



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



142.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 23 al 27 de junio del 2008

Punto 4.16 del orden del día provisional

CE142/23 (Esp.)

22 de mayo del 2008

ORIGINAL: ESPAÑOL

EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DE TABACO: OPORTUNIDADES Y RETOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Justificación

1. De todas las Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Región de las Américas es la que tiene el menor porcentaje (66%) de Estados Miembros que han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (CMCT OMS)¹. En las otras regiones el porcentaje de Estados Partes al Convenio va desde un 76% en AFRO al 100% en WPRO. En cuanto al nivel de implementación de las medidas contenidas en el tratado, si bien ha habido un avance, el mismo es lento.

Antecedentes

2. El tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo² y es responsable de alrededor de un millón de muertes anuales en las Américas. Es factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte y es el único producto legal que mata entre un tercio y la mitad de sus usuarios cuando lo consumen. Pero el tabaco no daña solamente a los fumadores, existe suficiente evidencia científica que avala que la exposición al humo de tabaco ajeno, es causa de enfermedad y muerte en no fumadores.

3. Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes³, el porcentaje de adolescentes de 13 a 15 años que consume tabaco llega en muchos países de la Región a alrededor del 20%. Pero más preocupante aún es que un porcentaje de los adolescentes que no fuma actualmente indica que “definitivamente” o “probablemente” fumaría el siguiente año o si un amigo le ofreciese un cigarrillo. Si a esto se suma la intensa publicidad de la industria tabacalera,

¹ Texto completo del CMCT disponible en línea: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf.

² WHO Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER package. Pg 8.

³ Jóvenes y Tabaco en América Latina y el Caribe. Resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes. http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/emtj_spa2_06062006.pdf.

enfocada principalmente en los jóvenes, vemos que el futuro de éstos en la Región está seriamente amenazado.

4. El uso de tabaco se extendió en el mundo y lo seguirá haciendo, sobre todo en los países en desarrollo, gracias a una combinación de bajos precios, publicidad constante y agresiva, falta de conocimiento de la población en general sobre la magnitud del daño que causa el tabaco y la inconsistencia de las políticas públicas para su control. El CMCT OMS fue desarrollado precisamente en respuesta a esta globalización de la epidemia del tabaquismo.

Análisis: situación en la región del CMCT OMS

5. El CMCT OMS es el primer tratado internacional de salud pública negociado bajo los auspicios de la OMS. Entró en vigor y adquirió carácter vinculante el 27 de febrero de 2005, 90 días después de que el país número 40 lo ratificara. A la fecha 154 países lo han ratificado en todo el mundo, 23 de ellos pertenecientes a la Región de las Américas.⁴ Sin embargo, 12 países de la Región no lo han ratificado aún: Argentina, Bahamas, Costa Rica, Cuba, el Salvador, Haití, Nicaragua⁵, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Surinam y Estados Unidos de América.

6. En relación a la implementación de las medidas del CMCT⁶, en los últimos años ha habido avances significativos en la aprobación de medidas sobre el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco (Art. 11 del CMCT OMS). Países como Uruguay, Chile, Venezuela, Jamaica y Panamá en los últimos tres años han prohibido el uso de términos engañosos como “ligeros” o “suaves” que dan la falsa impresión de que un producto de tabaco es menos nocivo que otro y han establecido que las advertencias deben ocupar no menos del 30% de las superficies de los paquetes. Estos países se han sumado a Canadá y Brasil, países pioneros que cuentan desde hace muchos años con este tipo de regulación. Otros países como Ecuador y México han avanzado en su regulación aunque aún no cumplen con los estándares del CMCT OMS. El cumplimiento de este artículo tiene como fecha límite para su cumplimiento tres años de la entrada en vigor del CMCT OMS para cada Estado Parte. Para la gran mayoría de los países de la Región esta fecha límite se cumple entre 2008 y 2009.

