

Última actualización: 2021-12-06

Información del indicador

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Meta 3.a: Fortalecer la implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según corresponda

Indicador 3.a.1: Prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco entre personas de 15 años y más

Indicadores relacionados

3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas

Organizaciones internacionales responsables del seguimiento global

Organización Mundial de la Salud; Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (cocustodios)

Reportero de datos

Organización Mundial de la Salud; Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (co-custodios)

Definición, conceptos y clasificaciones

Definición:

El indicador se define como el porcentaje de la población de 15 años y más que consume actualmente cualquier producto de tabaco (tabaco fumado y/o sin humo) en forma diaria o no diaria base.

Conceptos:

Consumo de tabaco significa el uso de productos de tabaco ahumados y/o sin humo. “Uso actual” significa el uso dentro de los 30 días anteriores al momento de la encuesta, ya sea un uso diario o no diario.

Por productos del tabaco se entiende los productos elaborados total o parcialmente con hojas de tabaco como materia prima destinados al consumo humano mediante fumarlos, chuparlos, masticarlos u olerlos.

Los “productos de tabaco para fumar” incluyen cigarrillos, puritos, puros, puros, bidis, pipas, shisha (pipas de agua), tabaco para liar, kretek, productos de tabaco calentados y cualquier otra forma de tabaco que se consuma al fumar.

"Producto de tabaco sin humo" incluye rapé húmedo, rapé cremoso, rapé seco, plug, solubles , gul, hojas sueltas, polvo de dientes rojo, snus, chimo , gutkha, khaini, gudakhu, zarda, quiwam, dohra, tuibur, nasway, naas, naswar, shammah, toombak, paan (betel quid con tabaco), iq'mik , mishri , tapkeer , tombol y cualquier otro producto de tabaco que se consuma oliéndolo, manteniéndolo en la boca o masticándolo.

Las estimaciones de prevalencia se han "estandarizado por edad" para que sean comparables entre todos los países sin importar el perfil demográfico del país. Esto se hace aplicando las tasas de prevalencia específicas por edad y sexo de cada país a la población estándar de la OMS. Las tasas resultantes son números hipotéticos que solo tienen sentido cuando se comparan las tasas obtenidas para un país con los obtenidos para otro país.

Unidad de medida

Proporción (porcentaje)

Clasificaciones

Los “productos de tabaco” se definen en el artículo 1 (f) del CMCT de la OMS, consulte https://www.who.int/fctc/text_download/en/. Los productos de tabaco calentados se clasifican como productos de tabaco en la decisión FCTC/CIO8(22), véase [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\).pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf)

La población estándar de la OMS se utiliza para la estandarización por edad, consulte <https://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>

En el denominador del indicador se utiliza World Population Prospects (población de 15 años o más por país), consulte <https://population.un.org/wpp/>

Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos

Tasas de prevalencia por edad por sexo de encuestas de la población representativa nacional realizadas desde 1990:

- reconocido oficialmente por la autoridad sanitaria nacional;
- De participantes seleccionados al azar representativos de la población general; y

- comunicar al menos un indicador que mida el consumo actual de tabaco, el consumo diario de tabaco, el consumo actual de tabaco, el consumo diario de tabaco , el consumo actual de cigarrillos o el tabaquismo diario.

Los informes oficiales de las encuestas se recopilan de los Estados miembros mediante uno o más de los siguientes métodos:

- Sistema de presentación de informes del CMCT de la OMS sobre los avances en la aplicación del Convenio;
- Revisión de las encuestas realizadas bajo los auspicios del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco;
- Revisión de otras encuestas realizadas en colaboración con la OMS, como las encuestas STEPwise y las Encuestas Mundiales de Salud;
- exploración de bases de datos de vigilancia internacional como las de la Encuesta de Demografía y Salud (DHS), la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y la Encuesta de Medición de Niveles de Vida del Banco Mundial (LSMS); y
- Identificación y revisión de encuestas específicas de países que no forman parte de los sistemas internacionales de vigilancia.

Método de recopilación de datos

Informes descargados de sitios web, presentados a través de la plataforma de presentación de informes del CMCT de la OMS o enviados por correo electrónico por sus homólogos nacionales. La OMS comparte y hace públicas las metodologías para sus estimaciones a través del informe mundial de la OMS sobre tendencias en el consumo de tabaco 2000-2025 y el Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Las estimaciones de la OMS se someten a consultas de los países antes de su publicación .

Calendario de recogida de datos

Recopilación continua de datos.

Calendario de publicación de datos

Publicación bienal a través del Informe mundial de la OMS sobre tendencias en el consumo de tabaco 2000-2025, el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS y el Informe sobre el progreso mundial en la aplicación del CMCT de la OMS.

Proveedores de datos

Estados miembros de la OMS, Partes en el CMCT de la OMS.

Compiladores de datos

OMS Iniciativa Libre de Tabaco ; Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco .

Mandato institucional

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2003 (Resolución 56.1) y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. En 2010, la Conferencia de las Partes adoptó la Decisión FCTC/COP4(16) , que solicita a la Secretaría del Convenio, en cooperación con las autoridades competentes dentro de la OMS, en particular la Iniciativa Liberarse del Tabaco, que estandarice aún más las definiciones e indicadores y facilite la revisión periódica del progreso en la implementación del Convenio. Consulte <https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC COP4 DIV6-en.pdf>

Otras consideraciones metodológicas

Justificación

El consumo de tabaco es uno de los principales contribuyentes a las enfermedades y muertes por enfermedades no transmisibles (ENT). No existe un nivel seguro comprobado de consumo de tabaco o de exposición al humo de segunda mano. Todos los consumidores diarios y no diarios de tabaco corren el riesgo de sufrir una variedad de resultados de salud deficientes a lo largo de su vida, incluidas las ENT. Reducir la prevalencia del consumo actual de tabaco contribuirá en gran medida a reducir la mortalidad prematura por ENT (Meta 3.4). El seguimiento rutinario y regular de este indicador es necesario para permitir un seguimiento y una evaluación precisos del impacto de la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) o de las políticas de control del tabaco en los países que aún no son Partes en el CMCT de la OMS. Con el tiempo. Los niveles de prevalencia del consumo de tabaco son un indicador apropiado de la implementación de la Meta 3.a de los ODS “Fortalecer la implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según corresponda”.

Comentario y limitaciones

Los datos brutos recopilados a través de encuestas poblacionales representativas a nivel nacional en los países se utilizan para calcular estimaciones comparables para este indicador. No se utiliza información de encuestas subnacionales .

En algunos países, todo el consumo de tabaco y el tabaquismo pueden ser equivalentes, pero para muchos países donde también se consumen otras formas de tabaco, las tasas de tabaquismo serán más bajas que las tasas de consumo de tabaco hasta cierto punto.

La comparabilidad, calidad y frecuencia de las encuestas de hogares afecta la precisión y calidad de las estimaciones. La no comparabilidad de los datos puede surgir del uso de diferentes instrumentos de encuesta, métodos de muestreo y análisis y definiciones de indicadores entre los Estados miembros. Las encuestas pueden cubrir una variedad de rangos de edad (no siempre mayores de 15 años) y repetirse a intervalos irregulares. Las encuestas pueden incluir una variedad de productos de tabaco diferentes o, a veces, solo un producto, como los cigarrillos, según la percepción del país sobre qué productos es importante monitorear. A menos que se controlen simultáneamente los productos ahumados y sin humo, la prevalencia del consumo de tabaco no se notificará. Los países han comenzado a monitorear el uso de cigarrillos electrónicos y otros productos emergentes, lo que puede confundir las definiciones de consumo de tabaco de los países. La definición de uso actual no siempre puede restringirse a los 30 días anteriores a la encuesta. Además, las encuestas piden a las personas que auto informen sobre su consumo de tabaco, lo que puede dar lugar a una subnotificación del consumo de tabaco.

