la OMS sobre Control del Tabaco. Por último, se formulan una serie de recomendaciones sobre posibles medidas futuras en favor de la estandarización y armonización de las distintas iniciativas de recopilación de datos relacionados con el tabaco.

VISIÓN GENERAL DE LAS INICIATIVAS DE OBTENCIÓN DE DATOS INTERNACIONALES RELACIONADAS CON EL CONTROL DEL TABACO Y DE LAS BASES DE DATOS CONEXAS

6. Esta sección del informe ofrece una visión general de las iniciativas de obtención de datos internacionales relacionadas con el control del tabaco y las bases de datos consagradas, enteramente o en parte, al almacenamiento de datos referidos al tabaco.

7. El control del tabaco constituye probablemente una de las áreas más investigadas en materia de salud pública. Se dispone ya de un importante acervo de información y conocimientos sobre los comportamientos relacionados con el tabaco y las medidas utilizadas para combatir el tabaquismo. Seguir de cerca las modalidades y tendencias de consumo de tabaco, los diversos programas y políticas utilizados por los países para luchar contra el tabaquismo y el impacto de todos estos esfuerzos es esencial para poder adoptar decisiones fundamentadas en cuanto a la futura aplicación del Convenio Marco.

8. Los informes presentados por las Partes en el Convenio indican que la mayoría de ellas han realizado investigaciones para estudiar el consumo de tabaco en diversas formas. Según el informe resu-

¹ Los documentos de referencia utilizados durante las deliberaciones de esas dos reuniones de expertos, que también han constituido importantes fuentes de información para la preparación del presente informe, están disponibles en un sitio web protegido al que pueden acceder todas las Partes que así lo soliciten. Las solicitudes de información deberán enviarse a: copreporting@who.int.

² Entre ellos, un informe anterior de la secretaria interina (documento A/FCTC/COP/1/INF.DOC./2).

mido de 2009 sobre los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación del Convenio,¹ el 84% de las Partes han facilitado datos sobre el consumo de tabaco entre los adultos y el 79%, sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes. Otro elemento digno de mención es que cerca de la mitad de las Partes notificaron la ejecución de diversos programas de investigación con arreglo a lo dispuesto en el artículo 20 del Convenio.

9. La OMS, ya sea por su cuenta o en colaboración con diversos organismos internacionales y donantes, ha propuesto a sus Estados Miembros una serie de encuestas para la recopilación de información relacionada con el tabaco. La OMS recomienda que esas encuestas se realicen de forma periódica, de modo que su repetición contribuya a la creación de sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica relacionados con el tabaco, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 20.3(a) del Convenio.² Según se desprende de los datos consignados en el informe resumido de 2009, cerca de la mitad de las Partes repiten sus encuestas/programas de investigación con regularidad, por lo que cabe considerar que tienen en funcionamiento un sistema para la vigilancia epidemiológica del consumo de tabaco y de los indicadores sociales, económicos y de salud conexos.

10. La OMS recomienda periódicamente cuestionarios, definiciones, indicadores y metodologías normalizados para la recopilación de datos relacionados con el tabaco. En 1998 se elaboró un conjunto de directrices para la vigilancia de la epidemia de tabaquismo.³ Los sistemas de información promovidos por la OMS han permitido obtener en numerosos países datos nacionales comparables sobre el tabaquismo y el control del tabaco.

11. Los sistemas de obtención de datos internacionales actualmente utilizados pueden dividirse en dos grandes grupos. El primer grupo comprende las **encuestas demográficas** (encuestas a nivel individual o **sistemas de recopilación de datos primarios**) que facilitan el acopio de datos epidemiológicos sobre el consumo de tabaco. En varios casos, los instrumentos en cuestión van un paso más allá y también recogen información sobre los conocimientos, las actitudes y las creencias de las personas en relación con determinadas políticas de control del tabaco.

12. El segundo grupo abarca los instrumentos a los que cabe referirse como **encuestas/sistemas de supervisión de las políticas** (en adelante, «sistemas de supervisión»), que también pueden designarse como **sistemas de recopilación de datos secundarios**, para distinguirlos de los sistemas primarios, que se centran en las personas. Los sistemas secundarios van dirigidos a los informantes clave en los países, que notifican datos recabados por ellos mismos o a través de iniciativas de recogida de datos primarios emprendidas por instancias nacionales. La principal finalidad de los sistemas secundarios es acopiar datos sobre las medidas de control del tabaco.

13. Sin embargo, resulta difícil trazar una línea divisoria clara entre estos dos tipos de encuesta. Con frecuencia, las encuestas demográficas también contienen preguntas sobre determinados aspectos referidos a las medidas de control del tabaco. Por otro lado, los sistemas de supervisión pueden analizar diversas políticas de control del tabaco desde una perspectiva individual (por ejemplo, mediante el

¹ Informe resumido 2009 sobre los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Ginebra, Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2009 (<http://www.who.int/fctc/reporting/FCTC-2009-1-sp.pdf>).

² Los criterios característicos de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica eficaz incluyen, además de la repetibilidad y frecuencia de la encuesta, elementos como: la comparabilidad; la validez y fiabilidad; la existencia de mecanismos que permitan traducir las conclusiones en intervenciones prácticas; y la sostenibilidad (de los recursos financieros y humanos).

³ *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.

acopio de información sobre los conocimientos, las actitudes y las creencias de las personas en relación con las mismas) o incluir preguntas relativas a la prevalencia del tabaquismo.

14. Tras la adopción del Convenio, las actividades de recopilación de datos se han fortalecido mediante la ampliación de la cobertura geográfica o la integración de nuevos sistemas dentro de otros ya existentes. El mecanismo de presentación de datos del Convenio forma parte de los sistemas de obtención de datos de reciente implantación.

Sistemas de obtención de datos internacionales basados en la población

15. Actualmente hay en uso diversos sistemas de obtención de datos internacionales. Algunas encuestas se centran específicamente en el tabaco, en tanto que otras se refieren a una serie de determinantes de la salud, entre ellos el tabaco (encuestas no específicamente centradas en el tabaco). Generalmente, se basan en los adultos o en los jóvenes. Unas se realizan a nivel mundial y otras, a nivel regional; a veces, se trata de encuestas que se celebran en un momento concreto y otras, de encuestas de periodicidad regular; en unos casos, se emplean sistemas de supervisión asequibles y en otros, costosos proyectos de investigación. La mayoría de las veces, se trata de sistemas que están coordinados por varios departamentos de la OMS o en los que ésta participa como asociado clave en los esfuerzos de colaboración destinados a su aplicación práctica.

16. Al margen de estas iniciativas internacionales, muchos países diseñan y llevan a cabo sus propias encuestas nacionales de salud, que no guardan una relación directa con los sistemas internacionales, aunque algunos elementos de su diseño o contenido pueden ser similares a los utilizados en estos últimos. Sea como fuere, el análisis de ese tipo de encuestas nacionales queda fuera del alcance del presente informe.

17. La realización de encuestas demográficas puede aportar importantes beneficios para las Partes en el Convenio. En primer lugar, pueden ayudarles en su labor de vigilancia del consumo de tabaco. En segundo lugar, pueden proporcionar información sobre el modo en que las personas perciben las políticas de control del tabaco. En tercer lugar, facilitan información que puede traducirse en políticas públicas, si se utilizan como instrumentos de promoción en el marco de intervenciones destinadas a fomentar medidas de control del tabaco más estrictas. Por último, y no por ello menos importante, permiten a las Partes proporcionar e intercambiar información actualizada a través del instrumento de presentación de informes del Convenio.

18. Los sistemas de obtención de datos internacionales basados en la población pueden clasificarse en dos categorías, según:

a) su especificidad en relación con el tabaco (por ejemplo, **encuestas específicamente centradas en el tabaco**, como la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, y encuestas **con un alcance más amplio que incluyen el tabaco**, como las encuestas basadas en el método PASOS de la OMS); o

b) el grupo de edad objetivo; estos sistemas pueden centrarse en los adultos, como es el caso de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos (GATS), o en los jóvenes, como ocurre con la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS), la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD), o el Estudio sobre el comportamiento de los escolares en materia de salud (HBSC), entre otros.

19. Por otra parte, algunas de las encuestas ya han logrado un alcance mundial, mientras que otras se centran principalmente en una única o en unas pocas regiones de la OMS. En el anexo 1, se ofrece una breve reseña de las principales iniciativas de recopilación de datos puestas en marcha en una serie de países.

20. El análisis de los informes sobre la aplicación de estos instrumentos facilita la evaluación de las encuestas y sistemas de obtención de datos internacionales de uso más frecuente. Así por ejemplo, en lo referente a las encuestas que acopian información sobre los hábitos tabáquicos, las iniciativas de recopilación de datos internacionales más frecuentemente citadas son las encuestas basadas en el método PASOS, la Encuesta Mundial de Salud y las Encuestas de Demografía y Salud. Muchas Partes notifican datos recabados a través de sus encuestas nacionales de salud. En lo que respecta al tabaquismo entre los jóvenes, la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS) es la encuesta más citada en los informes de las Partes: 47 de las 93 Partes que han notificado datos sobre el consumo de tabaco han utilizado información procedente de esa fuente.

Sistemas de supervisión

21. Tras la entrada en vigor del Convenio Marco, se implantaron dos sistemas de supervisión - uno de ellos es el sistema de presentación de informes del propio Convenio -, que se describen a continuación.

22. **Sistema de presentación de informes del Convenio Marco.** Este sistema fue adoptado por la Conferencia de las Partes en su primera reunión, celebrada en 2006, de conformidad con el artículo 21 del Convenio. Cada Parte debe presentar un informe inicial en el término de los dos años siguientes a la entrada en vigor del Convenio para dicha Parte, así como un segundo y un tercer informe en el término, respectivamente, de los cinco años y de los ocho años siguientes a la citada fecha. El formato de presentación de informes de las Partes para las preguntas de la primera fase (grupo 1), contenido en el instrumento de presentación de informes, fue adoptado inicialmente de forma provisional en 2006, en la primera reunión de la Conferencia de las Partes.¹ En la decisión correspondiente se establece asimismo que se aplicará un mecanismo escalonado de presentación de informes: el primer informe abarcará las cuestiones básicas relativas a datos, legislación, medidas fiscales y financiación de las actividades de aplicación, y las cuestiones más complejas o más detalladas se incluirán en informes posteriores. En su segunda reunión, celebrada en 2007, la Conferencia de las Partes, tras un nuevo examen del mecanismo de presentación de informes, encomendó una revisión del formato del formulario para las preguntas del grupo 1, sobre la base de la retroinformación recibida de las Partes, sin que se alterase su contenido. Asimismo, se inició el proceso de elaboración de la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, con la finalidad de que sirviese de modelo para los informes que las Partes deben presentar al cabo de los cinco primeros años.² Ambos cuestionarios, fueron adoptados en la tercera reunión de la Conferencia de las Partes y están a disposición de las Partes para la preparación de sus respectivos informes.

23. El instrumento de presentación de informes tiene por objeto facilitar la recopilación de datos ya disponibles en los países en el momento en que se elaboran los informes. Por consiguiente, para los efectos de la presentación de informes a la Conferencia de las Partes, no es necesario que las Partes realicen nuevas encuestas (demográficas). Sin embargo, las Partes que no hayan realizado previamente una encuesta demográfica pertinente, tendrán que cubrir esa laguna, ya que el tratado prevé

¹ Decisión FCTC/COP1(14).

² Decisión FCTC/COP2(9).

que (artículo 20.3(a)) cada Parte procurará «establecer progresivamente un sistema nacional de vigilancia epidemiológica del consumo de tabaco y de los indicadores sociales, económicos y de salud conexos». La implantación de un sistema nacional de vigilancia también entraña la necesidad de asegurar que las iniciativas de obtención de datos se repitan de forma regular.