7. También ha habido avances en la creación de ambientes libres de humo de tabaco. Uruguay es el único país en la Región totalmente libre de humo de tabaco en espacios interiores habiendo prohibido completamente fumar en todos los lugares públicos y de trabajo incluyendo bares y restaurantes. A nivel subnacional Canadá y Estados Unidos de América están muy avanzados en este aspecto de forma tal que al momento, el 80% de la población canadiense y el 50% de la población norteamericana vive en jurisdicciones libres de humo de tabaco. Lo mismo ocurre en las provincias Argentinas de Córdoba, Santa Fé y Tucumán.

⁴ <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/index.html>.

⁵ Ratificación aprobada por el Congreso, pendiente depósito de instrumento de ratificación en Naciones Unidas.

⁶ WHO Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER package. Pg 8.y cuestionarios GTCR.

8. En contraste, una medida que es altamente efectiva y en la que no ha habido aún avances significativos en la Región es en el aumento de los impuestos al tabaco y en establecer que la recaudación procedente de ellos tenga fines específicos como por ejemplo programas de control de tabaco, prevención de enfermedades crónicas o promoción de la salud. A la fecha sólo un Estado Miembro aplica impuestos al tabaco que representan más de los dos tercios (66%) del precio final de venta al público y son minoría los Estados que tienen establecido fines específicos para los impuestos a los productos de tabaco.

9. Ante la situación mundial de la epidemia de tabaquismo, a partir del año 2007 la Filantrópica Bloomberg lanzó la Iniciativa Mundial Bloomberg para reducir el uso del tabaco. Esta Iniciativa está enfocada en los 15 países con mayor número absoluto de fumadores. En la Región, los países participantes son Brasil y México. Esto ha representado una excelente oportunidad para poder avanzar la agenda del control de tabaco en estos dos países.

10. Como parte de la Iniciativa Bloomberg, a inicios de este año, la OMS lanzó el paquete de medidas MPOWER⁷. Este paquete proporciona una hoja de ruta claramente definida para ayudar a los países a cumplir con las obligaciones asumidas en virtud del CMCT OMS y en general para que todos los países, independientemente de su condición de Parte o No Parte, combatan la epidemia de tabaquismo y así preserven millones de vidas humanas.

Propuesta: ratificar e implementar el paquete de seis medidas claves del CMCT OMS haciendo uso de la hoja de ruta definida por el MPOWER

11. *Conocer la evolución de la epidemia y de las políticas para combatirla: implementar sistemas de vigilancia y monitoreo y una unidad de coordinación nacional.* Esto es fundamental para que los gobiernos, los líderes de opinión y la sociedad civil puedan lograr el desarrollo de las políticas de control de tabaco, crear capacidad para la efectiva implementación y cumplimiento de estas políticas, y controlar la eficacia de las mismas. Los buenos sistemas de monitorización deben dar seguimiento a varios indicadores, incluyendo:

- a) prevalencia de uso de tabaco.
- b) impacto de la implementación de las medidas.
- c) mercadeo y cabildeo de la industria del tabaco.

⁷ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package.

<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/> **MPOWER**: acrónimo en inglés para las seis medidas claves para el control del tabaco. **Monitor**= Monitoreo del uso de tabaco y de las políticas de prevención; **Protect**= Proteger a la población del humo de tabaco ajeno; **Offer**= Ofrecer ayuda para dejar de fumar; **Warn**= Advertir sobre los peligros del tabaco; **Enforce**= Hacer cumplir las prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; **Raise**= Aumentar los impuestos al tabaco.

