



Evaluación de la campaña antitabaco en Uruguay: balance de diez años y desafíos

Patricia Triunfo,¹ Jeffrey Harris² y Ana Balsa³

Forma de citar

Triunfo P, Harris J, Balsa A. Evaluación de la campaña antitabaco en Uruguay: balance de diez años y desafíos. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(4):256–62.

RESUMEN

En el año 2005, poco tiempo después de ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), Uruguay comenzó una ambiciosa campaña de control de tabaco que ubicó a este país a la vanguardia mundial de la lucha antitabaco. La gran diversidad de medidas implementadas en un lapso relativamente corto y la rigurosidad con que se aplicaron y observaron las políticas tienen escasos precedentes, incluso en los países más desarrollados. En este trabajo, se presenta una síntesis y actualización de varios trabajos de los autores en los que se evalúan algunos aspectos de la campaña a diez años de la ratificación del CMCT. En particular, estas investigaciones resaltan el impacto agregado que tuvo la campaña en la caída de la prevalencia en la población adulta, en los jóvenes y en las decisiones de abandono del consumo de tabaco en las embarazadas (1, 2), así como el impacto relativo de las políticas impositivas en relación a medidas de control de tabaco distintas de los precios. Los análisis se basan en estudios observacionales (a nivel de la población o el individuo) que utilizan grupos de control externos (Argentina y Chile) e internos (población no fumadora). Se plantean, también, los desafíos pendientes en el diseño de políticas antitabaco.

Palabras clave

Cese del tabaquismo; campañas para el control del tabaquismo; Uruguay.

En el año 2005, Uruguay se embarcó en un ambicioso Programa Nacional para el control del tabaco. Este programa implementó una serie de medidas acordadas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), las cuales se pueden agrupar en cuatro grandes categorías: espacios libre de humo, publicidad, empaquetado y precios (2).

En lo relacionado con los espacios libres de humo, en 2005 se comenzó por establecer espacios delimitados para fumadores en bares privados, restaurantes y otros lugares de ocio, y luego se decretó la prohibición

para fumar en espacios públicos (oficinas, empresas públicas y escuelas). En marzo de 2006 se extendió la prohibición a todos los espacios públicos cerrados y a todos los espacios de trabajo públicos o privados, y en junio de 2008, se amplió a los taxis, autobuses, aviones y otros medios de transporte público.

Los espacios libres de humo fueron complementados con restricciones a la publicidad del tabaco. En mayo de 2005, se prohibió la publicidad de cigarrillos en la televisión durante el horario infantil, así como la publicidad, promoción o patrocinio por parte de las empresas tabacaleras en eventos deportivos. Estas restricciones fueron posteriormente ratificadas por la Ley de Control de Tabaquismo (Ley No. 18 256) de marzo de 2008, que prohibió toda forma de publicidad, promoción, patrocinio y exhibición de productos de tabaco, excepto en los puntos de venta. En setiembre de

2014, con la promulgación de la Ley No. 19 244, se alcanzó la prohibición total al extenderse las restricciones de publicidad también a los puntos de venta.

En cuanto a la marca y el empaquetado, en mayo de 2005 se prohibieron todas las referencias a “light”, “ultra light”, “suave”, “bajo en alquitrán” y otras descripciones que pudieran inducir a pensar, en forma errónea, que el consumo de estos cigarrillos causaba un daño menor. A su vez, se estableció la obligación de incluir una serie de pictogramas rotativos que abarcaran 50% de la superficie frontal y 50% de la superficie posterior de cada paquete de cigarrillos. En octubre de 2008, se estableció la regla de presentación única, que prohíbe la comercialización de varias versiones de la misma marca, como “Plata” o “Azul” y, en 2009, se aumentó el tamaño de las advertencias a 80% de la superficie de ambas caras. En la figura 1 se muestra una línea de tiempo que resume

¹ Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. La correspondencia se debe dirigir a: Patricia Triunfo. Correo electrónico: patricia.triunfo@cienciasociales.edu.uy

² Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos de América.

³ Departamento de Economía, Universidad de Montevideo, Montevideo, Uruguay.

las principales regulaciones antitabaco implementadas a nivel nacional entre 2006 y 2015, excepto los aumentos de impuestos. En la figura 2 se muestran ejemplos de los pictogramas rotativos en vigencia durante los últimos diez años.

A partir del año 2003 se comienzan a ofrecer programas gratuitos de cesación de

tabaquismo. Ese año, el Fondo Nacional de Recursos (FNR), ente público no estatal a cargo del financiamiento de procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo para toda la población usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud, comenzó a brindar intervenciones para dejar de fumar inicialmente a pacientes

sometidos a *bypass* cardíaco. En el año 2005, el FNR extendió su oferta a la población general a través de acuerdos contractuales con prestadores de salud y otros organismos interesados. Estos acuerdos implican un compromiso del FNR para capacitar a los profesionales de la salud en el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del

FIGURA 1. Eje temporal de las principales medidas de control de tabaco distintas a los precios.