24. La Secretaría del Convenio facilita retroinformación a los respectivos centros de coordinación de las Partes tras llevar a cabo un proceso de examen (que incluye: un análisis del contenido del informe para comprobar que no falte información; un examen de la pertinencia de la documentación de apoyo presentada; y un cotejo entre las respuestas facilitadas y el contenido de la información de apoyo para identificar posibles incoherencias lógicas en los informes), lo cual a menudo ayuda a ultimar el informe. Seguidamente, los informes de las Partes se ponen a disposición del público a través de una base de datos virtual mantenida por la Secretaría del Convenio. Por último, los informes se analizan y se utilizan para la preparación de los informes anuales sobre los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación del Convenio. Los informes de las Partes sirven, por consiguiente, de base para el examen periódico de la aplicación del Convenio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23.

25. El instrumento de presentación de informes del Convenio, a través de la comparación de los subsiguientes conjuntos de datos proporcionados por las Partes (las Partes empezaron a presentar sus segundos informes de aplicación en febrero de 2010), permite analizar las tendencias relacionadas con el consumo de tabaco y la aplicación de medidas legislativas y de otra índole por cada una de ellas. Sin embargo, los calendarios de presentación de informes, que varían en función de la fecha de entrada en vigor, siguen entrañando limitaciones en lo referente a la comparabilidad de los datos a nivel internacional. Se podría alcanzar la plena capacidad del sistema de presentación de informes para ofrecer datos comparables a nivel mundial si se pidiera a las Partes que presenten sus informes preferiblemente en el mismo momento.

26. **Encuesta del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo.** A mediados de 2005, la OMS decidió recabar periódicamente un conjunto de datos nacionales correspondientes a cada uno de sus Estados Miembros en relación con el consumo de tabaco y los progresos realizados por los países en sus esfuerzos por implantar políticas de control del tabaco centradas en la reducción de la demanda. Este proceso se puso en marcha en 2007. Los datos se acopian con periodicidad anual y las actividades de recopilación son coordinadas por la iniciativa OMS Liberarse del Tabaco. Los datos notificados sobre el consumo de tabaco proceden de encuestas nacionales realizadas con anterioridad, mientras que los datos relativos a las políticas y la legislación son proporcionados por informantes clave pertenecientes a instituciones gubernamentales. El diseño de la encuesta utilizada para el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo incluye: un componente de creación de capacidad (los coordinadores regionales prestan apoyo técnico para el proceso de acopio de información por los recopiladores de datos nacionales); un mecanismo de validación de datos (a nivel interno, dentro de la OMS; y a nivel externo, por el informante clave del país de que se trate) que permite comparar las respuestas ofrecidas a las preguntas con la legislación y normativas en vigor; y un mecanismo para la evaluación de la aplicación de las políticas, que cuenta con la participación de cinco expertos encargados de determinar el grado de cumplimiento.

27. Los datos verificados son analizados por la iniciativa OMS Liberarse del Tabaco, y la información recabada se difunde a través del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, del que se han publicado dos ediciones (en 2008 y 2009) desde la introducción de este sistema de obtención de datos. El Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo recoge asimismo las tasas de prevalencia ajustadas y normalizadas por edades, basadas en la InfoBase de la OMS, lo que permite comparar los datos de prevalencia entre unos países y otros e interpretar las tendencias de la prevalencia del tabaquismo.

28. El Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo se centra principalmente en las políticas de control del tabaco acordes con el plan de medidas MPOWER, consistentes en vigilar el consumo de tabaco, y en políticas de prevención (correspondientes al artículo 20 del Convenio) y medidas de reducción de la demanda, destinadas a: proteger a la población del humo de tabaco (artículo 8); ofrecer ayuda para el abandono del tabaco (artículo 14); advertir de los peligros del tabaco (artículos 11 y 12); hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio (artículo 13); y aumentar los impuestos al tabaco (artículo 6). El informe contiene asimismo una sección dedicada a los programas nacionales de control del tabaco, que se corresponde con las disposiciones incluidas en el artículo 5 (Obligaciones generales) del tratado, aunque no aborda la cuestión de la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de salud pública relativas al control del tabaco.¹

29. El tercer sistema internacional de supervisión, consistente en el instrumento de **evaluación de la capacidad de los países en materia de vigilancia de enfermedades no transmisibles**, es coordinado por el Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la OMS. Este instrumento, que se instauró en 2000, se está utilizando en el presente año por tercera vez para la recopilación de datos. La encuesta, de amplio alcance, comprende una evaluación de las políticas, los planes de acción, las estrategias y los programas relativos a todos los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. En lo que atañe al control del tabaco, el cuestionario se centra en la existencia de estrategias, planes de acción o programas de control del tabaco, así como en las capacidades y los recursos financieros ya disponibles dedicados a su ejecución, reflejando así el contenido de los artículos 5 y 26 del Convenio. El instrumento en cuestión también exige la notificación de los indicadores de resultados y de las poblaciones y entornos destinatarios utilizados en esas estrategias y programas.

Bases de datos con información sobre el tabaco

30. A nivel mundial, existe un asombroso número de bases de datos que ofrecen información relacionada con el tabaco, varias de ellas dentro de la OMS (algunas gestionadas en la Sede y otras en las regiones); esas bases aseguran la disponibilidad y accesibilidad de información sobre el tabaquismo y su impacto en la salud, así como sobre las políticas de control del tabaco aplicadas en las distintas partes del mundo. Algunas de ellas están vinculadas a determinados sistemas de obtención de datos, mientras que otras se limitan a reagrupar la información recabada a través de diferentes iniciativas. Por otra parte, existen numerosas bases de datos privadas que vienen a completar la gran diversidad de datos disponibles sobre los distintos aspectos relacionados con el control del tabaco.

31. Una fuente muy completa, específica del Convenio Marco, es la base de datos dedicada a los informes de aplicación de las Partes, de cuyo mantenimiento se encarga la Secretaría del Convenio. Entre las iniciativas centradas en datos regionales y monográficos, destacan las bases de datos creadas por las oficinas regionales de la OMS, la base de datos sobre advertencias sanitarias gráficas implantada recientemente por la iniciativa OMS Liberarse del Tabaco y la base de datos sobre legislación en materia de control del tabaco administrada por el International Legal Consortium de la Campaign for Tobacco-Free Kids. El tabaco también está incluido en algunas bases de datos de gran alcance, como CANCERmondial y WHOSIS, el Sistema de Información Estadística de la OMS, entre otros. Las oficinas regionales de la OMS también mantienen diversas bases de datos de esa índole. El anexo 1 incluye una breve reseña de las principales bases de datos que contienen información relacionada con el tabaco.

¹ Es de notar, no obstante, que la iniciativa OMS Liberarse del Tabaco sí cuenta con un sistema de vigilancia de la industria tabacalera, independiente del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo.

ESTANDARIZACIÓN Y ARMONIZACIÓN: RESUMEN DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y DE LAS DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES EN ESTA ESFERA

32. En general, las encuestas demográficas emplean metodologías estándar y utilizan preguntas y definiciones unificadas que se mantienen de encuesta en encuesta para asegurar la comparabilidad de los datos a lo largo del tiempo entre los países participantes en la misma encuesta. Existen algunas similitudes y algunas diferencias en las metodologías empleadas para las diferentes encuestas.

33. En primer lugar, la mayoría de las encuestas no están específicamente dedicadas al tabaco, por lo que se centran con menor detenimiento en cuestiones relacionadas con el tabaco que las encuestas específicamente consagradas a este tema. Las preguntas relacionadas con el tabaco, aun siendo poco numerosas, pueden contribuir a una comprensión básica de las características del tabaquismo. Por otro lado, pueden dar una idea general - si también se evalúan las actitudes frente a la aplicación de determinadas políticas de control del tabaco - de si las políticas de control del tabaco son susceptibles de atender las necesidades de la mayoría de la población y de granjearse el apoyo de ésta.

34. En segundo lugar, puesto que las características de las creencias relacionadas con el tabaquismo y las políticas de control del tabaco pueden variar en función de la edad, parece aconsejable que los países recurran paralelamente a instrumentos de recopilación de datos específicamente diseñados para los jóvenes y los adultos.

35. En tercer lugar, cada encuesta emplea sus propias definiciones e indicadores normalizados (o estandarizados). No obstante, algunos de los indicadores son similares en varias encuestas. Así por ejemplo, el consumo de tabaco a lo largo de la vida se mide de forma parecida en el marco del Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD), la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS) y el estudio sobre el comportamiento de los escolares en materia de salud (HBSC). El ESPAD, la GYTS y la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) tratan de evaluar el consumo de cigarrillos durante los últimos 30 días, así como el de otros productos de tabaco, durante ese mismo periodo. Tanto el ESPAD como la GSHS recogen la edad de inicio del hábito de fumar y el consumo diario de cigarrillos. No obstante, a menudo los indicadores y las definiciones no coinciden, lo que hace que sea imposible efectuar un análisis transversal de los datos. La repetición de una misma encuesta permitiría la creación de conjuntos de datos comparables.

36. En cuarto lugar, las diversas encuestas demográficas han alcanzado niveles dispares de cobertura geográfica. La Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS), por ejemplo, ha logrado la cobertura más amplia, aunque el número de países europeos que efectivamente han realizado esta encuesta es menor que en otros casos. Prácticamente todos los países europeos han participado en el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas o el estudio HBSC al menos una vez.

37. En quinto lugar, aunque no comparten la misma finalidad y difieren en el empleo de algunos enfoques metodológicos, los sistemas de supervisión presentan un número considerable de repeticiones y solapamientos.

38. En el caso de las encuestas demográficas, una mayor normalización de las metodologías, los indicadores y las definiciones permitiría a los países mejorar la recopilación de conjuntos de datos, tanto en lo referente a la cantidad como a la comparabilidad, sobre la prevalencia del tabaquismo y los conocimientos conexos, así como sobre las actitudes y creencias relativas a las políticas de control del tabaco. En el caso de los sistemas de supervisión, la armonización, que preocupa a muchas Partes, sigue constituyendo la principal asignatura pendiente, que habrá que atender lo antes posible.

Estandarización de los datos

39. La estandarización (o normalización) hace posible que los resultados de las investigaciones se utilicen como instrumentos de medición, al tiempo que los dota de credibilidad científica. Desde una perspectiva internacional, la necesidad de poder efectuar comparaciones y análisis de tendencias transnacionales sirve de alicata para seguir trabajando en la esfera de la normalización, tanto dentro como entre las encuestas, hasta lograr un nivel apropiado, pero manteniendo el carácter individual de cada una de ellas.

40. En las directrices de la OMS para combatir y vigilar la epidemia de tabaquismo, de 1998 (*1998 WHO Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*), se promueve la aplicación de enfoques normalizados en relación con: los métodos de recopilación de datos (por ejemplo, técnicas de muestreo); los indicadores y sus definiciones; y la preparación, el análisis y la presentación de los datos. En consonancia con las recomendaciones de la OMS, las encuestas demográficas se caracterizan por el empleo de metodologías estandarizadas, por ejemplo en lo tocante a la cronología/periodicidad de la aplicación de la encuesta, el muestreo, la recopilación de datos, el análisis de datos y la difusión de los resultados obtenidos.

41. Se han logrado ya algunos avances en los esfuerzos por asegurar cierto grado de normalización entre los diferentes instrumentos de obtención de datos. Así por ejemplo, las encuestas del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco basadas en los centros de enseñanza - la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS), la Encuesta Mundial sobre Personal Escolar (GSPS) y la Encuesta Mundial sobre los Estudiantes de Profesiones de la Salud (GHPSS) - emplean la misma metodología normalizada. Por otro lado, las citadas encuestas tienen asimismo numerosos elementos de diseño en común con el instrumento más reciente de este sistema mundial: la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos (GATS).

42. En estos momentos, se están desplegando importantes esfuerzos para alentar a los países a incluir las preguntas básicas de esa encuesta en sus respectivas encuestas de salud nacionales. La finalidad es asegurar que cada vez más Partes estén en condiciones de proporcionar datos comparables sobre la prevalencia del tabaquismo en los adultos, aun a falta de una aplicación plena de la encuesta. De modo análogo, los censos nacionales pueden incluir preguntas relacionadas con el tabaco si escasean los recursos para realizar una encuesta aparte, específicamente centrada en esta cuestión.

43. Aunque algunas de las medidas destinadas asegurar la estandarización entre diversas encuestas han aportado resultados satisfactorios en la práctica, los expertos advierten de que, dadas las diferencias que presentan las encuestas demográficas en cuanto a los objetivos perseguidos y a la cobertura geográfica, la estandarización de las encuestas, sobre todo en lo referente al contenido, no necesariamente tiene efectos beneficiosos. Las variaciones entrañan una mayor diversidad de preguntas, lo que a su vez propicia el acopio de un conjunto de información más amplio. La heterogeneidad de la información recabada no sólo refuerza la capacidad de las Partes para promover en sus jurisdicciones medidas más rigurosas de control de tabaco o para evaluar sus programas, sino que también puede ayudar a las Partes a cumplir con sus obligaciones en materia de presentación de informes. Por consiguiente, el logro de una normalización completa quizás no constituya el objetivo último.

44. A fin de asegurar el acopio por todas las Partes de información que permita efectuar análisis de tendencias, es aconsejable mantener cierto nivel de coherencia entre los sistemas de recogida de datos en los países que utilizan varios de ellos. Puede ocurrir, por ejemplo, que se apliquen diferentes sistemas en distintos marcos temporales. La coherencia entre los sistemas también puede lograrse empleando un conjunto de preguntas básicas e indicadores conexos y utilizando las mismas definiciones e indicadores para un mismo elemento objeto de encuesta.

45. Teniendo en cuenta las consideraciones arriba expuestas, pueden verse beneficiados por una normalización de las encuestas los siguientes elementos de diseño o metodológicos:

Cronología y periodicidad

46. Las recomendaciones relativas a la periodicidad varían en función de cada encuesta demográfica, atendiendo a las necesidades de datos y los recursos disponibles en el país. Sobre la base de la experiencia de diversos sistemas internacionales de obtención de datos ampliamente reconocidos, se considera recomendable repetir una misma encuesta todas las veces que resulte útil, aunque con una periodicidad mínima de entre tres y cinco años. En algunos países con sistemas de supervisión consolidados hay en marcha procesos continuos de recogida y análisis de datos, que permiten elaborar cada año estadísticas nuevas.

47. En los casos en que se realizan en una misma jurisdicción múltiples encuestas demográficas, las Partes pueden asegurar, mediante una cronología apropiada de las mismas, la obtención de conjuntos de datos consecutivos que permiten efectuar comparaciones y análisis de tendencias.

Utilización de métodos de estimación estándar

48. Los datos sobre el consumo de tabaco pueden proceder de encuestas de muy diversa índole, que a menudo abarcan varios años y no necesariamente emplean un conjunto de preguntas, indicadores y definiciones normalizados. En esos casos, pueden utilizarse diferentes métodos para estimar la prevalencia del consumo de tabaco y asegurar la comparabilidad de los datos entre unos países y otros, para así obtener una visión global precisa del tabaquismo en el mundo. Dentro del proyecto de la InfoBase de la OMS,¹ se ha elaborado una metodología estándar para poder generar estimaciones comparables, aunque no se dispone de información sobre el uso de este instrumento por parte de los Estados Miembros. En general, la experiencia indica que se están produciendo más estimaciones comparables en relación con el tabaco que en lo tocante a otros factores de riesgo comportamentales.

49. La iniciativa OMS Liberarse del Tabaco, por ejemplo, ha venido recogiendo datos con respecto a cuatro indicadores principales (consumo de tabaco actual y diario, y consumo de cigarrillos actual y diario), que seguidamente se ajustan y se normalizan por edades para proporcionar estimaciones comparables. En caso de lagunas de información referidas a los indicadores, la cobertura, los grupos de edad o el año de la encuesta, se efectúan los ajustes oportunos para obtener un conjunto de estimaciones que permitan realizar comparaciones entre unos países y otros en un momento dado, así como dentro de un mismo país a lo largo del tiempo. Esos ajustes son particularmente útiles en el caso de países con datos relativamente débiles sobre la prevalencia del tabaquismo,² al menos como solución temporal a la espera de que se implante un sistema nacional de supervisión.

Franjas y grupos de edad

50. Las encuestas, aunque heterogéneas, suelen emplear **franjas de edad** (marco muestral) y grupos de edad estándar. El límite inferior de la franja de edad correspondiente a la prevalencia del tabaquis-

¹ <https://apps.who.int/infobase/help.aspx?typecode=hp.tc.001#297>.

² Para una descripción más detallada de los procedimientos de estimación, véase: *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009: 76-77 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf).

mo entre los «adultos» suele fijarse en las encuestas en los 15 años, aunque a veces se establece en los 18 años o edades superiores.

51. Los **grupos de edad** también varían de una encuesta a otra. Dentro del método progresivo de la OMS para la vigilancia (método PASOS), las categorías de edad van de 10 en 10, por ejemplo de los 25 a los 34 años, de los 35 a los 44, y así sucesivamente. En la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos (GATS), se utilizan los siguientes grupos de edad: 15-24, 25-44, 45-64, y 65 años o más. El instrumento de presentación de informes del Convenio Marco, al igual que el método PASOS, promueve el empleo de grupos de edad distribuidos de 10 en 10, por ejemplo: de los 25 a los 34 y de los 35 a los 44 años.

52. La normalización (o estandarización) en esta esfera puede lograrse mediante:

- a) la promoción de franjas y grupos de edad estándar (por ejemplo, los utilizados dentro de los sistemas internacionales de obtención de datos de mayor implantación); o
- b) la promoción del empleo de métodos de estimación estándar (como por ejemplo el recomendado por la OMS); los países también pueden optar por emplear el método habitualmente utilizado por sus respectivos organismos de estadística para crear conjuntos de datos distribuidos por grupos de edad.

53. Si se escoge la primera alternativa, es importante recordar que muchas de las encuestas internacionales son coordinadas por la OMS o cuentan con la participación de ésta como asociado clave para su aplicación práctica. En ese sentido, la OMS también puede desempeñar un papel fundamental en la puesta en marcha, la coordinación y el mantenimiento de iniciativas destinadas a mejorar la comparabilidad de los datos recopilados en diferentes países. A nivel de país, las actividades de promoción de grupos de edad estándar también pueden tener el efecto de que al cabo de un tiempo los datos brutos recién recopilados dejen de ser comparables con datos obtenidos con anterioridad. Dicho de otro modo, esta modificación no resultará beneficiosa en el caso de encuestas ya consolidadas. También debe tenerse en cuenta que las actividades de armonización acarrearán inevitablemente una serie de costos financieros, que los países, o las autoridades responsables de los citados sistemas nacionales o internacionales, quizás no estén dispuestos a sufragar.

54. En caso de escogerse la segunda alternativa, las Partes pueden aprovechar las capacidades de la OMS para obtener estimaciones de las tasas de prevalencia del tabaquismo referidas a las franjas de edades que proceda, con el fin de mejorar la comparabilidad de los datos sobre prevalencia por ellas notificados.

Definiciones e indicadores

55. Contar con definiciones e indicadores claros es fundamental para asegurar la calidad de los datos recogidos. La definición de lo que se considera un «consumidor» de productos de tabaco varía de unas encuestas a otras. Esa heterogeneidad puede dar lugar a variaciones en las estimaciones. Así por ejemplo, las estimaciones correspondientes al «consumo actual de tabaco para fumar» diferirán necesariamente de las referidas al «consumo diario actual de tabaco para fumar». Por otra parte, en los países donde coexisten numerosas formas de consumir tabaco (por ejemplo, productos para fumar y productos sin humo), las cifras referidas al «consumo de tabaco» pueden diferir sustancialmente de las correspondientes al «consumo de tabaco para fumar». Lo mismo se aplica también a las estimaciones relativas al «consumo de tabaco» y las referidas al «consumo de cigarrillos». Esta gran heterogeneidad de las definiciones limita la comparabilidad de los datos.

56. Existen asimismo considerables variaciones en cuanto a los indicadores empleados en las distintas encuestas, en particular dentro de los sistemas de supervisión. Los indicadores utilizados dependen en buena medida del alcance y del grado de detalle de los datos recogidos en relación con determinadas esferas del control del tabaco. El instrumento de presentación de informes del Convenio Marco y el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo son los sistemas que emplean el mayor número de indicadores. Los indicadores utilizados en el primero reflejan el contenido de artículos concretos del tratado, renunciándose al uso de indicadores combinados. Al utilizar los mismos indicadores en las diferentes fases del instrumento de presentación de informes, también se contribuye a asegurar la comparabilidad de los datos entre unas Partes y se facilita la ulterior realización de análisis de tendencias.

57. Las directrices de la OMS de 1998 incluyen una serie de opciones para el empleo de indicadores pertinentes en relación con el **consumo de tabaco** (por ejemplo: prevalencia de fumadores; prevalencia del consumo diario y ocasional de tabaco para fumar; prevalencia del consumo de tabaco sin humo; prevalencia de ex fumadores; prevalencia de intentos de abandono del tabaco; y consumo de cigarrillos por habitante) y con los **efectos sanitarios del consumo de tabaco** (por ejemplo: incidencia y prevalencia de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco; mortalidad por causas de defunción; y riesgo, absoluto o relativo, de defunción por cáncer de pulmón). El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer sugiere igualmente una serie de indicadores de prevalencia para los comportamientos relacionados con el consumo de tabaco.¹ En fecha más reciente, se ha empezado a preparar un conjunto de indicadores básicos y ampliados referidos al tabaco, para su utilización en las encuestas internacionales, en el marco de la ejecución del plan de acción 2008-2013 para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (objetivo 6). Asimismo, hay en curso una iniciativa dirigida por expertos que tiene por finalidad analizar los instrumentos de medición y notificación de datos de morbilidad y mortalidad referidos a una serie de factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles, como el tabaquismo.

58. En cuanto a las **definiciones de índole normativa**, el propio Convenio Marco define una serie de términos.² Las directrices ya adoptadas por la Conferencia de las Partes proporcionan definiciones adicionales, y las instrucciones paso a paso para responder a las preguntas de los grupos 1 y 2 promueven el empleo de otras definiciones complementarias.³ Los expertos participantes en el proceso que ha culminado en la elaboración del presente informe convienen en la necesidad de seguir examinando las definiciones y los indicadores derivados de artículos específicos del tratado o de las directrices conexas para su aplicación adoptadas por la Conferencia de las Partes. También se podría alentar a los grupos de trabajo intergubernamentales, tanto actuales como futuros, establecidos por la Conferencia de las Partes en relación con otros artículos a incluir las definiciones necesarias en sus proyectos de directrices. En cuanto a los artículos o esferas para los que no hay en marcha un proceso intergubernamental de esa índole, la Conferencia de las Partes podría considerar la posibilidad de establecer un proceso intergubernamental especial para la identificación de los indicadores y definiciones pertinentes.

¹ *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 12: Methods for Evaluating Tobacco Control Policies*. Lyon, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, 2008 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook12>).

² Por ejemplo, términos como: «comercio ilícito», «organización de integración económica regional», «publicidad y promoción del tabaco», «control del tabaco», «industria del tabaco», «productos de tabaco», «patrocinio del tabaco».

³ Más concretamente, se definen los términos siguientes: «productos de tabaco para fumar», «productos de tabaco sin humo», «otros productos de tabaco», prohibición de fumar «total» y «parcial» (en relación con el alcance de la prohibición de fumar en lugares públicos en las preguntas referidas al artículo 8 del Convenio Marco y las directrices para su aplicación); y «prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco» (en relación con el artículo 13 del Convenio y las directrices conexas).

Armonización de iniciativas internacionales de obtención de datos

59. En vista del elevado número de encuestas demográficas y sistemas de supervisión actualmente vigentes tanto a nivel nacional como mundial, la participación en los respectivos ejercicios de obtención de datos supone para muchos países una pesada carga en relación con las capacidades disponibles, sobre todo para los que adolecen de escasez de recursos. Parece pues conveniente avanzar hacia la armonización de los sistemas vigentes,¹ a fin de asegurar un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, tanto en lo referente a las tareas de recopilación y gestión de datos como a las de análisis y difusión.

60. Es de señalar que existe un precedente en cuanto a la armonización de los instrumentos de notificación correspondientes a diferentes tratados internacionales: las secretarías de los cinco tratados mundiales relacionados con la biodiversidad² están estudiando las posibilidades de armonizar los procedimientos de presentación de informes mediante el empleo de formatos y conjuntos de datos comunes.

61. **En cuanto a las encuestas demográficas**, ya se han logrado armonizar entre diversos sistemas internacionales de obtención de datos algunas cuestiones de carácter metodológico. Así por ejemplo, la mayoría de esas encuestas emplean estrategias de muestreo destinadas a lograr el máximo grado posible de representatividad de la población. Tanto la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos (GATS) como el cuestionario PASOS tratan de obtener muestras representativas y de utilizar el mejor marco muestral disponible (por ejemplo, el último censo o la lista administrativa más fiable disponible en ese momento). En lo tocante a las preguntas empleadas, en la mayoría de las encuestas actualmente en uso éstas están formuladas para obtener datos referidos a indicadores concretos que resulten de interés en cada caso, aunque las preguntas referidas a un mismo indicador pueden diferir de un cuestionario a otro. El instrumento de evaluación de la capacidad de los países en materia de vigilancia de las enfermedades no transmisibles se ha armonizado recientemente con el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo para evitar la duplicación de preguntas. En estos momentos, también se está considerando la armonización de algunas de las preguntas utilizadas en el cuestionario PASOS y en la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos (GATS). Más concretamente, se está estudiando la posibilidad de incorporar un conjunto básico de preguntas de ésta última dentro del conjunto de preguntas ampliadas basadas en el método PASOS, con miras a su inclusión en las encuestas nacionales de salud.

62. Las encuestas coordinadas dentro de la OMS con toda probabilidad se seguirán armonizando, proceso éste que tiene por objeto prestar un mejor apoyo a las Partes en sus esfuerzos por cumplir con las obligaciones que el Convenio les impone en materia de presentación de informes. También sería conveniente ampliar este proceso de armonización a otras encuestas, aunque en algunos casos resultaría difícil alcanzar la meta perseguida.

¹ En la bibliografía internacional referida al tema que nos ocupa, se utilizan indistintamente diversas expresiones como «normalización/estandarización de las encuestas» y «armonización de encuestas». Los expertos participantes en este proceso consideran que los intentos de utilizar preguntas, definiciones e indicadores estándar, o incluso metodologías normalizadas, pertenecen a la primera categoría. Las iniciativas en cuestión pueden complementarse con ajustes más sustanciales entre diferentes encuestas, por ejemplo en lo referente a la obtención de datos y el análisis y la utilización de la información recabada con fines de formulación de políticas. Ese tipo de «normalización» (o «estandarización») de mayor alcance puede definirse como «armonización».

² El Convenio sobre la Diversidad Biológica, la Convención sobre los Humedales de Importancia Internacional, la Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestre, la Convención sobre la Conservación de las Especies Migratorias de Animales Silvestres y la Convención para la Protección del Patrimonio Mundial y Cultural.

63. **En lo referente a los sistemas de notificación/seguimiento**, lo que más preocupa a los gobiernos son los posibles solapamientos entre el instrumento de presentación de informes del Convenio Marco y la encuesta empleada para la elaboración del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. La necesidad de armonizar esos dos instrumentos - y, en condiciones ideales, su fusión en un solo instrumento de recopilación de datos -, se planteó por primera vez durante la preparación de la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes. Ya se ha empezado a comparar el contenido de los dos instrumentos en lo referente a la prevalencia del tabaquismo y a la fiscalidad y los precios de los productos de tabaco. Sin embargo, tanto las Partes como los expertos apoyan la plena alineación de procesos y contenidos, para así suprimir la necesidad de notificar los datos pertinentes por duplicado. El grupo de expertos ha propuesto la adopción de las medidas enumeradas a continuación, que se examinan más detalladamente en los párrafos subsiguientes:

1. modificación del contenido del instrumento de presentación de informes del Convenio, que se utilizará como único instrumento internacional, para incluir en los cuestionarios del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo preguntas específicamente centradas en el tratado y revisar determinadas preguntas con miras a ayudar a las Partes a facilitar la información pertinente;
2. alineación al ciclo de presentación de informes por las Partes con el ciclo de reuniones de la Conferencia de las Partes;
3. modificación de las instrucciones paso a paso para incluir en ellas una lista exhaustiva de definiciones estándar, con objeto de que todas las Partes tengan presentes las normas y especificaciones establecidas con respecto a la información solicitada;
4. incorporación dentro del proceso de presentación de informes de un mecanismo que permita prestar ayuda, cuando así se solicite, en relación con la garantía de la calidad;
5. cotejo de la información obtenida de diferentes bases de datos centradas en las leyes y normativas de control del tabaco y promoción de su utilización por las Partes.

64. En primer lugar, se elaboraron propuestas para modificar el instrumento de presentación de informes del Convenio e incorporar en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo una serie de preguntas específicamente centradas en el tratado que no se plantean con suficiente detalle en el instrumento de presentación de informes, siguiendo las recomendaciones de los expertos participantes en el proceso y contando con la contribución de los mismos. Las citadas propuestas figuran en el anexo 2 del presente informe. Su elaboración se ha basado en un análisis transversal de la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes y la versión más reciente del cuestionario. Se pretende que, una vez modificado, el cuestionario de la segunda fase sirva de base para los informes de las Partes y que también pueda ser utilizado por la iniciativa OMS Liberarse del Tabaco para la evaluación de los progresos logrados en la esfera del control del tabaco por los Estados Miembros que aún no son Partes en el Convenio.

65. En segundo lugar, la armonización del ciclo de presentación de informes del Convenio Marco también resultaría beneficiosa, puesto que todas las Partes en el Convenio presentarían sus informes al mismo tiempo. Se recomienda emprender la transición hacia un ciclo de presentación de informes bienal vinculado a las reuniones de la Conferencia de las Partes, para sustituir la correlación actual entre las fechas de presentación de informes y las fechas de entrada en vigor del Convenio para cada una de las Partes, que, si bien ha constituido un factor importante durante los primeros años de las operaciones relacionadas con el tratado, se podría normalizar tras la presentación del segundo informe por la mayoría de las Partes. Si se mantiene la práctica de convocar las reuniones de la Conferencia de las

Partes durante el último trimestre del año, como se ha venido haciendo hasta la fecha, los informes de las Partes podrían presentarse en los primeros meses del año, por ejemplo antes de que finalice el mes de abril, lo que daría a la Secretaría suficiente margen para preparar el informe sobre los progresos realizados a nivel mundial y presentarlo a la Conferencia de las Partes. La transición del calendario de presentación de informes actualmente vigente hacia este otro marco temporal podría iniciarse tras la cuarta reunión de la Conferencia de las Partes y completarse a más tardar para la quinta reunión de este órgano, en 2012.¹

66. La armonización del ciclo de presentación de informes también facilitaría un mayor nivel de seguimiento de los cambios normativos y permitiría interpretar y analizar detenidamente las tendencias referidas a la aplicación de políticas y a la prevalencia del tabaquismo, etc. A fin de asegurar cierto grado de flexibilidad dentro del instrumento (por ejemplo, para la oportuna incorporación de las propuestas de las Partes relativas a su modificación), y de conformidad con la decisión FCTC/COP3(17), se podría encomendar a la Mesa que introduzca modificaciones debidamente fundamentadas, según proceda, en el instrumento de presentación de informes.

67. En tercer lugar, el proceso de armonización incluiría también las instrucciones paso a paso adoptadas por la Secretaría del Convenio en relación con la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes. Habrá que esforzarse especialmente por incorporar todas las definiciones disponibles no solo en el Convenio sino también en las directrices para la aplicación de artículos concretos de este último. Asimismo, es necesario aclarar algunos conceptos incluidos en diversas preguntas del instrumento de presentación de informes, en especial los referidos a la aplicación de medidas de política (tales como; prohibición «total» o «parcial» del consumo de tabaco en lugares públicos, en relación con el artículo 8 del Convenio; o prohibición «total» o «parcial» de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, en relación con el artículo 13). De ese modo, se fomentaría entre las Partes una comprensión común de las respectivas preguntas y conceptos, lo que a su vez acabaría propiciando la formulación de respuestas más precisas y más fáciles de comparar. Las instrucciones paso a paso podrían incluir también una lista de iniciativas de obtención de datos nacionales e internacionales (por ejemplo, la que figura en el anexo 1 del presente informe) utilizadas por las Partes. Un listado recapitulativo de ese tipo quizás facilitaría el acopio de datos y la coordinación entre diferentes instancias gubernamentales durante la preparación del informe. La Secretaría del Convenio presentaría las modificaciones antes descritas a comienzos de 2011 y tomaría en consideración las nuevas directrices de aplicación que pudieran adoptarse de aquí a la celebración de la cuarta reunión de la Conferencia de las Partes.

68. En cuarto lugar, asegurar la integridad de los datos notificados y mejorar su calidad y exactitud, constituye un objetivo fundamental, al que se tratará de dar cumplimiento durante el proceso de armonización. Según la experiencia de diferentes Partes, la presentación de informes es un proceso que requiere importantes recursos, tanto humanos como - si los datos que deben notificarse no están disponibles - financieros. De las consultas celebradas con los expertos y las Partes se desprende asimis-

¹ Si la modificación del ciclo de presentación de informes se produce entre la cuarta y la quinta reunión de la Conferencia de las Partes, habrá que pedir a las Partes que remitan sus informes durante los primeros meses de 2012. Dado que el nuevo ciclo se implantaría en 2012, las Partes que presenten informes en 2011 (por primera o segunda vez) no tendrían que volver a hacerlo en 2012, sino que presentarían sus siguientes informes sobre la aplicación del Convenio Marco en 2014. Con arreglo a este nuevo cronograma, las 60 Partes que presenten sus informes en 2011, quedarían exentas de esa obligación en 2012, en tanto que las Partes restantes sí tendrían que darle cumplimiento. En 2014 quedaría completada la transición hacia el nuevo ciclo bienal de presentación de informes. El actual cuestionario correspondiente a la segunda fase, con las modificaciones propuestas, pasaría a constituir el único instrumento para los futuros informes bienales. En el caso de las nuevas Partes (es decir, las que en potencia se convertirán en Partes en el Convenio tras la cuarta reunión de la Conferencia de las Partes), el periodo que ha de transcurrir entre la entrada en vigor del Convenio para cada una de ellas y la presentación del primer informe sería de un año como mínimo.

mo que ese proceso debe ir acompañado de medidas destinadas a establecer, mantener y/o fortalecer las capacidades nacionales para realizar las investigaciones necesarias y realizarse en conjunción con otras iniciativas de obtención de datos a cargo de departamentos gubernamentales responsables de asuntos distintos de la salud.

69. También será necesario ofrecer capacitación a los recopiladores de datos que participan en las actividades pertinentes. Para lograr esa meta, cabe recurrir a diversas intervenciones (actualización y perfeccionamiento de las instrucciones que acompañan al instrumento de presentación de informes; talleres destinados a promover la comprensión del contenido y de las definiciones subyacentes; orientaciones claras sobre posibles fuentes de información y sobre el proceso que debe implantarse a nivel nacional para la recopilación de datos, etc.). Se puede prestar apoyo adicional a los funcionarios notificantes a través de herramientas electrónicas más interactivas, por ejemplo creando un «foro de mensajes» (esto es, un sitio web protegido mediante contraseña en el que las Partes interesadas pueden plantear sus dudas y recibir respuestas a las mismas, tras el oportuno proceso de registro, que incluirá un instrumento de apoyo basado en Internet para la solución de problemas prácticos) o preparando una lista de «preguntas frecuentes» para su publicación en Internet. Convendría mantener, no obstante, el sistema actualmente vigente, dentro del cual las Partes facilitan retroinformación sobre los informes recibidos.

