



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 43.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO 53.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

*Washington, D.C., EUA, 24 al 28 de septiembre de 2001*

*Punto 4.9 del orden del día provisional*

CD43/13 (Esp.)  
18 julio 2001  
ORIGINAL: INGLÉS

### CONVENIO MARCO PARA LA LUCHA ANTITABÁQUICA

El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de muerte en las Américas y en el mundo. Al menos 845.000 personas mueren por causa del consumo de tabaco cada año en las Américas. A pesar de un consenso cada vez mayor sobre las maneras de reducir el consumo de tabaco que son más eficaces en función de los costos, el estancamiento de las tasas de tabaquismo en la Región indica que la respuesta a la epidemia de tabaquismo ha sido insuficiente. Fuera de Canadá y Estados Unidos, ningún país ha implantado el conjunto integral de normas legislativas y fiscales que, según se ha comprobado, son más eficaces para reducir el consumo de tabaco, y pocos países han dedicado los recursos suficientes a las actividades de lucha antitabáquica.

La industria tabacalera ha puesto grandes obstáculos al progreso al promover temores en cuanto a las posibles consecuencias económicas negativas del control del consumo de tabaco y al alegar que no funcionan las correspondientes medidas de control. En su mayor parte la promoción del tabaco no está reglamentada y sigue atrayendo a nuestros niños, haciéndoles creer que el consumo de tabaco es algo elegante y parte normal de crecer.

La elaboración de un tratado internacional para abordar el consumo de tabaco, el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLAT), constituye una oportunidad singular de combatir dicho problema a nivel mundial. Aunque algunos Estados Miembros se han preparado activamente para las negociaciones del CMLAT, muchos no han participado en ellas o no han elaborado la posición nacional al respecto.

La preparación para el CMLAT requerirá que todos los Estados Miembros examinen sus políticas y programas nacionales para el control del consumo de tabaco e inicien debates nacionales multisectoriales a fin de elaborar la posición nacional. Se insta a los Estados Miembros a que aprovechen el proceso del CMLAT para identificar áreas prioritarias y fuentes de financiamiento nacionales innovadoras para el control del consumo de tabaco, y para determinar la mejor manera en que la cooperación técnica puede ayudarles a avanzar a nivel nacional y como parte del proceso de negociación de dicho convenio.

El Comité Ejecutivo, en su 128.<sup>a</sup> sesión, recalcó la necesidad de que los Estados Miembros participen en el proceso del CMLAT y fortalezcan sus políticas de control del tabaquismo; también destacó que se deben aumentar los recursos que la OPS y los Estados Miembros destinan a dicho control. El Comité aprobó la resolución CE128.R9 con la finalidad de someterla a la consideración del Consejo Directivo.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción .....	3
2. Situación actual: ¿dónde estamos? .....	4
2.1 El consumo de tabaco: la causa principal de muerte en las Américas .....	4
2.2 El nivel de consumo de tabaco es desigual en las poblaciones .....	4
2.3 El tabaco daña la salud de la familia .....	5
2.4 Es preciso fortalecer la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud .....	5
2.5 Las respuestas nacionales pueden mejorar .....	7
3. Prácticas óptimas basadas en pruebas: ¿a dónde debemos dirigirnos? .....	8
3.1 Impuesto al tabaco .....	9
3.2 Restricciones a la promoción del tabaco .....	10
3.3 Restricciones al acto de fumar .....	10
3.4 Otras medidas de reducción de la demanda .....	11
3.5 Control del contrabando .....	11
3.6 Repercusión en la salud pública .....	12
3.7 Repercusión económica .....	12
4. Cierre de la brecha entre el potencial y la realidad: medidas propuestas .....	12
4.1 Medidas por parte de los Estados Miembros .....	12
4.2 Medidas de la Oficina .....	13
5. Repercusiones financieras .....	14
6. Temas claves para el debate .....	15
6.1 Cómo contrarrestar la oposición de las empresas tabacaleras y sus aliados .....	16
6.2 Creación de apoyo a las prioridades de política .....	17
6.3 Participación de otros sectores públicos .....	18
7. Intervención del Consejo Directivo .....	18
Anexo: Resolución CE128.R9	

## **EL CONVENIO MARCO PARA LA LUCHA ANTITABÁQUICA: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA SALUD PÚBLICA DE LAS AMÉRICAS**

### **1. Introducción**

La epidemia de tabaquismo es un singular problema de salud pública. La naturaleza y el alcance de la epidemia son bien conocidos e inigualables en los tiempos modernos. Los productos de tabaco son adictivos para la mayoría de los usuarios, y la mayor parte de la adicción empieza en la adolescencia. Por el contrario, los mecanismos para reducir el consumo de tabaco son bien conocidos y resultan sumamente eficaces en función de los costos en relación con otras medidas sanitarias preventivas y con los devastadores costos del consumo de tabaco tanto para la salud como económicos.

A pesar de esta situación apremiante, han sido insuficientes las medidas tomadas para desacelerar o hacer retroceder la epidemia. Si bien es verdad que ha aumentado nuestro conocimiento del daño económico y para la salud que causa el consumo de tabaco, y de las respuestas más eficaces en función de los costos, ha quedado a la zaga la acción basada en este conocimiento.

