

Última actualización: 06/12/2021

Información del indicador

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de 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.

Serie

No aplicable.

Indicadores relacionados:

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

Organizaciones internacionales responsables del monitoreo global

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

Proveedores 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 o más que consume actualmente cualquier producto de tabaco (tabaco fumado y/o sin humo) de forma diaria o no diaria base.

Conceptos:

El consumo de tabaco se refiere al uso de productos de tabaco fumados y/o sin humo. Se entiende por "consumo actual" el consumo durante los 30 días previos a la realización de la encuesta, ya sea diario o no diario.

Se entiende por productos de tabaco aquellos productos elaborados total o parcialmente con la hoja de tabaco como materia prima, destinados al consumo humano mediante fumar, chupar, masticar o inhalar.

Los "productos de tabaco para fumar" incluyen cigarrillos, puritos, puros, cheroots, bidis, pipas, shisha (pipas de agua), tabaco para liar, kretek, productos de tabaco calentado y cualquier otra forma de tabaco que se consuma fumando.

Última actualización: 06/12/2021

"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, independientemente del perfil demográfico de cada país. Esto se logra aplicando las tasas de prevalencia específicas por edad y sexo de cada país a la población estándar de la OMS. Las tasas resultantes son cifras hipotéticas que solo tienen sentido al comparar las tasas obtenidas para un país con las obtenidas para otro país.

Unidad de medida

Proporción (porcentaje).

Clasificaciones

Los "productos de tabaco" se definen en el artículo 1 (f) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), véase https://www.who.int/fctc/text_download/en/. Los productos de tabaco calentado se clasifican como productos de tabaco en la decisión CMCT/COP8(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; véase <https://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>.

Las Perspectivas de la Población Mundial (población de 15 años o más por país) se utilizan en el denominador del indicador, véase <https://population.un.org/wpp/>.

Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos

Fuentes de datos:

Tasas de prevalencia por edad y sexo según encuestas nacionales representativas de la población realizadas desde 1990:

- Reconocido oficialmente por la autoridad sanitaria nacional;
- De participantes seleccionados aleatoriamente y representativos de la población general; y
- Informar al menos un indicador que mida el consumo actual de tabaco, el consumo diario de tabaco, el tabaquismo actual, el tabaquismo diario, el consumo actual de cigarrillos. o fumar cigarrillos a 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 progresos en la aplicación del Convenio;

Última actualización: 06/12/2021

- 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;
- Escaneo de bases de datos de vigilancia internacionales como las de la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS), la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y la Encuesta de Medición de los Niveles de Vida del Banco Mundial (LSMS); y
- Identificación y revisión de encuestas específicas de cada país que no forman parte de los sistemas de vigilancia internacionales.

Método de recopilación de datos

Los informes se obtienen mediante descargas de sitios web, envíos a través de la plataforma de informes del CMCT de la OMS o correo electrónico de sus homólogos nacionales. La OMS comparte y publica las metodologías para sus estimaciones a través del informe mundial de la OMS sobre las tendencias en el consumo de tabaco. 2000-2025 y el Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo. Las estimaciones de la OMS se someten a consulta con los países antes de su publicación.

Calendario de recopilación de datos

Recopilación continua de datos.

Calendario de publicación de datos

Publicación bienal a través del Informe Mundial de la OMS sobre las Tendencias en el Consumo de Tabaco. 2000-2025, el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS y el Informe Mundial sobre los Progresos en la Aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS).

Proveedores de datos

Estados Miembros de la OMS, Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

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 del Tabaco.

Mandato institucional

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la 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 CMCT/COP4(16), que solicita a la Secretaría del Convenio, en cooperación con las autoridades competentes de la OMS, en particular la Iniciativa Libre de Tabaco, que estandarice aún más las definiciones y los indicadores

Última actualización: 06/12/2021

y facilite la revisión periódica de los progresos en la aplicación del Convenio. Véase https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_DIV6-en.pdf.

Otras consideraciones metodológicas

Justificación

El consumo de tabaco es un factor importante que contribuye a la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT). No existe un nivel seguro comprobado de consumo de tabaco ni de exposición al humo de segunda mano. Todos los consumidores de tabaco, tanto diarios como ocasionales, corren el riesgo de sufrir diversos problemas de salud a lo largo de su vida, incluidas las ENT. Reducir la prevalencia del consumo actual de tabaco contribuirá significativamente a disminuir la mortalidad prematura por ENT (Meta 3.4). Es necesario un seguimiento rutinario y regular de este indicador para permitir una evaluación precisa del impacto de la aplicación 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 del CMCT de la OMS, a lo largo del tiempo. Los niveles de prevalencia del consumo de tabaco son un indicador adecuado de la aplicación de la Meta 3.a de los ODS: «Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según corresponda».

Comentarios y limitaciones

Para calcular estimaciones comparables de este indicador, se utilizan datos brutos recopilados mediante encuestas poblacionales representativas a nivel nacional en cada país. No se utiliza información de encuestas subnacionales.

En algunos países, el consumo de tabaco en general y el tabaquismo pueden ser equivalentes, pero en muchos países donde también se consumen otras formas de tabaco, las tasas de tabaquismo serán, en cierta medida, inferiores a las tasas de consumo de tabaco.