70. También conviene considerar la posibilidad de adoptar, en relación con los preparativos que preceden la presentación de los informes oficiales por las Partes, medidas destinadas a garantizar que los datos sean de buena calidad y presenten un elevado nivel de exactitud. La asistencia requerida en cada caso deberá ser puesta a disposición y ofrecida, siempre que así se solicite, bien por la Secretaría del Convenio, bien por la iniciativa OMS Liberarse del Tabaco o bien por las oficinas regionales y de país de la OMS, dependiendo de cuáles de estas instancias resulten más accesibles para la Parte de que se trate y cuente con los conocimientos especializados necesarios para dar solución a las dificultades planteadas. La Secretaría del Convenio debería promover y coordinar ese tipo de asistencia. La colaboración con la sociedad civil también puede contribuir a mejorar la calidad de los datos, ya que puede ocurrir que algunos datos solo hayan sido recopilados por organizaciones no gubernamentales. Las Partes en el Convenio también podrían estudiar, en relación con los casos en que las jurisdicciones subnacionales estén facultadas para regular ciertos aspectos del control del tabaco, la incorporación o el fortalecimiento de medidas de control de la calidad a nivel subnacional.

71. En quinto lugar, el cotejo de información procedente de diferentes bases de datos jurídicas con miras a promover la utilización de ese tipo de información entre las Partes (por ejemplo, la base de datos de la OMS sobre legislación sanitaria, las bases de datos regionales de la OMS sobre control del tabaco o la iniciativa de creación de una base de datos jurídica promovida por la organización Campaign for Tobacco-Free Kids). La base de datos sobre los informes de las Partes en la web mantenida por la Secretaría del Convenio también permite acceder a los textos de las leyes y reglamentos pertinentes proporcionados por las Partes junto con los informes sobre los progresos realizados en la aplicación del Convenio.

Plasmación de las directrices sobre aplicación en el instrumento de presentación de informes

72. Las directrices sobre aplicación adoptadas por la Conferencia de las Partes ya se han tenido en cuenta durante la preparación de la segunda fase (preguntas del grupo 2) del instrumento de presentación de informes, añadiendo nuevas preguntas o nuevas opciones de respuesta a las preguntas ya existentes, para así reflejar el nivel de detalle contenido en las directrices. Las directrices para la aplicación de los artículos 8, 11 y 13 del Convenio proporcionan definiciones para términos no definidos en el Convenio propiamente dicho. Esas definiciones se han incorporado en el opúsculo de instrucciones

paso a paso para completar la segunda fase del instrumento de presentación de informes. Además de las definiciones, las directrices para la aplicación del artículo 8 recomiendan una serie de indicadores para su consideración por las Partes a la hora de evaluar la aplicación de las directrices en sus respectivas jurisdicciones.

73. Los cuatro conjuntos de directrices adoptados hasta la fecha por la Conferencia de las Partes hacen hincapié en la necesidad de asegurar el cumplimiento efectivo de las medidas propuestas, lo que a su vez pone de manifiesto la importancia de hacer referencia, dentro del instrumento de presentación de informes, a los distintos mecanismos de ejecución que las Partes pueden haber implantado.

74. Es preciso seguir examinando el contenido de las directrices adoptadas por la Conferencia de las Partes con miras a su inclusión dentro del instrumento de presentación de informes. Cabría estudiar la posibilidad de crear módulos independientes, anexos al cuestionario básico del instrumento de presentación de informes, que se centren en disposiciones específicas de las directrices. Las preguntas pertinentes sobre el cumplimiento y los mecanismos de observancia se insertarían dentro del cuestionario en todas las secciones referidas a la legislación y la reglamentación.

75. Es conveniente aconsejar a las organizaciones e instituciones responsables de otras iniciativas de obtención de datos que reflexionen sobre el contenido y las recomendaciones de las mismas, con objeto de ayudar a las Partes a supervisar la aplicación de las directrices. Debe hacerse un esfuerzo por informar a las citadas organizaciones e instituciones sobre la adopción de las directrices por la Conferencia de las Partes y sobre el contenido de las mismas. Por otro lado, es importante invitar a las Partes a plasmar el contenido de las directrices en sus respectivas iniciativas de obtención de datos nacionales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

76. Existen varias iniciativas de obtención de datos internacionales que tienen pertinencia para el control del tabaco y una serie de bases de datos consagradas, enteramente o en parte, al almacenamiento de datos relacionados con esta esfera. La necesidad de estandarización tanto dentro como entre las iniciativas de recopilación de datos, así como la necesidad de armonización de unas iniciativas con otras, se hizo patente al aumentar el número de instrumentos de acopio de información relacionada con el tabaco tras la adopción del Convenio Marco, y al convertirse esos instrumentos en componentes esenciales de las actuaciones de salud pública a nivel nacional e internacional. Muchas de las Partes en el Convenio tienen en funcionamiento iniciativas de acopio de información nacionales y/o participan en sistemas de obtención de datos internacionales.

77. Todos los sistemas de obtención de datos internacionales emplean metodologías, preguntas, definiciones e indicadores estándar. Las encuestas utilizadas en este contexto también presentan solapamientos en cuanto al contenido, sobre todo en el caso de los sistemas de supervisión. Se ha empezado a adoptar una serie de medidas iniciales para avanzar hacia la normalización de las encuestas y la armonización de parte de su contenido.

78. En el caso de las encuestas demográficas, los elementos de diseño y contenido que podrían beneficiarse de una mayor normalización incluyen: la cronología y periodicidad de las encuestas; las franjas y los grupos de edad empleados; las definiciones y los indicadores; y la utilización de métodos de estimación estándar, cuando proceda. Una mayor estandarización entre estas encuestas, en cooperación con la OMS, con arreglo a lo previsto en el artículo 20 del Convenio, contribuiría a mejorar la comparabilidad de los datos, tanto a nivel nacional como internacional.

79. A juicio de los expertos consultados durante el proceso de elaboración del presente informe, se debería examinar más detenidamente la posibilidad de elaborar una serie de definiciones e indicadores que luego sean recomendados por las Partes para su utilización en iniciativas de obtención de datos. Es necesario que la Conferencia de las Partes proporcione nuevas orientaciones a este respecto. Se podría pedir a todos los grupos de trabajo establecidos por la Conferencia de las Partes con el cometido de elaborar nuevas directrices sobre aplicación que recomienden definiciones e indicadores relacionados con esferas específicas a fin de facilitar la recopilación de datos a través del instrumento de presentación de informes. Una posibilidad sería establecer un proceso intergubernamental especial para las definiciones y los indicadores relacionados con esferas del tratado que quedan fuera del cometido de los grupos de trabajo, tanto actuales como futuros.

80. Al elaborar los programas nacionales de investigación, incluidos los cuestionarios de encuesta, las Partes deberían cerciorarse de que esos programas posibiliten, como mínimo, la recopilación de los datos que deben incluir en sus respectivos informes a la Conferencia de las Partes sobre los progresos realizados en la aplicación del Convenio. También es esencial que las Partes se aseguren igualmente de que esos datos se recopilen de forma periódica y, en la medida de lo posible, en tiempo oportuno, de acuerdo con los plazos previstos para la presentación de los informes. Este conjunto mínimo o básico de datos debería incluir entre otras cosas: datos sobre la prevalencia del consumo de tabaco, desglosados por sexo, edad y origen étnico, cuando proceda; y datos sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes. En futuras recomendaciones de la OMS (promovidas por el Grupo de Referencia sobre las ENT) también se podría apoyar la inclusión de las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al tabaquismo en el conjunto básico de datos.

81. En cuanto a la armonización en relación con el instrumento de presentación de informes del Convenio y la encuesta del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, debe prestarse especial atención a la consolidación de un proceso plenamente alineado a través de un único instrumento acordado internacionalmente. Los expertos que han participado en la elaboración del presente informe apoyan una alineación de esa índole, que se ajustaría a las peticiones recibidas de las Partes. Considerando las obligaciones relacionadas con la presentación de informes que incumben a las Partes en virtud del artículo 21 del Convenio Marco, se recomiendan para su consideración por la Conferencia de las Partes las medidas siguientes:

- examen y modificación de determinadas preguntas del instrumento de presentación de informes del Convenio con miras a asegurar que el cuestionario del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo contenga preguntas detalladas para ayudar a las Partes a facilitar la información pertinente (en el anexo 2 se resumen las conclusiones y recomendaciones de ese examen, realizado conjuntamente por la Secretaría del Convenio y la iniciativa OMS Liberarse del Tabaco);
- alineación del ciclo de presentación de informes del tratado con el ciclo de reuniones de la Conferencia de las Partes;
- modificación de las instrucciones paso a paso para incluir en ellas una lista exhaustiva de definiciones estándar, con objeto de que todas las Partes tengan presentes las normas y especificaciones establecidas con respecto a la información solicitada;
- prestación de asistencia a las Partes, en particular a las que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, dentro del proceso de presentación de informes, con miras a asegurar la integridad y calidad de los datos notificados, y promoción de esa asistencia;

- cotejo de la información sobre leyes y reglamentaciones de control del tabaco procedente de diferentes bases de datos ya existentes, adopción de medidas para completar la información disponible, cuando sea necesario, y promoción de su utilización, de modo que los gobiernos y grupos de investigación puedan acceder a la información necesaria a través de una sola fuente.

82. En el marco de las actividades de armonización, se debería promover la utilización uniforme de un solo instrumento de presentación de informes - en concreto, el instrumento del Convenio - por todas las Partes. Los ciclos de presentación de informes podrían vincularse al examen por la Conferencia de las Partes de los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación del Convenio. Se podría pedir a las Partes que presenten sus respectivos informes al mismo tiempo, cada dos años, coincidiendo con el ciclo bienal de las reuniones ordinarias de la Conferencia de las Partes. Una posibilidad sería que los informes se presenten en el primer trimestre de los años en que la Conferencia de las Partes celebre sus reuniones ordinarias y que posteriormente la Secretaría del Convenio prepare un informe resumido para su consideración por la Conferencia de las Partes en una fecha ulterior de ese mismo año. De ese modo, se propiciaría una mejora de la comparabilidad internacional de los datos y se alentaría a la Conferencia de las Partes a realizar en sus reuniones ordinarias una evaluación pormenorizada de los progresos realizados a nivel mundial.

83. El sistema de presentación de informes del Convenio también debería tener en cuenta la evolución del tratado y la elaboración de nuevos instrumentos relacionados con éste (protocolos y directrices). La Conferencia de las Partes podría decidir que en posibles actualizaciones futuras del instrumento de presentación de informes se deberán tomar en consideración las directrices sobre aplicación y hacer las oportunas referencias a las mismas. De forma simultánea con las medidas de racionalización del instrumento de presentación de informes, se podría encomendar a la Secretaría del Convenio la elaboración de propuestas de módulos específicos que reflejen el contenido de las directrices, una vez adoptadas estas últimas por la Conferencia de las Partes. Estos módulos podrían aplicarse seguidamente en conjunción con el cuestionario básico.

INTERVENCIÓN DE LA CONFERENCIA DE LAS PARTES

84. Se invita a la Conferencia de las Partes a tomar nota del presente informe y a proporcionar orientaciones adicionales acerca de la conclusión y las recomendaciones que figuran en los párrafos 76-83.

ANEXO 1

SINOPSIS DE LAS PRINCIPALES INICIATIVAS DE OBTENCIÓN DE DATOS Y BASES DE DATOS INTERNACIONALES CON INFORMACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE TABACO Y LAS POLÍTICAS DE CONTROL DEL TABACO**INICIATIVAS DE OBTENCIÓN DE DATOS INTERNACIONALES¹**

Las encuestas se dividen en esta sección en función de su especificidad en relación con el tabaco (encuestas específicamente centradas en el tabaco y encuestas no específicamente centradas en el tabaco), así como en función de los grupos de edad destinatarios (adultos o jóvenes).