No existe un protocolo estándar utilizado en los Estados miembros para preguntar a las personas sobre su consumo de tabaco. Las preguntas sobre el tabaco para encuestas (TQS) de la OMS se han adoptado en muchas encuestas, lo que ayuda a mejorar comparabilidad de los indicadores entre países.

Método de cálculo

Se utiliza un modelo estadístico basado en una metarregresión binomial negativa bayesiana para modelar la prevalencia del consumo actual de tabaco. Para cada país, por separado para hombres y mujeres. Una descripción completa del método está disponible como un artículo revisado por pares en *The Lancet*, volumen 385, No. 9972, p966–976 (2015). Una vez que las tasas de prevalencia específicas por edad y sexo de las encuestas nacionales se compilan en un conjunto de datos, el modelo está preparado para calcular estimaciones de tendencias desde el año 2000 al 2030. El modelo tiene dos componentes principales: (a) ajustar los indicadores faltantes y grupos de edad, y (b) generar una estimación de las tendencias a lo largo del tiempo, así como el intervalo creíble del 95 % alrededor de la estimación. Dependiendo de la integridad/exhaustividad de los datos de la encuesta de un país en particular, el modelo a veces utiliza datos de otros países para llenar los vacíos de información. Llenar vacíos de datos, la información se “toma prestada” de países en la misma subregión de la ONU.

Las líneas de tendencia resultantes se utilizan para derivar estimaciones para años individuales, de modo que se pueda informar un número incluso si el país no realizó una encuesta en ese año. Para que los resultados sean comparables entre países, las tasas de prevalencia están estandarizadas por edad según la población estándar de la OMS.

Las estimaciones para países con encuestas irregulares o muchas lagunas de datos tendrán amplios rangos de incertidumbre, y dichos resultados deben interpretarse con cautela.

Validación

Los resultados del modelado descrito en el *Método de cálculo* se comparan con los datos de entrada para asegurar un buen ajuste del modelo. Los resultados y los datos de entrada se comparten con los países a través del punto focal de control del tabaco para la consulta del país antes de la publicación en los informes bienales Informe mundial de la OMS *sobre tendencias en el consumo de tabaco 2000-2025* e Informe de la OMS *sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Durante la consulta del país, a veces el país pone a disposición de la OMS datos adicionales con el fin de modelar el indicador 3.a.1.

Ajustes

Excepto por los ajustes realizados durante el modelado como se describe en el *Método de cálculo*, no se realizan otros ajustes.

Tratamiento de los valores faltantes (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional

A nivel de país

Para países con menos de dos nacional Encuestas completadas en diferentes años desde 1990, no se calcula ninguna estimación, ya que no se puede determinar una tendencia. Para países con datos de dos o más nacional encuestas, los vacíos de datos, si los hay, se llenan como se describe en el *Método de Cómputo*.

A nivel regional y mundial

Los países donde no se puede calcular ninguna estimación se incluyen en los promedios regionales y globales asumiendo que sus tasas de prevalencia para hombres y mujeres son iguales a las tasas promedio para hombres y mujeres observadas en la subregión de las Naciones Unidas¹ en la que se encuentran. Cuando se encuestó a menos del 50% de la población de una subregión de las Naciones Unidas, las subregiones de las Naciones Unidas se agrupan con las subregiones vecinas hasta que al menos el 50% de la población agrupada haya aportado datos a las tasas promedio de la región.

Agregaciones regionales

Las tasas de prevalencia promedio para las regiones se calculan ponderando la población de las tasas de prevalencia específicas por edad en los países y luego estandarizando por edad las tasas promedio específicas por edad de la región.

Métodos y orientaciones disponibles para los países para la recopilación de datos a nivel nacional

Los países utilizan una variedad de protocolos de encuestas basadas en la población para monitorear el consumo de tabaco a nivel nacional. Ejemplos de protocolos respaldados internacionalmente incluyen Preguntas sobre el tabaco para encuestas (<https://www.gtssacademy.org/survey-tools/tqs/>); la Encuesta mundial sobre el tabaquismo en adultos (<https://www.gtssacademy.org/survey-tools/gats/>); la encuesta STEPS de la OMS (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>); la Encuesta Mundial de Salud (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus>); la encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (<https://mics.unicef.org/tools>); y la Encuesta Demográfica y de Salud (<https://www.dhsprogram.com/Methodology/index.cfm>). El muestreo para la representatividad nacional es competencia de las Oficinas Nacionales de Estadística. Los datos de las encuestas que las Partes del FCT de la OMS envían cada dos años a la Secretaría del Convenio a través del Instrumento de notificación del CMCT de la OMS (<https://fctc.who.int/who-fctc/reporting/reporting-instrument>) se comparten con la OMS. La OMS obtiene datos adicionales a través del contacto con puntos focales de tabaco en los Ministerios de Salud o mediante búsquedas en el dominio público.

Gestión de calidad

Aprobación de métodos estadísticos y publicaciones a través de la División de Datos, Análisis y Entrega para el Impacto de la OMS. Se requiere el cumplimiento de las pautas de GATHER (<http://gather-statement.org/>) para la autorización. Los datos, estimaciones y metadatos se publican a través del Global Health Observatory.

Garantía de calidad

Los datos de la encuesta informados por los estados miembros de la OMS y por las Partes en el CMCT de la OMS se comparan con los informes publicados y la coherencia interna. Los resultados de los modelos, junto con los datos de entrada, se comparten con expertos en políticas y vigilancia del tabaco en las regiones de la OMS antes de compartirlos con los puntos focales sobre el tabaco en los Ministerios de Salud. El centro colaborador de la OMS pertinente también revisa los resultados antes de su publicación.

Disponibilidad y desagregación de datos

La disponibilidad depende del cronograma de cada país para publicar sus resultados de encuestas de población representativas a nivel nacional. La OMS calcula estimaciones cada dos años.

Series de tiempo:

El indicador se calcula para todos los países desde 2000 hasta el año en curso. Cuando el año en curso es posterior al año de la encuesta nacional más reciente, las proyecciones se realizan de acuerdo con el *método de cálculo* descrito anteriormente .

Desagregación:

Sexo

Comparabilidad / desviación de los estándares internacionales

Fuentes de discrepancias:

i) Están estandarizadas por edad para mejorar la comparabilidad internacional y (ii) se calculan utilizando un método estándar para todos los países . Las encuestas poco frecuentes o la falta de disponibilidad de encuestas recientes conducen a una mayor confianza en el modelado. A medida que el conjunto de datos para cada país mejora con el tiempo con la adición de nuevas encuestas, las estimaciones recientes pueden parecer inconsistentes con las estimaciones anteriores. Las estimaciones de la OMS se someten a consultas de país antes de su publicación.

Referencias y documentación

URL:

<http://www.who.int/gho/en/>
<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>

Notas:

¹ Para obtener una lista de países por región de la ONU, consulte Perspectivas de la población mundial, publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU . A los efectos del análisis del consumo de tabaco, se realizaron los siguientes ajustes: (i) la subregión de África Oriental se dividió en dos regiones: Islas de África Oriental y Resto de África Oriental; (ii) Armenia, Azerbaiyán, Estonia, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Tayikistán, Uzbekistán y Turkmenistán fueron clasificados con Europa del Este, (iii); Chipre, Israel y Turquía se clasificaron con el sur de Europa, y (iv) las subregiones de Melanesia, Micronesia y Polinesia se combinaron en una subregión.