La comparabilidad, la calidad y la frecuencia de las encuestas de hogares afectan la precisión y la calidad de las estimaciones. La falta de comparabilidad de los datos puede surgir del uso de diferentes instrumentos de encuesta, métodos de muestreo y análisis, y definiciones de indicadores en los distintos Estados miembros. Las encuestas pueden abarcar diversos rangos de edad (no siempre mayores de 15 años) y se repiten 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 son importantes para monitorear. A menos que se monitoreen simultáneamente los productos fumados y sin humo, la prevalencia del consumo de tabaco estará subestimada. 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 consumo actual puede no estar siempre restringida a los 30 días anteriores a la encuesta. Además, las encuestas piden a las personas que autoinformen su consumo de tabaco, lo que puede llevar a una subestimación del consumo de tabaco.

No existe un protocolo estándar que se utilice en todos los Estados miembros para preguntar a las personas sobre su consumo de tabaco. Las preguntas sobre el tabaco para encuestas (TQS) de la

Última actualización: 06/12/2021

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 artículo revisado por pares en *The Lancet*, volumen 385, n.º 9972, págs. 966-976 (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 se ajusta para calcular estimaciones de tendencias desde el año 2000 hasta el 2030. El modelo tiene dos componentes principales: (a) ajuste para indicadores y grupos de edad faltantes, y (b) generación de una estimación de tendencias a lo largo del tiempo, así como el intervalo de credibilidad del 95 % alrededor de la estimación. Dependiendo de la exhaustividad de los datos de la encuesta de un país en particular, el modelo a veces utiliza datos de otros países para llenar las lagunas de información. Para llenar Debido a las lagunas en los datos, la información se "toma prestada" de países de la misma subregión de la ONU.

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

Las estimaciones para países con encuestas irregulares o con muchas lagunas en los datos tendrán amplios rangos de incertidumbre, por lo que dichos resultados deben interpretarse con precaución.

Validación

Los resultados del modelo 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 nacional previa a su publicación en los informes bienales *Informe mundial de la OMS sobre las tendencias del consumo de tabaco 2000-2025* e *Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo*. Durante la consulta nacional, en ocasiones, el país proporciona datos adicionales a la OMS para la elaboración del indicador 3.a.1.

Ajustes

Salvo los ajustes realizados durante el modelado, tal como se describe en el *Método de Cálculo*, no se realizan otros ajustes.

Tratamiento de 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 ninguna tendencia. Para países con

Última actualización: 06/12/2021

datos de dos o más nacional. Las encuestas, si las hubiera, y las lagunas de datos se completan como se describe en el *Método de Cálculo*.

- **A nivel regional y mundial**

Los países para los que no se puede calcular una estimación se incluyen en los promedios regionales y mundiales 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 la ONU¹ en la que se encuentran. Cuando se ha encuestado a menos del 50 % de la población de una subregión de la ONU, las subregiones 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 las tasas de prevalencia específicas por edad en los países según la población, y luego estandarizando por edad las tasas promedio específicas por edad de la región.

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

Los países utilizan diversos protocolos de encuestas poblacionales para monitorear el consumo de tabaco a nivel nacional. Algunos ejemplos de protocolos con respaldo internacional incluyen Tobacco Questions for Surveys (<https://www.gtssacademy.org/survey-tools/tqs/>); la Encuesta Mundial sobre el Consumo de Tabaco 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 la 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 lograr la representatividad nacional es responsabilidad de las Oficinas Nacionales de Estadística. Los datos de las encuestas que las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) presentan 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 contactando con los coordinadores de temas relacionados con el tabaco en los Ministerios de Salud o mediante búsquedas en fuentes públicas.

Gestión de calidad

La aprobación de los métodos estadísticos y las publicaciones debe realizarse a través de la División de Datos, Análisis y Ejecución para el Impacto de la OMS. Para obtener dicha aprobación, es necesario cumplir con las directrices de GATHER (<http://gather-statement.org/>). Los datos, las estimaciones y los metadatos se publican a través del Observatorio Mundial de la Salud.

Garantía de calidad

Los datos de las encuestas, presentados por los Estados miembros de la OMS y por las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), se cotejan con los

Última actualización: 06/12/2021

informes publicados y se verifica su coherencia interna. Los resultados de los modelos, junto con los datos de entrada, se comparten con expertos en vigilancia y políticas de tabaco en las regiones de la OMS antes de ser compartidos con los coordinadores de temas de tabaco en los Ministerios de Salud. El centro colaborador pertinente de la OMS también revisa los resultados antes de su publicación.

Evaluación de calidad

No aplicable.

Disponibilidad y desagregación de datos**Disponibilidad de datos:**

La disponibilidad depende del calendario de cada país para la publicación de los resultados de sus encuestas de población representativas a nivel nacional. La OMS calcula las estimaciones cada dos años.

Series temporales:

El indicador se calcula para todos los países desde el año 2000 hasta el año actual. Cuando el año actual 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 con respecto a las normas 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. La poca frecuencia de las encuestas o la falta de datos recientes conllevan una mayor dependencia de los modelos. A medida que el conjunto de datos de cada país mejora con el tiempo gracias a la incorporación de nuevas encuestas, las estimaciones recientes pueden parecer inconsistentes con las anteriores. Las estimaciones de la OMS se someten a consulta con los países 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 las Perspectivas de la Población Mundial, publicadas por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU. Para los fines del análisis del uso del tabaco, se realizaron los siguientes ajustes: (i) la subregión de África

Última actualización: 06/12/2021

Oriental se dividió en dos regiones: Islas de África Oriental y Resto de África Oriental; (ii) Armenia, Azerbaiyán, Estonia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Tayikistán, Uzbekistán y Turkmenistán se clasificaron con Europa Oriental; (iii) Chipre, Israel y Turquía se clasificaron con Europa Meridional; y (iv) las subregiones de Melanesia, Micronesia y Polinesia se combinaron en una sola subregión.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE