

SALVAR VIDAS COMO SUECIA



**SMOKE FREE
SWEDEN 2023**



**SMOKE FREE
SWEDEN 2023**
www.smokefreesweden.org



Acerca del Informe	5
Abreviaturas	6
Resumen Ejecutivo	7

1. Introducción: ¿Qué significa "Libre de tabaco"?

1.1 Una Prioridad de la Política de Salud Pública: "Libre de tabaco".....	12
1.2 ¿Por qué aspirar a ser "Libres de tabaco"?	13
1.3 Productos con reducción de Daños: una escalera de incendios para fumadores que luchan por dejar de fumar.....	15
1.4 ¿Cómo se puede lograr el estatus de "Libre de tabaco"?	16
1.5 Llamamiento para un enfoque integrado de la Estrategia término del juego y libre de tabaco.....	17

2. Enfermedades relacionadas con el Tabaco y Muerte Prematura: Análisis Comparativo de Métricas Clave de Salud Pública entre Suecia y la Unión Europea y otros países seleccionados

2.1 Bases de datos y métricas clave de salud pública relacionadas con el tabaquismo.....	18
2.1.1 Fuentes de datos.....	18
2.1.2 Métricas Clave de Salud Pública.....	19
2.2 Desempeño de Suecia en el control del tabaco en comparación con la Unión Europea (UE).....	20
2.3 Rendimiento de Suecia en el control del tabaco en comparación con países seleccionados de la Unión Europea.....	23
2.4 Estudio de caso de países seleccionados en el control del tabaco: Suecia versus Bélgica.....	25
2.5 Dificultades para comparar Suecia con países de ingresos bajos y medianos, por ejemplo, Sudáfrica.....	27

3. Cálculo del "Tamaño del Premio" para la Salud Pública

3.1 Análisis Retrospectivo versus Modelización Prospectiva.....	29
3.2 Modelización Prospectiva.....	29
3.2.1 Modelo de Fumar y Vapear (SAVM) - Levy et al (2021).....	29
3.2.2 Acelerar el fin del tabaquismo-Yach (2020).....	33
3.2.3 Modelado de simulación por Warner & Mendez (2018)	35
3.2.4 Modelado de simulación por Lars Ramström (2019)	36
3.3 Modelización Retrospectiva.....	37
3.4 Consideraciones de Salud Individuales y Elección del Consumidor:Por qué los Fumadores cambiaron a Opciones Alternativas de Nicotina en Suecia	39

Conclusiones	40
---------------------------	----

Sobre los Autores	42
--------------------------------	----

Referencias	45
--------------------------	----

APÉNDICE A

Estimaciones Retrospectivas País por País de la Carga de Salud Pública Atribuida al Tabaquismo en Relación con la Prevalencia del Tabaquismo (Suecia frente a países seleccionados)	50
--	-----------



Lista de Cuadros / Lista de Figuras	63
--	-----------



Juzga a un hombre no por sus respuestas, sino por sus preguntas

Voltaire

Acerca del Informe

Incluso después de décadas de control del tabaco, se estima que 1.300 millones de personas todavía consumen tabaco. El tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores, con casi 8 millones de personas que mueren en todo el mundo cada año debido a causas relacionadas con el tabaco, y se pierden 200 millones de años de vida.

La salud pública mundial se ha fijado como objetivo un futuro "libre de tabaco" para 2040, en el que el 5% o menos de la población adulta fume en un país determinado. La mayoría de los países están lamentablemente por debajo de este objetivo. Desde el establecimiento del tratado del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco (CMCT, por sus siglas en inglés) hace 18 años, la demanda de tabaco ha disminuido, pero demasiado lentamente y, en algunos países subdesarrollados y en vías de desarrollo (LMIC, por sus siglas en inglés), en absoluto.

Hay una excepción, el país de Suecia. El informe precursor de esta edición, llamado "La experiencia sueca, una hoja de ruta hacia un Mundo libre de tabaco" ([ver enlace](#)), explica cómo los suecos han tenido éxito donde otros se han quedado cortos. Gracias a la forma sueca de hacer que los productos alternativos sin nicotina sean ampliamente accesibles, aceptables y asequibles, la prevalencia de tabaquismo en este país ha disminuido al 5.6%. En resumen, Suecia ha podido combinar con éxito el control del tabaco y las estrategias de reducción de daños.

Esto es exactamente lo que se pide en el CMCT de la OMS (WHO-FCTC, por sus siglas en inglés), donde el artículo 1(d) exige: "control del tabaco", que significa una gama de estrategias de

oferta, demanda y reducción de daños que tienen como objetivo mejorar la salud de una población mediante la eliminación o reducción de su consumo de productos de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

Este informe de seguimiento es un llamamiento a la OMS y a la salud pública mundial para que estudien las estrategias de reducción de daños empleadas con tanto éxito por Suecia. Más importante aún, desarrollar bases de datos actualizadas de muertes atribuibles al tabaco y métodos epidemiológicamente sólidos para calcular el "tamaño del premio" para la salud pública.

Este informe ofrece datos, análisis y cálculos del número de muertes y años de vida ajustados por discapacidad evitados en Suecia y años de vida salvados. Existen limitaciones significativas para realizar estos cálculos, sobre todo porque los datos de la OMS sobre muertes atribuibles al tabaco están desactualizados y es necesario hacer varias suposiciones para determinar la mejor estimación de los principales indicadores de salud en Suecia y las comparaciones con otros países. Por lo tanto, este informe invita a la crítica de la metodología y fomenta el debate y el desarrollo de bases de datos y métodos más precisos.

Lo que no se discute es que Suecia está a punto de convertirse en el primer Estado miembro de la OMS en convertirse en "libre de tabaco" y sus estrategias de control del tabaco y reducción de daños merecen ser estudiadas y replicadas. Esta estrategia convincente tiene el potencial de alterar drásticamente el futuro de innumerables fumadores, salvando potencialmente millones de vidas en todo el mundo.

Agradecimientos

Los autores colaboradores de este informe expresan su gratitud al equipo de investigación y a todos los colaboradores de todo el mundo. La producción del informe fue coordinada por el movimiento Smoke Free Sweden (Suecia Libre de tabaco).

Abreviaturas

PAN (ANP)	Productos Alternativos de Nicotina
CDP (COP10)	décima reunión de la conferencia de las partes en el CMCT (FCTC, por sus siglas en inglés)
WHO-FCTC	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco
MPOWER	Vigilar el consumo de tabaco, Proteger a las personas del humo del tabaco, Dejar de fumar, Advertir sobre los peligros del tabaco, Hacer cumplir las prohibiciones de publicidad del tabaco, Aumentar los impuestos sobre el tabaco
LMIC	Países de ingresos bajos y medianos
AVAD (DALYs)	Años de vida ajustados por discapacidad
AVP (YLLs)	Años de vida perdidos
AVC (YLDs)	Años vividos con discapacidad
IDH (HDI)	Índice de Desarrollo Humano
PNUD (UNDP)	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
COPD	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
NCD	Enfermedades no transmisibles
IMES	Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud
ECMM	Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad
CCPE	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
UE	Unión Europea
SEAD (ENDS)	Sistemas electrónicos de administración de nicotina
PRD (HRP)	Productos de Reducción de Daños
RDT (THR)	Reducción de daños por tabaco
TRN (NRT)	Terapia de reemplazo de nicotina
CSQ (HNB)	Calor-sin-quemadura
TSH (SLT)	Tabaco sin humo
MFV (SAVM)	Modelo de Fumar y Vapear
PCT (THP)	Producto de calentamiento de tabaco
PTC (HTP)	Productos de tabaco calentados
APP (PPPs)	Asociaciones Público-Privadas
AVAC (QALYS)	Años de vida ajustados por calidad
CIMS (SAMRC)	Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica





SMOKE FREE
SWEDEN 2023

Resumen Ejecutivo

Este informe es un llamamiento a la OMS y a la salud pública mundial para que estudien las estrategias de reducción de daños empleadas con tanto éxito por Suecia. Más importante aún, desarrollar bases de datos actualizadas sobre muertes atribuibles al tabaco y desarrollar métodos epidemiológicamente sólidos para calcular el "tamaño del premio" para la salud pública.

El informe examina el control del tabaco con el objetivo "libre de tabaco" y los métodos actuales empleados para lograr este objetivo. Además, identifica las fuentes de datos relevantes y las métricas de salud pública necesarias para medir el éxito. La combinación de estrategias suecas de control del tabaco y reducción de daños se examina y compara con el desempeño de la Unión Europea en materia de control del tabaco y con otros países seleccionados.

Se analizan los marcos de modelado de simulación actuales y se señala su aplicación en varios países. Por último, se destaca un estudio reciente sobre la percepción de los consumidores en Suecia, para mostrar la importancia de un enfoque de toda la sociedad y una comprensión profunda del comportamiento de los consumidores, para abordar con éxito el desafío de la epidemia de tabaquismo.

UN IMPULSO INTERNACIONAL HACIA EL CONCEPTO DE "SIN TABACO":

"Sin tabaco" se define en términos generales como una prevalencia de tabaquismo en adultos de menos del 5% y forma parte de las estrategias de "término del juego" para el control del tabaco de la OMS y de varios países, incluidos la Unión Europea, los Estados Unidos, el Reino Unido, Nueva Zelanda y Suecia. Los esfuerzos para dejar de fumar en todo el mundo se han estancado en gran medida o han demostrado ser menos efectivos, y el tabaquismo persiste en muchos países subdesarrollados y en vías de desarrollo (LMIC, por sus siglas en inglés) y dentro de los grupos más vulnerables en los países de ingresos más altos.

REDUCCIÓN DE DAÑOS POR TABACO COMO PRUEBA DE CONCEPTO:

Como los productos de reducción de daños (HRP, por sus siglas en inglés) han estado disponibles durante más de dos décadas, existe una prueba de concepto con respecto a su capacidad para desplazar los cigarrillos y reducir el daño a los usuarios individuales. Si bien el artículo 1(d) del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS "afirma la inclusión de "estrategias de reducción de daños" como parte de un enfoque integrado para el control del tabaco, el discurso político relacionado con los productos de reducción de daño sigue siendo polémico.

COMBINACIÓN EXITOSA DE ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL TABACO Y REDUCCIÓN DE DAÑOS EN SUECIA:

En Europa, Suecia está liderando el camino en la adopción de un enfoque integrado para el control del tabaco, complementado por estrategias de reducción de daños. Si bien su prevalencia de consumo de nicotina es similar a la media de la UE, la gran mayoría de esta ingesta se realiza a través de alternativas más seguras y no combustibles. La prevalencia del tabaquismo en Suecia (5,6%) es casi cinco veces inferior a la media de la UE (23%). En consecuencia, Suecia tiene las tasas de mortalidad y enfermedades relacionadas con el tabaco más bajas de la UE.

RECOMENDACIÓN

#1

Al igual que en Suecia, reconozcan la diferenciación fundamental entre formas combustibles y no combustibles de tabaco y nicotina. Abogar por regulaciones proporcionales al riesgo para incentivar a los fumadores adultos a dejar de fumar o cambiar a productos libres de tabaco menos dañinos.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABACO Y MUERTE PREMATURA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE MÉTRICAS CLAVES DE SALUD PÚBLICA ENTRE SUECIA Y LA UNIÓN EUROPEA Y OTROS PAÍSES SELECCIONADOS:

Utilizando datos del informe mundial de la OMS sobre mortalidad atribuible al tabaco y el estudio de la carga mundial de morbilidad, realizado por el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés), se realizan las mejores cuantificaciones y comparaciones estimadas con respecto a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y la muerte prematura en diferentes países.

MUERTES Y AVAD (DALY, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):

Al comparar las tasas de mortalidad y Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), se tienen en cuenta las diferencias en las poblaciones de los países al comparar su mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaquismo. Un AVAD es una métrica universal que equivale a la suma de años de vida perdidos (AVP) y años vividos con discapacidad (AVD). Un AVAD equivale a un año perdido de vida saludable.

EL DESEMPEÑO DE SUECIA EN EL CONTROL DEL TABACO EN COMPARACIÓN CON LA UNIÓN EUROPEA (UE):

Examinando "todas las causas de muerte", si la Unión Europea tuviera la misma tasa de mortalidad atribuible al tabaquismo que Suecia durante los años 2000-2019, se podrían haber evitado 2,9 millones de muertes. Al mismo tiempo, examinando "todas las causas" de AVAD perdidos; si la Unión Europea tuviera la misma tasa de AVAD perdidos atribuibles al tabaquismo que Suecia durante los años 2000-2019, se podrían haber evitado 108 millones de AVAD perdidos.

RECOMENDACIÓN

#2

Como elaboración de las estrategias de reducción de daños mencionadas en el artículo 1(d) del Convenio Marco para el Control del Tabaco, abogar por que Suecia sea objeto de un estudio de caso de país por parte de la OMS y los Estados Miembros. Cuando sea apropiado, replicar el enfoque integrado de Suecia para el control del tabaco, complementado con estrategias y productos de reducción de daños.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y MUERTES RELACIONADAS CON EL TABACO EN SUECIA:

La incidencia de cáncer en Suecia es un 41% más baja que en el resto de sus homólogos europeos, lo que corresponde a un nivel un 38% más bajo de muertes totales por cáncer. 24 de los otros 27 Estados miembros de la UE tienen una tasa de mortalidad relacionada con el tabaco dos veces más alta que Suecia, en relación con el tamaño de la población. Suecia tiene una tasa de mortalidad un 39,6% más baja de todas las enfermedades relacionadas con el tabaco en comparación con la media de la UE y tiene el menor número de muertes atribuidas al cáncer de pulmón.

RECOMENDACIÓN

#3

Desarrollar fuentes de datos y mecanismos para evaluar el impacto en la salud de las políticas proporcionadas al riesgo, como las empleadas en Suecia. Estos mecanismos deben incluir la medición de la eficacia de las políticas aplicables a los precios, el etiquetado, los impuestos, los sabores, los niveles de nicotina y los mensajes sanitarios.

ESTUDIO DE CASO DE PAÍSES SELECCIONADOS EN EL CONTROL DEL TABACO:

Suecia versus Bélgica: Recientemente, Bélgica prohibió la categoría de bolsas de nicotina oral, uno de los productos con daños reducidos utilizados por los consumidores suecos. Esta parece una medida muy inapropiada, dado que el producto más dañino, los cigarrillos, todavía están disponibles gratuitamente. Si Bélgica tuviera la misma tasa de muertes y AVAD relacionados con el tabaquismo que Suecia entre 2000 y 2019, se podrían haber evitado 90.570 muertes y 2.5 millones de AVAD.

CONSIDERANDO LOS PAÍSES SUBDESARROLLADOS Y ENVÍAS DE DESARROLLO (LMIC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y LA INTERACCIÓN ENTRE EL TABAQUISMO Y LA TUBERCULOSIS:

El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en todo el mundo y causa un daño desproporcionadamente mayor a los grupos de población pobres, vulnerables y marginados; más del 80% de los fumadores viven en países subdesarrollados y envías de desarrollo. Dada la necesidad de acceso, asequibilidad y aceptación de alternativas de nicotina sin humo, el modelo sueco debe considerarse como una ayuda para el control del tabaco en los países subdesarrollados y envías de desarrollo (LMIC, por sus siglas en inglés).



RECOMENDACIÓN

#4

Considerar la investigación financiada en países subdesarrollados y envías de desarrollo (LMIC, por sus siglas en inglés), para identificar respuestas de políticas óptimas, incluido el modelo sueco, para apoyar el cese y mejorar el acceso, la asequibilidad y la aceptación de los productos para la reducción del daño del tabaco.

MODELADO PROSPECTIVO - MODELADO DE SIMULACIÓN PARA CALCULAR LAS POSIBLES MUERTES EVITADAS RELACIONADAS CON EL TABACO, LOS AÑOS DE VIDA GANADOS:

Se observaron los modelos propuestos por Levy et al, Warner et al, Ramström y Yach. El Modelo de Tabaquismo y Vapeo (SAVM, por siglas en inglés) de Levy et al proyecta que, de acuerdo con los patrones actuales de prevalencia de tabaquismo y vapeo en los Estados Unidos, entre 2013 y 2060, el resultado neto de que los fumadores cambien a productos de vapeo de nicotina se traducirá en:

- 1.8 millones menos de muertes prematuras relacionadas con el tabaquismo
- 38.9 millones de años de vida ganados

En Canadá, entre 2012 y 2052, esto se traduciría en:

- 130 000 muertes evitadas
- 3,5 millones de vida salvadas en años

En Alemania, entre 2013 y 2060, esto se traduciría en:

- 300 000 muertes evitadas
- 4.7 millones de vida salvadas en años

En Inglaterra, entre 2012 y 2052, esto se traduciría en:

- 200 000 muertes evitadas
- 5 millones de vida salvadas en años

Derek Yach proyectó cómo la adopción generalizada de los productos de reducción de daño reduciría drásticamente las muertes relacionadas con el tabaco para 2060. Según las estimaciones de Yach, el beneficio potencial para la salud pública es de 3 a 4 millones menos de muertes anuales relacionadas con el tabaco en cuatro décadas. "En sus palabras: no hay otro problema de salud pública en el que las ganancias potenciales se acerquen a ese orden de magnitud".

Warner y Méndez propusieron un modelo, donde los autores proyectaron que la población de los Estados Unidos ganaría casi 3.3 millones de años de vida para 2070 gracias a los fumadores que cambian a los cigarrillos electrónicos. Concluyeron: "Los beneficios para la salud pública superarán los costos potenciales de los nuevos fumadores inducidos por el vapeo."

Utilizando el Informe Mundial de la OMS sobre mortalidad atribuible al tabaco, Lars Ramström proyectó que en los hombres mayores de treinta años, en la UE se podrían haber salvado 355 000 vidas por año si los otros países de la UE hubieran igualado la tasa de mortalidad relacionada con el tabaco de Suecia.

MODELADO RETROSPECTIVO:

- **Salvar vidas:** Una comparación de la mortalidad atribuida al tabaco entre 2000-2019 en Suecia frente a la Unión Europea (UE), utilizando datos del Estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad del IHMA, mostró que se podrían haber evitado potencialmente 2,9 millones de muertes prematuras.
- **Evitar los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD):** Además, el modelo sueco podría tener un impacto aún mayor en evitar los años de vida ajustados por discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés). Si la UE hubiera empleado el modelo sueco, se habrían evitado potencialmente 108 millones de AVAD en la UE. En resumen, la población adulta fumadora de la UE podría haber llevado vidas más saludables y productivas, como en Suecia.

RECOMENDACIÓN

#5

Realizar modelos de simulación prospectivos y retrospectivos sobre una base multinacional y multidisciplinaria, para estimar y comprender mejor los beneficios de las estrategias de reducción de daños en términos de años de vida ahorrados y evitar muertes prematuras relacionadas con el tabaco y años de vida ajustados por discapacidad. Esta es una fuerza galvanizadora en la salud pública, como se demostró durante la pandemia de Covid.

PERSPECTIVAS DEL CONSUMIDOR

- **Investigación del consumidor:** La elección del consumidor puede impulsar el cambio, como se ha demostrado en Suecia. El estudio Ipsos 2023 mostró que la aceptabilidad, la asequibilidad y la accesibilidad son factores clave de la migración de los consumidores de la forma más dañina de tabaco (cigarrillos) hacia dejar de fumar o formas menos dañinas de nicotina.
- **Las razones de salud** pesan significativamente más con la edad, para que los suecos cambien de cigarrillos a alternativas libres de nicotina.

RECOMENDACIÓN

#6

En apoyo de la COP 10 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC), promover el compromiso con los consumidores y un enfoque de toda la sociedad para abordar la epidemia de tabaquismo, incluida la realización de estudios sobre el comportamiento de los consumidores. Aproveche los conocimientos de los consumidores suecos para apoyar el fin del tabaquismo en otros países.

RECOMENDACIÓN

#7

Exhortando a todas las partes interesadas en el control del tabaco y la reducción de daños a que afirmen y apoyen la Declaración Política de las Naciones Unidas de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2011), que pide un esfuerzo de "todo el gobierno" y de "toda la sociedad". Además, "reconocer que el aumento de la prevalencia, la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo puede prevenirse y controlarse en gran medida mediante la acción colectiva y multisectorial de todos los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes a nivel local, nacional, regional y mundial, y elevando la prioridad otorgada a las enfermedades no transmisibles en la cooperación para el desarrollo mejorando dicha cooperación a este respecto".



Tabla 1:

Utilizando Suecia como punto de referencia, la siguiente tabla muestra el impacto transformador que una menor prevalencia del tabaquismo puede tener en la salud de una nación, a partir de muertes evitadas y años de vida ganados. Datos detallados y ampliados disponibles en el anexo 1.

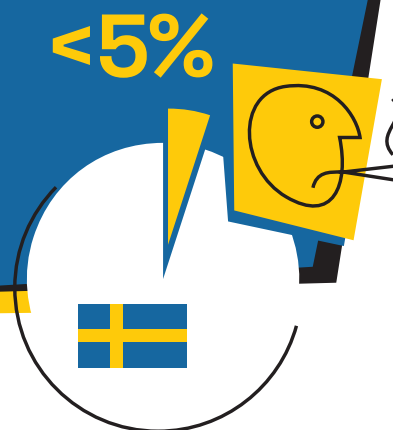
País	Muertes potenciales evitadas	Años de vida potenciales ganados	Potenciales AVAD evitados
Dinamarca	116 284	2 125 295	2 470 455
Países bajos	125 151	3 178 308	3 572 180
Italia	124 750	4 263 002	4 369 863
Francia	90 570	2 303 844	2 511 439
Alemania	454 366	15 504 344	17 981 109
Reino Unido	680 808	13 477 253	15 856 067
España	30 865	3 900 229	3 352 663
Polonia	442 020	16 829 681	17 498 524
Rumanía	251 205	10 530 736	10 479 915
Grecia	169 522	4 040 339	4 511 619
Bulgaria	249 280	7 660 410	8 109 450
Hungría	251 124	7 942 192	8 494 164
UE	2 890 004	103 436 746	107 978 932

CAPITULO 1

Introducción:

¿QUÉ SIGNIFICA "LIBRE DE TABACO"?

La búsqueda de un lugar 'Libre de tabaco' – por qué y cómo la Salud Pública Mundial ha establecido el objetivo aspiracional de una Prevalencia del Tabaquismo del 5% como el 'término del juego' para el control del tabaco



1.1 Una Prioridad de la Política de Salud Pública:

Una prioridad política

El 3 de febrero de 2021, la Comisión Europea lanzó su esperado "Plan Europeo para vencer el Cáncer"^{1,2} – una iniciativa liderada por el Comité Especial para Vencer el Cáncer (BECA, por sus siglas en inglés) del Parlamento Europeo. Con un presupuesto de €4 mil millones, el Plan se estructura en torno a cuatro pilares clave para abordar el cáncer: (1) prevención; (2) detección temprana; (3) diagnóstico y tratamiento; (4) y calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer⁴. Un área de acción prioritaria en el primer pilar de la prevención es "lograr una Europa sin tabaco"², ya que el consumo de tabaco sigue siendo la principal causa de cáncer prevenible (representa el 27% de todos los cánceres)³.

El significado de 'sin tabaco'

En términos prácticos, ¿qué significa estar "libre de tabaco"? La respuesta depende en parte de la postura de cada país sobre los productos de reducción de daños (HRP, por sus siglas en inglés), como los sistemas electrónicos de administración de nicotina (ENDS, por sus siglas en inglés), las bolsas de nicotina orales, los productos de tabaco calentados (HTP, por sus siglas en inglés) y el snus. Si bien el artículo 1(d) del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS⁴ afirma la inclusión de "estrategias de reducción de daños" como parte de un enfoque integrado para el control del tabaco, el discurso político relacionado con los productos de reducción de daño sigue siendo heterogéneo⁵. Por ejemplo, mientras que Suecia ha sido pionera con éxito en el uso del snus como alternativa menos dañina a los cigarrillos combustibles, Bélgica emitió un decreto en 2022 que prohíbe la venta de bolsas de nicotina⁶.



Sin embargo, la noción respaldada por la OMS de una "generación libre de tabaco" (GNT) prevalece en la mayoría de los países como un objetivo por el que vale la pena esforzarse; se define como una prevalencia de tabaquismo en adultos de <5%, junto con una legislación que impide la venta de productos de tabaco a personas nacidas después de una fecha determinada⁷— por ejemplo, en Singapur, se niega la venta de tabaco a: "una persona menor de 18 años o un ciudadano nacido el 1 de enero de 2000 o después"⁸.