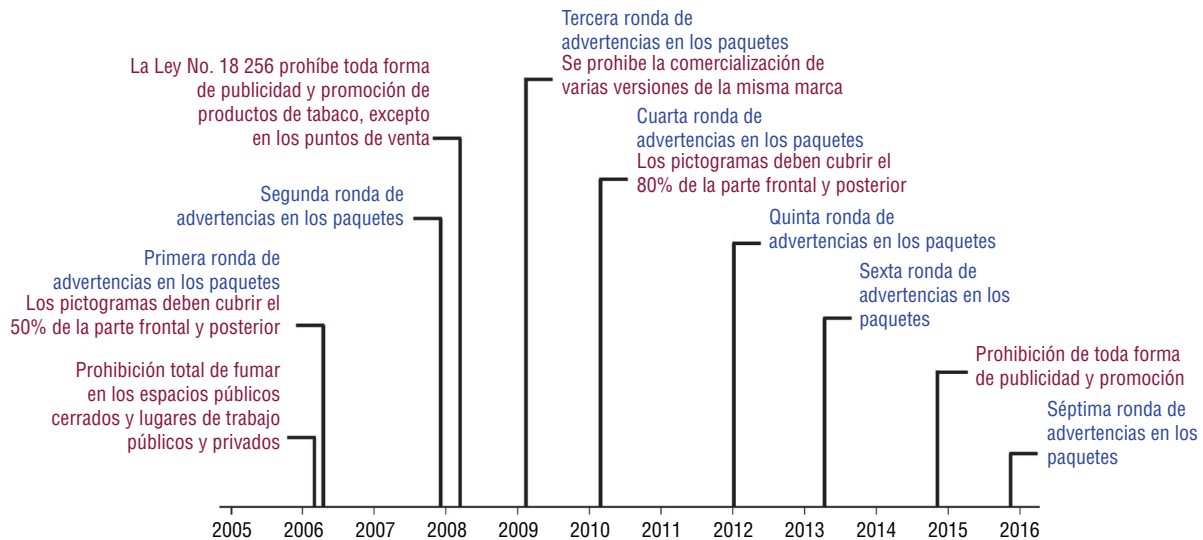
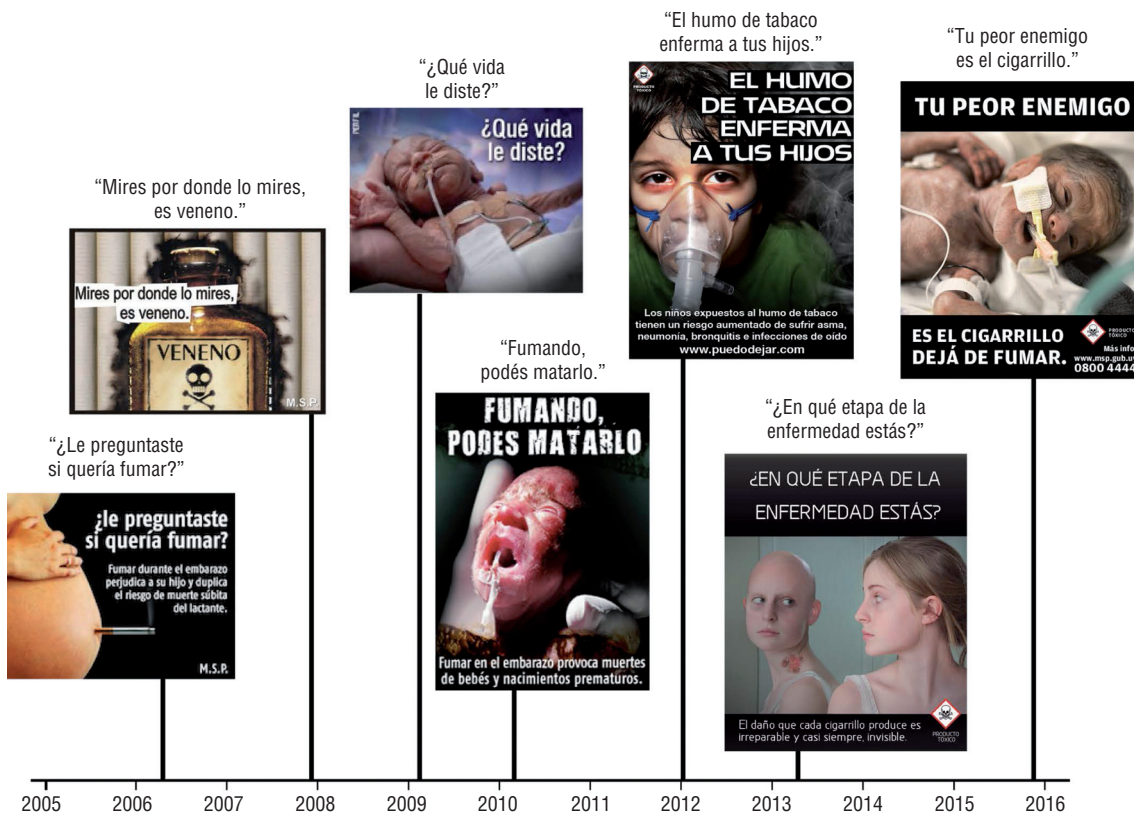