Encuestas específicamente centradas en el tabaco

El **Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco**² consta de cuatro componentes: la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS); la Encuesta Mundial sobre Personal Escolar (GSPS); la Encuesta Mundial sobre los Estudiantes de Profesiones de la Salud (GHPSS); y la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos (GATS), de más reciente implantación. La primera y la última se describen más abajo con mayor detenimiento. La GSPS es una encuesta que se realiza en una selección de escuelas y en la que participa el conjunto del personal de los centros. La GHPSS es una encuesta destinada a centros de enseñanza en la que participan estudiantes de tercer año de odontología, medicina, enfermería y farmacia.

El Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco, concebido a finales de 1998, empezó a aplicarse en 1999 con el fin de ayudar a los países a planificar, elaborar, ejecutar y evaluar sus respectivos programas de control del tabaco. Entre los principales organismos ejecutores de esta iniciativa, destacan la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América y la Asociación de Salud Pública del Canadá.

Dentro de este sistema se utiliza una metodología de encuesta común, procedimientos operativos similares para la obtención de datos y técnicas de gestión y procesamiento análogas en unos países y otros. Se trata de un instrumento flexible, que permite a los países incluir, a su discreción, información importante de carácter único en el cuerpo principal de los cuestionarios.

Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes³

- La Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes fue concebida y puesta en marcha por la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU.

¹ Para información más detallada sobre las encuestas aquí descritas, véase la siguiente publicación del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer: *IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 12: Methods for Evaluating Tobacco Control Policies* (2008: Lyon, Francia).
<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook12>

² http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy/00_pdfs/data_release_school_based.pdf.

³ <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts>.

en 1999.¹ Sus principales esferas de interés son la epidemiología y los marcos de políticas, y su finalidad es ayudar a los países participantes a recopilar periódicamente datos sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes. La Encuesta también facilita información en relación con cinco artículos del Convenio Marco (los artículos 8, 12, 13, 14 y 16). Se trata de un instrumento ampliamente empleado: para finales de 2008, 154 Estados Miembros de la OMS y 13 entidades de otra índole (territorios, commonwealths, regiones geográficas, áreas bajo administración de las Naciones Unidas y regiones administrativas especiales) habían completado al menos una ronda de la Encuesta. De estos últimos, 107 países ya han completado una segunda ronda y 10, una tercera ronda.

- Gracias a que se realiza repetidas veces, la Encuesta sobre el Tabaco y los Jóvenes es un buen punto de partida para el análisis de las tendencias del tabaquismo entre el grupo de edad destinatario. Por otra parte, ésta es la única encuesta sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes que abarca al conjunto de las seis regiones de la OMS.
- La Oficina de Tabaquismo y Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU., ha asumido anualmente desde 1999 la financiación de la Encuesta y se ha comprometido a seguir apoyando aplicación práctica. El nivel de financiación de este instrumento asciende a más de US\$ 1 millón por año.

Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos²

- La Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos se realiza a nivel domiciliario entre adultos de 15 años de edad o más. Su finalidad es recoger datos sobre el consumo de tabaco en la población adulta y sobre las principales medidas de control del tabaco, para lo cual se emplea el mismo protocolo estándar en todas las partes del mundo. La Encuesta está diseñada para recabar información sobre el tabaquismo, la exposición al humo ajeno y los intentos de abandono del tabaco entre los adultos, así como para medir de forma indirecta el impacto de las iniciativas de prevención y de control del tabaco.
- La aplicación práctica de este instrumento ha sido posible gracias a la aportación de fondos sustanciales por Bloomberg Philanthropies, complementados con recursos y contribuciones de la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU. y los gobiernos nacionales participantes. Hasta la fecha, la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos se ha realizado en 14 países (Bangladesh, Brasil, China, Egipto, Federación de Rusia, Filipinas, India, México, Polonia, Tailandia, Turquía, Ucrania, Uruguay y Viet Nam).

El Proyecto Internacional de Evaluación de Políticas de Control del Tabaco (Proyecto ITC)³ tiene por finalidad evaluar los efectos psicosociales y comportamentales de las políticas nacionales de control del tabaco. Dentro de esta iniciativa, se asegura el seguimiento, durante cinco años o más contados desde la fecha de inicio de la encuesta, de una selección de fumadores en sus respectivos países. Las fechas de inicio se escogen estratégicamente para poder seguir de cerca los cambios en las políticas nacionales relacionadas con el tabaco introducidos de conformidad con el Convenio Marco. El

¹ La iniciativa OMS Liberarse del Tabaco es el organismo encargado de coordinar dentro de la OMS una serie de actividades de obtención de datos internacionales, como la encuesta del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo y los componentes del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco.

² <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gats>.

³ <http://www.itcproject.org/>.

estudio, lejos de limitarse a evaluar si una determinada medida ha surtido el efecto deseado, trata de establecer también el cómo y el porqué de los resultados obtenidos en esta esfera. La primera ronda de estudios de cohortes longitudinales se inicia en cada uno de los distintos países justo antes de que se produzca un cambio de política importante. Los estudios tienen una duración de cinco años, lo que permite evaluar el impacto de los eventuales cambios de política basados en el Convenio conforme se van introduciendo las medidas en cuestión. La encuesta, que mide las mismas variables en los distintos países en el caso del Proyecto ITC, procura mantener a los mismos participantes de año en año para así poder evaluar los cambios en las actitudes generales, los conocimientos y el comportamiento dentro de la población objetivo a lo largo del tiempo.

El Proyecto ITC se puso en marcha en 2002 con la participación inicial de cuatro países (Australia, Canadá, Estados Unidos de América y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte). El equipo encargado de esta iniciativa está ejecutando en estos momentos la séptima ronda de obtención de datos. Los países que se han incorporado al proyecto ITC posteriormente a su puesta en marcha se encuentran en diferentes rondas de recopilación de datos, dependiendo de la fecha de adhesión.

La **Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)** realiza una labor periódica de obtención de datos, evaluación de tendencias, análisis, previsión de cambios económicos, investigación de cambios sociales o cambios estructurales en esferas como el comercio, el medio ambiente, la agricultura, la tecnología y la tributación. Asimismo, mantiene una base de datos estadísticos¹ con información sobre el consumo de tabaco en los países de la OCDE.

Encuestas no específicamente centradas en el tabaco

Encuestas centradas en la población adulta

El **método progresivo de la OMS para la vigilancia (método PASOS)**² es una encuesta de población elaborada por la OMS, que se aplicó por vez primera en 2001. Su finalidad es prestar apoyo a los países mediante la introducción de un sencillo sistema de vigilancia destinado a los adultos y basado en una serie de instrumentos normalizados que permite efectuar comparaciones a lo largo del tiempo y entre unos países y otros. Se trata de un instrumento de amplio alcance, puesto que abarca tanto factores de riesgo comportamentales (tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, dietas malsanas, inactividad física, etc.) como factores de riesgo biológicos (sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, hiperglucemia e hiperlipidemia). El enfoque aplicado es progresivo en cuanto a los métodos empleados para la recopilación de datos (primer paso: cuestionario; segundo paso: medición de parámetros físicos; tercer paso: muestras de sangre) y también en cuanto al nivel de complejidad de las preguntas sobre el tema de que se trate (cinco preguntas básicas y nueve preguntas ampliadas sobre el consumo de tabaco). La OMS se encarga de prestar apoyo técnico y de facilitar las herramientas necesarias para la incorporación y el análisis de los datos. Alrededor de 120 países participan en el método PASOS, y unos 60 han completado la recopilación de datos. Los principales resultados se resumen en las notas descriptivas de este programa.³

¹ <http://stats.oecd.org/index.aspx>.

² <http://www.who.int/chp/steps>.

³ <http://www.who.int/chp/steps/reports>.

El **Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo**¹ forma parte del programa de estudios longitudinales de la OMS, que tiene por finalidad compilar un extenso conjunto de datos longitudinales sobre la salud y el bienestar de las poblaciones adultas y sobre el proceso de envejecimiento en diferentes países, a través de la recopilación de datos primarios y el análisis de datos secundarios.

Dentro de este estudio fundamental se acopian datos entre encuestados de 18 años o más, con énfasis en la población de más de 50 años, recurriendo para ello a grupos muestrales representativos a nivel nacional de seis países (China, Federación de Rusia, Ghana, India, México y Sudáfrica). Varios países de América Latina y Europa están considerando la posibilidad de participar en futuras rondas del estudio. Los instrumentos y métodos encuestales se han adaptado a partir de los utilizados dentro de la Encuesta Mundial de Salud y de 16 encuestas nacionales sobre el envejecimiento.

Los datos de partida del estudio (tanda 0, 2002-2004) se obtuvieron en el marco de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS. En la segunda ronda de recopilación de datos (tanda 1, 2007-2009), actualmente en curso, se han ampliado los tamaños muestrales de los distintos países participantes.

El **proyecto Encuestas de Demografía y Salud**² ha facilitado desde 1984 asistencia técnica para más de 240 encuestas en más de 85 países, contribuyendo así a una mejor comprensión mundial de las tendencias sanitarias y demográficas en los países en desarrollo. La iniciativa goza en el mundo entero de gran prestigio por su labor de recopilación y difusión de datos exactos y nacionalmente representativos, sobre fecundidad, planificación familiar, salud maternoinfantil, género, VIH/sida, malaria y nutrición. Se ha hecho referencia al tabaco en los cuestionarios utilizados en 61 países. El principal organismo financiador del proyecto es la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), aunque también aportan contribuciones otros donantes y se aprovechan los recursos de los propios países.

Los principales objetivos del proyecto incluyen, entre otras cosas: la ulterior utilización de los datos recopilados para la formulación de políticas, la planificación programática y la labor de seguimiento y evaluación; el fomento y el fortalecimiento de la implicación del país destinatario en lo que respecta a la recopilación, el análisis, la presentación y la utilización de los datos; el aumento de las capacidades de los asociados en los países destinatarios para acopiar y utilizar datos con fines programáticos y de política.

El **Eurobarómetro**,³ conformado por una serie de encuestas que se realizan periódicamente en nombre de la Comisión Europea desde 1973, permite seguir de cerca la evolución de la opinión pública en los Estados miembros de la Unión Europea. Las principales esferas abarcadas por las encuestas incluyen: la ampliación de la Unión Europea, la pobreza y la exclusión social, la cultura, la tecnología de la información, el medio ambiente, el euro, la defensa y el cambio climático. Dentro de cada una de estas encuestas, se celebran alrededor de 1000 entrevistas personales en los distintos Estados miembros. Los informes correspondientes se publican dos veces al año.

En el marco del Eurobarómetro también se celebran con cierta regularidad encuestas específicamente centradas en el tabaco. La última encuesta de este tipo se publicó en diciembre de 2008. Dentro de esa iniciativa, se interrogó a un total de 26 500 europeos sobre diversos aspectos referidos a sus hábi-

¹ <http://www.who.int/healthinfo/systems/sage>.

² http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/search/listmodules_main.cfm.

³ http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm.

tos de consumo de tabaco y sobre sus conocimientos, actitudes y creencias en lo tocante a cuestiones relacionadas con las políticas de control del tabaco. Las anteriores encuestas relacionadas con el tabaco tuvieron lugar en 2005 y 2006.

La **encuesta comunitaria de salud por entrevista (EHIS)** es una encuesta armonizada a nivel de toda la Comunidad Europea¹ cuya ejecución práctica y gestión corren a cargo del Eurostat.² Está previsto que se realice cada cinco años; la primera ronda abarca el periodo 2006-2010. La encuesta comunitaria de salud por entrevista suele abarcar los elementos siguientes: estatura y peso (que conforman la base para el cálculo del índice de masa corporal); percepción subjetiva de la salud; actividades que se han reducido debido a problemas de salud; enfermedades o problemas de salud padecidos desde hace tiempo; comportamiento tabáquico; y consumo de alcohol.

Encuestas centradas en los jóvenes

La **Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS)**³ ha sido elaborada por la OMS en colaboración con el UNICEF, la UNESCO y el ONUSIDA y con la asistencia técnica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE.UU. El grupo destinatario está conformado principalmente por estudiantes de entre 13 y 15 años. Se trata de una encuesta demográfica que abarca la misma franja de edades que la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS) y aplica la misma metodología con énfasis en el ámbito escolar. Sin embargo, estas dos encuestas difieren en cuanto al contenido: la segunda recaba datos detallados sobre el consumo de tabaco, así como sobre diversas medidas de control del tabaco, en tanto que la primera se centra eminentemente en la recopilación de datos básicos de prevalencia relacionados con 10 tipos de comportamiento (consumo de alcohol y drogas, comportamientos alimentarios, etc.), entre los que también figura el tabaquismo. La Encuesta Mundial de Salud a Escolares, puesta en marcha en 2003, se ha completado hasta la fecha en 43 países.

El **Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD)**⁴ es una iniciativa de colaboración que cuenta con la participación de equipos de investigación independientes en alrededor de 40 países europeos; se trata del proyecto de investigación transnacional más importante sobre consumo de drogas a nivel mundial.

Los datos vienen acopiándose desde 1995 con periodicidad cuatrienal, y el ESPAD ha completado ya cuatro ciclos de recopilación (1995, 1999, 2003 y 2007). En 2007-2008, se celebraron entrevistas en 40 países. Los resultados más recientes se publicaron en marzo de 2009. Las actividades de obtención de datos dentro de cada país son financiadas por fuentes nacionales.

A fin de cumplir con su objetivo de proporcionar datos que sean comparables a nivel transnacional, el proyecto ESPAD emplea una metodología estrictamente normalizada en lo referente a la población objetivo, el instrumento de recopilación de datos, el procedimiento operativo, el marco temporal y el procesamiento de datos. Se ha creado una base de datos, dotada de un buscador, con la información obtenida de los países participantes.

¹ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_01_en.htm.

² El Eurostat es la oficina de estadística de la Unión Europea. Su cometido es proporcionar a la Unión Europea estadísticas a nivel comunitario que permitan realizar comparaciones entre países y regiones. Una de sus bases de datos se centra específicamente en el tabaquismo: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.

³ <http://www.who.int/chp/gshs>.

⁴ <http://www.espad.org>.

El **Estudio sobre el comportamiento de los escolares en materia de salud (HBSC)**¹ fue adoptado a mediados de los años ochenta por la Oficina Regional de la OMS para Europa como instrumento de la OMS para la realización de estudios transnacionales en colaboración. En ese contexto, se ha creado una red multidisciplinar de investigadores de países europeos y norteamericanos. El estudio se efectuó por primera vez en 1983/84 (4 países), posteriormente en 1985/86 (13 países), y a partir de esa fecha cada cuatro años: 1989/90 (16 países), 1993/94 (26 países), 1997/98 (30 países), 2001/02 (36 países) y 2005/06 (41 países). El cuestionario incluye preguntas sobre el consumo de tabaco. Los datos del estudio HBSC se han utilizado para influir en las políticas de promoción de la salud y educación sanitaria, tanto a nivel nacional como internacional.

Para cada encuesta HBSC, se crea un archivo internacional de datos a partir de todos los datos nacionales obtenidos, que se almacena en el NSD (Servicio Noruego de Datos relacionados con las Ciencias Sociales). La utilización de esos archivos queda restringida a los equipos en los países miembros durante un periodo de tres años contados a partir de la fecha en que se completaron. Al término de ese plazo, los datos se ponen a disposición para uso externo, con arreglo a lo acordado por el Coordinador Internacional y los Investigadores Principales.

BASES DE DATOS CON INFORMACIÓN SOBRE EL TABACO

Las bases de datos incluidas en esta sección se subdividen en dos categorías, según si se centran específicamente en el tabaco o no.² Dentro de ambas categorías, se establece una distinción entre las bases que contienen datos mundiales y las que abarcan únicamente una o dos regiones de la OMS. Es de notar que, al margen de las bases de datos aquí descritas, los sistemas de obtención de datos demográficos internacionales suelen mantener una base de datos para la publicación de sus respectivos informes sobre las encuestas realizadas que también permite hacer búsquedas. Se puede acceder a esas bases de datos a través de los sitios web dedicados a las encuestas de los respectivos sistemas, que no se repiten en el listado que figura a continuación.

Bases de datos específicamente centradas en el tabaco

Bases con datos mundiales

- **Base de datos dedicada a los informes sobre los progresos realizados en la aplicación del Convenio presentados por las Partes.** La Secretaría del Convenio mantiene en el sitio web del CMCT una base de datos dedicada a los informes sobre los progresos realizados en la aplicación del Convenio, desde la cual se puede acceder no solo a los informes propiamente dichos sino también a la información adicional (por ejemplo, los textos de las leyes y los programas nacionales de control del tabaco) proporcionada por las Partes en relación con los mismos. Por ahora, esta base de datos únicamente permite hacer búsquedas por nombres de Partes, aunque está en curso de mejora; para la cuarta reunión de la Conferencia de las Partes, también permitirá consultar los progresos realizados en la aplicación del Convenio atendiendo a las disposiciones que lo integran e incorporará asimismo la base de datos sobre los recursos disponibles para la aplicación del CMCT.

¹ <http://www.hbsc.org>.

² La lista aquí presentada no es exhaustiva, sobre todo en lo que respecta a las bases de datos privadas y comerciales mantenidas por diferentes entidades.

- **Sistema Mundial de Información sobre el Control del Tabaco.**¹ La iniciativa OMS Liberarse del Tabaco está trabajando en estos momentos en el desarrollo de este sistema, que tiene por finalidad facilitar sucintamente información sobre diversas bases de datos regionales con información estadística sobre cuestiones relacionadas con el tabaco, con indicación de los enlaces correspondientes. Algunas de estas bases de datos son mantenidas por la propia iniciativa OMS Liberarse del Tabaco y otros departamentos de la OMS, en tanto que otras son administradas por asociados de la OMS y otros organismos internacionales.
- **Base de datos internacional sobre advertencias sanitarias.** De conformidad con la decisión FCTC/COP3(10), la Secretaría del Convenio Marco invitó a la iniciativa OMS Liberarse del Tabaco a establecer y mantener, en consulta con las Partes deseosas de compartir con otras Partes las advertencias y los mensajes sanitarios gráficos por ellas utilizadas, una base de datos central internacional de advertencias y mensajes de este tipo. La base de datos en cuestión, ya disponible, se actualiza periódicamente.²
- **International Legal Consortium de la Campaign for Tobacco-Free Kids.** Esta organización está preparando una base de datos mundial sobre instrumentos legislativos cuya finalidad es servir de archivo mundial de la legislación relacionada con el control del tabaco y facilitar el análisis de las leyes pertinentes en lo que atañe a las obligaciones dimanantes del Convenio y las directrices conexas, con énfasis en los artículos 8, 11 y 13. El proyecto se inició en 2008, y se prevé que la base de datos esté en funcionamiento y se ponga en marcha, inicialmente con un número limitado de países, antes de que finalice el año en curso. La base de datos será accesible en línea y permitirá realizar búsquedas por países y/o por términos clave relacionados con las políticas de control del tabaco.

Bases con datos regionales

Las **oficinas regionales de la OMS** también tienen en funcionamiento bases de datos que proporcionan información sobre las medidas de control del tabaco de los Estados Miembros. Ahora bien, el volumen y el grado de detalle de esa información varían considerablemente de región en región.

- El sitio web de la **Oficina Regional de la OMS para África** permite acceder a los informes sobre las encuestas relativas al tabaco celebradas en los distintos países de la Región.³
- Desde la web de la **Región de las Américas de la OMS**, se puede acceder al Sistema Panamericano de Información en Línea de Tabaco (PATIOS),⁴ que permite realizar búsquedas y contiene datos específicos por países, procedentes de diversas fuentes, sobre una amplia variedad de cuestiones relacionadas con el control del tabaco. PATIOS constituye un instrumento estandarizado y fiable de seguimiento y evaluación de la situación del control del tabaco, tanto dentro de cada país como entre unos países y otros. Esta base de datos abarca 53 indicadores sobre tabaquismo y políticas de control del tabaco aplicados en todos los Estados Miembros de la Región.

¹ http://www.who.int/tobacco/global_data/.

² <http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase/en/index.html>.

³ <http://www.afro.who.int/en/divisions-a-programmes/dnc/tobacco/tob-country-profiles.html>.

⁴ <http://www.paho.org/tobacco/PatiosHome.asp>.

- El sitio web de la **Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental** incluye una base de datos regional sobre control del tabaco¹ que permite realizar búsquedas y efectuar comparaciones, tanto dentro como entre los países. Esta base de datos forma parte del Sistema Integrado de Análisis de Datos, de alcance regional.
- La **Oficina Regional de la OMS para Europa** se encarga de la gestión de la Base de Datos sobre Control del Tabaco,² que contiene datos sobre la prevalencia del tabaquismo y diversos aspectos relacionados con las políticas de control del tabaco en los países de la Región y también permite efectuar comparaciones entre unos países y otros en lo que atañe a las políticas. Este instrumento cuenta con una sección especialmente dedicada a la legislación en materia de control del tabaco y también contiene información sobre la aplicación del Convenio Marco en Europa.
- En el sitio web de la **Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental**, se pueden consultar los perfiles de los países pertenecientes a esta Región.³
- En la **Región del Pacífico Occidental** hay en funcionamiento un Centro de Datos sobre Control del Tabaco⁴ que contiene una serie de conjuntos de información sobre el tabaco, referidos a los países de la Región, dentro de los cuales se pueden realizar búsquedas.

Bases de datos no específicamente centradas en el tabaco

- **CANCERmondial**⁵ permite acceder a información sobre las tasas de cáncer en el mundo entero compilada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. La finalidad de este proyecto es asegurar un acceso en línea a los datos sobre las tasas de incidencia, prevalencia, supervivencia y mortalidad en las distintas partes del mundo.
- La base de datos estadísticos del **Eurostat**⁶ facilita información relativa a los Estados miembros de la Unión Europea sobre distintos aspectos relacionados con el tabaco, como las tasas de tabaquismo, el comercio (exportaciones e importaciones de productos de tabaco), los índices de precios al consumo, etc.
- El **Observatorio Mundial de la Salud** y el **establecimiento de sistemas nacionales de vigilancia de las enfermedades no transmisibles** forman parte de los proyectos que la OMS tiene en curso en esta esfera.
- La **base de datos de la OMS sobre legislación sanitaria**⁷ abarca un centenar de textos legislativos de índole nacional y subnacional.

¹ <http://www.searo.who.int/EN/Section1174/Section2469/Section2481.htm>.

² <http://data.euro.who.int/tobacco/>.

³ <http://www.emro.who.int/TFI/CountryProfile-Part6.htm>.

⁴ http://www.wpro.who.int/health_topics/tobacco/data.htm.

⁵ <http://www-dep.iarc.fr/>.

⁶ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.

⁷ <http://idhlrils.who.int/frame.cfm?language=english>. La Unidad de Legislación Sanitaria del grupo orgánico Información, Pruebas Científicas e Investigaciones participa en la base de datos de la OMS sobre legislación sanitaria.

- La **InfoBase Mundial de la OMS** y las **InfoBases Regionales sobre enfermedades no transmisibles (ENT)** son herramientas en línea con datos sobre los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles. Esos datos se utilizan para estimar las tasas de prevalencia nacional correspondientes a los distintos factores de riesgo. La InfoBase contiene asimismo información sobre el consumo de tabaco¹ obtenida a partir de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (GYTS), el cuestionario PASOS y la Encuesta Mundial de Salud.
- El **sistema de información estadística de la OMS (WHOSIS)** constituye la guía de la OMS sobre información sanitaria y sobre información epidemiológica y estadística relacionada con la salud. Este instrumento permite acceder a información estadística en relación con la mayoría de los programas técnicos de la Organización. Se puede acceder a datos correspondientes a las categorías siguientes, mediante búsquedas por palabras clave dentro de WHOSIS o en las distintas secciones del sitio web de la OMS: indicadores sanitarios básicos; estadísticas por país o región; estadísticas por tema; estadísticas sobre la carga de morbilidad. El sistema también incluye enlaces para acceder a otras fuentes de información relacionada con la salud.
- La **publicación Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009**² incluye la recopilación anual que la OMS prepara a partir de los datos recibidos de los Estados Miembros, junto con un resumen de los progresos realizados hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud y las metas conexas. Su contenido se ha elaborado a partir de publicaciones y bases de datos preparadas y actualizadas por los programas técnicos y las oficinas regionales de la OMS. Los indicadores, seleccionados en función de su pertinencia para la salud mundial, la disponibilidad y la calidad de los datos y la fiabilidad y comparabilidad de las estimaciones, proporcionan una visión completa de la situación sanitaria de los distintos países, así como de sus respectivos sistemas de salud, en particular, sobre: la carga de mortalidad y morbilidad, las causas de defunción, los casos notificados de enfermedades infecciosas, la cobertura de servicios de atención sanitaria, los factores de riesgo, los recursos de los sistemas de salud, el gasto sanitario, las inequidades y las estadísticas demográficas y socioeconómicas. Este estudio incluye dos indicadores relacionados con el tabaco: prevalencia del consumo actual de tabaco entre adultos (≥ 15 años) y prevalencia del consumo actual de tabaco entre adolescentes (13-15 años).
- El sitio web de la organización **ERC Group**³ alberga una base de datos comercial con información actualizada y las noticias más recientes sobre la industria del tabaco, por ejemplo: análisis de mercados y de empresas, información normativa, cambios relacionados con los impuestos y los precios, así como datos sobre la prevalencia del tabaquismo y el número de fumadores. Existen además otros sitios web con información similar sobre la economía del tabaco.⁴

¹ <https://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=112&ind=TOB>.

² <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/>.

³ <http://erc-world.com/tobacco/> (ERC Group, fundado en 1961, es una de las organizaciones independientes especializadas en estudios de mercado que más tiempo llevan operando en Europa). El acceso a los documentos está restringido a los usuarios registrados.

⁴ Véanse, por ejemplo, las bases de datos de la Tobacco Merchants Association (<http://www.tma.org/tmalive/FrmMain>) o la base de datos de la Economist Intelligence Unit centrada en los precios (<http://store.eiu.com/product/1990000199.html?ref=Products>).

- **Euromonitor International**¹ es una base de datos comercial que contiene una sección dedicada a la investigación sobre el tabaco. El sitio web ofrece: un análisis pormenorizado de los mercados del tabaco en el mundo entero, con énfasis en aspectos como el volumen de mercado, las ventas de contrabando, la distribución al por menor y la evolución de los precios; información sobre las principales empresas tabacaleras y la participación en el mercado de las marcas comercializadas por cada una de ellas; descripciones detalladas de los sectores clave, como los cigarrillos, los puros, el tabaco para fumar y los productos de tabaco sin humo; así como información sobre el gasto por habitante en productos de tabaco y las tendencias de consumo.

¹ <http://www.euromonitor.com/tobacco>. El acceso a los textos íntegros de los documentos está restringido a los usuarios registrados.

ANEXO 2

**PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE PRESENTACIÓN
DE INFORMES DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS
PARA EL CONTROL DEL TABACO**

Pregunta(s) actual(es)	Tipo de revisión propuesta	Modificación sugerida	Justificación/observaciones
A. Propuestas en relación con el artículo 8 del Convenio (Protección contra la exposición al humo de tabaco)			
3.2.2.1, 3.2.2.3 y 3.2.2.5	<p>Fusión de preguntas y revisión técnica</p> <p>[Se fusionan las preguntas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores - protección contra la exposición al humo de tabaco en los transportes públicos - protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares públicos cerrados] 	<p>Se propone fusionar las preguntas como sigue:</p> <p><u>3.2.2.1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - prohibición de fumar tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos. 	<p>Las preguntas se fusionan por razones de edición y se someten además a una revisión técnica consistente en cambiar el foco de atención de la «protección contra la exposición» (el resultado de una medida específica) a la prohibición de fumar tabaco en un determinado entorno (la medida específica propiamente dicha). La formulación del artículo 8.2 del Convenio también queda reflejada plenamente. El texto modificado, más fácil de interpretar, puede contribuir a mejorar la precisión y validez de los datos recibidos.</p>
3.2.2.1	Incorporación de un mayor grado de detalle en una pregunta ya existente	<p>Se propone añadir la siguiente subpregunta:</p> <p><u>3.2.2.2</u></p> <p>Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.2.2.1, ¿de qué tipo/naturaleza es la medida que establece esa prohibición?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley nacional • Ley(es) subnacional(es) • Órdenes administrativas y ejecutivas • Acuerdos voluntarios • Otras medidas 	<p>Se pide a las Partes que especifiquen el tipo de medida(s) (legislativa(s), ejecutiva(s), administrativa(s) o de otra índole) que prohíbe(n) fumar tabaco en los lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos.</p>

Pregunta(s) actual(es)	Tipo de revisión propuesta	Modificación sugerida	Justificación/observaciones
		<p>Se propone añadir la siguiente frase:</p> <p><u>3.2.2.3</u></p> <p>Sírvase facilitar una breve explicación del tipo/la naturaleza y el contenido de las medidas que establecen la prohibición en cuestión.</p>	<p>Se reserva un espacio específico para la consignación de información detallada. Con esta modificación, se pretende atender sobre todo las necesidades de notificación de las Partes con jurisdicciones subnacionales facultadas para regular el consumo de tabaco en los lugares públicos.</p>
3.2.2.2	<p>Incorporación de un mayor grado de detalle en una pregunta ya existente</p>	<p>Se propone añadir la siguiente subpregunta:</p> <p><u>3.2.2.4</u></p> <p>Si ha respondido «Sí» a alguna de las opciones de respuesta a la pregunta 3.2.2.2, ¿establece alguna de esas medidas un mecanismo/una infraestructura para su ejecución?</p> <p>Se propone añadir la siguiente frase:</p> <p><u>3.2.2.5</u></p> <p>Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.2.2.4, sírvase describir el sistema más en detalle.</p>	<p>Esta pregunta guarda relación con un componente importante de la aplicación de las medidas previstas en el artículo 8 del Convenio y refleja asimismo el contenido de las directrices para la aplicación del artículo 8.</p> <p>Se reserva un espacio específico para la consignación de información más detallada en respuesta a la pregunta 3.2.2.4.</p>
3.2.2.2, 3.2.2.4 y 3.2.2.6	<p>Fusión de preguntas e incorporación de un mayor grado de detalle</p> <p>[Se fusionan las preguntas siguientes:</p> <p>Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.2.2.1, ¿cómo es esa protección en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ... lugares de trabajo interiores - ... tipos de transporte público - ... lugares públicos cerrados] 	<p>Se propone fusionar las preguntas como sigue:</p> <p><u>3.2.2.5</u></p> <p>Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.2.2.1, sírvase especificar los entornos y el alcance/la amplitud de las medidas aplicadas en los lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos.</p> <p>Se propone añadir las siguientes opciones de respuesta a la lista original: universidades; centros comerciales; pubs y bares (en lugar de solo bares); vehículos privados y embarcaciones.</p>	<p>Las preguntas se fusionan y las opciones de respuesta a las mismas se combinan para reflejar una lista de entornos en los que se podría aplicar la prohibición de fumar. El motivo por el que las preguntas se fusionan en una sola es que los lugares de trabajo interiores, los medios de transporte público y los lugares públicos cerrados son también lugares de trabajo. La revisión de la pregunta 3.2.2.1 refleja esta misma circunstancia.</p> <p>Se añaden, además, nuevas opciones de respuesta, aunque manteniendo las inicialmente previstas («Completa», «Parcial» y «Nula»).</p>

Pregunta(s) actual(es)	Tipo de revisión propuesta	Modificación sugerida	Justificación/observaciones
B. Propuesta en relación con el artículo 11 del Convenio <i>(Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco)</i>			
3.2.5.6	Incorporación de un mayor grado de detalle en una pregunta ya existente	Se propone añadir la siguiente subpregunta: Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.2.5.6, ¿estipula la ley pertinente, como mínimo, el estilo, tamaño y color de letra que se ha de utilizar para que la advertencia sea clara, visible y legible?	Esta pregunta adicional puede mejorar la exactitud de las respuestas, al centrarse explícitamente en algunos aspectos relacionados con el contenido de la legislación.
C. Propuestas en relación con el artículo 14 del Convenio <i>(Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco)</i>			
3.2.8.2	Incorporación de un mayor grado de detalle en una pregunta ya existente	Se propone revisar las opciones de respuesta como sigue: <ul style="list-style-type: none"> • programas especialmente ideados para: - niñas y jóvenes mujeres menores de edad - mujeres - embarazadas • servicios telefónicos de ayuda para el abandono del tabaco 	Las opciones de respuesta se han separado, y se han añadido dos opciones nuevas («niñas y jóvenes mujeres menores de edad» y «servicios telefónicos de ayuda para el abandono del tabaco») para permitir la facilitación de respuestas más exactas. La referencia al sexo del grupo destinatario también se ajusta a lo previsto en la decisión COP2(9).
3.2.8.10	Incorporación de un mayor grado de detalle en una pregunta ya existente	Se propone añadir la siguiente subpregunta: Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.2.8.10, ¿dónde y cómo se pueden adquirir esos productos legalmente en su país?	Se incorpora una nueva pregunta de respuesta libre para pedir información sobre la accesibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 14.2(d) del Convenio.
3.2.8.11	Revisión técnica	Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.2.8.10, sírvase indicar los productos farmacéuticos legalmente disponibles para el tratamiento de la dependencia del tabaco en su jurisdicción.	Se añade la palabra «legalmente» para hacer referencia al mercado legal dentro de la jurisdicción de las Partes, en oposición a los productos eventualmente disponibles en el mercado ilegal, a los que no se aplica la reglamentación de los productos de tabaco ni regulaciones de otro tipo.

Pregunta(s) actual(es)	Tipo de revisión propuesta	Modificación sugerida	Justificación/observaciones
3.2.8.12	Revisión técnica	Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.2.8.10, sírvase indicar si los costos de los productos indicados a continuación están cubiertos por sistemas públicos de financiación o reembolso.	Se suprimen las palabras «tratamiento con». Esta modificación añade claridad a la pregunta, al eliminar la ambigüedad de que también se debe tener en cuenta en la respuesta el costo de los <i>servicios</i> de ayuda para el abandono del tabaco. El reembolso de estos servicios queda abarcado por la pregunta 3.2.8.7.
D. Propuestas en relación con el artículo 20 del Convenio <i>(Investigación, vigilancia e intercambio de información)</i>			
3.4.3.3	Incorporación de un mayor grado de detalle en una pregunta ya existente	Se propone añadir la siguiente frase: Si ha respondido «Sí» a la pregunta 3.4.3.3, sírvase enumerar todas las encuestas, con indicación del año en que se celebraron, realizadas en su país hasta la fecha. Se propone añadir la siguiente subpregunta: En referencia a la pregunta 3.4.3.3, ¿tiene previsto su país repetir alguno de los elementos <i>supra</i> o realizar una nueva encuesta sobre el tabaco en los tres a cinco años siguientes a la última encuesta nacional?	Esta adición, que hace referencia al artículo 21.1(d) del Convenio, permite comprobar las respuestas afirmativas a la pregunta 3.4.3.3. Las Partes tendrán que facilitar, además, una copia de las encuestas en cuestión. Esta pregunta también ayudará, con referencia al artículo 21.1(d) del Convenio, a determinar si las encuestas repetidas por las Partes pueden considerarse un «sistema de vigilancia» modelo. Asimismo, contribuirá a crear mayores expectativas con respecto al contenido del siguiente informe de la Parte de que se trate.

= = =