Un impulso internacional hacia los "sin tabaco"

Desde la observación de Michael Russell en 1976 de que "las personas fuman por nicotina pero mueren a causa del alquitrán"⁹, un creciente cuerpo de evidencia (ver la parte 1 de este informe) ha demostrado de manera concluyente que los productos de reducción de daño no combustibles son significativamente menos dañinos que los cigarrillos combustibles¹⁰⁻¹³. Como tal, ha surgido un término alternativo a "sin tabaco", que otorga el debido reconocimiento al papel que desempeñan los Productos de Reducción de Daños (HRP, por sus siglas en inglés) en el desplazamiento de cigarrillos combustibles, además de las medidas tradicionales de control del tabaco MPOWER¹⁴. El término "libre de tabaco", que se define como una prevalencia de tabaquismo en adultos de menos del 5%, con la implicación de que los Productos de Reducción de Daños (HRP, por sus siglas en inglés) son un ingrediente clave para acelerar hacia el objetivo de un "término del juego" de cigarrillos combustibles⁵. Ejemplos de políticas que persiguen el estado "libre de tabaco" (con año objetivo) incluyen:

- UE: El Plan de la UE para vencer el Cáncer (2040)²
- Estados Unidos: Personas sanas (2030)¹⁵
- Nueva Zelanda: Aotearoa libre de tabaco (2025)¹⁶
- Inglaterra: La ambición 2030 sin tabaco para Inglaterra (2030)¹⁷
- Suecia: término del juego del tabaco - Suecia libre de tab-

1.2 ¿Por qué aspirar a no fumar?

Los daños del tabaquismo a las personas y a la sociedad

Hay más de 7000 sustancias químicas en el humo del tabaco, de las cuales se sabe que 250 son dañinas, incluidos 70 carcinógenos¹⁹. De los 1.3 billones de personas que fuman en todo el mundo, más de la mitad morirá prematuramente como resul-



Libre de tabaco se define como
menos del

5%

de los adultos que fuman

tado; anualmente, hay más de 8 millones de muertes prematuras atribuibles al fumado²⁰. Además, por cada 1 muerte prematura, 30 personas viven con una enfermedad grave relacionada con el tabaquismo que limita su calidad de vida²¹. Estas cifras proporcionan una visión general sombría de los daños individuales y sociales causados por los cigarrillos combustibles.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Tabla 2: Factores de empuje seleccionados para alejarse de los daños individuales y sociales del tabaco combustible.

Individual	Consideración	Social
<p>Los efectos nocivos del tabaquismo en la salud están ampliamente documentados; a nivel mundial, es la principal causa prevenible de muerte. Por ejemplo, las personas que fuman tienen hasta 30 veces más probabilidades de contraer cáncer de pulmón²²; el riesgo de mortalidad prematura por todas las causas es más del doble en las personas que fuman²³. El impacto perjudicial del tabaquismo en la calidad de vida también está bien establecido, con una relación dosis-respuesta entre fumar y la pérdida de independencia en las actividades de la vida diaria. Xu et al demostró recientemente una pérdida promedio de 8,1 años de vida ajustados por calidad (AVAC) entre las personas que fuman²⁴.</p>	<p>Salud</p>	<p>Si bien fumar a menudo se percibe como una actividad social y una razón común para la iniciación, hallazgos recientes del Estudio Longitudinal del Envejecimiento en Inglés representativo a nivel nacional indican que fumar de manera sostenida aumenta el aislamiento social y la soledad. Incluso después de ajustar por edad, sexo y nivel socioeconómico, las personas que fumaban tenían interacciones sociales menos frecuentes con familiares y amigos; participación menos frecuente en actividades comunitarias y culturales; y tenían más probabilidades de vivir solas²⁵. Dadas las tendencias mundiales hacia una población cada vez más envejecida, esto proporciona una causa adicional para dejar de fumar.</p>
<p>En un metaanálisis de 2017 de la asociación entre la prevalencia del tabaquismo y el nivel de ingresos, Casetta et al encontró que los ingresos más bajos se asociaron consistentemente con una mayor prevalencia del tabaquismo (OR 1,45; IC del 95%: 1,35-1,56)²⁶. Además, como el tabaquismo se concentra entre los grupos pobres y vulnerables, existe un círculo vicioso de dependencia del cigarrillo y pobreza²⁷.</p>	<p>Economía</p>	<p>A nivel mundial, el consumo de tabaco carga a las economías con más de US\$ 1 trillón en costos de atención médica y pérdida de productividad cada año. Esta carga económica afecta desproporcionadamente a los países subdesarrollados y en vías de desarrollo, ya que el 80% de las personas que fuman viven en dichos países²⁷. El resultado neto es que la desigualdad socioeconómica se agrava, la productividad económica se ve obstaculizada y el crecimiento del PIB se ve limitado²⁸.</p>
<p>Dos ejemplos de daños ambientales para las personas causados por los cigarrillos combustibles son: (i) incendios domésticos: A pesar del desarrollo de los llamados cigarrillos "seguros contra incendios", siguen siendo la principal causa de incendios domésticos fatales^{29,30}, incluso en países donde la prevalencia del tabaquismo ha disminuido en los últimos años³¹; (ii) Contaminación por humo de tercera mano: se refiere a los residuos de humo de larga duración que permanecen en las superficies interiores. La acumulación de componentes tóxicos del humo contamina el ambiente interior, y los bebés son especialmente vulnerables a esto, ya que pasan mucho tiempo en el interior³².</p>	<p>Ambiente</p>	<p>Las colillas de cigarrillos son la forma más abundante de contaminación plástica en el mundo. Anualmente se fuman 5.6 billones de cigarrillos, dos tercios de los cuales se desechan de manera inadecuada³³. Esto se manifiesta en 766.6 millones de kilogramos de basura tóxica cada año; es la basura plástica más común que se encuentra en la limpieza de playas³⁴. Los daños ambientales son claros: por ejemplo, fugas de microplásticos en el ecosistema marino y acumulación de microplásticos en la red alimentaria. La OMS y el PNUMA se han asociado para abordar este problema urgente a través de la Campaña Mares Limpios³⁴.</p>
<p>Los daños directos al individuo del humo de segunda mano son indiscutibles. Un metaanálisis (que recopila evidencia de 24 estudios) reveló un riesgo significativamente mayor de enfermedad para las personas expuestas al humo de segunda mano: 66% para la EPOC, 35% para el accidente cerebrovascular y 27% para la enfermedad cardíaca isquémica³⁵. Los bebés y los niños son particularmente vulnerables a los efectos nocivos del humo de segunda mano, que está implicado en el 60% de las muertes súbitas de lactantes (también conocidas como muerte en cuna)³⁶.</p>	<p>Juventud</p>	<p>Para lograr la ambición de "terminar con el juego" y ser libre del tabaco, la sociedad necesita eliminar gradualmente el consumo de cigarrillos combustibles con cada generación. La evidencia muestra que el tabaquismo de los padres se encuentra entre las principales razones para el inicio del tabaquismo en los jóvenes; los niños cuyos padres fuman tienen 4 veces más probabilidades de comenzar a fumar ellos mismos³⁷. Curiosamente, los hijos de padres que habían dejado de fumar no parecen ser más propensos a fumar que los niños cuyos padres nunca fumaron³⁸.</p>



1.3 Productos de Reducción de Daños (HRP): Una escalera de incendios para fumadores que luchan por dejar de fumar

El apetito por alejarse de los daños de los cigarrillos combustibles es significativo tanto entre los responsables políticos como entre los consumidores. Siete de cada diez adultos que fuman quieren dejar de fumar, y tres cuartas partes lamentan haber comenzado ³⁹. Del 44% que intenta dejar de fumar, solo del 4 al 7% tiene éxito en ²⁰; el número promedio de intentos de dejar de fumar antes de tener éxito es de 30⁴⁰.

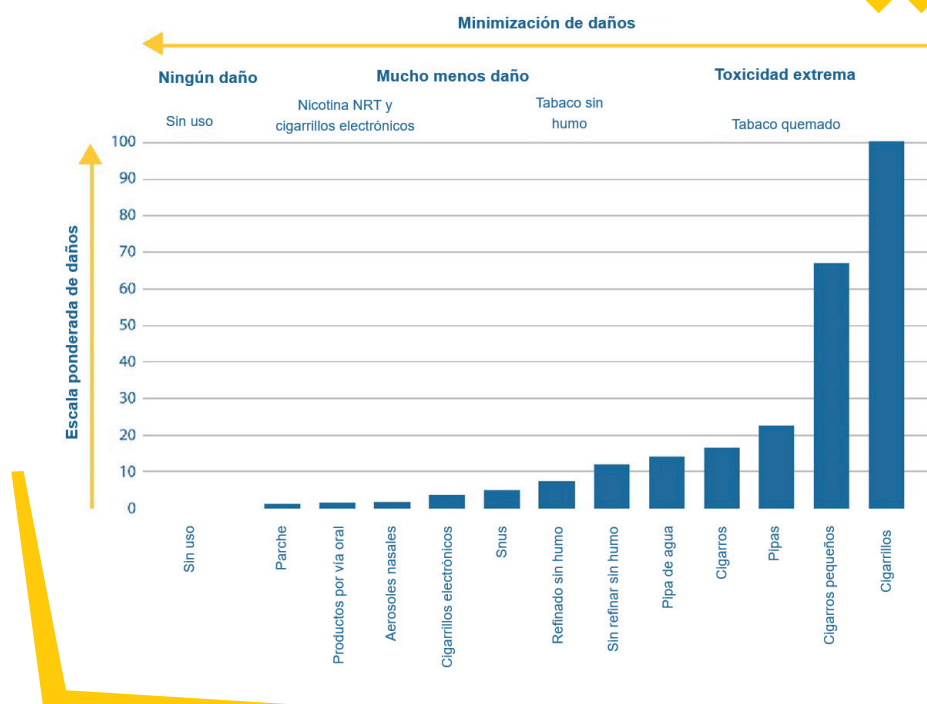
Los productos de reducción de daños (HRP, por sus siglas en inglés) proporcionan una salida de incendios. Al eliminar el elemento de combustión, estas alternativas libres de humo son demostrablemente menos dañinas que los cigarrillos y proporcionan medios para administrar nicotina sin alquitrán. Lamentablemente, la nicotina en sí misma sigue siendo una molécula ampliamente incomprendida; en un estudio reciente en los Estados Unidos de 1058 médicos, la gran mayoría de ellos "estuvo muy de acuerdo" en que la nicotina contribuye directamente al desarrollo de enfermedades cardiovasculares (83%), EPOC (81%) y cáncer (81%)⁴¹. Estas percepciones erróneas no fácticas se reflejan en la población de consumidores: en 2020, Rajkumar et al. realizó un estudio internacional de adultos (n=54,627) que fuman, usan Productos Reducción de Daños (HRP, por sus siglas en inglés), o han fumado o usado dichos productos anteriormente en los últimos cinco años. Encontraron que el 89% de los consumidores actuales cree que la nicotina es dañina, y hasta

el 78% cree que es la causa principal del cáncer relacionado con el tabaco⁴².

LA VERDAD SOBRE LA NICOTINA Y LAS ALTERNATIVAS MÁS SEGURAS

El médico de renombre mundial y experto preeminente en farmacología de la nicotina, el profesor Dr. Neal L. Benowitz, ha declarado: "La nicotina desempeña un papel menor, si lo hay, en la causa de enfermedades inducidas por el tabaquismo" ²⁰. Otro médico apasionado por disipar los mitos sobre la nicotina y ayudar a los fumadores a dejar de fumar es el Dr. Colin Mendelsohn. En un capítulo titulado "Rompiendo los mitos sobre la nicotina" de su libro recientemente publicado, el Dr. Mendelsohn sintetiza un cuerpo sólido de evidencia que demuestra que la nicotina no causa cáncer, enfermedad pulmonar o enfermedad cardíaca⁴³. Por lo tanto, al cambiar de cigarrillos combustibles a alternativas de nicotina sin humo, los beneficios potenciales para la salud pública son notables. Como declaró el Royal College of Physicians en su informe histórico "Nicotina sin humo" ⁴⁴: "(...) la nicotina en sí misma no es especialmente peligrosa. Si la nicotina pudiera suministrarse en una forma que sea aceptable y eficaz como sustituto del cigarrillo, se podrían salvar millones de vidas".

Figura 1: El daño ponderado del tabaco combustible en comparación con las alternativas no combustibles colocadas a lo largo del 'continuo de minimización de daños' por Abrams et al⁴⁵



1.4 ¿Cómo se puede lograr un estado 'libre de tabaco'?

VARIOS ENFOQUES PARA EL 'TÉRMINO DEL JUEGO'

Desde la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco (FCTC, por sus siglas en inglés) por la OMS en 2003⁴⁶, se han propuesto varias estrategias para "terminar con el juego" y eliminar gradualmente el consumo de tabaco⁴⁷. Estos pueden clasificarse ampliamente de tres maneras:

- **Las medidas MPOWER del Convenio Marco para el Control del Tabaco:** incluyen espacios públicos libres de humo, apoyo para dejar de fumar, etiquetas de advertencia, envases sencillos, prohibiciones de publicidad, campañas de salud pública y mayores impuestos a los productos de tabaco⁴⁴.
- **La propuesta de la "Generación Libre de Tabaco" (TFG, por sus siglas en inglés):** Impide la venta de productos de tabaco a personas nacidas después de una fecha determinada, por ejemplo, en Singapur, ciudadanos nacidos a partir del 1 de enero de 2000⁸.
- **Reducción de daños a través de productos alternativos de nicotina:** Para los fumadores que luchan por dejar de fumar, proporcione acceso a alternativas menos dañinas (PRD), por ejemplo, cigarrillos electrónicos, bolsas de nicotina orales, snus y productos de tabaco calentados. Este enfoque no es adoptado actualmente por el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, a pesar de estar consagrado en el artículo 1(d) del tratado original⁴.

Todos los enfoques anteriores coinciden en la premisa de que el daño relacionado con el tabaco sigue siendo inaceptable. Si bien las medidas MPOWER han tenido éxito en la reducción de las tasas de tabaquismo, muchos de los países desarrollados donde se implementaron ahora se estancan en una meseta de prevalencia de tabaquismo del 15-25%⁴⁷ - lejos de la ambición libre de humo de menos del 5%. De hecho, como Bonita y Beaglehole comentaron recientemente: "El control del tabaco no está funcionando en la mayor parte del mundo. (...) La estrategia que falta en las políticas de la OMS y del Convenio Marco para el Control del Tabaco es la reducción de daños"⁴⁸.

ACELERAR EL FIN DEL TABAQUISMO

El Dr. Derek Yach, ex Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles de la OMS, que fue fundamental para el desarrollo del Convenio Marco para el Control del Tabaco, también ha pedido un cambio en el status quo. En un documento titulado "Acelerar el



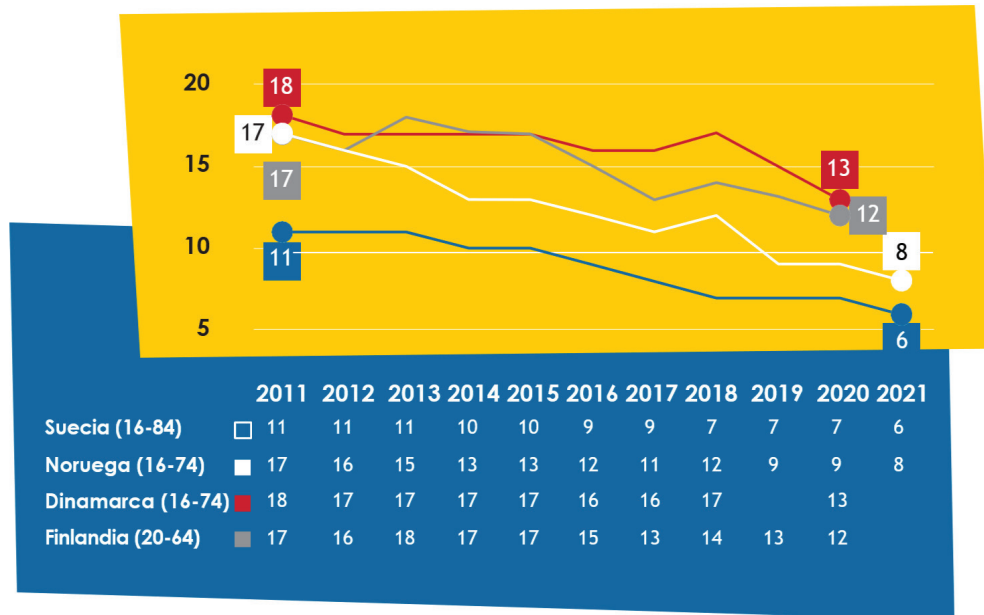
abandono del hábito de fumar"⁵, Yach señala la implementación deficiente de las medidas MPOWER, por ejemplo, que solo 23 países en el mundo brindan servicios para dejar de fumar a niveles de mejores prácticas. El llamado a la acción de Yach resuena con Bonita y Beaglehole: "Para reducir las tasas de mortalidad y enfermedad en dos décadas, debemos considerar nuevas estrategias para acelerar la cesación de los adultos. En particular, debemos adoptar tácticas empáticas que alienten a los fumadores individuales a dejar de fumar o cambiar, incluido el uso de productos de reducción de daños (HRP, por sus siglas en inglés)"⁵.

REDUCCIÓN DE DAÑOS POR TABACO: PRUEBA DE CONCEPTO

Como los productos de reducción de daños han estado disponibles durante más de dos décadas, existe una prueba de concepto con respecto a su capacidad para desplazar los cigarrillos y reducir el daño a los usuarios individuales. En una revisión publicada recientemente por el Dr. Karl Fagerström, la prevalencia del tabaquismo en países con una adopción relativamente alta de Productos de Reducción de Daños se comparó con países vecinos donde estos son menos frecuentes: "Los datos indican que los países con una alta adopción de productos alternativos de nicotina han podido lograr tasas de tabaquismo más bajas"⁴⁹ Para utilizar los países nórdicos como ejemplo, Suecia y Noruega (donde se dispone de snus y nicotina oral) están muy por delante de sus vecinos Dinamarca y Finlandia (donde se prohíben estos productos de reducción de daños) en el logro de una sociedad libre de tabaco⁴⁹:



Figura 2: Prevalencia diaria de tabaquismo en Suecia y Noruega (donde el snus está disponible) frente a Dinamarca y Finlandia (donde el snus está prohibido)⁴⁹



1.5 Llamado a una estrategia integrada de término del juego y "Sin tabaco"

El objetivo final de cualquier estrategia de juego debe ser minimizar las enfermedades relacionadas con el tabaco y la muerte prematura. Cada uno de los tres enfoques (políticas tradicionales de control del tabaco MPOWER, una generación libre de tabaco y reducción de daños) tiene sus méritos y limitaciones para lograr el objetivo libre de tabaco de menos del 5% de prevalencia de tabaquismo. De forma aislada, es poco probable que logren este objetivo. Sin embargo, al integrar ideas de cada una de estas estrategias, se vislumbra una hoja de ruta pragmática y realista para el "juego final del tabaquismo"^{5, 47-49}.

Se necesita una revolución basada en la ciencia e impulsada por el consumidor para acelerar el fin del tabaquismo. Al combinar medidas sólidas de MPOWER para el tabaco combustible con un marco

regulatorio y fiscal que incentive a los fumadores a cambiar a alternativas de nicotina más seguras, la ambición de dejar de fumar es totalmente alcanzable.

En Europa, Suecia está liderando la adopción de este enfoque integrado. Si bien su prevalencia de consumo de nicotina es similar a la media de la Unión Europea, la gran mayoría de esta ingesta se realiza a través de alternativas más seguras y no combustibles⁵⁰; la prevalencia del tabaquismo en Suecia (5,6%) es casi cinco veces menor que la media de la Unión Europea (23%)⁵¹. En consecuencia, Suecia tiene las tasas de mortalidad y enfermedades relacionadas con el tabaco más bajas de la Unión Europea⁵².

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABACO Y MUERTE PREMATURA:



Análisis Comparativo de Métricas Clave de Salud Pública entre Suecia y la Unión Europea y otros países seleccionados

2.1 Bases de datos y métricas clave de salud pública relacionadas con el tabaquismo

2.1.1 Fuentes de datos

Para cuantificar y comparar las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y la muerte prematura en diferentes países, se deben utilizar datos representativos a nivel nacional de fuentes acreditadas. Las dos fuentes principales de datos para este capítulo son:

a) **El Informe Mundial de la OMS sobre Mortalidad Atribuible al Tabaco**⁵³: Aunque este informe se publicó en 2012, cita datos recopilados en 2004. Es el informe más reciente de la OMS de esta naturaleza.

b) **El Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad (GBD, por sus siglas en inglés) del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés)**⁵⁴: Con más de mil millones de puntos de datos en más de 200 países, este proyecto de investigación colaborativo dirigido por la Universidad de Washington es el esfuerzo científico más grande y detallado para compilar datos observacionales de métricas de salud. Es muy respetado por las comunidades científicas y de formulación de políticas; ha habido más de 400 publicaciones revisadas por pares desde 2010 utilizando datos del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IMES). A este capítulo, el CGM tiene la ventaja adicional de recopilar datos más recientes (de 1990 a 2019) que el informe de la OMS mencionado anteriormente.



2.1.2 Métricas Clave de Salud Pública

Las métricas de salud clave citadas en este capítulo son las muertes atribuidas al tabaquismo y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido a:

- Todas las causas
- Enfermedades no transmisibles (ENT)
- Todo tipo de cáncer
- Cánceres del tracto respiratorio (traqueal, bronquial, pulmonar)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad cardiovascular
- Infecciones del tracto respiratorio inferior

Muertes y AVAD

Al comparar las tasas de mortalidad y AVAD, se tienen en cuenta las diferencias en las poblaciones de los países al comparar su mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaquismo. Un AVAD es una métrica universal que equivale a la suma de años de vida perdidos (AVP) y años vividos con discapacidad (AVD). Un AVAD equivale a un año perdido de vida saludable ⁵⁴.

Figura 3: Explicación esquemática del Año de Vida Ajustado por Discapacidad

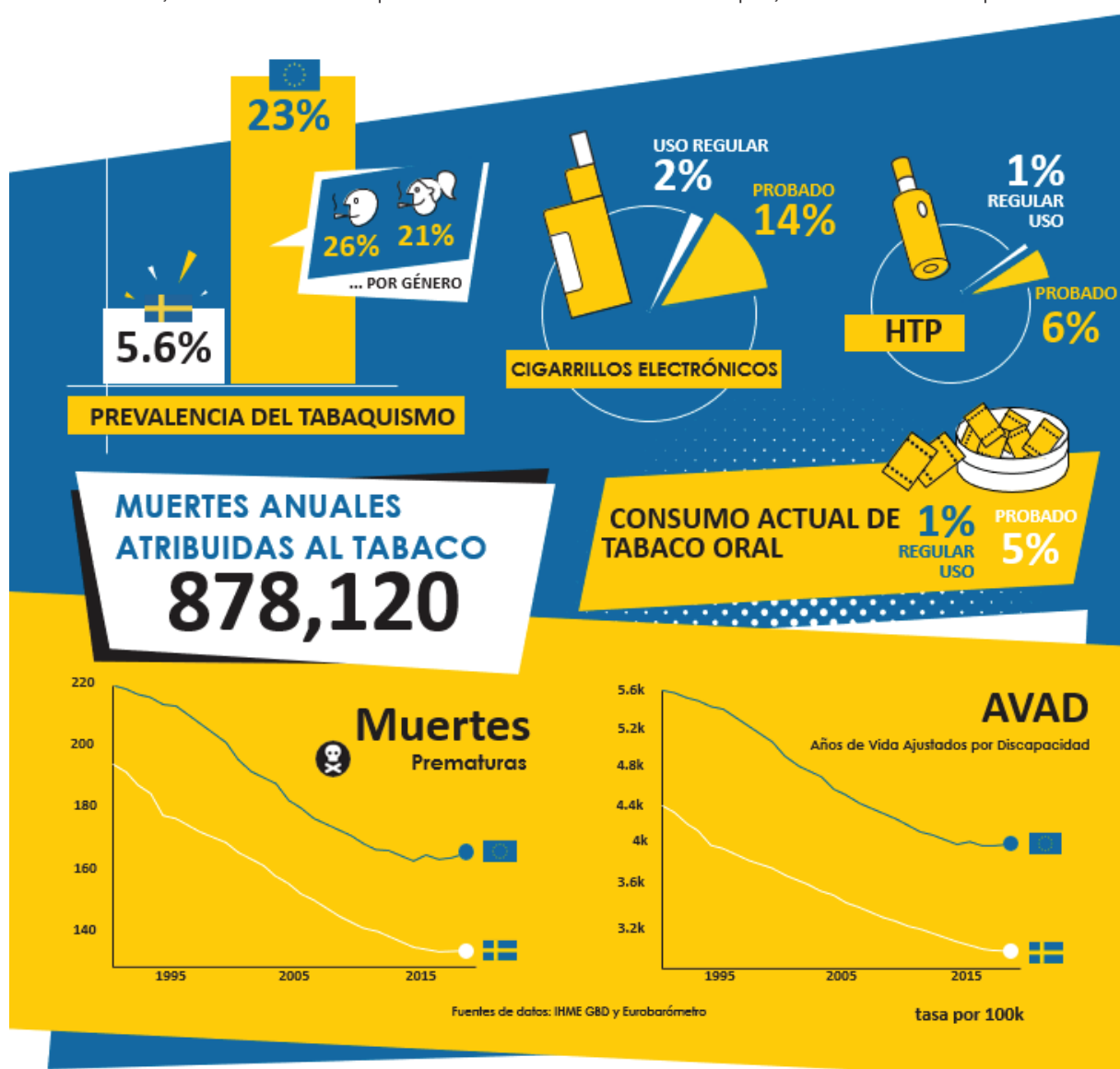


El costo económico por AVAD fue calculado recientemente por Darroudi et al⁵⁶ utilizando datos del IMES para países con diferentes niveles de Índice de Desarrollo Humano (HDI, por sus siglas en inglés). El costo estimado por Años de Vida Ajustados por Discapacidad evitado fue de US\$998, US\$6,522, US\$23,782 y US\$69,499 en países con Índice de Desarrollo Humano bajo, medio, alto y muy alto. En el futuro, por lo tanto, será posible

cuantificar y comparar los costos humanos y económicos potenciales del tabaquismo entre países. De los 27 países de la Unión Europea, 26 están clasificados como "Índice de Desarrollo Humano muy alto" y uno (Bulgaria) como "Índice de Desarrollo Humano alto" ⁵⁷.

2.2 Desempeño de Suecia en el control del tabaco en comparación con la Unión Europea (UE)

En primer lugar, el rendimiento de Suecia se comparará con el rendimiento medio de la Unión Europea en los 20 años comprendidos entre 2000 y 2019⁵⁴. De esta manera, se pueden calcular las muertes potenciales, Años de Vida Ajustado por Discapacidad (DALY por sus siglas en inglés) y los costos económicos que podrían haberse evitado. A esto le seguirán representaciones visuales de datos sanitarios que reflejen el éxito de Suecia, en relación con otros países seleccionados de la Unión Europea, en convertirse en un país libre de tabaco.



SI LA UNIÓN EUROPEA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS	AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS	AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS
2,890,004	103,436,746	107,978,932

Figura 4: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si la UE tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019. ⁵⁴



Tabla 3: Comparación de la morbilidad atribuida al tabaco entre 2000-2019 en Suecia frente a la UE utilizando datos del IMES CGM.⁵⁴ La columna en azul "UE (si se clasifica como Suecia)" es una cifra hipotética calculada mediante la siguiente ecuación: (AVAD reales perdidos de la UE/tasa de AVAD perdidos de la UE) multiplicado por la tasa de AVAD perdidos de Suecia. En cuanto a "todas las causas", si la UE tuviera la misma tasa de AVAD perdidos atribuible al tabaquismo que Suecia durante estos 20 años, se podrían haber evitado 108 millones de AVAD perdidos.

Muertes atribuibles al tabaquismo: Suecia frente a la UE (2000-2019)

Causa de muerte	Muertes atribuibles al tabaquismo, tasa por 100k (2000-2019)		Muertes atribuibles al tabaquismo, número (2000-2019)		Muertes que podrían haberse evitado, número
	Suecia	UE	UE (actual)	UE (si se clasifica como Suecia)	
Enfermedades no transmisibles (ENT)	139.9	167.6	16,870,287	14,082,789	2,787,499
Todo tipo de cáncer	56.0	79.6	8,020,071	5,637,051	2,383,020
Cánceres del tracto respiratorio	28.4	44.0	4,434,576	2,858,811	1,575,765
COPD	18.9	23.2	2,336,499	1,906,782	429,717
Enfermedad cardiovascular	52.7	55.2	5,541,923	5,294,089	247,834
Infecciones del tracto respiratorio inferior	5.0	5.9	595,510	503,637	91,873
Todas las causas	145.8	174.5	17,562,390	14,672,386	2,890,004

2,890,004



SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Tasas de mortalidad atribuibles al tabaquismo por Causa: Suecia frente a la UE (2000-2019)

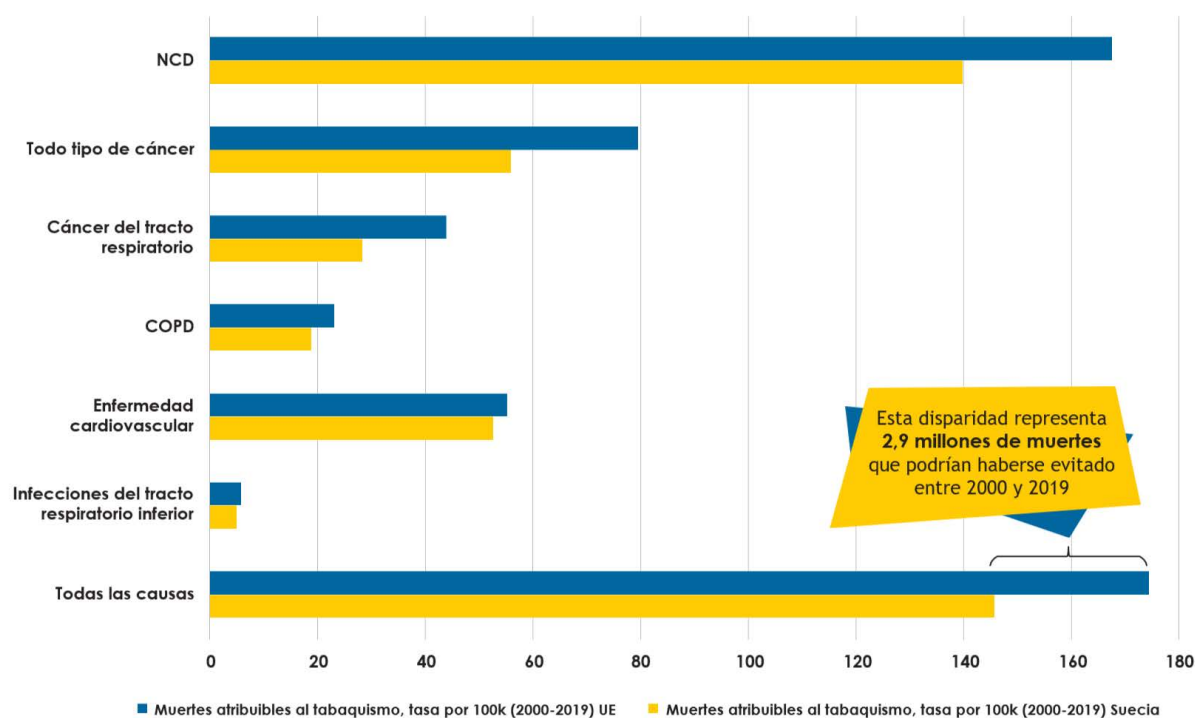


Figura 5: Gráfico de barras apiladas que representa los datos de la Tabla 3. Todos los datos se utilizan con permiso del IMES CGM.⁵⁴

AVAD atribuibles al tabaquismo perdidos: Suecia vs UE (2000-2019)

Causa de la pérdida de AVAD	AVAD atribuibles al tabaquismo, tasa por 100k (2000-2019)		AVAD atribuibles al tabaquismo, número (2000-2019)		Pérdida de AVAD eso podría haber sido evitado
	Suecia	UE (EU, por sus siglas en inglés)	UE (actual)	UE (si se clasifica como Suecia)	
NCD	3,211.7	4,238.6	426,581,452	323,185,122	103,396,330
Todo tipo de cáncer	1,093.1	1,749.8	176,247,374	110,085,240	66,162,134
Cánceres del tracto respiratorio	558.1	961.2	96,833,104	56,220,730	40,612,374
COPD	485.5	527.1	53,109,026	48,925,974	4,183,052
Enfermedad cardiovascular	1,032.8	1,275.2	128,079,066	103,732,113	24,346,954
Infecciones del tracto respiratorio inferior	64.3	99.4	9,997,373	6,459,388	3,537,985
Todas las causas	3,307.2	4,379.6	440,763,826	332,836,144	107,927,682

Tabla 4: Comparación de la morbilidad atribuida al tabaco entre 2000-2019 en Suecia versus la UE utilizando datos del Estudio de Carga Global de Morbilidad del IMES⁵³. La columna azul "UE (si se clasifica como Suecia)" es una cifra hipotética calculada mediante la siguiente ecuación: (AVAD reales perdidos en la UE / tasa de AVAD perdidos en la UE) multiplicado por la tasa de AVAD perdidos en Suecia. En cuanto a "todas las causas", si la Unión Europea tuviera la misma tasa de AVAD perdidos atribuible al tabaquismo que Suecia durante estos 20 años, se podrían haber evitado 108 millones de AVAD perdidos.



AVAD perdidos atribuibles al tabaquismo: Suecia vs UE (2000-2019)

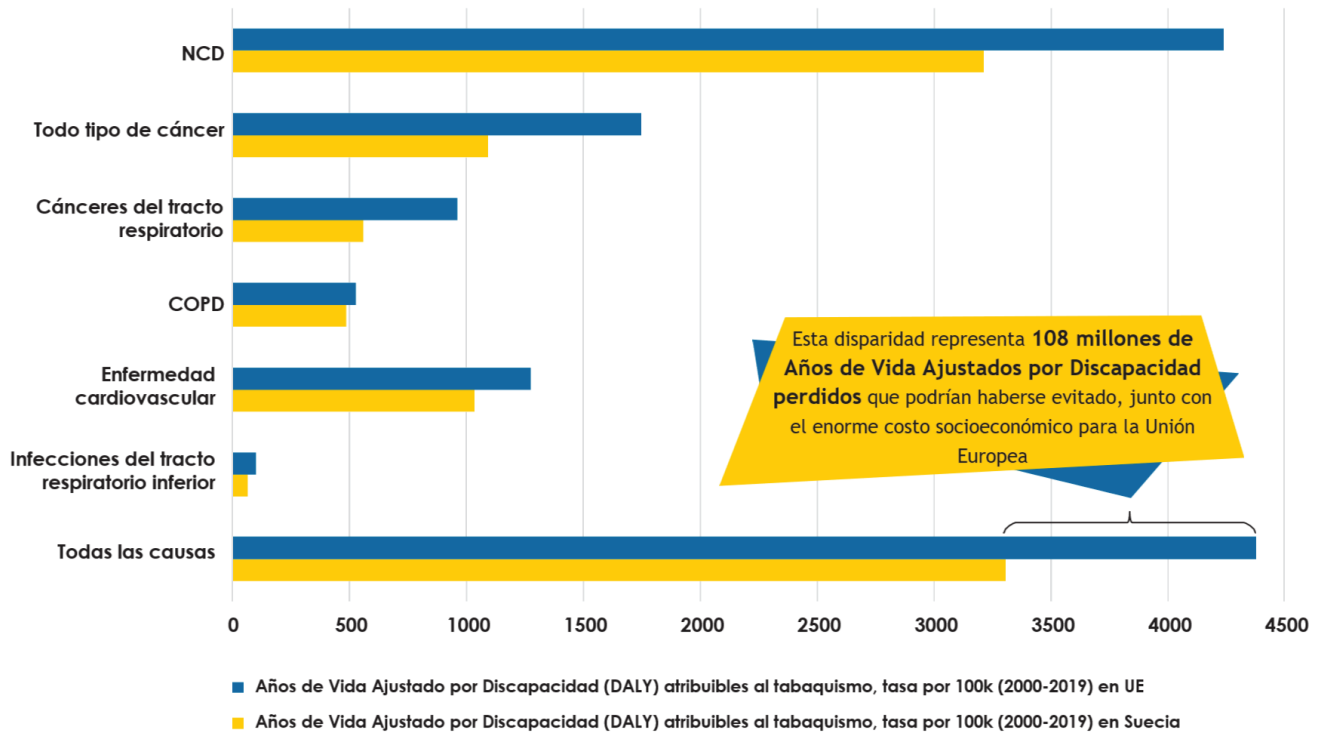


Figura 6: Gráfico de barras apiladas que representa los datos de la Tabla 4. Todos los datos se utilizan con permiso del IMES CGM.⁵⁴

2.3 El rendimiento de Suecia en el control del ta-baco en comparación con países seleccionados de la UE (Basado en datos de la OMS)

Los datos de la OMS y la OCDE corroboran los datos del IMES

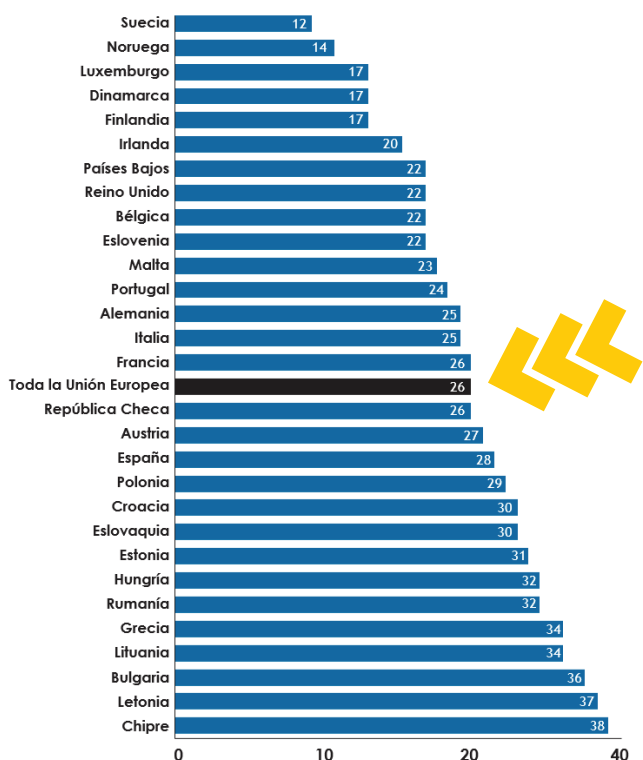
Los datos del IMES (figuras 3 y 4) están corroborados por los datos de la OMS, que muestran una tendencia similar entre las naciones europeas en la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo. Considere los siguientes gráficos producidos por la Comisión Snus⁵⁸ utilizando datos de la OCDE ⁵⁹ y el Informe Mundial 2012 de la OMS sobre Mortalidad Atribuible al Tabaco⁵³. La izquierda (Figura 7) muestra el porcentaje de hombres mayores de 30 años que fuman diariamente. La derecha (Figura 8) muestra la tasa de mortalidad en hombres mayores de 30 años atribuible al tabaco. Tenga en cuenta que Suecia supera a todas las demás naciones de la UE en estas métricas, con tasas de tabaquismo y tasas de mortalidad atribuibles al tabaquismo en más de la mitad del promedio de la UE:

Suecia tiene las tasas de cáncer más bajas de la UE

Además de los datos anteriores del informe de 2012 de la OMS, datos más recientes de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) de la OMS demuestran que Suecia tiene la tasa de mortalidad más baja entre los hombres en todos los cánceres; consulte la Figura 9 a continuación. Más concretamente, tiene la incidencia de cáncer de pulmón más baja de Europa en ambos sexos (17.7 por 100 000). Esto se traduce en una tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en Suecia (14.4 muertes por cada 100 000), la más baja de la Unión Europea⁶⁰.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Prevalencia del Tabaquismo



Mortalidad Relacionada con el Tabaquismo

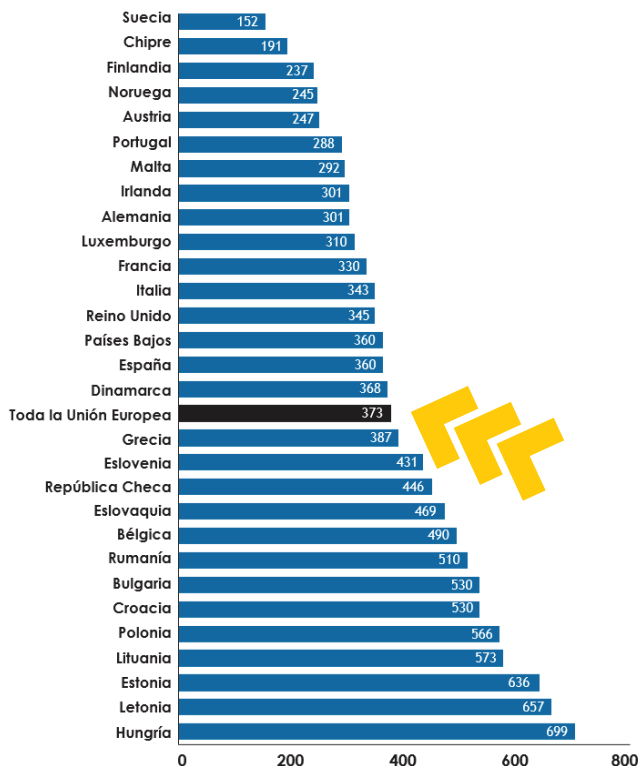


Figura 7: Porcentaje de hombres mayores de 30 años que fuman a diario⁵⁸.

Figura 8: Tasa de mortalidad atribuible al tabaco en hombres mayores de 30 años por cada 100 000 habitantes⁵³.

Tasas de mortalidad estandarizadas por edad en 2020 para todos los cánceres, Región europea de la OMS

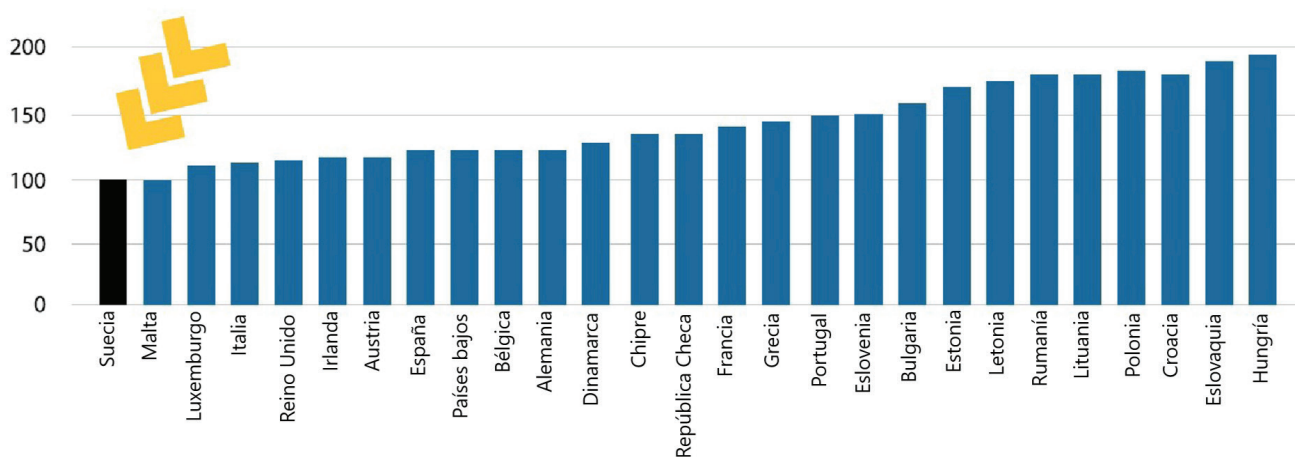


Figura 9: Según los datos de IARC 2020 de la OMS, Suecia tiene la tasa de mortalidad más baja entre los hombres en todos los cánceres de Europa⁶⁰.



2.4 Estudio de caso de países seleccionados en el control del tabaco: Suecia versus Bélgica

Recientemente, el ministro de Salud belga, Frank Vandenbroucke, pidió la prohibición de las bolsas de nicotina, diciendo: "Las bolsas de nicotina, como los cigarrillos electrónicos y el vapeo, pueden ser un trampolín para fumar a una edad temprana. Por eso optamos decididamente por prohibirlos" ⁶¹. Este enfoque contrasta marcadamente con el modelo sueco de adoptar productos de reducción de daños como una desviación de combustibles mucho más dañinos.

A menudo, las disparidades entre países en la prevalencia del tabaquismo y las enfermedades relacionadas con el tabaquismo se explican justificadamente por las diferencias socioeconómicas. Sin embargo, Suecia y Bélgica tienen mucho en común:

- **Ingresos:** Ambos clasificados como países de "ingresos altos" por el Banco Mundial⁶².
- **Estructura por edades:** Pirámides de población muy similares ⁶³.
- **Igualdad:** Índices de Gini casi idénticos: Bélgica 0,26, Suecia 0,27^{64,65}.
- **Gasto público:** Ambos se encuentran entre los 5 primeros países de la OCDE en gasto público como

porcentaje del PIB – Bélgica ocupa el tercer lugar con el 52% y Suecia el quinto con el 49%.

- **Tamaño de la población:** Bélgica 11.6 millones, Suecia 10.4 millones ⁶³.
- **PIB:** Similar – Bélgica 594 mil millones de dólares, Suecia 636 mil millones de dólares ^{64,65}.
- **Contexto político/histórico:** Suecia y Bélgica son monarquías constitucionales con un gobierno parlamentario⁶⁶.

Las similitudes anteriores hacen que Suecia y Bélgica sean candidatos ideales para la comparación con respecto a la cuestión de los daños relacionados con el tabaquismo. Entonces, en base a la evidencia, ¿cómo se comparan?

Prevalencia del tabaquismo: Según los datos del Eurobarómetro, Suecia está superando considerablemente a Bélgica en la búsqueda de dejar de fumar. En 2020, Bélgica (21%) triplicó la prevalencia de tabaquismo de Suecia (7%)⁶⁷. En consecuencia, las tasas de mortalidad y morbilidad relacionadas con el tabaquismo son inevitablemente más altas en Bélgica, como muestran los datos del IMES (figura 10).

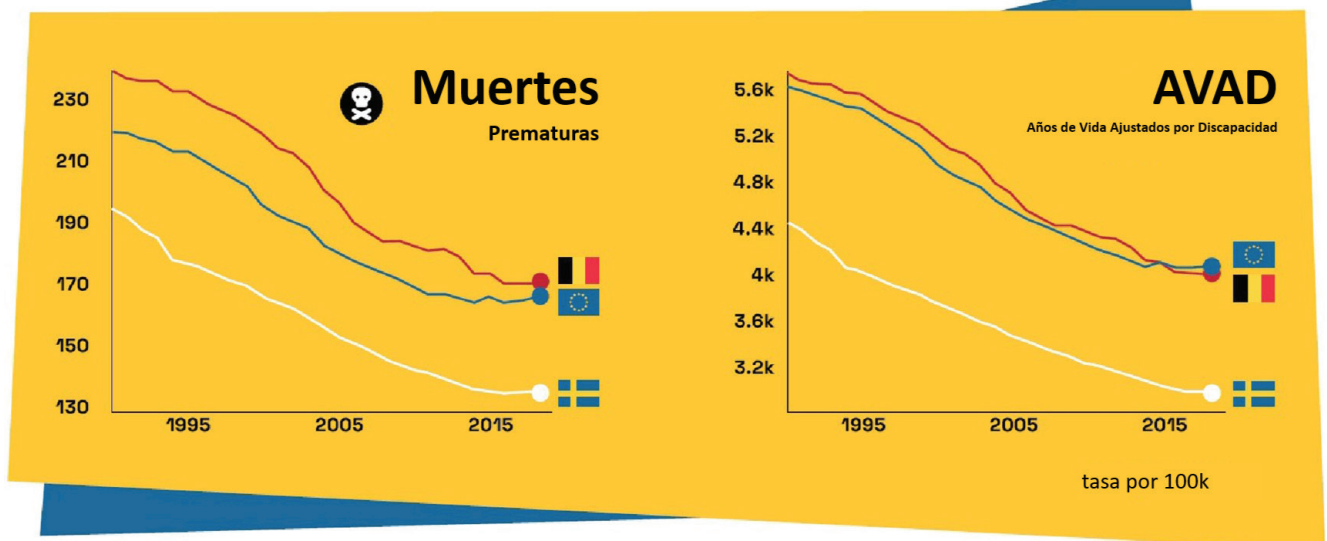


Figura 10: Comparación de Suecia vs Bélgica vs muertes y AVAD relacionados con el tabaquismo en la UE utilizando datos IMES CGM⁵⁴. Si Bélgica tuviera la misma tasa de muertes y AVAD relacionados con el tabaquismo que Suecia entre 2000 y 2019, se podrían haber evitado 90.570 muertes y 2.5 millones de AVAD.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Con la creciente evidencia que respalda el enfoque de Suecia para convertirse en un país libre de tabaco, los respetados miembros del Parlamento de la UE (MEP, por sus siglas en inglés) han abogado por su adopción en el resto del bloque en sus discursos públicos ante el Parlamento Europeo en diciembre de 2022:

- **Miembro del Parlamento Europeo (MEP, por sus siglas en inglés), elegido en 2022, en representación del Partido Demócrata de Suecia:** "Para promover la salud pública y abordar los problemas de salud relacionados con el tabaco a largo plazo, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido ha alentado a las personas a usar cigarrillos electrónicos en lugar de productos de tabaco tradicionales. Esto es parte de una campaña de salud gubernamental de larga data, cuyo objetivo es que el país esté completamente libre de tabaco para 2030. Estamos viendo una tendencia similar en Suecia. Las bolsas de nicotina son populares y, junto con el snus, han llevado a una marcada reducción en el número de fumadores. Suecia tiene la proporción más baja de fumadores de la UE, con solo alrededor del 6% de las personas que fuman a diario. La media de la UE es de alrededor del 18%. Por lo tanto, una Suecia libre de tabaco parecería ser una perspectiva cada vez más realista. A la luz de lo anterior:
 - ¿Ha estudiado la Comisión los acontecimientos en el Reino Unido y Suecia?
 - ¿Ha considerado la Comisión el riesgo de que aumente el número de fumadores en Europa si se eleva el impuesto sobre las bolsas de nicotina y los cigarrillos electrónicos?

¿Tiene la Comisión algún plan para promover alternativas a los cigar-

rillos, como las bolsitas de nicotina y los cigarrillos electrónicos, con vistas a frenar el consumo de tabaco en Europa?"⁶⁸

- **Miembro del Parlamento Europeo (MEP, por sus siglas en inglés), elegido en 2019 y en representación del Partido Demócrata Cristiano, Suecia:** "Con solo el 5,6% de la población fumando a diario, Suecia tiene la proporción más baja de fumadores de cigarrillos en Europa por un margen significativo. Además, la proporción de fumadores en Suecia continúa disminuyendo y el uso de bolsas de nicotina ha desempeñado un papel importante en este desarrollo. Otros países han elegido un camino diferente. Por ejemplo, Bélgica está avanzando con un plan para prohibir los parches de nicotina. Informaron a la Comisión de sus intenciones en el verano de 2022 y declararon que querían prohibir estos productos hasta que haya pruebas de que son un instrumento útil para reducir las tasas de tabaquismo.
 - ¿Considera la Comisión que es un problema para el mercado único que los Estados miembros adopten diferentes reglamentos sobre nuevos productos de nicotina, como las bolsitas de nicotina?
 - ¿Qué deben tener en cuenta los Estados miembros a la hora de imponer una nueva regulación sobre los productos de nicotina?"⁶⁹





2.5 Dificultades para comparar el control del tabaco en Suecia con el control en los países subdesarrollados y envías de desarrollo, por ejemplo, Sudáfrica

Al comparar Suecia con los países subdesarrollados y envías de desarrollo, hay variables que dificultan las comparaciones con el modelo sueco. Como ejemplo, la interacción entre el tabaquismo y la tuberculosis. La tuberculosis sigue siendo rampante en Sudáfrica, con aproximadamente 852 casos por cada 100 000 personas⁷⁰, en comparación con Suecia, con 4 por cada 100 000 personas⁷¹. Esto tiene un efecto significativo en cualquier métrica relacionada con el tabaco, como se describe a continuación.

CONSIDERANDO LOS PAÍSES SUBDESARROLLADOS Y ENVÍAS DE DESARROLLO: LA INTERACCIÓN ENTRE EL TABAQUISMO Y LA TUBERCULOSIS

Fumar es la principal causa prevenible de muerte en todo el mundo, y causa un daño desproporcionadamente mayor a los grupos de población pobres, vulnerables y marginados; más del 80% de los fumadores viven en países subdesarrollados y en vías de desarrollo

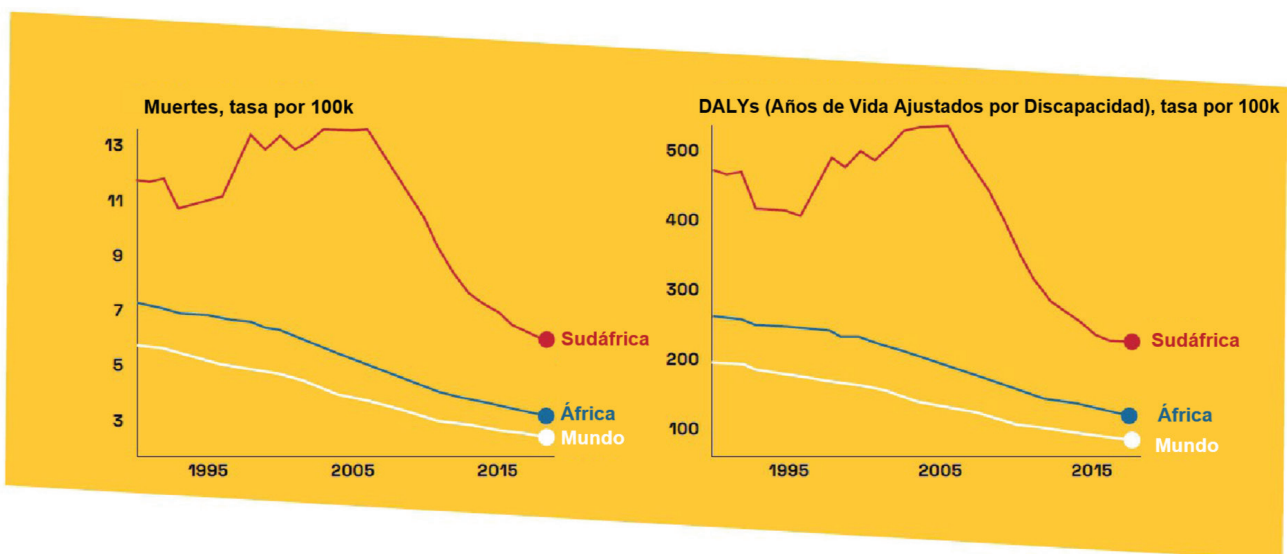
(LMIC, por sus siglas en inglés)⁷². De manera similar, la principal causa de muerte por una sola enfermedad infecciosa a nivel mundial es la tuberculosis (TB), y más del 95% de los casos y muertes por tuberculosis ocurren en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo⁷³. La sinergia nociva entre el tabaquismo y la tuberculosis está bien documentada:

- Fumar aumenta el riesgo de contraer tuberculosis en 4.5x⁷⁴.
- El tratamiento de la tuberculosis es un 24% menos efectivo en los fumadores⁷⁵.
- Los niños expuestos al humo de segunda mano tienen 2 veces más probabilidades de contraer tuberculosis⁷⁶.

TABAQUISMO Y TUBERCULOSIS EN SUDÁFRICA

Dada la evidencia anterior, Sudáfrica es un país interesante para estudiar porque el 60% de sus personas que viven con tuberculosis son

El Costo Humano de Fumar en la Tuberculosis en Sudáfrica



Si Sudáfrica tuviera la misma tasa de muertes por tuberculosis atribuidas al tabaquismo y AVAD que el promedio africano, se podrían haber evitado potencialmente 80 000 muertes y 3 millones de AVAD entre 1990-2019

Figura 11: Gráficos que muestran las muertes por tuberculosis atribuidas al tabaquismo y los AVAD en Sudáfrica frente a los promedios africanos y mundiales. Todos los datos utilizados con permiso CGM del IMES⁵⁴.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

fumadores, y el país ocupa el tercer lugar a nivel mundial después de India y China en términos de casos anuales de tuberculosis⁷⁷. La Encuesta Mundial sobre el Tabaco en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés) fue implementada recientemente en 2021 por el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica (SAMRC, por sus siglas en inglés); mostró una carga económica y de salud significativa atribuida al tabaco. Mostró una prevalencia general de tabaquismo del 25.8% (41.2%

de los hombres y 11.5% de las mujeres), con un alto gasto en cigarrillos manufacturados a pesar de los altos niveles de pobreza⁷⁸. Curiosamente, hubo una buena conciencia sobre los daños del tabaquismo, y más de dos tercios de los fumadores actuales planearon o estaban pensando en dejar de fumar. Entonces, utilizando los datos del IMES, ¿cuáles son los costos humanos y económicos potenciales del tabaquismo y la tuberculosis en Sudáfrica (Figuras 11 y 12)?

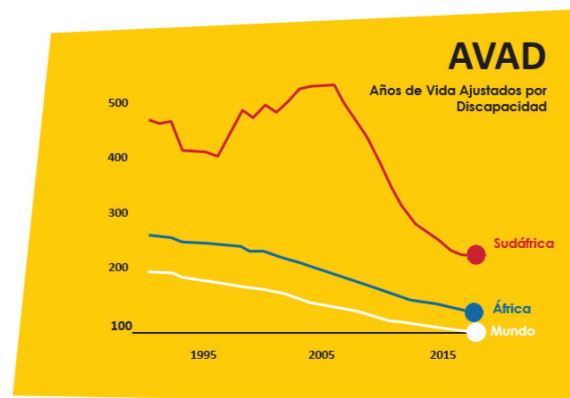
El costo económico potencial de fumar con tuberculosis en Sudáfrica

Según la ONU, Sudáfrica tiene un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de **0.713**, que se clasifica como "alto".

Usando datos del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud, Daroudi et al calculó el costo por AVAD promediado para países con "IDH alto" en **\$23 782**.

3 millones de AVAD por TUBERCULOSIS atribuidos al tabaquismo podrían haberse evitado entre 1990-2019. 3 millones x \$23,782 = **7 71 mil millones (= \$2,4 mil millones por año)**.

Si Sudáfrica tuviera la misma tasa de AVAD por TUBERCULOSIS atribuidos al tabaquismo que el promedio africano, se podrían haber evitado potencialmente 3 millones de AVAD entre 1990 y 2019



\$2.4 mil millones cada año = 44 mil millones de ZAR



Figura 12: Sudáfrica está clasificada como "IDH alto" por la ONU⁵⁷. Suponiendo que el costo de cada AVAD perdido es de \$23,782 según los hallazgos de Daroudi et al⁵⁶, fumar le está costando potencialmente a Sudáfrica \$2.4 billones adicionales cada año en su batalla contra la tuberculosis, en comparación con el promedio africano. Datos AVAD de IMES CGM⁵⁴.



CÁLCULO DEL "TAMAÑO DEL PREMIO" PARA LA SALUD PÚBLICA

Modelos actualmente disponibles para predecir los beneficios para la salud pública de adoptar estrategias de reducción del daño del tabaco a nivel de la población

3.1 Análisis Retrospectivo vs Modelización Prospectiva

Este informe analiza métricas de salud clave para establecer comparaciones entre Suecia, la UE y otros países seleccionados. Esto se hizo principalmente analizando retrospectivamente los datos del IMES de 2000-2019. Pero, ¿qué pasaría si fuera posible predecir prospectivamente los efectos de adoptar las estrategias de RDT

a nivel de población? Dado que la popularidad mundial de los productos libres de nicotina ha aumentado en las últimas dos décadas, se han propuesto numerosos modelos. Este capítulo resume cuatro modelos revisados por pares basados en datos del mundo real.

3.2 Modelización Prospectiva

3.2.1 Modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM) - Levy et al (2021)

El profesor David Levy es profesor de oncología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown, especializado en salud de la población. Con más de 200 publicaciones revisadas por pares a su nombre, ha desarrollado modelos de simulación de políticas de tabaco para más de 40 países⁷⁹. Uno de sus más recientes es el Mod-

elo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés), que simula las implicaciones futuras para la salud pública de la introducción de productos de vapeo de nicotina (NVP, por sus siglas en inglés) a nivel de población. Si bien este modelo se ha aplicado a varios países, la publicación inicial se refiere a los Estados Unidos⁸⁰,

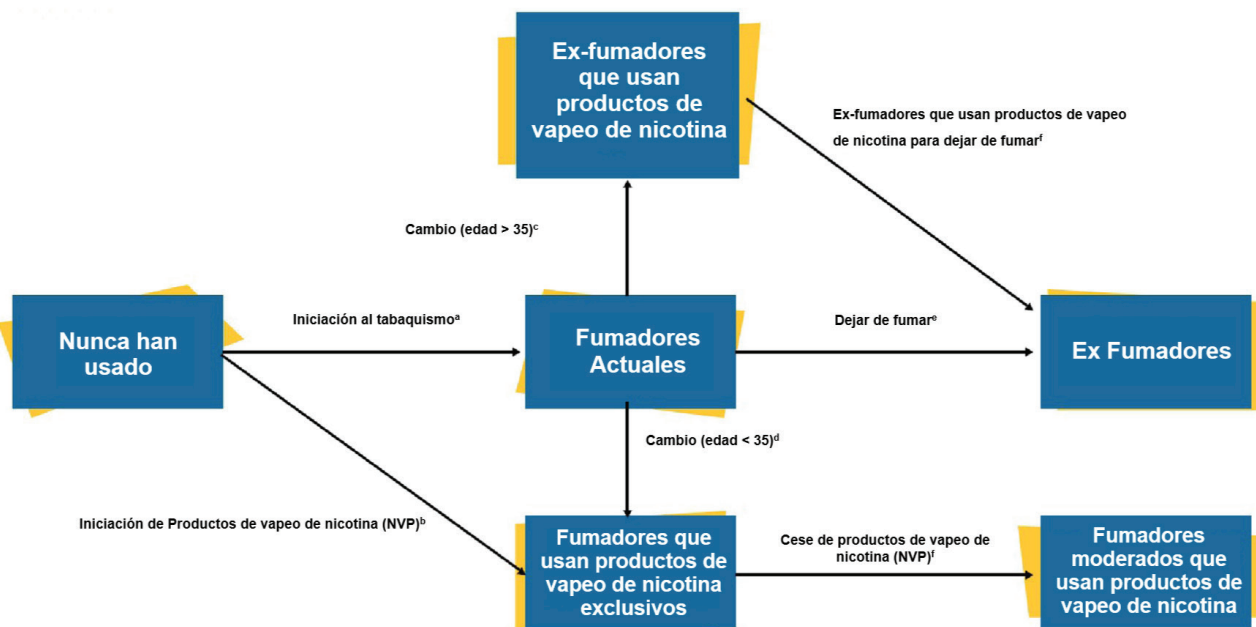


Figura 13: Gráfico reproducido de Levy et al⁸⁰ que representa los estados de transición entre usuarios de categorías de productos en su viaje hacia el tabaquismo y/o el abandono de productos de vapeo de nicotina (NVP, por sus siglas en inglés).

mientras que el mismo modelo también se ha aplicado a otros países como Canadá, Inglaterra, Alemania y Australia.

a) Parámetros y resultados validados

El Modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) simula lo que sucedería si los fumadores de una nación cambiaran a productos de vapeo de nicotina menos dañinos. Evalúa la prevalencia del tabaquismo y el vapeo a lo largo del tiempo, las tasas de abandono del hábito de fumar con y sin la ayuda de productos de vapeo de nicotina (NVP, por sus siglas en inglés), y las muertes atribuibles al tabaquismo y al vapeo y los Años de Vida Perdidos (LYL, por sus siglas en inglés). El modelo se validó por primera vez durante los años 2013 a 2018 comparando las predicciones del modelo de la prevalencia actual del tabaquismo con las tasas de prevalencia futuras del tabaquismo de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Los extensos análisis de sensibilidad revelaron un modelo robusto y confiable para predecir cómo las muertes atribuibles al tabaquismo y los Años de Vida Perdidos podrían verse altamente relacionadas con los productos

de vapeo de nicotina en el futuro.⁸⁰

b) Un modelo disponible públicamente

Un beneficio importante del Modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) es que su metodología es transparente y está disponible públicamente en el sitio web de la Universidad de Georgetown, junto con una Guía para el usuario de este modelo⁸¹. Como tal, este modelo validado puede ser aplicado a conjuntos de datos de otros países por usuarios experimentados.

c) Modelización de las implicaciones para la salud pública de los vapedores de nicotina para 2013-2060

El Modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) proyecta que de acuerdo con los patrones actuales de prevalencia de tabaquismo y vapeo en los Estados Unidos, el resultado neto de que los fumadores cambien a productos de vapeo con nicotina se traducirá en:⁸⁰

- **1.8 millones menos de muertes prematuras relacionadas con el tabaquismo**
- **38.9 millones de años de vida ganados**



SMOKE FREE SWEDEN 2023



Estados Unidos



POBLACIÓN:

330 mln



PREVALENCIA DEL TABAQUISMO:

14%



PREVALENCIA DEL VAPEO:

3%

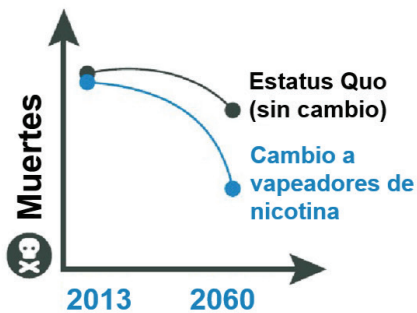


Ilustración: Modelo Fumar y Vapear (SAVM) (Levy et al. 2021)

Si los fumadores adultos en los Estados Unidos cambiaran a productos de vapeo de nicotina

1,8 millones de muertes evitadas

38,9 millones de años de vida salvados

de 2013-2060

Figura 14: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en los Estados Unidos cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 1.8 millones de muertes y se ganarían 38.9 millones de años de vida.



Canadá



POBLACIÓN:

38 mln



PREVALENCIA DEL TABAQUISMO:

15%



PREVALENCIA DEL VAPEO:

9%



Ilustración basada en el Modelo Fumar y Vapear (SAVM) (Levy et al. 2021)

Si los fumadores adultos en Canadá cambiaran a productos de vapeo de nicotina

130.000 muertes evitadas

3,5 millones de años de vida salvados

de 2012-2052

Figura 15: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en Canadá cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 130 000 muertes y se ganarían 3.5 millones de años de vida.



Alemania



POBLACIÓN:

84 mln



PREVALENCIA DEL TABAQUISMO:

24%



PREVALENCIA DEL VAPEO:

3%

Si los fumadores adultos en Alemania cambiaran a productos de vapeo de nicotina

300.000 muertes evitadas

4,7 millones de años de vida salvados

de 2013-2060



Figura 16: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en Alemania cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 300 000 muertes y se ganarían 4.7 millones de años de vida.



Inglaterra



POBLACIÓN:

56 mln



PREVALENCIA DE TABAQUISMO:

14%



PREVALENCIA DEL VAPEO:

6%

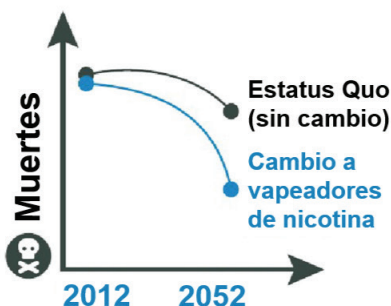


Ilustración basada en el Modelo Fumar y Vapear (SAVM) (Levy et al. 2021)

Si los fumadores adultos en Inglaterra cambiaran a productos de vapeo de nicotina

200.000 muertes evitadas

5 millones de años de vida salvados

de 2012-2052

Figura 17: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en Inglaterra cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 200 000 muertes y se ganarían 5 millones de años de vida.



Australia



POBLACIÓN:

26.17 mln



PREVALENCIA DEL TABAQUISMO:

14.5%



PREVALENCIA DEL VAPEO:

1.2%

El uso de productos de vapeo de nicotina está actualmente severamente restringido, ya que según la ley estatal de Australia, es "ilegal poseer, suministrar o vender cigarrillos electrónicos que contengan nicotina, excepto en circunstancias específicas y cuando se suministran o se accede a ellos a través de una receta"

Si los fumadores adultos en Australia cambiaran a productos de vapeo de nicotina

104.200 muertes evitadas
2,05 millones de años de vida salvados

de 2017-2080



INVESTIGACIÓN CLAVE: Levy et al. (2022); MFV (SAVM, por sus siglas en inglés) Australia: El Impacto Potencial de Aumentar el Acceso a los Productos de Vapeo de Nicotina: Puntos de datos clave: gsth.org. Para leer más sobre esta visita de estudio www.thr.net/updates#AUS_lives_saved

Figura 18: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en Australia cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 104 200 muertes y se ganarían 2.05 millones de años de vida.

3.2.2 Acelerar el fin del tabaquismo – Yach (2020)

El Dr. Derek Yach es ex Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud y fue fundamental para el desarrollo del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Respalado por una distinguida carrera en epidemiología, el Dr. Yach publicó un artículo fundamental en 2020 titulado "Acelerar el fin del tabaquismo: un llamado a la acción en vísperas de la COP9⁵ del CMCT. El artículo de Yach proporciona un contexto geopolítico para el lento progreso en la reducción de las tasas mundiales de tabaquismo en los últimos 20 años, antes de abordar la premisa clave del artículo: "para reducir las tasas de mortalidad y enfermedad en dos décadas, debemos considerar nuevas estrategias para acelerar el abandono de los adultos. En particular, debemos adoptar tácticas empáticas que alienten a los fumadores individuales a dejar de fumar o cambiar, incluido el uso de productos de reducción de daños (HRP, por sus siglas en inglés)."

El CMCT: "Congelado en el tiempo"

Si bien el principio de reducción de daños está explícitamente consagrado y alentado en el artículo 1 (d) del tratado original del CMCT en 2003⁴, no hay una explicación clara de qué productos de reducción de daños (HRP, por sus siglas en inglés) incluye esto. Yach señala que esto se debe en parte a la época en que se redactó el tratado: "A excepción del snus, la gama de tecnologías de nicotina disponibles en la actualidad no existía hace 20 años". La continua falta de integración de los productos de reducción de daño en un enfoque integrado para dejar de fumar ejemplifica una forma en la que el CMCT permanece "esencialmente congelado en el tiempo"⁵.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Metodología del Dr. Yach para estimar las tendencias de la mortalidad relacionada con el tabaco

Yach resumió las muertes proyectadas relacionadas con el tabaco de 2020 a 2060, basando sus estimaciones en:

- Proyecciones desarrolladas por investigadores de los sectores público y privado
- Informes publicados sobre la adopción de productos de reducción de daños
- Datos sobre el desplazamiento bien establecido de cigarrillos combustibles asociado con la absorción de productos de reducción de daño.

Las proyecciones de Yach adoptan la "visión muy conservadora" de que una caída del 90% en las exposiciones dañinas asociadas con los productos de reducción de daños en comparación con los cigarrillos se traduciría en una reducción del 60% en la tasa de mortalidad real. Además, sus proyecciones no tienen en cuenta la rápida mejora en las tasas de detección y los resulta-

dos de los cánceres relacionados con el tabaco, como el cáncer de pulmón, que es responsable de más de un tercio de las muertes anuales relacionadas con el tabaquismo.⁵

Proyecciones para 2020-2060

Si se implementa el paquete completo de recomendaciones del CMCT de la OMS, las muertes anuales relacionadas con el tabaco aumentarán de 7 millones en 2020, y luego alcanzarán un máximo de 10 millones a principios de la década de 2030. Después de ese punto, las muertes disminuirán lentamente como se ve en la Figura 19 a continuación ("status quo"). Sin embargo, esta lenta disminución puede acelerarse adoptando los productos de reducción de daños a gran escala y catalizando la innovación de estos nuevos productos para que produzcan tasas de abandono del hábito de fumar en un año de alrededor del 50% ("RDT + cese"). Según las estimaciones de Yach, el beneficio potencial para la salud pública es de 3 a 4 millones menos de muertes anuales relacionadas con el tabaco en cuatro décadas; "no hay otro problema de salud pública en el que las ganancias potenciales se acerquen a ese orden de magnitud":

Tendencias estimadas en las muertes relacionadas con el tabaco 2020-2060

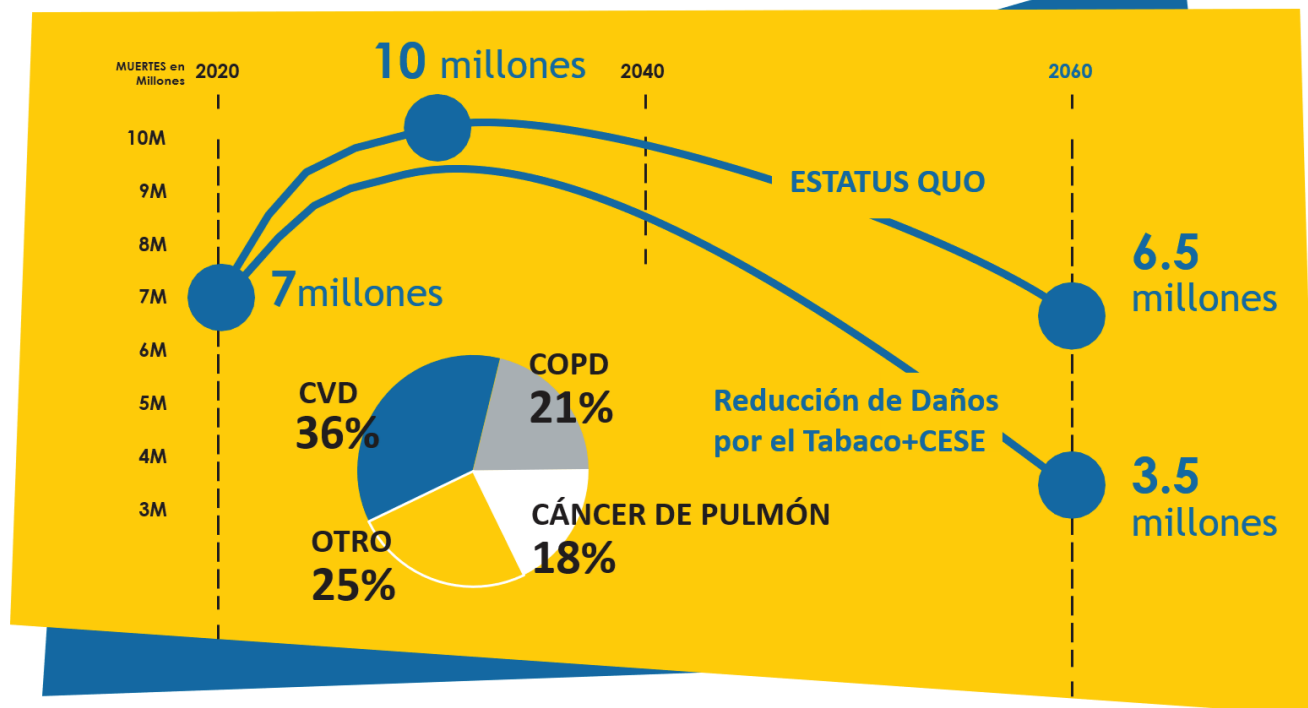


Figura 19: Proyecciones de Yach que muestran cómo la adopción generalizada de los productos de reducción de daños reduciría drásticamente las muertes relacionadas con el tabaco para 2060⁵.



3.2.3 Warner y Méndez (2018)

El profesor Kenneth E. Warner ha publicado más de 300 artículos relacionados con los aspectos económicos y políticos del tabaco y la salud. Además de una distinguida carrera académica en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Michigan, se ha desempeñado como asesor del Banco Mundial, la OMS, el Cirujano General de los Estados Unidos, la FDA y como Presidente de la Sociedad para la Investigación sobre la Nicotina y el Tabaco. Del mismo modo, su colega, el profesor David Méndez, es un respetado profesor de Gestión y Políticas de Salud y se especializa en la evaluación de políticas de control del tabaco y su impacto en la salud de la población, utilizando modelos de simulación. Méndez ha compartido su experiencia a nivel internacional, incluidos los CCPE, el Instituto de Medicina, Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM, por sus siglas en inglés), la FDA y la OMS. En 2018, Warner y Méndez publicaron conjuntamente un artículo titulado: "Cigarrillos electrónicos: Comparación de los Posibles Riesgos de Aumentar el Inicio del Tabaquismo con los Beneficios Potenciales de Aumentar el Abandono del Hábito de Fumar"⁸².

Vapear es ahora la ayuda para dejar de fumar más popular en el Reino Unido y los Estados Unidos

Warner y Méndez señalan que, si bien hay muchas razones para vapear, los cigarrillos electrónicos son ahora la ayuda más utilizada en los intentos de dejar de fumar en los Estados Unidos. De manera similar, en el Reino Unido, más de un tercio de los fumadores informan que, aunque ya no vapeaban, habían usado cigarrillos electrónicos para ayudarlos a dejar de fumar⁸². Esto

corroborar una gran cantidad de evidencia sintetizada por la revisión sistemática viva de la Colaboración Cochrane, que demuestra que las tasas de abandono del hábito de fumar exitosas son más altas en aquellos que usan cigarrillos electrónicos con nicotina que con terapias de reemplazo de nicotina¹².

Modelo de simulación probado y comprobado

Utilizando un modelo con el que han trabajado con éxito desde 1995, Warner y Méndez refinaron su simulación para comparar los efectos del vapeo tanto en el abandono como en el inicio del hábito de fumar en los EE.UU. en términos de la cantidad de años de vida salvados o perdidos para el año 2070. El caso base toma la suposición conservadora de que vapear anualmente aumenta el inicio del hábito de fumar en un 2% y el abandono del hábito de fumar en un 10%.

Resultado: Años de vida ganados

Con los supuestos de base de casos anteriores, los autores proyectaron que la población de los Estados Unidos ganaría casi 3.3 millones de años de vida para 2070 gracias a los fumadores que cambian a cigarrillos electrónicos. Concluyeron: "Los beneficios para la salud pública superarán los costos potenciales de los nuevos fumadores inducidos por el vapeo." Este punto de vista fue corroborado por un artículo seminal coeditado por quince presidentes anteriores de la Sociedad para la Investigación del Tabaco y la Nicotina:



Si bien la evidencia sugiere que el vapeo está aumentando actualmente el abandono del hábito de fumar, el impacto podría ser mucho mayor si la comunidad de salud pública prestara mucha atención al potencial del vapeo para ayudar a los fumadores adultos, los fumadores recibieran información precisa sobre los riesgos relativos del vapeo y el tabaquismo, y las políticas se diseñaron teniendo en cuenta los posibles efectos en los fumadores. Eso no está sucediendo."

- Consideración equilibrada de los Riesgos y Beneficios de los Cigarrillos Electrónicos (2021), Balfour et al.⁸³

3.2.4 Método Lars Ramström (2019)

PhD Lars Ramström fundó el Instituto de Estudios del Tabaco en 1991, después de haber sido Director General de la Asociación Nacional de Tabaquismo y Salud, donde trabajó durante 24 años. Trabaja con frecuencia como revisor de revistas científicas y como asesor especial en numerosos comités de expertos, incluida la OMS⁸⁴.

En 2017, como parte del Informe de la Comisión Sueca Snus, Ramström et al demostró la diferencia entre el nivel actual de mortalidad relacionada con el tabaco en los países de la UE y el nivel que se habría alcanzado si todos los demás países de la UE hubieran adoptado los mismos patrones de consumo de tabaco que en Suecia. La base para los cálculos del informe⁵⁸ fueron datos del Informe Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Mortalidad Atribuible al Tabaco⁵³. El Instituto de Estudios del Tabaco (Institutet för Tobaksstudier) llevó a cabo el procesamiento de datos y en el informe se hizo referencia a una compilación de los datos. El grupo estudiado fue de hombres mayores de treinta años en cada país y relacionado con varios grupos de enfermedades. El informe muestra que Suecia tiene la tasa de mortalidad relacionada con el tabaco más baja de todos los países de la UE en relación con el tamaño de su población. En comparación con Suecia, las tasas de mortalidad relacionadas con el tabaco son más del doble en relación con el tamaño de la población en 24 de los otros 27 Estados miembros de la UE.

En total y entre los hombres (mayores de 30 años), se podrían haber salvado 355.000 vidas al año si los demás países de la UE hubieran igualado la tasa de mortalidad relacionada con el tabaco de Suecia⁵⁸.

Suecia tiene claramente la tasa de mortalidad relacionada con el tabaco más baja de la UE en relación con el tamaño de su población, a pesar de que el consumo diario de nicotina entre los hombres está al mismo nivel que en otros países de Europa. En otras palabras, la tasa de mortalidad relacionada con el tabaco habría sido hoy más baja en toda la UE si en las últimas décadas se hubieran permitido en la Unión alternativas de nicotina con daños reducidos, como el snus.

En 2019, Ramström recopiló datos del estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad del IMES⁵⁴ para comparar las tasas de mortalidad atribuibles al tabaco en Suecia con las del resto de

la Unión Europea⁵², que se detalla a continuación.

Metodología

Dado que las comparaciones de los datos de mortalidad de diferentes países pueden dar impresiones engañosas debido a las diferencias en las distribuciones de edad, se utilizaron los siguientes conjuntos de datos para explicar esto:⁵²

- Datos estandarizados por edad para la población masculina total
- Datos estandarizados por edad para el total de la población femenina
- Hombres de 45 a 49 años

Los datos de mortalidad de Suecia se compararon con los datos de la media de la UE en ocho causas de muerte atribuidas al tabaco: mortalidad total, cánceres del tracto respiratorio, cánceres bucales, cánceres de laringe, cánceres pancreáticos, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y EPOC.

Diferencias en los resultados entre hombres suecos y mujeres

Si bien fumar es más frecuente que el uso de snus entre las mujeres, el uso de snus domina el tabaquismo entre los hombres. Esto se refleja en los datos de mortalidad de 2019 que se muestran a continuación: los hombres suecos tienen la mortalidad y los cánceres relacionados con el tabaco más bajos de la UE, mientras que las mujeres parecen tener niveles cercanos a la media de la UE. Estos datos sugieren que el cambio de cigarrillos a alternativas de nicotina no combustibles entre los hombres suecos ha producido beneficios para la salud pública.



Tasas de mortalidad atribuibles al tabaco por cada 100.000 habitantes en Suecia y el resto de la Unión Europea en 2019 / Total de todas las causas

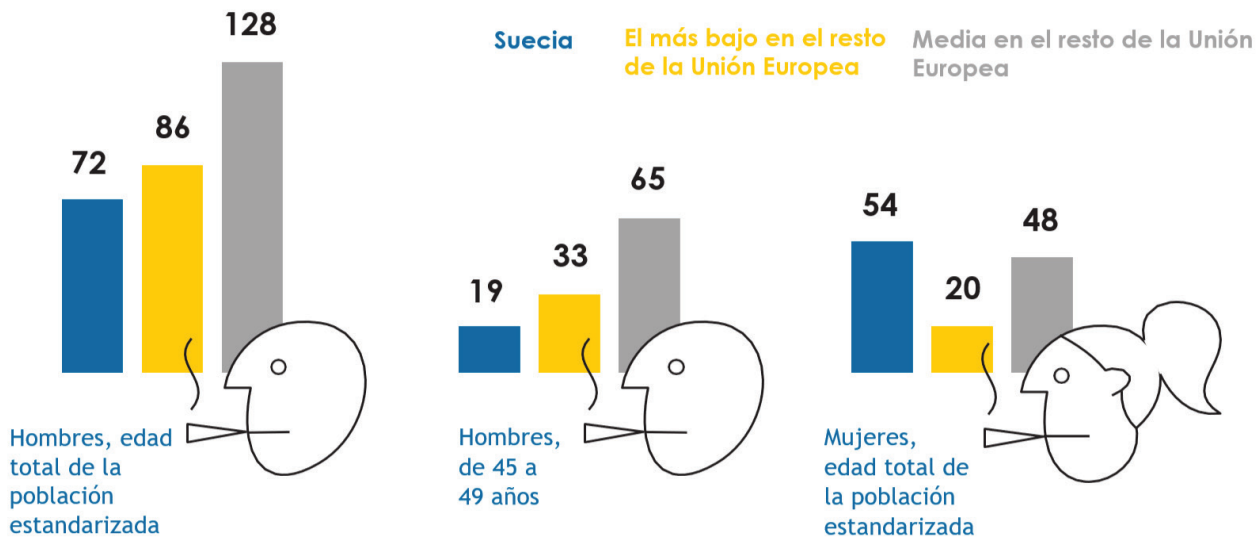


Figura 20: Suecia tiene la mortalidad masculina relacionada con el tabaco más baja de la UE, según la compilación de Ramström⁵² de los datos IMES CGM⁵⁴.

3.3 Modelización Retrospectiva

EXPLICACIÓN DE LAS COMPARACIONES DE PAÍSES

Prevalencia de cigarrillos convencionales vs No combustibles

En el apéndice A, se han seleccionado 12 países para comparar con Suecia, la mitad de ellos con una prevalencia del tabaquismo igual o inferior a la media de la UE (23%), y la otra mitad por encima de la media de la UE. Las estadísticas sobre la prevalencia del tabaquismo, la distribución por sexo de los fumadores y la prevalencia del uso de productos no combustibles (cigarrillos electrónicos, productos de tabaco calentados (HTP, por sus siglas en inglés) y tabaco oral (incluidos la nicotina oral y el snus)) provienen del 'Eurobarómetro Especial 506: Actitudes de los europeos hacia el tabaco y los cigarrillos electrónicos'⁸⁵ de la Comisión Europea, que son datos de 2020. Este análisis se centrará en los consumidores "actuales" de tabaco y/o productos no combustibles, en lugar de los consumidores "anteriores" u "ocasionales". Los países seleccionados son:

Prevalencia del Tabaquismo ≤ Media de la UE

Dinamarca
Países bajos
Italia
Bélgica
Alemania
Reino Unido

España
Polonia
Rumanía
Grecia
Bulgaria
Hungria

Prevalencia del Tabaquismo > Media de la UE

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO

Cada país tendrá su Índice de Desarrollo Humano (IDH) debajo de su nombre. El IDH, creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), es una medida resumida del

logro promedio en tres dimensiones clave del desarrollo humano: una vida larga y saludable, conocimientos y un nivel de vida digno⁵⁷:

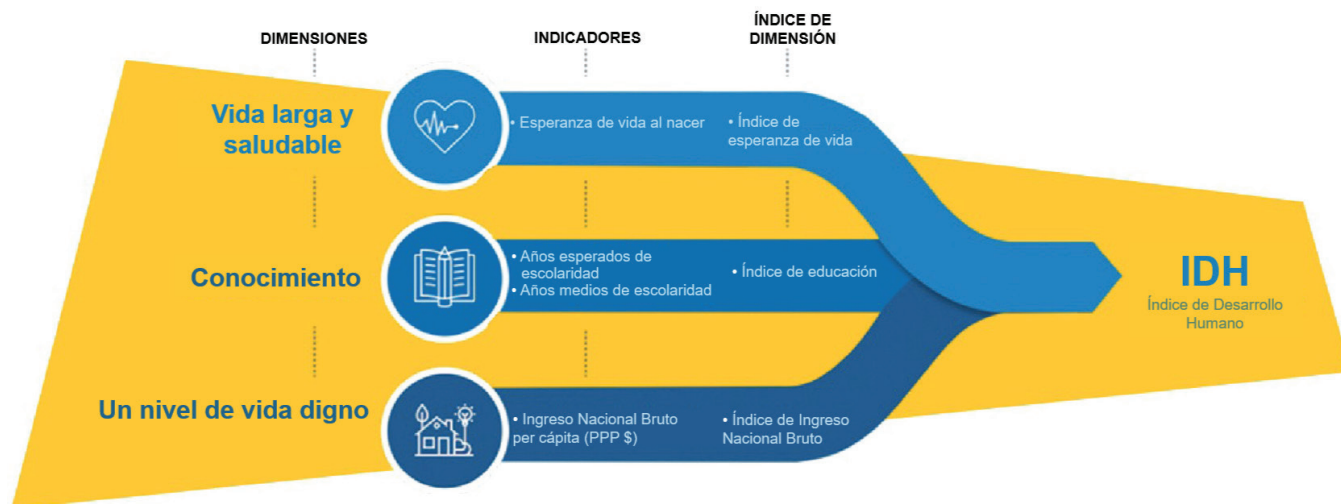


Figura 21: Explicación del Índice de Desarrollo Humano (IDH)⁵⁷

Cuanto más cerca esté el IDH calculado de 1.000, más desarrollado estará el país. El IDH de cada país se clasifica de la siguiente manera:

- 0.800 - 1.000 - 'muy alto'
- 0.700 - 0.799 - 'alto'
- 0.550 - 0.699 - 'medio'
- 0.000 - 0.550 - 'bajo'

MUERTES ATRIBUIDAS AL TABAQUISMO, AÑOS DE VIDA PERDIDOS Y AVAD

El estudio Carga Global de Morbilidad (CGM) del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IMES) es un proyecto de investigación colaborativo dirigido por la Universidad de Washington⁵⁴. Es el esfuerzo científico más grande y detallado para compilar datos de observación de métricas de salud. Es muy respetado por las comunidades científicas y de formulación de políticas; ha habido más de 400 publicaciones revisadas por pares desde 2010 utilizando datos del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IMES). Los datos de este estudio se utilizarán para cuantificar y comparar las muertes atribuidas al tabaquismo y los AVAD en cada país en los veinte años comprendidos entre 2000 y 2019.

Al comparar las tasas de mortalidad, los años de vida perdidos (LYL, por sus siglas en inglés) y los AVAD, se tienen en cuenta las diferencias en las poblaciones de los países al comparar su mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaquismo. Un AVAD es una métrica universal que equivale a la suma de años de vida

perdidos (AVP) y años vividos con discapacidad (AVD). Un AVAD equivale a un año perdido de vida saludable⁵⁴.

AHORRO ECONÓMICO POTENCIAL

El costo económico por AVAD fue calculado recientemente por Darroudi et al⁵⁶ utilizando datos del IMES para países con diferentes niveles de Índice de Desarrollo Humano (HDI, por sus siglas en inglés). El costo estimado por AVAD evitado fue:

- US\$998 - IDH bajo
- US\$6522 - IDH medio
- US\$23.782 - IDH alto
- US\$69,499 - IDH muy alto

En el futuro, será posible cuantificar y comparar los costos económicos potenciales del tabaquismo entre países. De los 27 países de la Unión Europea, 26 están clasificados como "Índice de Desarrollo Humano muy alto" y uno (Bulgaria) como "Índice de Desarrollo Humano alto"⁵⁷. A los efectos de este informe, las métricas clave que se compararán entre Suecia y los países seleccionados incluirán:

- Muertes potenciales evitadas
- Años de vida potenciales ganados
- Años de vida potenciales ajustados por discapacidad evitados



3.4 Salud Individual y Elección del Consumidor: Por qué los Fumadores cambiaron a Opciones Alternativas de Nicotina en Suecia

Además de los modelos de simulación basados en datos de salud de la población, se puede aprender mucho de la salud individual y las elecciones de los consumidores. Una encuesta de opinión reciente⁸⁴ realizada por Ipsos y encargada por We Are Innovation descubrió que los suecos que cambian a Productos Alternativos de Nicotina (ANPs, por sus siglas en inglés), como el snus, las bolsas de nicotina, el vapeo y el tabaco calentado, están motivados principalmente por problemas de salud. El estudio titulado "Opiniones de los suecos sobre las alternativas a los

cigarrillos. Uso de productos alternativos de nicotina entre ex fumadores de cigarrillos" arroja luz sobre lo que permitió a los ex fumadores en Suecia recurrir a los PAN y qué factores influyen en su toma de decisiones. Según la encuesta de Ipsos, la combinación de estrictas medidas de control del tabaco y la promoción de productos de nicotina más seguros ha incentivado a los consumidores a cambiar de cigarrillos tradicionales a PAN.

Las razones de salud pesan significativamente más con la edad

Cuatro de cada cinco consumidores de 65 años o más anteponen las consideraciones de salud.

Razones-Grupos de edad

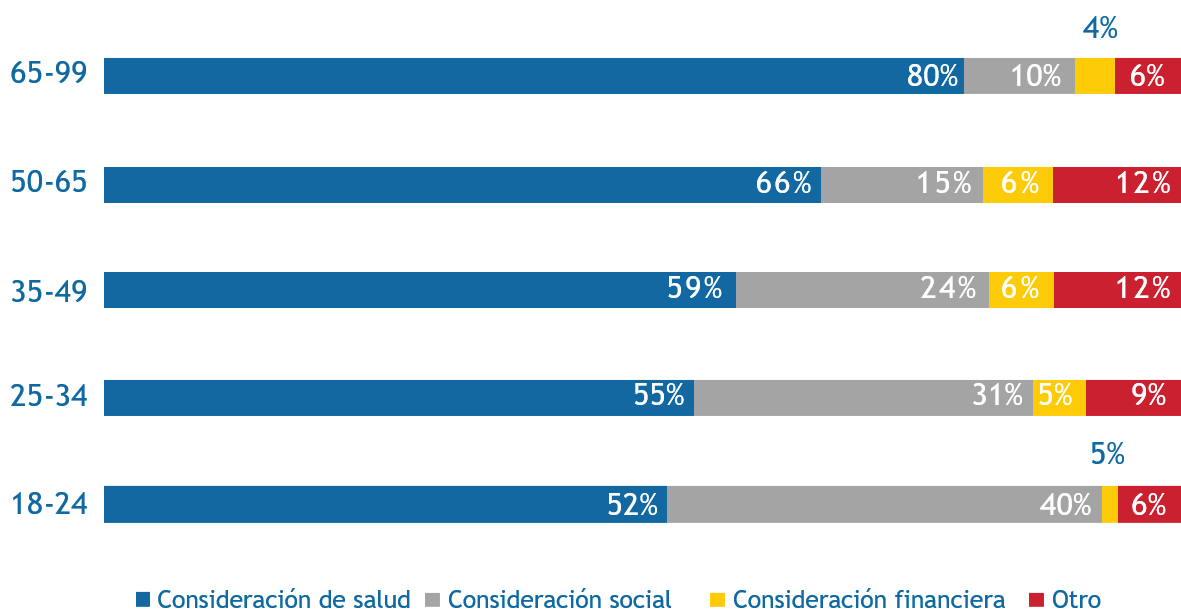


Figura 22: La encuesta We are Innovation realizada por IPSOS, encontró que "los suecos que cambiaron a PAN están motivados principalmente por sus inquietudes de salud. Esto es seguido por consideraciones sociales, financieras y de otro tipo"⁸⁶

Conclusiones

El estudio de caso sueco es un ejemplo de cuán efectivo es el control del tabaco, si se complementa con estrategias sólidas de reducción de daños. Esta es la razón por la cual la prevalencia del tabaquismo se ha reducido más rápido que en cualquier otro país del mundo.

En nuestro primer informe, "Una hoja de ruta hacia una Sociedad Libre de tabaco", mostramos que si el resto de Europa adoptara el modelo sueco de adoptar la reducción del daño del tabaco y alentar a los fumadores a cambiar a una variedad de alternativas libres de nicotina, durante la próxima década, se podrían prevenir más de 3,5 millones de muertes prematuras.

En este informe de seguimiento, desarrollamos aún más los modelos para calcular el "tamaño del premio" para la salud pública. Al mismo tiempo, se analizaron los componentes básicos del estudio de caso sueco:

CONSIDERACIONES POLÍTICAS

- **Regulación proporcional al riesgo:** Actualmente, en todos los países, excepto en unos pocos, como Suecia, la política reguladora hacia el tabaco es contradictoria y no se basa en la mejor ciencia. A menudo hay una búsqueda de evidencia basada en políticas, en lugar de una política sólida basada en evidencia. En última instancia, las políticas públicas deben permitir que los fumadores persistentes dejen de fumar o cambien a alternativas libres de nicotina. Con el apoyo de la investigación y el desarrollo de productos innovadores libres de tabaco, las políticas proporcionadas al riesgo son la mejor manera de alcanzar ese objetivo.
- **Evaluación de impacto:** El Gobierno buscó desarrollar mecanismos para evaluar el impacto de las políticas proporcionadas al riesgo para dejar de fumar y cambiar de cigarrillos combustibles a alternativas sin humo.
- **Incentivos:** Como mostró la encuesta al consumidor, es importante cómo se comunica el riesgo: el etiquetado, los impuestos y los sabores deben regularse de una manera que incentive a las personas que fuman a dejar de fumar o cambiar a alternativas de nicotina más seguras para evitar los continuos de daños a la salud.





CONSIDERACIONES CIENTÍFICAS

- **Estudios retrospectivos y prospectivos:** Es necesario alentarlos a cuantificar y calificar de manera más adecuada el potencial del control del tabaco y la reducción de daños. El objetivo principal de la salud pública es prevenir enfermedades y muertes prematuras. Calcular las muertes y AVAD potenciales evitados y los años de vida salvados es una fuerza galvanizadora para todas las partes interesadas.
- **Salvar vidas:** Una comparación de la mortalidad atribuida al tabaco entre 2000-2019 en Suecia frente a la Unión Europea (UE), utilizando datos del Estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad del IHMA, mostró que se podrían haber evitado potencialmente 2,9 millones de muertes prematuras.
- **Evitar los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD):** Además, el modelo sueco podría tener un impacto aún mayor en evitar los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Si la UE hubiera empleado el modelo sueco, se podrían haber evitado potencialmente 108 millones de AVAD en la UE. En resumen, la población de la UE podría haber llevado una vida más saludable y productiva, como en Suecia.
- **Prevención de enfermedades:** los datos de la OMS muestran claramente que la incidencia de cáncer en Suecia es un 41% más baja que en el resto de sus homólogos europeos, lo que corresponde a un nivel un 38% más bajo de muertes totales por cáncer. Suecia tiene una tasa de mortalidad un 39,6% más baja de todas las enfermedades relacionadas con el tabaco en comparación con la media de la UE.
- **Los estudios de casos de países podrían desempeñar un papel beneficioso:** Por ejemplo, si Bélgica tuviera la misma tasa de muertes y AVAD relacionados con el tabaquismo que Suecia entre 2000 y 2019, se podrían haber evitado 90.000 muertes y 2,5 millones de AVAD.

CONSIDERACIONES DEL CONSUMIDOR

- **Investigación del consumidor:** La elección del consumidor puede impulsar el cambio, como se ha demostrado en Suecia. El estudio de Ipsos mostró que la aceptabilidad, la asequibilidad y la accesibilidad son factores clave de la migración de los consumidores de la forma más dañina de consumo de tabaco (cigarrillos) hacia dejar de fumar o cambiar a alternativas de nicotina no combustibles.

- **Compromiso del consumidor:** Se necesita un enfoque de toda la sociedad para resolver los daños relacionados con el tabaco. Los estudios de percepción del consumidor a gran escala y la atención a las experiencias de la vida real de los más afectados por los daños del consumo de tabaco, los que han dejado de fumar con éxito y los que han cambiado a productos menos dañinos, requieren una investigación del consumidor bien diseñada e inclusiva.
- **Políticas de prevención para jóvenes:** Para prevenir la iniciación y el uso de tabaco y productos de reducción de daños por parte de los jóvenes, es necesario establecer restricciones integrales de comercialización y uso por parte de los jóvenes. Estos deben ser distintos de las políticas que alientan a los fumadores adultos a dejar de fumar o cambiar a productos menos dañinos.
- **Combatir la desinformación y desarrollar una comunicación de riesgos más precisa para la reducción de daños por tabaco:** Identificar y combatir las fuentes de desinformación y alentar mensajeros y mensajes confiables, para garantizar que se entregue información precisa a los consumidores.

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

- **Productos innovadores libres de humo:** Suecia ha adoptado con cautela tecnologías y productos innovadores que liberan nicotina sin los peligros para la salud causados por la combustión del tabaco. Con el apoyo de una amplia investigación, se debe fomentar el desarrollo de esta tecnología.
- **Los países subdesarrollados y en vías de desarrollo son más vulnerables:** más del 80% de las muertes relacionadas con el tabaquismo en el mundo ocurren en dichos países. Se deben acelerar los esfuerzos para reducir la prevalencia del tabaquismo en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Además, la sinergia perjudicial entre el tabaquismo y la tuberculosis debe tenerse en cuenta en los países endémicos. En los países subdesarrollados y en vías de desarrollo, existe una necesidad urgente de mejorar el acceso, la asequibilidad y la aceptabilidad del consumidor para dejar de fumar y productos RDT.

Sobre los Autores

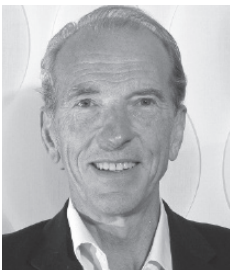


EL DR. DELON HUMAN es un médico de familia especialista, defensor de la salud global, autor publicado, orador internacional y consultor de atención médica especializado en estrategia de salud global, reducción de daños y comunicación de salud. Es ex Secretario General de la Asociación Médica Mundial, la Alianza Internacional de Alimentos y Bebidas y Cofundador de la Alianza Africana para la Reducción de Daños (AHRA, por sus siglas en inglés). Ha sido asesor de tres Directores Generales de la OMS y del Secretario General de las Naciones Unidas sobre estrategias mundiales de salud pública.



EL DR. ANDERS MILTON es un médico con amplia experiencia en el servicio público, un consultor muy solicitado en el sector de la salud y ex presidente de la AMM. Actualmente es propietario y CEO de Milton Consulting y actual presidente de la Comisión Snus. Es Presidente de la Junta Directiva de tres fundaciones que trabajan con la educación de niños y adolescentes y de varias empresas con fines de lucro en el campo de las ciencias de la vida.

El currículum del Dr. Milton también incluye períodos como Presidente y Director Ejecutivo de la Asociación Médica Sueca (SMA, por sus siglas en inglés), y como Presidente de la Cruz Roja Sueca, la Fundación Personas y Defensa y la Confederación Sueca de Asociaciones Profesionales (SACO, por sus siglas en inglés).



EL PROFESOR KARL FAGERSTRÖM es psicólogo y miembro fundador de la Sociedad para la Investigación de la Nicotina y el Tabaco (SRNT, por sus siglas en inglés) y actualmente es editor adjunto de Nicotine & Tobacco Research. Fue galardonado con la medalla de la Organización Mundial de la Salud en 1999 por su destacada labor en el control del tabaco. En 2013 recibió el Premio en Ciencias Clínicas de la Sociedad para la Investigación del Tabaco y la Nicotina.



EL DR. JACQUES LE HOUZEC (Francia), formado como neurocientífico en París, ha estado trabajando en la nicotina y el abandono del hábito de fumar durante 40 años. Es Consultor en Salud Pública y Dependencia del tabaco, y especialista en rehabilitación de adicción a fumar. También es gerente de Amzer Glas - CIMVAPE, una organización de capacitación y certificación, con sede en Francia.



EL PROF. DR. MIHAELA RĂESCU (Dentista) enseña Prevención bucal y dental en la Facultad de Medicina Dental de la Universidad "Titu Maiorescu" en Bucarest, Rumania, desde 2003 y es profesor titular desde 2015. Además de ser un practicante activo y un Médico Especializado, el Dr. Răescu ha autorizado y coescrito numerosos estudios y publicaciones y ha sido orador invitado en varias conferencias profesionales.



EL DR. FRANCIS P. CRAWLEY (Leuven, Bélgica) es un filósofo especializado en ética, integridad y metodología de la investigación, así como en datos/ética y ley de la IA. Es Director Ejecutivo de la Alianza de Clínicas de Buenas Prácticas - Europa (Good Clinical Practice Alliance-Europe) y de la Iniciativa Estratégica para el Desarrollo de Capacidades en Revisión Ética (SIDCER, por sus siglas en inglés). Fue Secretario General del Foro Europeo de Buenas Prácticas Clínicas (EFGCP, por sus siglas en inglés), donde también se desempeñó como Oficial de Ética de la Junta y Presidente del Grupo de Trabajo de Ética.

Es 'Becario Global del Programa en Desarrollo de Medicamentos (GFMD, por sus siglas en inglés)' y actualmente es miembro del Grupo de Trabajo de Ética de la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Farmacéuticos y Medicina Farmacéutica (IFAPP, por sus siglas en inglés).



PROF. HALINA CAR, jefa del Departamento de Farmacología Experimental y del Departamento de Farmacología Clínica de la Universidad Médica de Bialystok, Polonia. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Lazarski de Varsovia, Polonia. Médico con especialidades: enfermedades internas, farmacología clínica. El consultor en farmacología clínica en la provincia de Podlaskie. Miembro del Comité de Ciencias Fisiológicas y Farmacológicas de la Academia Polaca de Ciencias, Miembro del equipo para la evaluación de becas para estudiantes científicos por parte del Ministro de Salud, Miembro de la Junta de la Sociedad Polaca de Farmacología, Miembro de la Sociedad Polaca de Neurociencia, Miembro de la Sociedad Médica Polaca. Autor de más de 300 publicaciones y 6 patentes, incluida una patente europea.



EL PROFESOR ANDRZEJ SOBCZAK se graduó de la Universidad Tecnológica de Gdansk. Recibió los siguientes títulos: Maestría en Ciencias en Química (1974); Doctor en Filosofía en Química (1979); Doctor en Ciencias (habilitación) en Medicina/Biología Médica (2006); Profesor Titular de Medicina (2013). Durante más de una docena de años, ha estado lidiando con el impacto del humo de tabaco en el cuerpo del fumador y la seguridad del uso de productos de tabaco innovadores (cigarrillos electrónicos, calentadores, bolsitas de nicotina) en el contexto de las estrategias de reducción de daños causadas por fumar. Promotor del primer doctorado en Polonia sobre cigarrillos electrónicos ("Exposición de usuarios de cigarrillos electrónicos a compuestos tóxicos seleccionados", L. Kośmider, 2016). Es autor de más de 200 publicaciones, incluidas más de 80 de la lista de Filadelfia. Ha publicado en revistas de prestigio, por ejemplo: Control del Tabaco; Investigación sobre Nicotina y Tabaco; Tórax; Epidemiología del Cáncer, Biomarcadores y Prevención; Revista de Circulación; Revista Europea de Salud Pública; Revista Internacional de Salud Pública; Biología de la Adicción; Revista de Toxicología Aplicada; Aterosclerosis. Su trabajo ha sido citado más de 5.000 veces. Dos veces ganador del premio Ministro de Salud (2009, 2019) y varios premios del Rector de la Universidad Médica de Silesia por su actividad científica.



EL DR. KGOSI LETLAPE es oftalmólogo de Sudáfrica y actualmente es miembro fundador de la Alianza Africana para la Reducción de Daños (AHRA, por sus siglas en inglés), ex presidente del Consejo de Profesiones de la Salud y presidente de la Junta Médica y Dental de Sudáfrica. Es el actual presidente de la Asociación Médica de África y presidente de la Asociación de Consejos Médicos de África. También fue presidente de la junta directiva de la Asociación Médica Sudafricana (SAMA, por sus siglas en inglés) y ex presidente de la Asociación Médica Mundial (AMM), el organismo representativo mundial de médicos. Fue admitido como miembro del Colegio de Cirujanos de Sudáfrica en abril de 1988 y como miembro del Real Colegio de Cirujanos de Edimburgo para oftalmología en mayo de 1988. Tiene la distinción de ser el primer africano negro en calificar como oftalmólogo en Southfield, Sudáfrica, y el primero en convertirse en presidente de la AMM.



JESSICA PERKINS completó su licenciatura en Química, en la Universidad de Southampton, y trabajó como científica en R&D de una empresa multinacional. Su trabajo se centró en la implementación, el desarrollo y las pruebas novedosas de dispositivos analíticos para caracterizar los aerosoles de productos de riesgo reducido en la industria del tabaco y la nicotina. Luego se convirtió en desarrolladora de productos innovadores, donde se centró en la ciencia de los materiales y el desarrollo de dispositivos dentro de la categoría de productos de tabaco calentado. Jessica ahora es defensora de la reducción de daños y lidera varias plataformas de defensa (que incluyen THR.net) comunicar la ciencia de la reducción de daños.



EL DR. DIEGO VERRASTRO es cirujano general, especializado en medicina de urgencias, cirugía abdominal miniinvasiva, ecografía y obesidad. También es portavoz de RELDAT, la red latinoamericana para la reducción de daños asociados al tabaco. En esta función, ha pedido una mayor discusión sobre los méritos de la reducción de daños en América Latina, llamando la atención sobre los ejemplos proporcionados por otros países, incluidos el Reino Unido, Nueva Zelanda y Suecia.



SCOTT D. BALLIN, JD ha pasado más de 50 años involucrado en temas relacionados con el tabaco y la salud pública. Ha trabajado en un espectro de problemas de tabaco y nicotina que van desde reformas de etiquetado en cigarrillos y productos de tabaco sin humo, regulación de tabaco y nicotina por parte de la FDA, impuestos especiales, leyes de aire interior limpio, reformas de la agricultura del tabaco, reducción de daños por tabaco y participación de partes interesadas. Durante más de 10 años se desempeñó como Vicepresidente y Asesor Legislativo de la American Heart Association, y miembro del Comité Directivo y Presidente en dos ocasiones de la Coalición sobre Tabaquismo o Salud (AHA, ACS, ALA), que fue la primera coalición nacional verdaderamente activa en el movimiento de control del tabaco.



FEDERICO N. FERNÁNDEZ es Director Ejecutivo de Samos Innovación, una red de más de 30 laboratorios de ideas y ONG dedicadas a buscar soluciones innovadoras a problemas tanto en Europa como en América Latina. También es Fundador y Presidente de la Fundación Internacional Bases, una organización que piensa globalmente y actúa localmente en temas relacionados con las libertades individuales y la economía de mercado. La Fundación Internacional Bates también es responsable de la organización de la Escuela Austriaca, un congreso centrado en la economía, con Federico N. Fernández como Presidente del comité organizador. Sus escritos han aparecido en una amplia variedad de medios de comunicación en Europa y América Latina, y también es autor de varios artículos académicos y ha coeditado libros.



LA DRA. MAREWA GLOVER es una de las principales investigadoras de control del tabaco de Nueva Zelanda. Ha trabajado en la reducción de los daños relacionados con el tabaquismo durante 30 años. Es reconocida internacionalmente por su defensa de la reducción del daño del tabaco; y localmente fue finalista en el Premio Supremo Neozelandés del Año en 2019, reconociendo su contribución a la reducción del tabaquismo en Nueva Zelanda. El Dr. Glover ha presidido numerosos comités y organizaciones, incluida End Smoking NZ, una ONG independiente que presionó por un enfoque de reducción de daños incluso antes de que se introdujeran los cigarrillos electrónicos. En 2018, el Dr. Glover estableció el Centro de Excelencia en Investigación: Soberanía Indígena y Tabaquismo, un programa internacional de investigación destinado a reducir los daños relacionados con el tabaco entre los pueblos indígenas de todo el mundo. www.coreiss.com El Centro de Excelencia en Investigación: Soberanía Indígena y Tabaquismo (el Centro) se estableció con la ayuda de una subvención de la Fundación para un Mundo Libre de Tabaco, Inc. ("FSFW"), una fundación privada 501 (c)³ sin fines de lucro de los Estados Unidos. El trabajo del Centro, se realiza según los términos del acuerdo de subvención con la Fundación para un Mundo Libre de Tabaco, es editorialmente independiente de la misma. El trabajo del Centro y las opiniones expresadas por ellos son responsabilidad exclusiva del autor y en ningún caso deben considerarse como un reflejo de las posiciones de la Fundación para un Mundo Libre de Tabaco.



EL DR. JOHN R. "JACK" FOWLE III es el director de Science to Inform SRL, que se desempeña como consultor independiente que asesora a clientes sobre el uso de la ciencia para informar decisiones sobre riesgos ambientales y en el desarrollo y uso de alternativas para pruebas en animales. Antes de 2012, fue Subdirector de la División de Efectos sobre la Salud de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA) en la Oficina de Programas de Pesticidas (OPP) en Washington, DC. Fue responsable de dirigir las actividades de evaluación de riesgos para la salud que respaldan el nuevo registro de pesticidas existentes, así como de gestionar la integración de nuevos enfoques toxicológicos en las evaluaciones de riesgos para la salud humana en la Oficina de Programas de Pesticidas. Antes de la Oficina de Programas de Pesticidas, fue Director de la División de Neurotoxicología de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos, así como Director Asistente de Laboratorio, en el Laboratorio Nacional de Investigación de Efectos Ambientales y de Salud (NHEERL) en Research Triangle Park, Carolina del Norte, ayudando a desarrollar alternativas a los enfoques con animales y a establecer el programa de toxicología computacional de la Agencia. Se ha desempeñado como Subdirector de la Junta Asesora Científica de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos y como Asesor Científico del Senador estadounidense Daniel Patrick Moynihan. Desde que se retiró de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos, forma parte de la Junta Directiva del Instituto de Ciencias In Vitro en Gaithersburg, MD, es Presidente de la Junta Directiva del Consorcio de Toxicología Basada en la Evidencia y es Editor de AltTox. Es Consejero de la Sociedad Americana de Toxicología Celular y Computacional, así como ex Presidente de la Sección de Especialidades de Métodos In Vitro y Alternativos de la Sociedad de Toxicología. Recibió su licenciatura y doctorado en genética de la Universidad George Washington en Washington DC y es toxicólogo certificado por la junta.



Referencias

1. Trillet-Lenoir V. Europe's Beating Cancer plan - BECA Committee final report [Internet]. European Parliament. 2021 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://www.europarl.europa.eu/legislative-train/theme-promoting-our-european-way-of-life/file-europe-s-beating-cancer-plan>
2. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan: Communication from the Commission to the European Parliament and the Council [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer_plan_en_0.pdf
3. World Health Organization Regional Office for Europe. European Tobacco Use: Trends Report 2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf
4. World Health Organisation. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Article 1(d) [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>
5. Yach D. Accelerating an end to smoking: a call to action on the eve of the FCTC's COP9. *Drugs Alcohol Today*. 2020 May 21 ;20(3):173–89.
6. Service Public Fédéral Santé Publique de Belgique. Royal Decree prohibiting the manufacture and placing on the market of nicotine pouches and cannabinoid pouches [Internet]. Brussels; 2022 Jun [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/tris/en/search/?trisaction=search.detail&year=2022&num=417>
7. World Health Organization Regional Office for Europe. Tobacco-Free Generations: Protecting children from tobacco in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen; 2017 [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/343376/20170428_WHO-TobaccoFreeGeneration-DRAFT09.pdf
8. Khoo D, Chiam Y, Ng P, Berrick AJ, Koong HN. Phasing-out tobacco: proposal to deny access to tobacco for those born from 2000. *Tob Control*. 2010 Oct 1;19(5):355–60.
9. Russell MA. Low-tar medium-nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking. *Br Med J* [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2021 Dec 6];1(6023):1430. Available from: [/pmc/articles/PMC1640397/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC1640397/?report=abstract)
10. Human D, Milton A, Rataemane S, Letlape K, Magero J, Fagerström K. An Introduction to Oral Nicotine Delivery Systems: Oral Nicotine Commission 2020 Report [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 12]. Available from: https://healthdiplomats.com/THR_Downloads/Oral_Nicotine_Delivery_Systems.pdf
11. Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, et al. Estimating the harms of nicotine-containing products using the MCDA approach. *Eur Addict Res*. 2014 Apr 16;20(5):218–25.
12. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 Oct 14 [cited 2021 Dec 7];10(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33052602/>
13. Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, et al. E-cigarettes are less harmful than smoking. *The Lancet*. 2016 Mar 19;387(10024):1160–2.
14. World Health Organisation. MPOWER Measures: Tobacco Control [Internet]. [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/mpower>
15. Nargis N. Healthy People Countdown 2030: reaching 5% cigarette smoking prevalence among US adults through state cigarette excise tax increases. *Tob Control*. 2021 Nov 5;tobacco-control-2021-056755.
16. Aotearoa Ministry of Health. Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

- 1]. Available from: <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-aotearoa-2025-action-plan>
17. Balogun B. The Smokefree 2030 Ambition for England [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9655/CBP-9655.pdf>
18. Tobaksfakta. The Swedish Government aims at Smoke Free Sweden 2025 [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://tobaksfakta.se/the-swedish-government-aims-at-smoke-free-sweden-2025/>
19. NIH National Cancer Institute. What harmful chemicals does tobacco smoke contain? [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 7]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet>
20. tobaccoharmreduction.net. An Advocate's Guide to Tobacco Harm Reduction [Internet]. 1st ed. thr.net; 2021 [cited 2022 Mar 31]. Available from: 1. <https://media.thr.net/strapi/d5b691d-7b57a532da30f41f52dd63dcc.pdf>
21. Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheets: Smoking and Cigarettes [Internet]. CDC. 2023 [cited 2023 Mar 3]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm
22. Centers for Disease Control and Prevention. What Are the Risk Factors for Lung Cancer? [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 6]. Available from: https://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm#:~:text=People%20who%20smoke%20cigarettes%20are,the%20risk%20of%20lung%20cancer.
23. Lariscy JT, Hummer RA, Rogers RG. Cigarette Smoking and All-Cause and Cause-Specific Adult Mortality in the United States. *Demography*. 2018 Oct 1;55(5):1855–85.
24. Xu X, Fiacco L, Rostron B, Homsy G, Salazar E, Levine B, et al. Assessing quality-adjusted years of life lost associated with exclusive cigarette smoking and smokeless tobacco use. *Prev Med (Baltim)*. 2021 Sep;150:106707.
25. Philip KE, Bu F, Polkey MI, Brown J, Steptoe A, Hopkinson NS, et al. Relationship of smoking with current and future social isolation and loneliness: 12-year follow-up of older adults in England. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2022 Mar;14:100302.
26. Casetta B, Videla AJ, Bardach A, Morello P, Soto N, Lee K, et al. Association Between Cigarette Smoking Prevalence and Income Level: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016 Sep 27;ntw266.
27. U.S. National Cancer Institute, World Health Organisation. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. Monograph 21. [Internet]. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH; 2016 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>
28. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018 Jan;27(1):58–64.
29. Bonander C, Jakobsson N, Nilson F. Are fire safe cigarettes actually fire safe? Evidence from changes in US state laws. *Injury Prevention*. 2018 Jun;24(3):193–8.
30. National Fire Protection Association. Home Fires Started by Smoking [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.nfpa.org/News-and-Research/Data-research-and-tools/US-Fire-Problem/Smoking-Materials>
31. London Fire Brigade. Smoking remains the top cause of fatal fires despite a fall in the number of smokers [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.london-fire.gov.uk/news/2019-news/october/smoking-remains-the-top-cause-of-fatal-fires-despite-a-fall-in-the-number-of-smokers/>
32. World Health Organization. Tobacco and its environmental impact: an overview [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255574/9789241512497-eng.pdf>



33. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control Secretariat. Tobacco has a negative impact on the environment [video online]. 2022 [cited 2023 Mar 8]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=A_JVz02PwAl
34. World Health Organization, United Nations Environment Programme. UNEP, Secretariat of the WHO FCTC partner to combat microplastics in cigarettes [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/01-02-2022-unesp-secretariat-of-the-who-fctc-partner-to-combat-microplastics-in-cigarettes>
35. Fischer F, Kraemer A. Meta-analysis of the association between second-hand smoke exposure and ischaemic heart diseases, COPD and stroke. *BMC Public Health*. 2015 Dec 1;15(1):1202.
36. The Lullaby Trust. Smoking during pregnancy or after birth increases the risk of SIDS [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.lullabytrust.org.uk/safer-sleep-advice/smoking/>
37. UK Government Department of Health & Social Care. Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>
38. Gilman SE, Rende R, Boergers J, Abrams DB, Buka SL, Clark MA, et al. Parental Smoking and Adolescent Smoking Initiation: An Intergenerational Perspective on Tobacco Control. *Pediatrics*. 2009 Feb 1;123(2):e274–81.
39. Action on Smoking and Health. ASH and Breathe 2025 response to Advancing our health: prevention in the 2020s. [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://ash.org.uk/about/submissions>
40. Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, Bondy SJ, Selby P, Philipneri A, et al. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*. 2016 Jun 9;6(6):e011045.
41. Steinberg MB, Bover Manderski MT, Wackowski OA, Singh B, Strasser AA, Delnevo CD. Nicotine Risk Misperception Among US Physicians. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Mar 31];36(12):3888–90. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-06172-8>
42. Rajkumar S, Adibah N, Paskow MJ, Erkkila BE. Perceptions of nicotine in current and former users of tobacco and tobacco harm reduction products from seven countries. *Drugs Alcohol Today*. 2020 Sep 10;20(3):191–206.
43. Mendelsohn C. The Healthy Truth About Vaping [Internet]. 1st ed. 2021 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://colinmendelsohn.com.au/book/>
44. Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction [Internet]. London; 2016 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>
45. Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins LK, Niaura RS. Harm Minimization and Tobacco Control: Reframing Societal Views of Nicotine Use to Rapidly Save Lives. *Annu Rev Public Health*. 2018 Apr 1;39(1):193–213.
46. Yach D. WHO Framework Convention on Tobacco Control. *The Lancet*. 2003 Feb;361(9357):611.
47. van der Eijk Y. Development of an integrated tobacco end game strategy. *Tob Control*. 2015 Jul;24(4):336–40.
48. Beaglehole R, Bonita R. Tobacco control: getting to the finish line. *The Lancet*. 2022 May;399(10338):1865.
49. Fagerström K. Can alternative nicotine products put the final nail in the smoking coffin? *Harm Reduct J*. 2022 Dec 1;19(1):131.
50. Human D, Farsalinos K, Milton A, Fagerström K, Glover M. Smoke Free Sweden 2023: Launch Event [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 22]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=CcnF0mXiV3o>
51. European Commission. Eurobarometer Dataset: Special Eurobarometer 506 [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 22]. Available from: https://data.europa.eu/data/datasets/s2240_506_eng?locale=en
52. Ramström L. Tobacco-related mortality Sweden & EU easier readable charts. Institute for Tobac-

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

- co Studies [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 22]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/345643346_Tobacco-related_mortality_SwedenEU_easier_readable_charts
53. World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564434>
54. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study [Internet]. IHME GBD Tool. 2019 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.healthdata.org/gbd>
55. Wikipedia. Schematic representation of DALY [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Disability-adjusted_life_year#/media/File:DALY_disability_affected_life_year_infographic.svg
56. Daroudi R, Akbari Sari A, Nahvijou A, Faramarzi A. Cost per DALY averted in low, middle- and high-income countries: evidence from the global burden of disease study to estimate the cost-effectiveness thresholds. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2021 Dec 4;19(1):7.
57. United Nations Development Program. Human Development Index [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
58. The Snus Commission. Snus Saves Lives: A study of snus and tobacco-related mortality in the EU [Internet]. 2017 [cited 2023 May 2]. Available from: https://snusforumet.se/wp-content/uploads/2017/05/Snuskommissionen_rapport3_eng_PRINT.pdf
59. OECD. Health at a Glance: Europe 2016 [Internet]. OECD; 2016 [cited 2023 May 2]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en
60. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. IARC Data on Cancer Incidence and Mortality Rates [Internet]. 2020 [cited 2023 May 2]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=15&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmssc=0&include_nmssc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=who_EURO&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D
61. Belga. Belgium's Health Minister wants nicotine pouches banned. *The Brussels Times* [Internet]. [cited 2023 May 2]; Available from: <https://www.brusselstimes.com/health/359085/belgiums-health-minister-wants-nicotine-pouches-banned>
62. World Health Organization. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking: 2000-2025, Second Edition. [Internet]. 2018 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>
63. United Nations. Data Portal: Population Division [Internet]. 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://population.un.org/dataportal/home>
64. OECD. Government at a glance 2021 - country fact sheet: Belgium [Internet]. 2021 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.oecd.org/gov/gov-at-a-glance-2021-belgium.pdf>
65. OECD. Government at a glance 2021 - country fact sheet: Sweden. 2021 [cited 2023 May 2]; Available from: <https://www.oecd.org/gov/gov-at-a-glance-2021-sweden.pdf>
66. Wikipedia. List of European Union member states by political system [Internet]. 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_European_Union_member_states_by_political_system
67. European Union. Eurobarometer: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2020 [cited 2023 May 2]; Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
68. Johan Nissinen. Parliamentary question - E-003907/2022 - Promotion of e-cigarettes and nicotine pouches to curb smoking in Europe [Inter-



- net]. European Parliament. 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-003907_EN.html
69. Sara Skyttedal. Parliamentary question - P-004082/2022 - European approaches to nicotine pouches [Internet]. European Parliament. 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/P-9-2022-004082_EN.html
70. Ayles H, Mureithi L, Simwinga M. The state of tuberculosis in South Africa: what does the first national tuberculosis prevalence survey teach us? *Lancet Infect Dis*. 2022 Aug;22(8):1094–6.
71. World Bank. Incidence of Tuberculosis (per 100,000 people) - Sweden [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://data.world-bank.org/indicator/SH.TBS.INCD?locations=SE>
72. World Health Organisation. Fact Sheet: Tobacco [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
73. Stubbs B, Siddiqi K, Elsej H, Siddiqi N, Ma R, Romano E, et al. Tuberculosis and Non-Communicable Disease Multimorbidity: An Analysis of the World Health Survey in 48 Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 2;18(5):2439.
74. Padrão E, Oliveira O, Felgueiras Ó, Gaio AR, Duarte R. Tuberculosis and tobacco: is there any epidemiological association? *European Respiratory Journal*. 2018 Jan 25;51(1):1702121.
75. Khan AH, Sulaiman SAS, Hassali MA, Khan KU, Ming LC, Mateen O, et al. Effect of smoking on treatment outcome among tuberculosis patients in Malaysia; a multicenter study. *BMC Public Health*. 2020 Dec 4;20(1):854.
76. Jafta N, Jeena PM, Barregard L, Naidoo RN. Childhood tuberculosis and exposure to indoor air pollution: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2015 May 1;19(5):596–602.
77. Brunet L, Pai M, Davids V, Ling D, Paradis G, Lenders L, et al. High prevalence of smoking among patients with suspected tuberculosis in South Africa. *European Respiratory Journal*. 2011 Jul 1;38(1):139–46.
78. South African Medical Research Council. First national Global Adult Tobacco Survey highlights the huge burden of tobacco use in SA [Internet]. 2022 [cited 2023 May 4]. Available from: <https://www.samrc.ac.za/press-releases/first-national-global-adult-tobacco-survey-highlights-huge-burden-tobacco-use-sa>
79. Georgetown University. Professor David Levy - Global Health Institute [Internet]. 2023 [cited 2023 May 11]. Available from: <https://globalhealth.georgetown.edu/people/david-levy>
80. Levy DT, Tam J, Sanchez-Romero LM, Li Y, Yuan Z, Jeon J, et al. Public health implications of vaping in the USA: the smoking and vaping simulation model. *Popul Health Metr* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Dec 6];19(1):1–18. Available from: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-021-00250-7>
81. Georgetown University, University of Michigan, Center for the Assessment of Tobacco Regulations. Register to download the SAVM Model [Internet]. 2023 [cited 2023 May 12]. Available from: https://tcors.umich.edu/Resources_Download.php?FileType=SAV_Model
82. Warner KE, Mendez D. E-cigarettes: Comparing the Possible Risks of Increasing Smoking Initiation with the Potential Benefits of Increasing Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019 Jan 1;21(1):41–7.
83. Ramström L. Institute for Tobacco Studies [Internet]. [cited 2023 Jun 5]. Available from: <http://www.tobaccostudies.com/>
84. European Commission. Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes [Internet]. 2021 [cited 2023 May 5]. Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
85. We Are Innovation, IPSOS. Swedes' Views on the Alternatives to Cigarettes: Usage of Alternative Nicotine Products Among Former Cigarette Smokers [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://weareinnovation.eu/documents/wai-sweden-poll-safer-nicotine.pdf>

Apéndice A:

Estimaciones retrospectivas país por país de la carga de salud pública atribuida al tabaquismo en relación con la prevalencia del tabaquismo (Suecia frente a países seleccionados)

SI DINAMARCA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

116,284

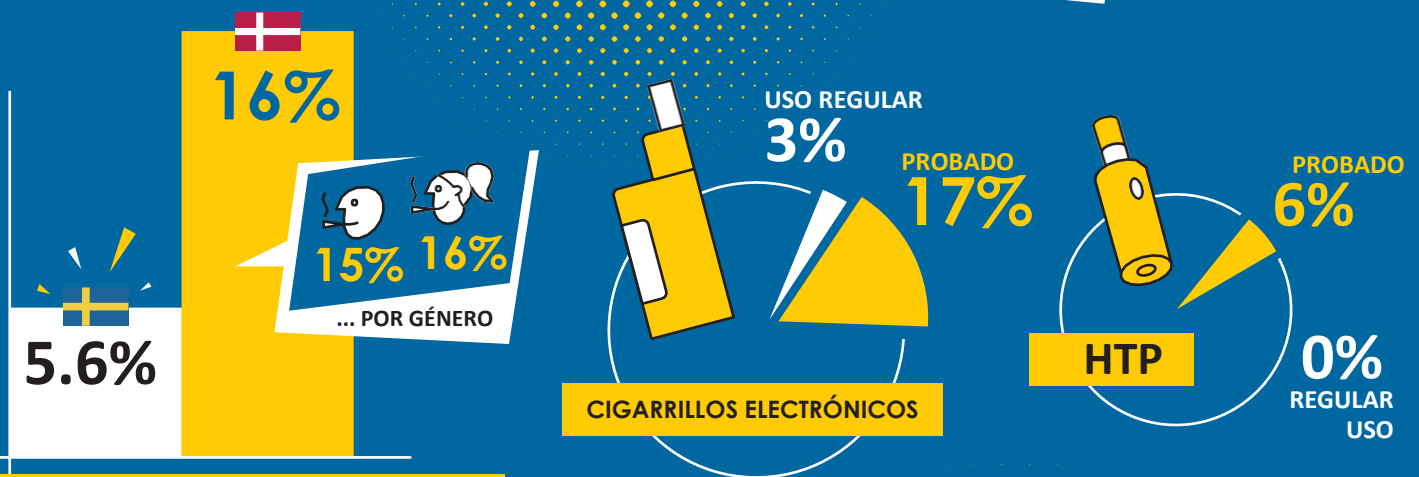
AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

2,125,295

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

2,470,455

DINAMARCA

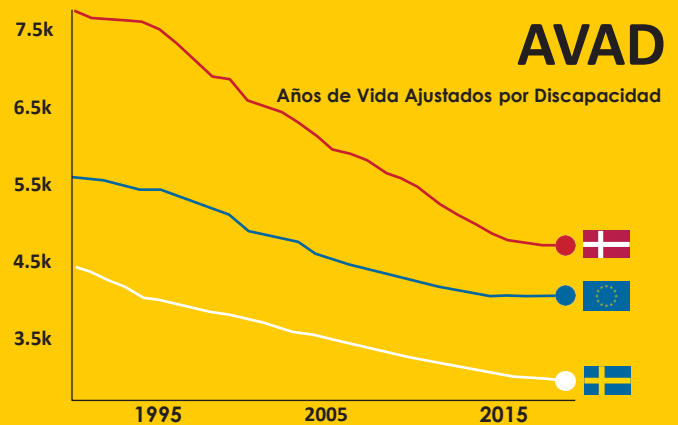
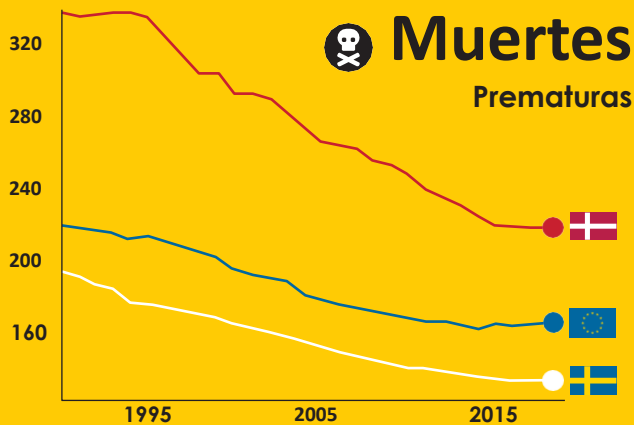


MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO

13,877

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL

2%



tasa por 100k

Figura A. 1: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **DINAMARCA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019. ⁵⁴

SI PAÍSES BAJOS TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

125,151

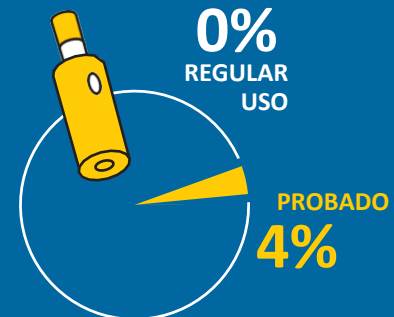
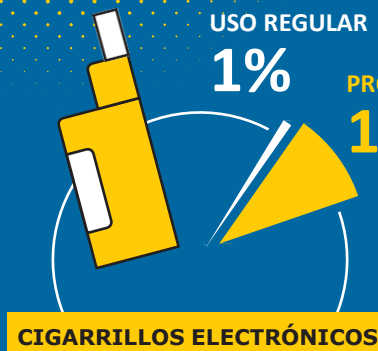
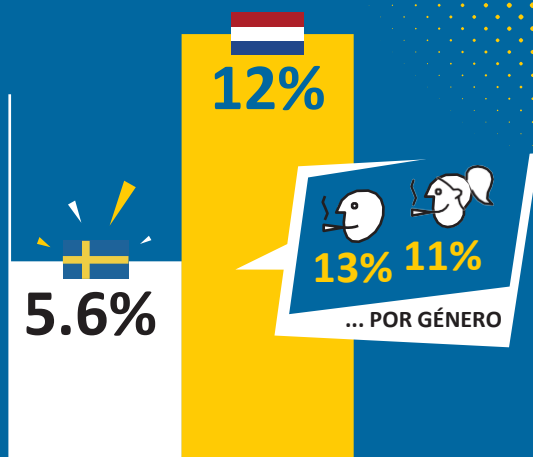
AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

3,178,308

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

3,572,180

PAÍSES BAJOS

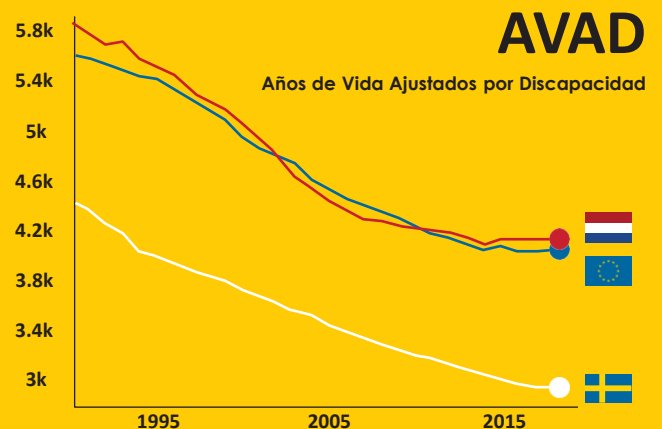
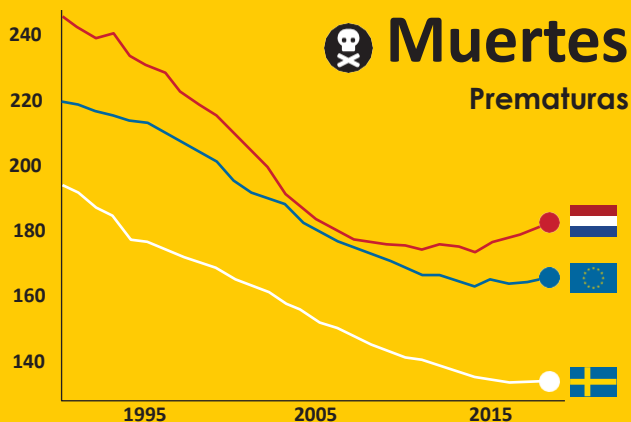


PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO

30,366

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL **0%**



tasa por 100k

Figura A. 2: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si los PAÍSES BAJOS tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019.⁵⁴

SI ITALIA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

124,750

AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

4,263,002

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

4,369,863

ITALIA



23%

29% 18%

... POR GÉNERO

5.6%

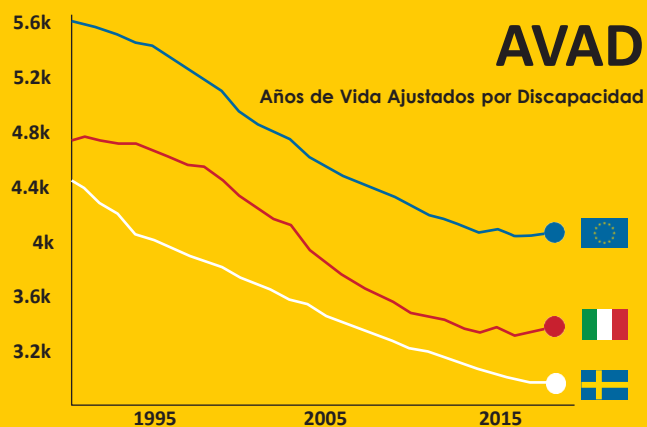
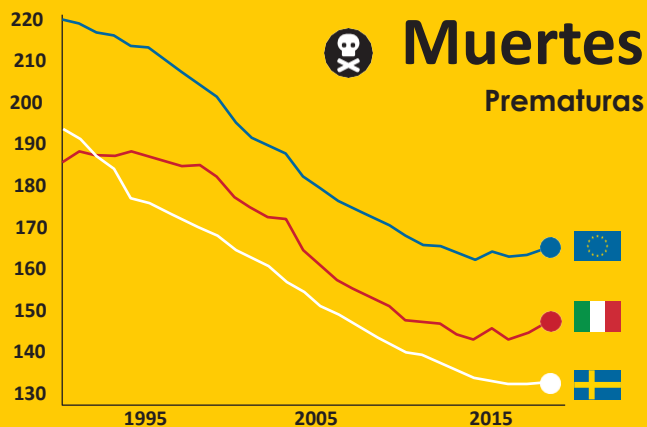
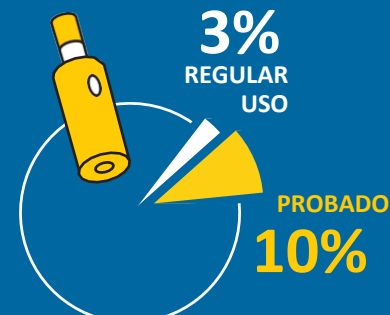
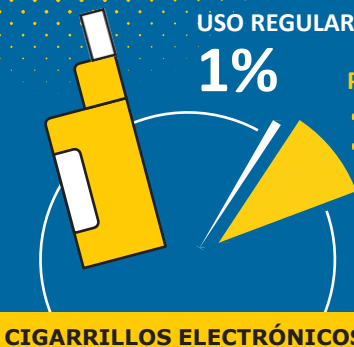
PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO

92,682

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL

1%



tasa por 100k

Figura A. 3: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si ITALIA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019. ⁵⁴

SI BÉLGICA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

90,570

AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

2,303,844

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

2,511,439

BÉLGICA



21%

21% 20%

... POR GÉNERO

5.6%

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

USO REGULAR

3%

PROBADO
20%

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

2%
REGULAR
USO

HTP

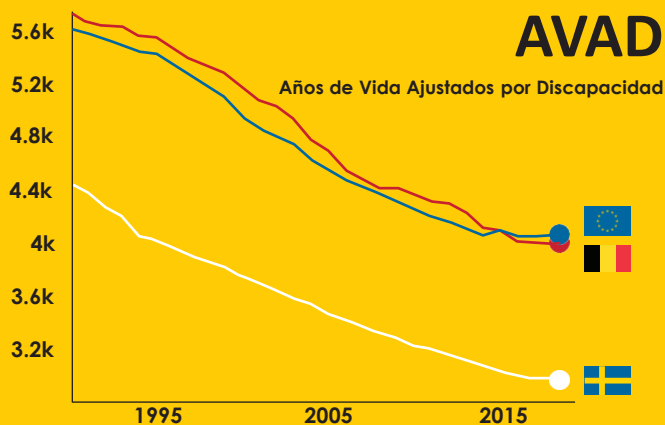
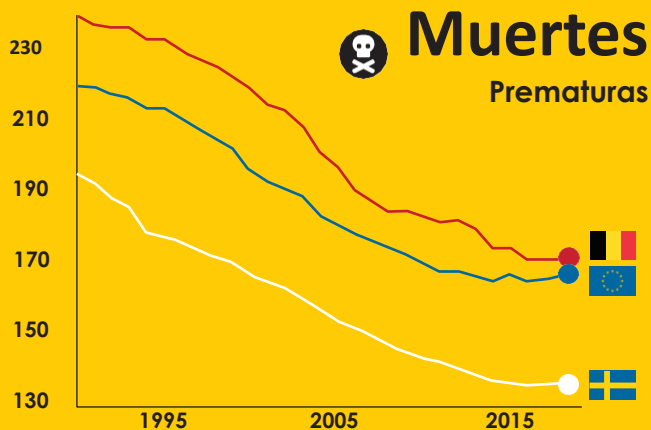
PROBADO
8%

MUERTES ANUALES
ATRIBUIDAS AL TABACO

20,290

CONSUMO ACTUAL DE
TABACO ORAL

1%



tasa por 100k

Figura A. 4: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si BÉLGICA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019.⁵⁴

SI ALEMANIA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

454,366

AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

15,504,344

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

17,981,109

ALEMANIA



23%

27% 19%

... POR GÉNERO

5.6%

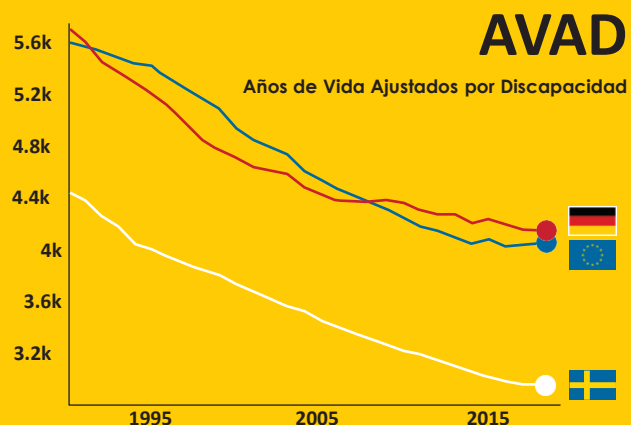
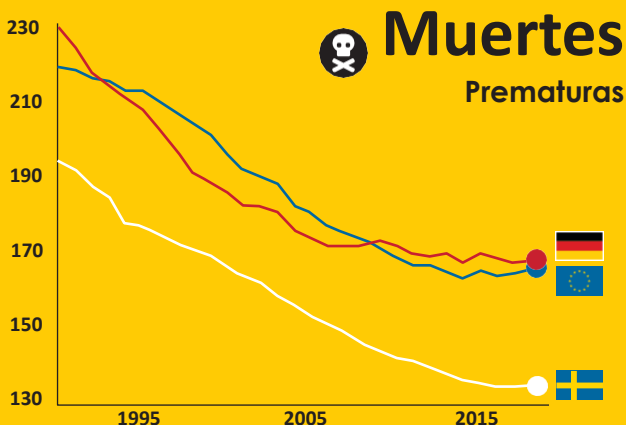
PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO

143,138

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL

1%



tasa por 100k

Figura A. 5: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si ALEMANIA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019. ⁵⁴

SI EL REINO UNIDO TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

680,808

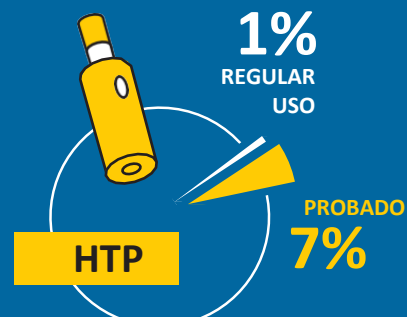
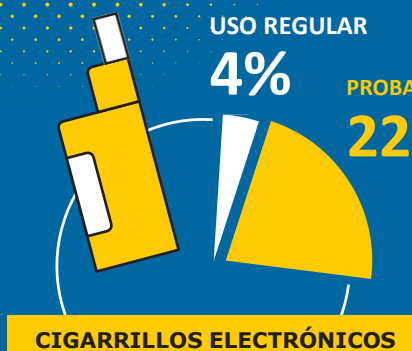
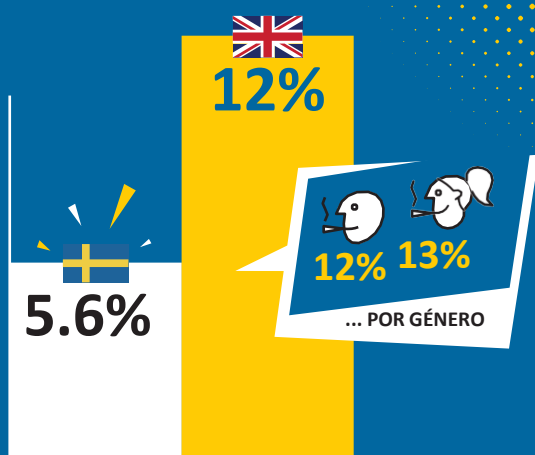
AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

13,477,253

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

15,856,067

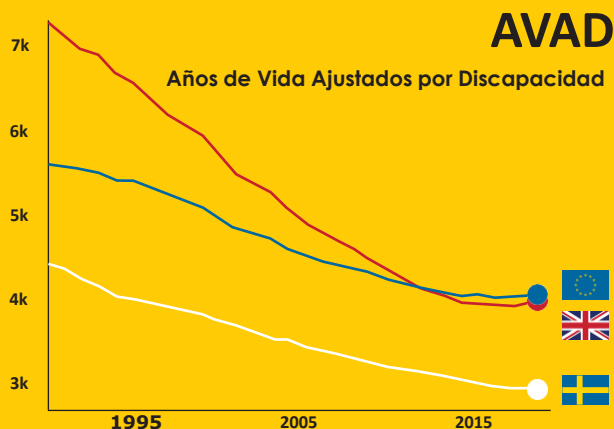
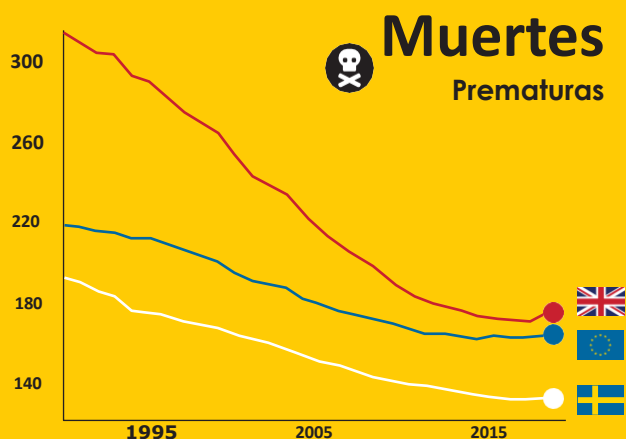
REINO UNIDO



PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO
126,108

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL
1%



tasa por 100k

Figura A. 6: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si el Reino Unido tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019.⁵⁴

SI ESPAÑA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

30,865

AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

3,900,229

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

3,352,663

ESPAÑA



24%

22% 27%

... POR GÉNERO

5.6%

USO REGULAR

1%

PROBADO
14%

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

1%
REGULAR
USO

PROBADO
6%

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

MUERTES ANUALES
ATRIBUIDAS AL TABACO

67,308

CONSUMO ACTUAL
DE TABACO ORAL

0%

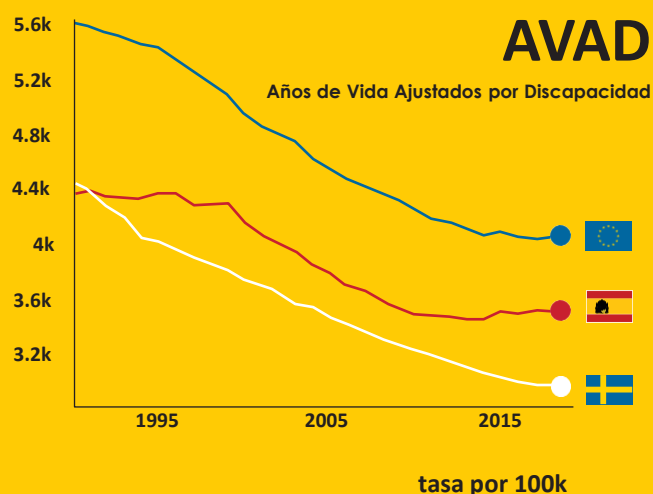
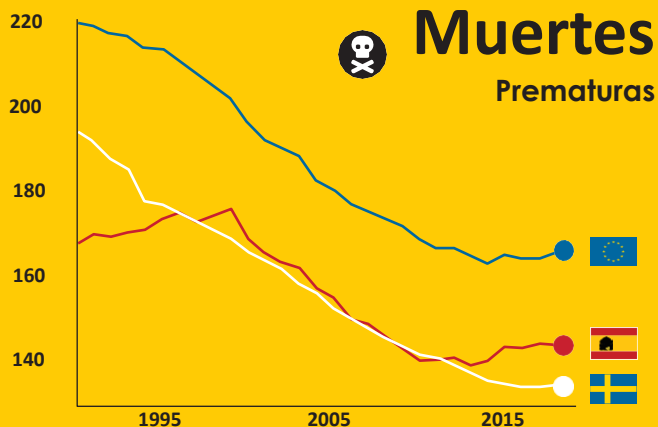
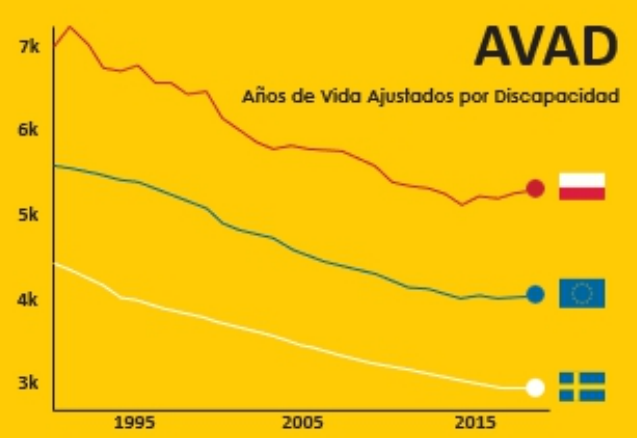
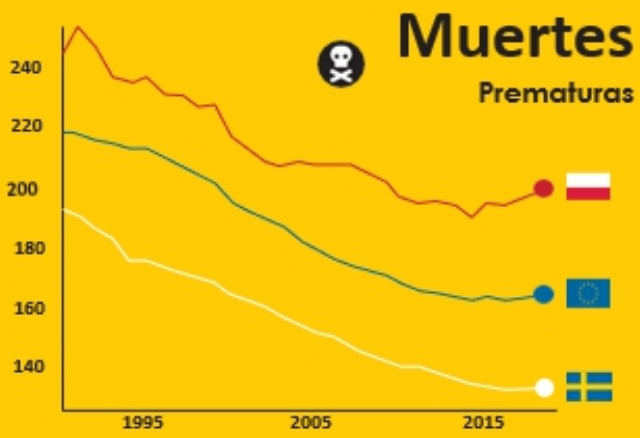


Figura A. 7: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si ESPAÑA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019. ⁵⁴

SI POLONIA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:



POLONIA



tasa por 100k

Figura A. 8: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si POLONIA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019.⁵⁴

SI RUMANÍA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

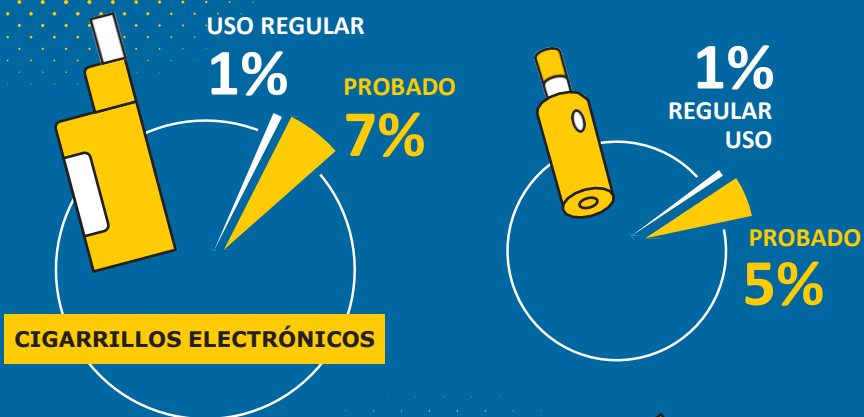
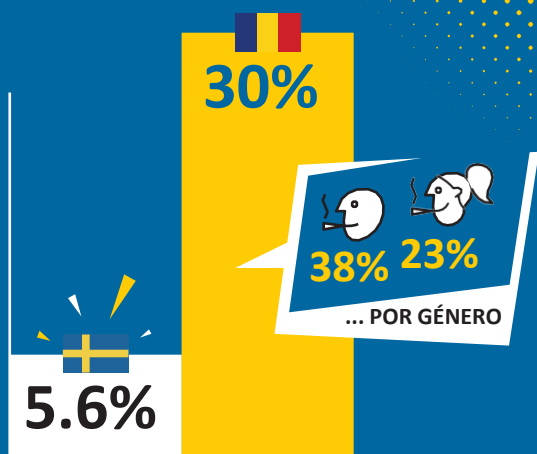
MUERTES POTENCIALES EVITADAS

AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

251,205 10,530,736 10,479,915

RUMANÍA



PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO

42,985

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL

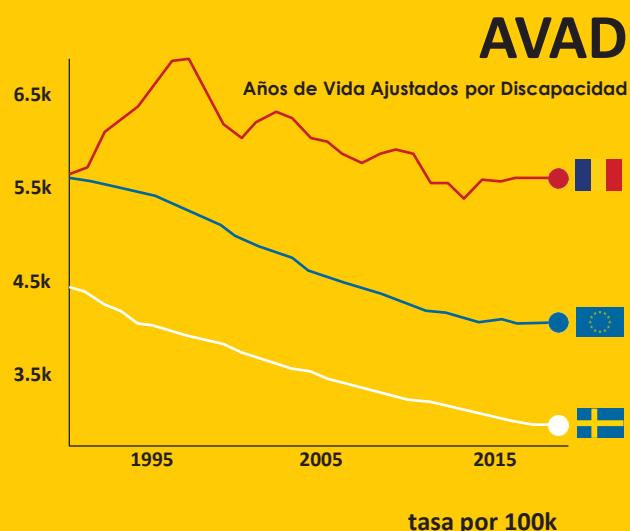
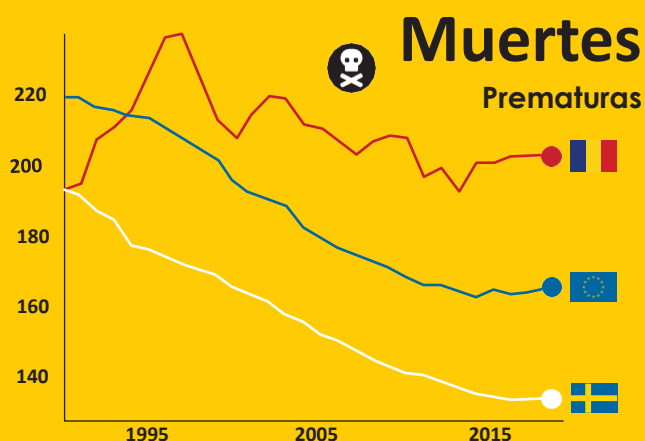


Figura A. 9: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si RUMANIA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019. ⁵⁴

SI GRECIA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

169,522

AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

4,040,339

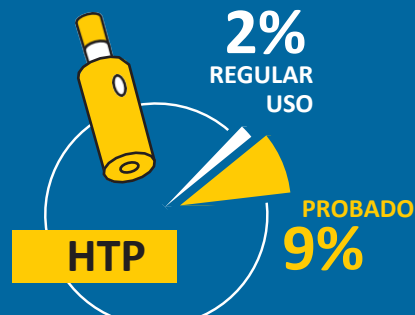
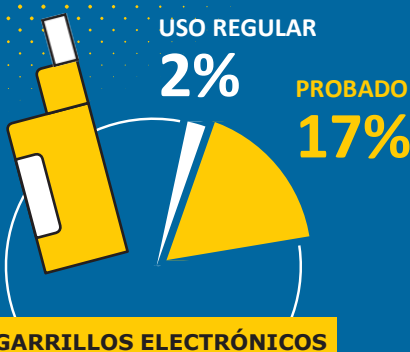
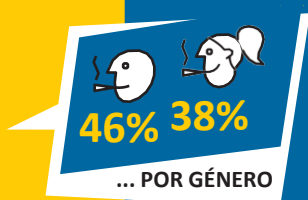
AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

4,511,619

GRECIA



42%



5.6%

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO

24,407

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL

0%

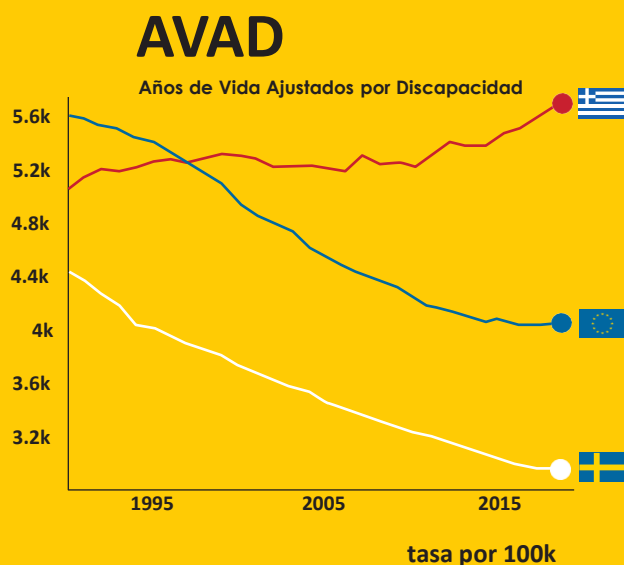
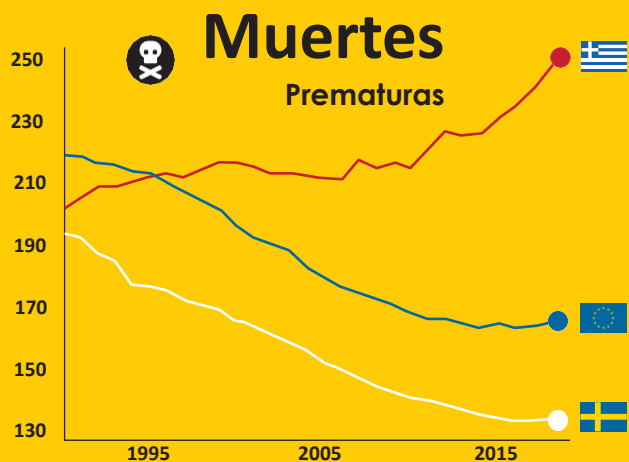


Figura A. 10: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si GRECIA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019.⁵⁴

SI BULGARIA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

249,280

AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

7,660,410

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

8,109,450

BULGARIA



38%

49% 28%

... POR GÉNERO

5.6%

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO

USO REGULAR

1%

PROBADO
13%

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

2%
USO REGULAR

PROBADO
12%

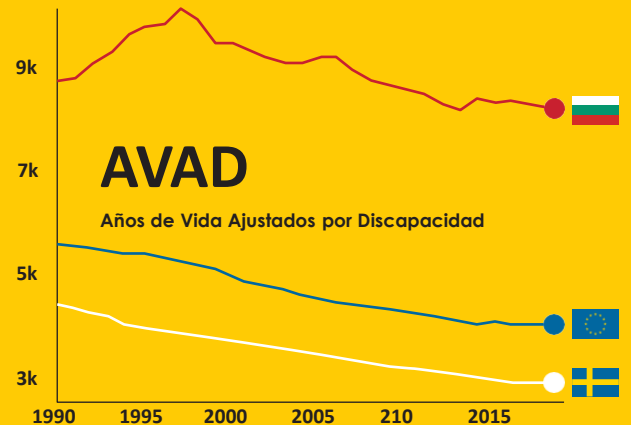
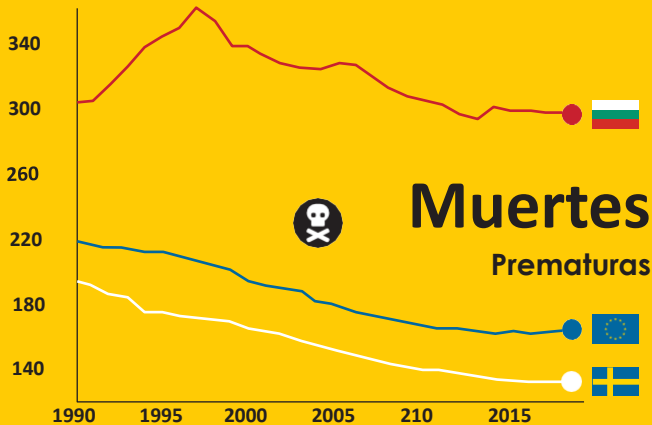
HTP

MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO

23,363

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL

1%



tasa por 100k

Figura A. 11: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si BULGARIA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019. ⁵⁴

SI HUNGRÍA TUVIERA LA MISMA TASA DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIDAS AL TABACO QUE SUECIA ENTRE 2000-2019:

MUERTES POTENCIALES EVITADAS

251,124

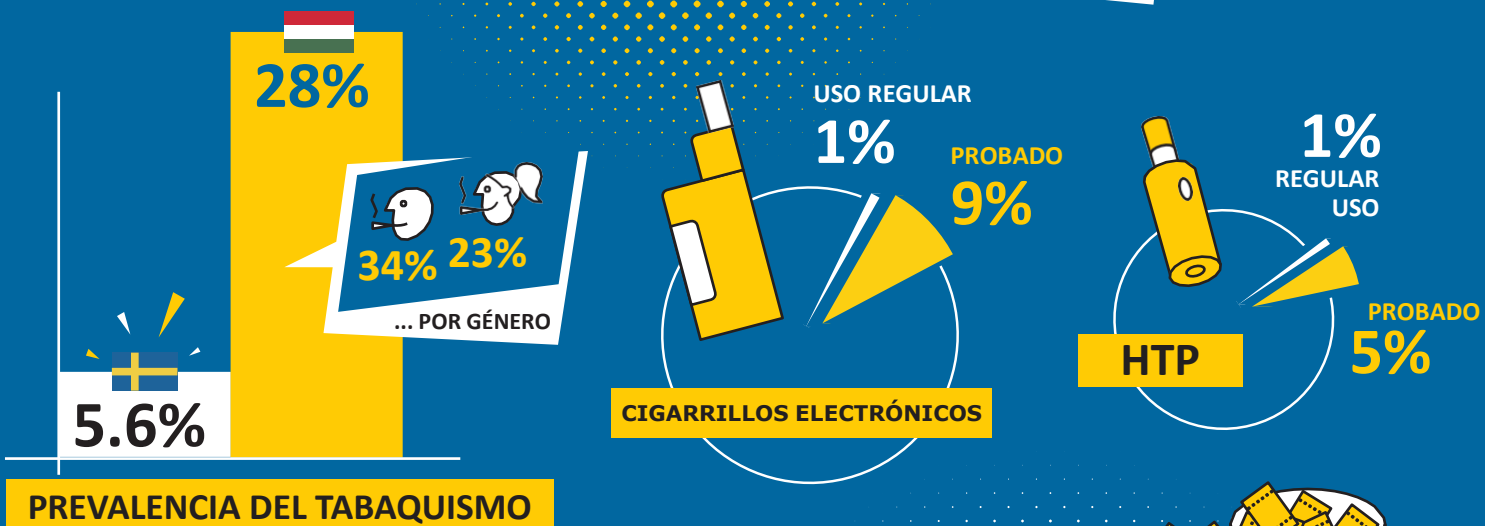
AÑOS DE VIDA POTENCIALES GANADOS

7,942,192

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD POTENCIALES EVITADOS

8,494,164

HUNGRÍA

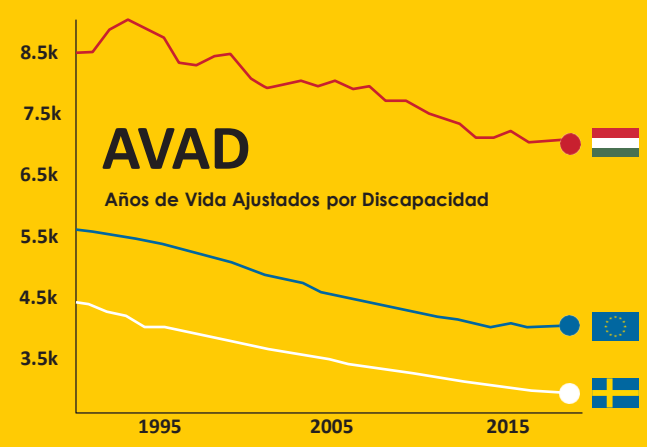
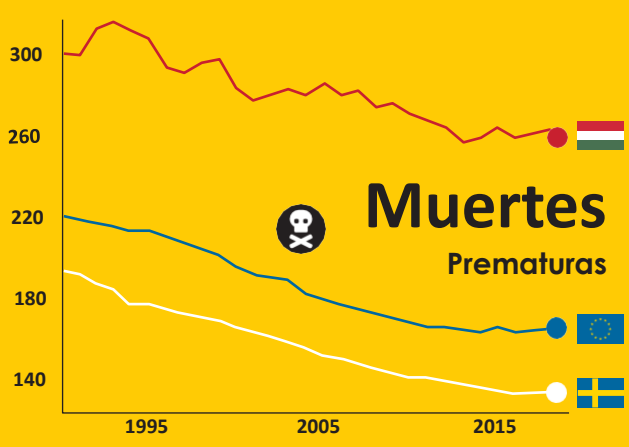


MUERTES ANUALES ATRIBUIDAS AL TABACO

27,101

CONSUMO ACTUAL DE TABACO ORAL

1%



tasa por 100k

Figura A. 12: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si HUNGRÍA tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019. ⁵⁴



Lista de Tablas

Tabla 1:

Tabla 2: Factores de empuje seleccionados para alejarse de los daños individuales y sociales del tabaco combustible.

Tabla 3: Comparación de la morbilidad atribuida al tabaco entre 2000-2019 en Suecia frente a la UE utilizando datos del IMES CGM.⁵⁴ La columna en azul "UE (si se clasifica como Suecia)" es una cifra hipotética calculada mediante la siguiente ecuación: (AVAD reales perdidos de la UE/tasa de AVAD perdidos de la UE) multiplicado por la tasa de AVAD perdidos de Suecia. En cuanto a "todas las causas", si la UE tuviera la misma tasa de AVAD perdidos atribuible al tabaquismo que Suecia durante estos 20 años, se podrían haber evitado 108 millones de AVAD perdidos.

Tabla 4: Comparación de la morbilidad atribuida al tabaco entre 2000-2019 en Suecia versus la UE utilizando datos del Estudio de Carga Global de Morbilidad del IMES⁵³. La columna azul "UE (si se clasifica como Suecia)" es una cifra hipotética calculada mediante la siguiente ecuación: (AVAD reales perdidos en la UE / tasa de AVAD perdidos en la UE) multiplicado por la tasa de AVAD perdidos en Suecia. En cuanto a "todas las causas", si la Unión Europea tuviera la misma tasa de AVAD perdidos atribuible al tabaquismo que Suecia durante estos 20 años, se podrían haber evitado 108 millones de AVAD perdidos.

Lista de Figuras

Figura 1: El daño ponderado del tabaco combustible en comparación con las alternativas no combustibles colocadas a lo largo del 'continuo de minimización de daños' por Abrams et al⁴⁵

Figura 2: Prevalencia diaria de tabaquismo en Suecia y Noruega (donde el snus está disponible) frente a Dinamarca y Finlandia (donde el snus está prohibido)⁴⁹

Figura 3: Explicación esquemática del Año de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD)⁵⁵

Figura 4: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si la UE tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que SUECIA entre 2000-2019.⁵⁴

Figura 5: Gráfico de barras apiladas que representa los datos de la Tabla 3. Todos los datos se utilizan con permiso del IMES CGM.⁵⁴

Figura 6: Gráfico de barras apiladas que representa los datos de la Tabla 4. Todos los datos se utilizan con permiso del IMES CGM.⁵⁴

Figura 7: Porcentaje de hombres mayores de 30 años que fuman a diario⁵⁸.

Figura 8: Tasa de mortalidad atribuible al tabaco en hombres mayores de 30 años por cada 100 000 habitantes⁵³.

Figura 9: Según los datos de IARC 2020 de la OMS, Suecia tiene la tasa de mortalidad más baja entre los hombres en todos los cánceres de Europa⁶⁰.

Figura 10: Comparación de Suecia vs Bélgica vs muertes y AVAD relacionados con el tabaquismo en la UE utilizando datos IMES CGM⁵⁴. Si Bélgica tuviera la misma tasa de muertes y AVAD relacionados con el tabaquismo que Suecia entre 2000 y 2019, se podrían haber evitado 90.570 muertes y 2.5 millones de AVAD.

Figura 11: Gráficos que muestran las muertes por tuberculosis atribuidas al tabaquismo y los AVAD en Sudáfrica frente a los promedios africanos y mundiales. Todos los datos utilizados con permiso CGM del IMES⁵⁴.

Figura 12: Sudáfrica está clasificada como "IDH alto" por la ONU⁵⁷. Suponiendo que el costo de cada AVAD perdido es de \$23,782 según los hallazgos de Daroudi et al⁵⁶, fumar le está costando potencialmente a Sudáfrica \$2.4 billones adicionales cada año en su batalla contra la tuberculosis, en comparación con el promedio africano. Datos AVAD de IMES CGM⁵⁴.

Figura 13: Gráfico reproducido de Levy et al⁸⁰ que representa los estados de transición entre usuarios de categorías de productos en su viaje hacia el tabaquismo y/o el abandono de productos de vapeo de nicotina (NVP, por sus siglas en inglés).

Figura 14: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en los Estados Unidos cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 1.8 millones de muertes y se ganarían 38.9 millones de años de vida.

Figura 15: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en Canadá cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 130 000 muertes y se ganarían 3.5 millones de años de vida.

Figura 16: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en Alemania cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 300 000 muertes y se ganarían 4.7 millones de años de vida.

Figura 17: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en Inglaterra cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 200 000 muertes y se ganarían 5 millones de años de vida.

Figura 18: ¿Qué pasaría si los fumadores adultos en Australia cambiaran a productos de vapeo con nicotina? Según el modelo de consumo de tabaco y vapeo (SAVM, por sus siglas en inglés) de Levy et al⁸⁰, se evitarían 104 200 muertes y se ganarían 2.05 millones de años de vida.

Figura 19: Proyecciones de Yach que muestran cómo la adopción generalizada de los productos de reducción de daños reduciría drásticamente las muertes relacionadas con el tabaco para 2060⁵.

Figura 20: Suecia tiene la mortalidad masculina relacionada con el tabaco más baja de la UE, según la compilación de Ramström⁵² de los datos IMES CGM⁵⁴.

Figura 21: Explicación del Índice de Desarrollo Humano (IDH)⁵⁷

Figura 22: La encuesta We are Innovation realizada por IPSOS, encontró que "los suecos que cambiaron a PAN están motivados principalmente por sus inquietudes de salud. Esto es seguido por consideraciones sociales, financieras y de otro tipo"⁸⁶

Figura A. 1: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **DINAMARCA** tuviera la misma tasa de mortalidad y

morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 2: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si los **PAÍSES BAJOS** tuvieran la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 3: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **ITALIA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 4: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **BÉLGICA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 5: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **ALEMANIA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 6: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si el **Reino Unido** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 7: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **ESPAÑA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 8: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **POLONIA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 9: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **RUMANIA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 10: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **GRECIA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 11: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **BULGARIA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A. 12: Presentación gráfica: muertes potenciales y AVAD evitados si **HUNGRÍA** tuviera la misma tasa de mortalidad y morbilidad atribuidas al tabaco que **SUECIA** entre 2000-2019.⁵⁴



**SMOKE FREE
SWEDEN 2023**
www.smokefreesweden.org