12. ***Proteger a la población del humo de tabaco: prohibir fumar en todos los ambientes cerrados públicos y de trabajo.*** La evidencia científica muestra que no existe un nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno. La Conferencia de las Partes (COP) al CMCT⁸, la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer de la OMS⁹, el Cirujano General de los EEUU¹⁰ y el Comité Científico sobre Tabaco o Salud del Reino Unido¹¹ todos coinciden en que la exposición al humo de tabaco ajeno contribuye a una amplia variedad de enfermedades en adultos y niños, incluyendo enfermedades cardíacas, cánceres y síndrome de muerte súbita del recién nacido. La única medida efectiva para proteger a la población del humo de tabaco ajeno, es la prohibición total del consumo de tabaco en lugares públicos y lugares de trabajo cerrados. Ni la ventilación, ni la separación de fumadores y no fumadores en lugares compartidos son efectivas. En este sentido, la OMS y la COP han delineado recomendaciones¹² y directrices¹³ específicas para la implementación de esta medida. Cada vez es mayor la cantidad de evidencia científica que muestra rápidos beneficios para la salud como resultado de los ambientes libres de humo de tabaco, fundamentalmente en lo que refiere a la disminución de la incidencia de eventos cardiovasculares agudos y problemas respiratorios^{14 15}. Por último es importante destacar que contrariamente a lo que afirma la industria tabacalera, estas medidas no generan un impacto negativo en las ganancias de bares y restaurantes¹⁶.

13. ***Ayudar a quienes quieren dejar de consumir tabaco: ofrecer servicios de cesación de tabaquismo.*** La nicotina contenida en el tabaco es una droga altamente adictiva. Entre aquellos fumadores que están concientes de los daños, tres de cada cuatro quieren dejar de fumar, pero como sucede con la mayoría de las adicciones, es difícil para la mayoría lograrlo. Si bien la prevención es fundamental, debe recordarse que la mayor carga de mortalidad a corto y mediano plazo, se dará en aquellos que son fumadores al momento actual. Por esta razón, dentro de un programa de control de tabaco tres tipos de intervenciones deberían tenerse en cuenta:

⁸ http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf Último acceso 7 de Abril 2008.

⁹ <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf> Último acceso 7 de Abril 2008.

¹⁰ <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf> Último acceso 7 de Abril 2008.

¹¹ http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101475.pdf Último acceso 7 de Abril 2008.

¹² http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol_recommendations/en/index.html último acceso mayo 2008.

¹³ http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_7-sp.pdf último acceso mayo 2008.

¹⁴ Patrick Goodman¹, Michelle Agnew², Marie McCaffrey³, Gillian Paul⁴, and Luke Clancy⁵ Effects of the Irish Smoking Ban on Respiratory Health of Bar Workers and Air Quality in Dublin Pubs AJRCCM Articles in Press. Published on January 4, 2007 as doi:10.1164/rccm.200608-1085OC.

¹⁵ Carl Bartecchi, Robert N. Alsever, Christine Nevin-Woods, William M. Thomas, Raymond O. Estacio, Becki Bucher Bartelson and Mori J. Krantz Reduction in the Incidence of Acute Myocardial Infarction Associated With a Citywide Smoking Ordinance DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.615245.

¹⁶ Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of the Smoke Free policies on the hospitality industry. Tob. Control 2003, 14 (2):73-74.

- a) consejería para la cesación del tabaquismo incluido en los servicios de atención primaria de la salud;
- b) líneas telefónicas para cesaciones fácilmente accesibles y gratuitas;
- c) acceso a bajo costo a terapias farmacológicas.

14. ***Advertir a la población sobre los peligros del tabaco: establecer advertencias sanitarias gráficas enérgicas.*** Muchas personas no son concientes que no existe un nivel mínimo de consumo de tabaco que no sea dañino para la salud, ya que este no es el caso para otras conductas de riesgo. La mayoría de los consumidores de tabaco solo identifican al cáncer de pulmón como enfermedad asociada al tabaquismo, y desconocen su relación con otras enfermedades como infarto de miocardio, enfermedad respiratoria crónica y otros tipos de cánceres. Para la industria del tabaco, el empaquetado es un importante medio de comunicación con sus clientes, tanto más importante cuanto más restringida estén la publicidad y promoción. La experiencia en países como Brasil y Canadá que han adoptado los pictogramas hace muchos años muestra que más de la mitad de los fumadores en ambos países han pensado más o han cambiado su actitud en relación a las consecuencias para la salud de fumar como consecuencia de las advertencias. En Brasil el 67% de los fumadores afirman que las advertencias los han hecho pensar en dejar de fumar y en Canadá el 27% de los fumadores fuman menos en sus hogares al estar más concientizados de los daños a los otros¹⁷.