FIGURA 2. Eje temporal de las siete rondas de pictogramas rotativos.



tabaco y a proporcionar, en forma gratuita, parches de nicotina y bupropión al prestador de salud. A cambio, los prestadores debían ofrecer un programa para dejar de fumar con copagos bajos o nulos por parte de los pacientes (3).

Por último, además de las intervenciones de política mencionadas, el gobierno uruguayo aumentó los impuestos indirectos sobre los productos del tabaco en varias oportunidades. En el año 2007, se aplicó el impuesto al valor agregado (IVA) a los productos de tabaco, y en 2009 y 2010, se subió el impuesto específico interno (IMESI). Durante este período, los fabricantes de tabaco respondieron a los aumentos de impuestos moderando sus precios. Desde el año 2010, el precio real ha bajado como consecuencia de una política que mantuvo constante la tasa y el valor ficto del IMESI y una inflación anual de aproximadamente 8%.

Población general

Para analizar la evolución del consumo de tabaco en la población general, se utilizaron dos criterios de valoración: el consumo aparente per cápita y la prevalencia actual de fumar.

En Abascal et al. (2), se realizó un análisis de tendencias en el que se utilizó a Argentina como grupo de control por ser un país que, hasta 2011, no había implementado medidas nacionales antitabaco ni ratificado el CMCT. Argentina es, además, un país vecino a Uruguay con similares características culturales, económicas y demográficas.

Los resultados muestran que, entre 2005 y 2011, el consumo aparente de cigarrillos per cápita en Uruguay, medido como el ratio entre el número de cigarrillos gravados por la Dirección General Impositiva (domésticos o importados) y la población de 15 años o más, disminuyó 4,3% por año (intervalo de confianza [IC] de 95%: 2,4-6,2), mientras que en Argentina aumentó 0,6% por año (IC95%: -1,2-2,5; $P = 0,002$ de diferencia en las tendencias).

En la figura 3 se extiende el análisis del consumo aparente hasta el año 2015. Tal como se describiera en Abascal et al. (2), se observa una clara disminución del consumo de cigarrillos legales per cápita en el período 2005-2010. Sin embargo, el consumo aparente muestra un estancamiento a partir del año 2011. El estancamiento es aún más pronunciado en el consumo de cigarrillos manufacturados que en el consumo de cigarros

de armar, mostrando estos últimos una leve baja entre 2011 y 2015.

El indicador anterior tiene el problema de no considerar cambios en el consumo debidos al contrabando. Un indicador más adecuado es la prevalencia de consumo de tabaco actual, obtenido a través de relevamientos de encuestas de hogares. Abascal et al. (2) demuestran que, entre 2005 y 2011, la prevalencia actual de uso de tabaco en Uruguay disminuyó 3,3% por año (IC95%: 2,4-4,1), en comparación con una disminución de 1,7% en Argentina (IC95%: 0,8-2,6; $P = 0,02$ de diferencia en las tendencias).

En la figura 4 se extiende hasta el 2014 el análisis de la evolución de la prevalencia para la población entre 15 y 64 años y se incluyen los datos relevados por la Junta Nacional de Drogas (JND) en 2006, 2011 y 2014, el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2001, 2006, 2011 y 2014, y el AGCS (Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios) en 2009. El gráfico ilustra la heterogeneidad de las fuentes de datos disponibles así como de las preguntas utilizadas para determinar el estatus de fumar del encuestado. Al analizar la evolución entre 2011 y 2014, período en que se ha mantenido la pregunta y el diseño muestral de la Encuesta Continua de Hogares del INE, se observa que la prevalencia continúa en descenso. Frente a la pregunta "¿Actualmente usted fuma algún tipo de tabaco con humo?", 25,3%

contestó de manera afirmativa en 2014, en comparación con 28,6% en 2011. Esto representa una caída de 3,6 puntos porcentuales o 11,7% en 3 años ($P < 0,001$). Cuando se abren los datos del INE por quintil de ingreso per cápita del hogar, se observan caídas significativas de la prevalencia en todos los quintiles, aunque en términos proporcionales la caída en el período 2011-2014 es menor para el quintil más pobre.

Los hallazgos observados en las figuras 3 y 4 muestran tendencias no del todo alineadas. En efecto, mientras que en los últimos cinco años se observa un estancamiento del consumo aparente de cigarrillos (paquetes gravados), la prevalencia de fumar (estimada en base a encuestas) continúa en descenso. La mejor explicación de la discordancia entre las dos tendencias es una disminución del contrabando. Hay evidencia anecdótica de que el gobierno brasileño ha aumentado en forma significativa los controles antitabaco en la frontera con Paraguay (ruta principal del contrabando hacia Uruguay).

Jóvenes

En Abascal et al. (2), se hizo el primer esfuerzo de analizar la evolución de la prevalencia de fumar del último mes de los adolescentes y se utilizó a Argentina como grupo de control. El estudio se realizó sobre la base de los datos de una

FIGURA 3. Evolución del consumo aparente per cápita en Uruguay, 2000-2015.

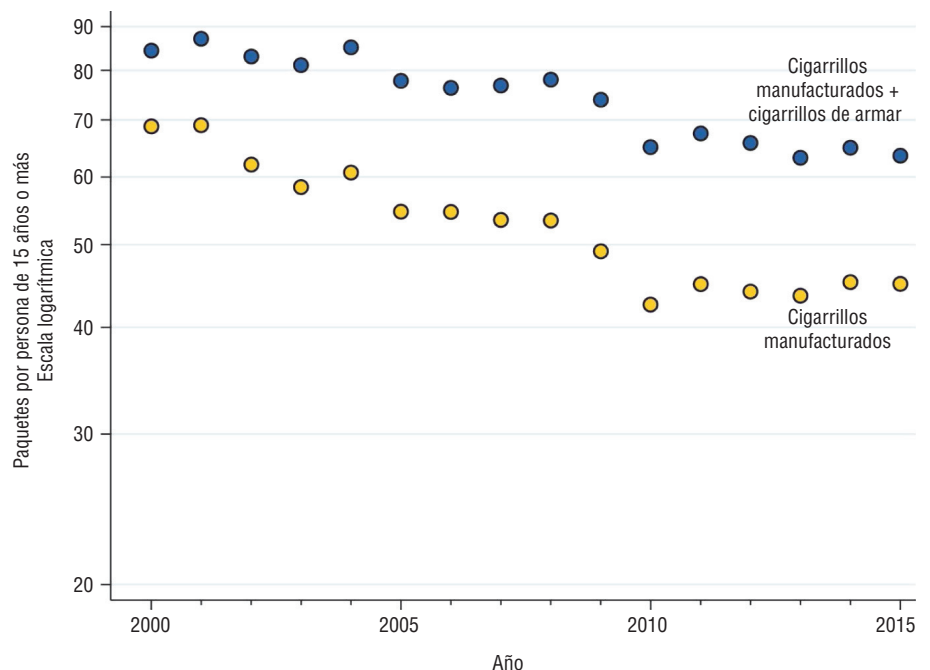
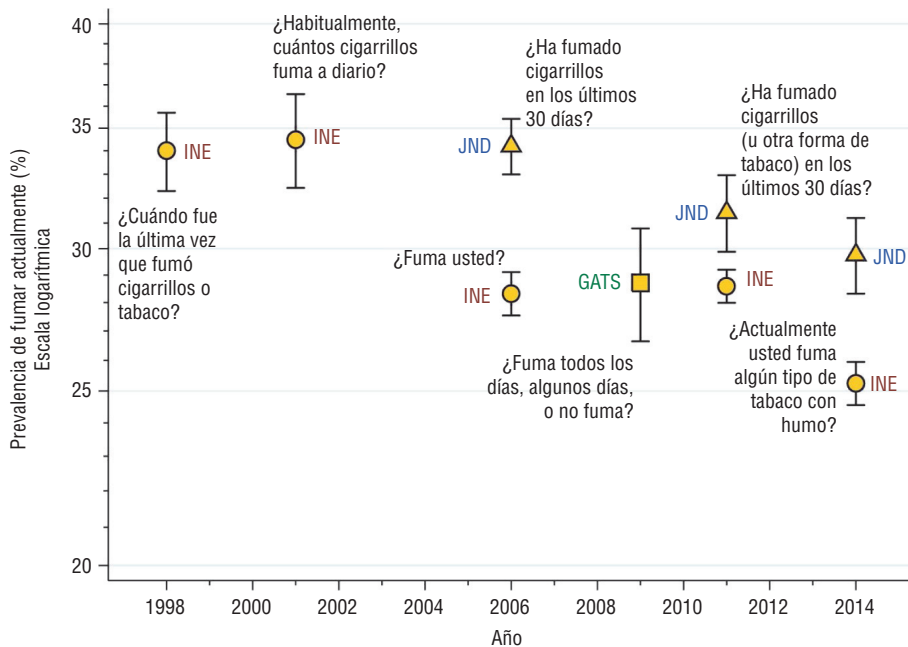
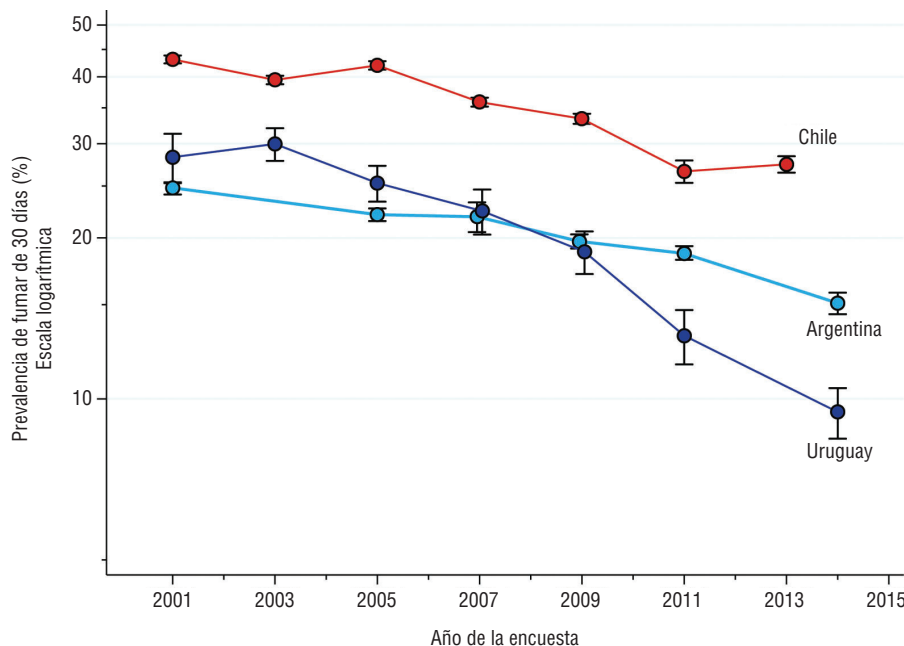


FIGURA 4. Evolución del consumo actual de cigarrillos en la población de 15 a 64 años en Uruguay, 1998-2014.



JUN = Junta Nacional de Drogas. Lugares con >10 000 habitantes.
 INE = Instituto Nacional de Estadística. Lugares con >5 000 habitantes.
 GATS = Global Adult Tobacco Survey. Lugares con >5 000 habitantes.

FIGURA 5. Evolución de la prevalencia del consumo actual de cigarrillos en estudiantes de enseñanza media en Argentina, Chile y Uruguay, 2001-2014.



serie de encuestas a nivel nacional, de corte transversal sobre uso de drogas en adolescentes, aplicadas en los centros de enseñanza en los grados correspondientes a las edades entre 13 y 17 años (4).

La prevalencia de fumar del último mes surge de la pregunta “¿Has fumado cigarrillos en los últimos 30 días?”.

Los resultados muestran que, entre 2003 y 2009, la prevalencia de 30 días de

consumo de tabaco de los estudiantes uruguayos disminuyó aproximadamente 8,0% por año (4,5-11,6), en comparación con una disminución de 2,5% anual (0,5-4,5) en los estudiantes argentinos durante 2001-2009 ($P = 0,02$ de diferencia en las tendencias).

Al extender el análisis, se incorporaron las encuestas de 2011 y 2014 para Uruguay y Argentina, y a Chile como otro grupo de control (5-7). Como se señaló antes, Argentina comenzó a implementar medidas de control de tabaco a nivel nacional recién en 2011, con la aprobación de la Ley de Control de Tabaco. Si bien en Chile existieron esfuerzos tempranos de regulación del consumo de tabaco (Ley No. 19 419 de 1997 y Ley No. 20 105 de 2006), hay evidencia de que las leyes tuvieron bajo nivel de cumplimiento, acatamiento y control (8, 9). Las medidas más firmes de control del tabaco en Chile se habrían introducido recién en el año 2013 con la Ley No. 20 660.

En la figura 5 se observa que, mientras el consumo de tabaco se redujo en los tres países, sobre todo después de 2005, el descenso para Uruguay fue significativamente mayor. En Argentina, la prevalencia del último mes de consumo de tabaco se redujo de 22,1% en 2005 a 15,1% en 2014, con una tasa de aproximadamente 4,0% anual (IC95% 2,1-5,9). Para Chile, la prevalencia de los jóvenes se redujo de 42,0% en 2005 a 27,4% en 2013, con una tasa anual de reducción de 5,7% (IC95% 4,0-7,4). En Uruguay, por el contrario, la prevalencia disminuyó de 25,3% en 2005 a 9,5% en 2014, con una tasa anual de caída de 11,8% (IC95% 8,7-15).

A su vez, se observó una disminución más acelerada en Uruguay a partir de 2011, cuando la mayoría de las medidas de control de tabaco ya habían sido introducidas. En la figura 6 se comparan las evoluciones de las prevalencias con lo ocurrido con los precios reales del paquete de cigarrillos en cada país y se observa que la mayor caída del consumo en jóvenes que tuvo lugar en Uruguay a partir de 2011 no tuvo que ver con la evolución de los precios.

Mujeres embarazadas

Un grupo de riesgo de especial interés por las consecuencias ampliamente demostradas que tiene el fumar, no solo en la mujer, sino también en el recién nacido, son las mujeres embarazadas. En Harris et al. (1), a partir del registro en Uruguay

de todos los nacimientos ocurridos entre 2007 y 2013, se evaluó el impacto de tres tipos de políticas de control del tabaco: las intervenciones a nivel de proveedor dirigidas al tratamiento de la dependencia a la nicotina, aumento de los impuestos a los cigarrillos y regulación del empaquetado y la comercialización de los cigarrillos.

La fuente de microdatos sobre las prácticas de fumar de las mujeres embarazadas

fue el Sistema Informático Perinatal (SIP), registro nacional obligatorio desarrollado y supervisado por el Centro Latinoamericano de Perinatología de la Organización Panamericana de la Salud (10). Actualmente, el SIP tiene cobertura casi universal de los nacimientos, lo cual surge de comparar sus registros con los certificados de nacido vivo, obligatorios en Uruguay.

FIGURA 6. Evolución del precio real de paquete de cigarrillos en dólares estadounidenses en Argentina, Chile y Uruguay, 2001-2015.

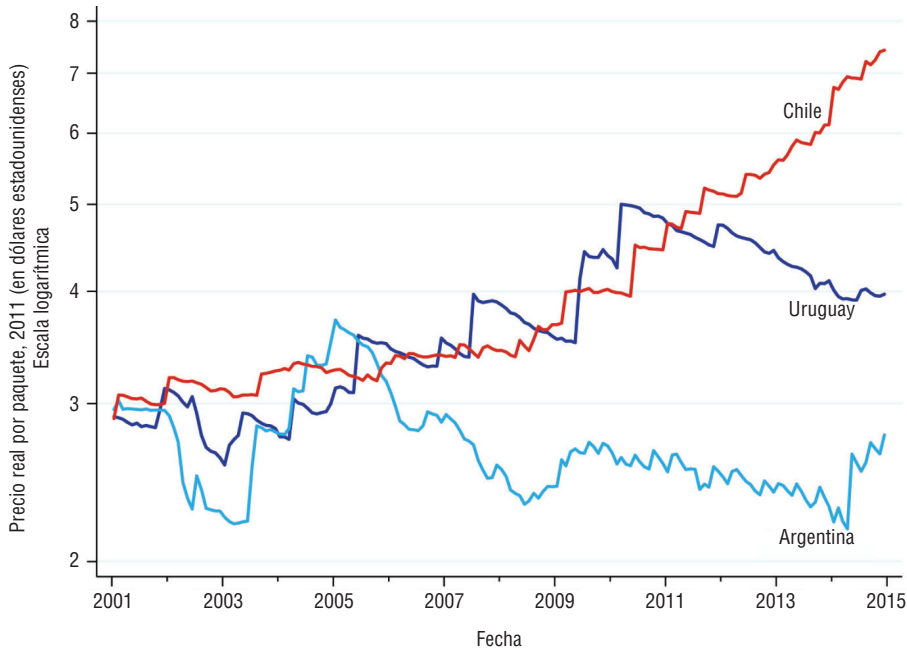
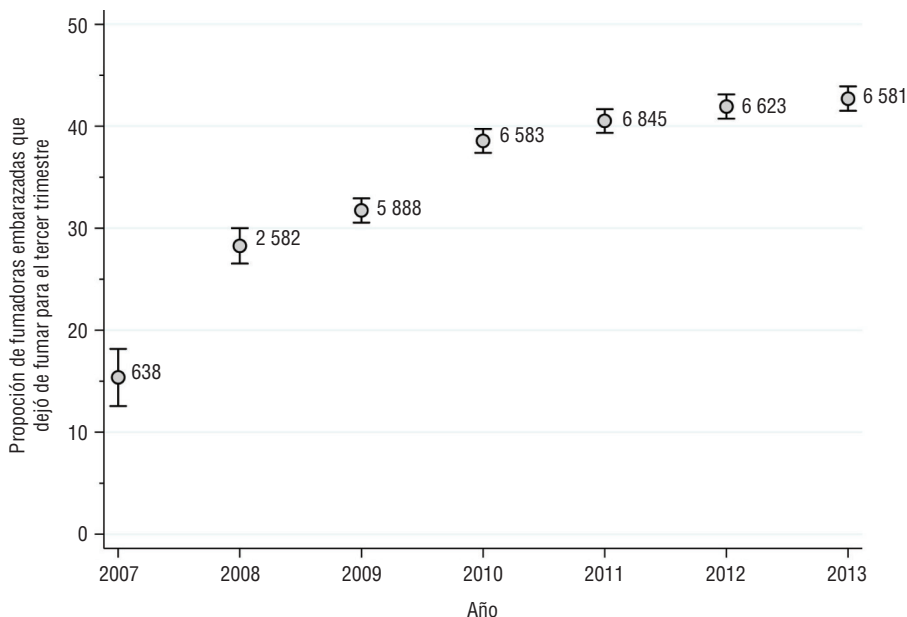


FIGURA 7. Evolución de la tasa media de dejar de fumar entre las fumadoras embarazadas en Uruguay, 2007-2013.



Antes de 2007, se registraba únicamente el hábito de fumar de la embarazada al inicio de la atención prenatal, lo que impedía observar cambios en la conducta durante el embarazo. En virtud de un nuevo sistema implementado a partir de 2007, el hábito de fumar de la mujer comienza a ser registrado en cada trimestre de gestación.

Bajo este nuevo sistema, se obtuvieron datos para más de 250 000 nacimientos entre 2007 y 2013, con aproximadamente 30 000 mujeres fumadoras.

Entre 2007 y 2013, la proporción de mujeres embarazadas fumadoras que dejaron de fumar al llegar al tercer trimestre aumentó de manera notable de 15,4 a 42,7% (figura 7).

En Harris et al. (1) se estimaron modelos para dejar de fumar durante el embarazo en los niveles individual, de proveedor y nacional. La estrategia de identificación dependía fundamentalmente de dos aspectos de la campaña integral antitabaco de Uruguay. En primer lugar, las distintas medidas entraron en vigor y, en algunos casos, dejaron de tener efecto en diferentes momentos desde 2005 en adelante. En segundo lugar, se implementaron ciertas políticas, en particular aquellas dirigidas a mejorar el tratamiento de la dependencia de la nicotina, en diferentes centros de salud que prestan atención prenatal en diferentes momentos.

El análisis sugiere que tanto los impuestos como las medidas distintas a los precios contribuyeron al alza de la tasa de cesación. Las políticas no asociadas con el precio fueron las que tuvieron el mayor impacto. Si bien las intervenciones en el nivel de proveedor, como son los programas de cesación llevados a cabo por los centros de salud, tuvieron un efecto significativo, estos tienen aún un bajo nivel de penetración, que alcanza 25% del total de los centros.

Además, se analizaron diferentes transiciones entre abandonar, recaer y volver a dejar el cigarrillo, para mujeres con al menos dos embarazos. Se observó que, entre las mujeres que habían dejado de fumar en un embarazo anterior, 51,2% se mantuvo como no fumadora, mientras que 48,8% recayó en un embarazo posterior. Sin embargo, dentro del grupo de recaída, la probabilidad de abandonar una vez más fue de 41%. Por último, se analizó el impacto del dejar de fumar durante el embarazo en la salud perinatal, medida a través del peso al nacer, y se halló que dejar de fumar en el tercer

trimestre se asoció con un aumento de 188 gramos en el peso al nacer. Las medidas de control del tabaco no tuvieron efecto sobre el peso al nacer de los recién nacidos de mujeres no fumadoras.

Conclusiones y desafíos

En los trabajos sintetizados en este artículo, se logró demostrar que la campaña antitabaco de Uruguay redujo de manera notoria la prevalencia de fumar en la población general, así como el tabaquismo en dos grupos clave: los jóvenes y las mujeres embarazadas. También ha logrado mejorar la salud de la población, como se evidencia a través del aumento en el peso al nacer en niños de madres fumadoras que dejaron de fumar durante el embarazo. Otros investigadores han mostrado evidencia de mejoras en la salud cardiovascular y respiratoria (11, 12).

Pese a los logros alcanzados, aún hay desafíos por enfrentar: una cuarta parte de la población general de 15 a 64 años sigue fumando. Más de la mitad de las mujeres fumadoras continúan fumando al enterarse que están embarazadas. De las que dejan, casi el 50% vuelve a fumar en su siguiente embarazo.

En cuanto al impacto de las políticas antitabaco específicas, se observó que los impuestos por sí solos no explican la marcada disminución de la prevalencia de tabaquismo adolescente ni la cesación de fumar en las mujeres embarazadas. En el caso de las embarazadas (1), se halló que el conjunto de políticas no vinculadas a los precios explica un mayor porcentaje de la variación en la tasa de cesación durante el embarazo que los impuestos. Si bien los impuestos contribuyeron a la reducción del consumo, es probable que su aporte hubiera sido mayor de haberse mantenido su valor en términos reales luego de 2010. Desafortunadamente, los análisis realizados no tienen el alcance para distinguir impactos diferenciales de cada una de las medidas de política distintas de los impuestos. La eficacia relativa de las medidas antitabaco distintas a los precios sugiere varios caminos de profundización en el control del tabaco, que incluyen la introducción de mayores restricciones al empaquetado, la extensión de los programas de cesación y la implementación de campañas antitabaco en el nivel nacional.

En cuanto a los programas de cesación, si bien han sido muy efectivos en

aquellos centros de salud que firmaron convenios con el FNR (1), su cobertura ha sido relativamente baja. En este sentido, parecería recomendable generar incentivos más fuertes que promuevan un mayor uso de estos programas, como la obligatoriedad de no cobrar copagos.

Para diseñar políticas eficaces dirigidas a reducir la iniciación de tabaquismo, es necesario profundizar el análisis de las fuerzas detrás del impresionante declive de la prevalencia en los jóvenes durante los últimos años, sobre todo si se tiene en cuenta el consumo conjunto de las tres principales sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana y tabaco), así como las potenciales sinergias de políticas específicas de dichas sustancias. El desafío es aún mayor en vistas de la legalización de la marihuana en Uruguay a partir de 2014 (13).

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Harris JE, Balsa AI, Triunfo P. Tobacco control campaign in Uruguay: Impact on smoking cessation during pregnancy and birth weight. *J Health Econ*. 2015;42:186–96. Disponible en: 10.1016/j.jhealeco.2015.04.002 PubMed PMID: 25985121.
- Abascal W, Esteves E, Goja B, Gonzalez Mora F, Lorenzo A, Sica A, et al. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *The Lancet*. 2012;380(9853):1575–82. doi: S0140–6736(12)60826–5 [pii] 10.1016/S0140–6736(12)60826–5 PubMed PMID: 22981904 Acceso el 23 de diciembre de 2016.
- Esteves E, Gambogi R, Saona G, Cenández A, Palacio T. Tratamiento de la dependencia al tabaco: experiencia del Fondo Nacional de Recursos [Treatment of tobacco dependence: experience of the National Resource Fund]. *Rev Urug Cardiol*. 2011; 26(3):78–83.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)- Organización de los Estados Americanos (OEA). Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas, Washington, D.C., 2015. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209> Acceso el 23 de diciembre de 2015.
- Junta Nacional de Drogas (JND). Sexta Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media, Uruguay, 2011. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_estudiantes_2014.pdf Acceso el 23 de diciembre de 2015.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), Argentina. Sexto Estudio Nacional Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media 2014: Boletín No. 1. Patronos y magnitud del consumo: diagnóstico a nivel país. Disponible en: <http://scripts.minplan.gov.ar/octopus/archivos.php?file=4438> Acceso el 23 de diciembre de 2015.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Chile. Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Principales Resultados, 2014. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/PPT-resultados-ENPE-2013-v2.pdf> Acceso el 23 de diciembre de 2016.
- Orellana C. Grado de Cumplimiento de Algunos Aspectos de la Ley Antitabaco en Bares y Restaurantes de Santiago Master's Dissertation. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; 2009. Disponible en: [http://www.parlamento.gub.uy/](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/251/Cecilia_Orellana_Magister_SP_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acceso el 23 de diciembre de 2015.
- Erazo M, Iglesias V, Droppelmann A. Secondhand tobacco smoke in bars and restaurants in Santiago, Chile: evaluation of partial smoking ban legislation in public places. *Tob Control*. 2010;19(6):469–74.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Sistema Informático Perinatal en el Uruguay 15 Años de Datos, 1985–1999. Montevideo: CLAP; 2001:1485.
- Sandoya E, Bianco E. Mortality from smoking and second-hand smoke in Uruguay. *Rev Urug Cardiol*. 2011;26:201–06.
- Kalkhoran S, Sebríé EM, Sandoya E, Glantz SA. Effect of Uruguay's National 100% Smokefree Law on Emergency Visits for Bronchospasm. *AJPM*. 2015;49(1):85–8.
- Poder Legislativo de Uruguay. Ley 19172. Marihuana y sus derivados. Control y regulación del Estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/> Acceso el 23 de diciembre de 2015.

Manuscrito recibido el 24 de diciembre de 2015. Aceptado para publicación, tras revisión, el 31 de marzo de 2016.

**Evaluation of Uruguay's
antismoking campaign:
progress and challenges
at ten years**

ABSTRACT

In 2005, shortly after ratifying the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), Uruguay began an ambitious tobacco control campaign that brought the country to the global forefront in the fight against smoking. The wide range of measures implemented in a relatively short period and the rigorousness with which policies were implemented and enforced have few precedents, even in the most developed countries. This paper presents a synthesis and update of several papers by the authors that evaluate different aspects of the campaign ten years following ratification of the FCTC. In particular, these research studies highlight the campaign's aggregate impact on the drop in prevalence of current tobacco consumption in adult and youth populations, and on decisions by pregnant women to quit smoking (1, 2), as well as the relative impact of tax policies in relation to non-price tobacco control measures. The analyses are based on observational studies (at the population or individual level) that use external (Argentina and Chile) and internal (nonsmokers) control groups. Pending challenges in the design of antismoking policies are also discussed.

Key words

Smoking cessation; tobacco control campaigns; Uruguay.