15. ***Proteger a la población de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.*** Vender un producto que mata hasta la mitad de sus consumidores requiere una habilidad de mercadeo extraordinaria. Públicamente la industria tabacalera afirma que sus esfuerzos de mercadeo no están dirigidos a atraer nuevos consumidores, sino a ganar mayores porciones de mercado lo cual luego es claramente desmentido por sus propios documentos internos salidos a luz por orden judicial. El mensaje del Día Mundial Sin Tabaco de este año está centrado justamente en esto: “romper la red de promoción de los productos de tabaco” a fin de proteger a los jóvenes de esta amenaza. Para ser efectivas, las prohibiciones deben ser amplias incluyendo todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio por cualquier medio. Estudios realizados a nivel nacional han mostrado que luego de una prohibición amplia de la publicidad del tabaco, el consumo cae hasta en un 16 por ciento^{18 19 20},

¹⁷ http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/tab_paq_principal.htm último acceso mayo 2008.

¹⁸ Smee C et al. Effect of tobacco advertising on tobacco consumption : a discussion document reviewing the evidence. London. Economic and Operational Research Division, Department of Health, 1992. Citado en WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

¹⁹ Country profiles. Fifth WHO seminar for a Tobacco-Free Europe. WHO Regional Office for Europe Warsaw, 26-28 October 1995 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. Citado en The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

16. ***Disminuir la asequibilidad del tabaco principalmente para los jóvenes: aumentar los impuestos.*** El aumento de los impuestos al tabaco es de las formas más efectivas para disminuir el uso de tabaco especialmente entre los jóvenes y las personas más pobres. Asignar la recaudación por concepto de estos impuestos a programas de control de tabaco y/u otros programas sociales o de salud, aumenta aún más su popularidad y contrarresta cualquier efecto 'recesivo' que se quiera adjudicar a la medida. En el pasado se pensaba que la naturaleza adictiva del tabaco haría que los fumadores siguieran fumando en igual medida independientemente del precio del producto. Sin embargo, cada vez más estudios demuestran que la demanda de tabaco se ve fuertemente influenciada por los precios. Y en general puede decirse que en los países de ingreso medio y bajo, un aumento de precios del 10% generará una caída del consumo del 8%. Esta caída del consumo, contrariamente a lo afirmado por la industria del tabaco, no alcanza para disminuir la recaudación fiscal. Tampoco el aumento de precios necesariamente aumenta el contrabando de estos productos²¹. Esto ha sido comprobado en varios países del mundo, incluyendo al menos seis países en las Américas²².

Intervención del Comité Ejecutivo

17. Se solicita al Comité Ejecutivo que considere
- la importancia de que los Estados Miembros que aún no lo han hecho, ratifiquen el CMCT OMS;
 - instar a los Estados Miembros Partes o No Partes al CMCT OMS, a que implementen el paquete de medidas contenidas en la hoja de ruta MPOWER de OMS;
 - instar a los Estados Miembros a crear o fortalecer una unidad coordinadora nacional para la implementación de las medidas claves del Convenio, y a participar activamente de instancias subregionales tanto a nivel de los organismos de integración subregional, como de la Red Ibero-Americana de Control del Tabaco lanzada por Brasil en mayo del 2007;
 - la importancia de que los Estados Miembros exploren nuevas oportunidades de financiamiento por parte de donantes privados;
 - la adopción de una resolución sobre los puntos anteriores.

- - -

²⁰ Jha, P, Chaloupka FJ. Curbing the Epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington DC World Bank, 1999 . Citado en WHO Report o n the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

²¹ Curbing the epidemic cit up supra Capitulo 4.

²² http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/tab_estudios_Mercosur.htm Último acceso 7 de abril de 2008.