Esta paradoja puede ser explicada por varios factores. Primero, los efectos más graves del consumo de tabaco en la salud generalmente no se manifiestan hasta después de varios años, aunque su desarrollo puede empezar en etapa relativamente temprana. Segundo, las enfermedades relacionadas con el tabaco no son transmisibles y, por consiguiente, no se percibe que sean de propagación rápida, aunque basándonos en la vigorosa promoción de los productos de tabaco podemos, sin duda alguna, afirmar que la adicción al tabaco es de transmisión social. Finalmente, el vector de la enfermedad es una industria sumamente lucrativa y políticamente influyente que se opone activamente a las medidas eficaces para reducir su fuerza y desafía los enfoques tradicionales de salud pública. La epidemia de tabaquismo no será detenida por médicos, profesores ni investigadores, sino por políticos y líderes de opinión.

En este contexto, es necesario que los Estados Miembros apliquen enfoques innovadores de salud pública y una voluntad política sostenida para reducir significativamente las enfermedades causadas por el tabaco.

La elaboración de un tratado internacional para abordar el consumo de tabaco, el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLAT), constituye una oportunidad singular de movilizar a nivel mundial nuevas herramientas de salud pública para combatir dicho problema. Además, alentará a los Estados Miembros de la OPS y la OMS a que examinen y prioricen sus respuestas nacionales frente a la epidemia de tabaquismo

e intercambien experiencias con otros Estados Miembros a fin de determinar mecanismos coordinados para apoyar la acción nacional.

Se necesita el compromiso de actuar para procurar que los niños crezcan en un ambiente libre de incitaciones a fumar, que los adultos que quieren dejar de fumar reciban apoyo para hacerlo y que los no fumadores sean protegidos de los efectos perjudiciales de la exposición involuntaria al humo del tabaco.

## **2. Situación actual: ¿dónde estamos?**

### **2.1 *El consumo de tabaco: la causa principal de muerte en las Américas***

El consumo de tabaco es el principal factor de carácter prevenible que causa la muerte en las Américas y el mundo. Cada año, al menos 845.000 personas mueren por su causa en las Américas. El consumo de tabaco causa un tercio de las defunciones por cardiopatía y cáncer en la Región. La adicción al tabaco empieza generalmente en la adolescencia: en la mayoría de los países de la Región, más de 70% de los fumadores comenzaron a fumar antes de los 18 años. La mitad de los fumadores empedernidos morirán debido al tabaquismo, y la mitad de estas defunciones ocurrirán en la edad madura.

Las tasas de tabaquismo varían mucho en la Región, registrándose la prevalencia más baja en los países de Centroamérica y algunos del Caribe, y la más alta en los países del Cono Sur, en particular Argentina y Chile. La prevalencia del tabaquismo en la mayoría de los países ha permanecido razonablemente estable durante el decenio pasado, habiendo experimentando disminuciones sostenidas solamente en Canadá y Estados Unidos (figura 1). Sin embargo, el consumo per cápita regional ha disminuido a juzgar por las ventas lícitas de productos de tabaco. Es difícil saber si esto representa una verdadera disminución en todo el consumo o solo un cambio distributivo para aprovechar el contrabando. Por ejemplo, un informe reciente del Perú indica que en los cuatro últimos años se ha cuadruplicado el contrabando del tabaco, lo cual puede explicar por qué, según las cifras oficiales, ha permanecido bajo el consumo per cápita en ese país.

### **2.2 *El nivel de consumo de tabaco es desigual en las poblaciones***

Aunque en la mayoría de los países americanos la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres es menor que entre los hombres, hay indicios de que puede estar aumentando el consumo de tabaco de aquellas. Además, debido a las altas tasas de prevalencia masculina, las mujeres están expuestas al humo del tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. En 1998 en México, 61% de las mujeres no fumadoras indicaron que estaban expuestas al humo de tabaco en el ambiente, mientras que solo 39% de los hombres no fumadores indicaron lo mismo.

**Figura 1. Prevalencia de tabaquismo por sexo, Región de las Américas  
(porcentaje de los que consumieron tabaco en el mes anterior a la encuesta)**

	SEXO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ARGENTINA	M										46,8
	F										34,0
	<b>Total</b>										<b>40,1</b>
BOLIVIA	M			38,2				45,6		42,7	
	F			14,3				21,0		18,1	
	<b>Total</b>			<b>24,9</b>				<b>31,1</b>		<b>29,8</b>	
CANADÁ	M					32,9		31,5			27,0
	F					28,3		26,3			23,0
	<b>Total</b>					<b>30,5</b>		<b>28,9</b>			<b>25,0</b>
CHILE	M					45,4		45,4		47,2	
	F					36,2		36,5		35,5	
	<b>Total</b>					<b>40,5</b>		<b>40,4</b>		<b>40,9</b>	
COLOMBIA	M			29,2				25,2			
	F			14,3				12,1			
	<b>Total</b>			<b>21,3</b>				<b>18,6</b>			
COSTA RICA	M	28,6						28,6			
	F	8,8						6,6			
	<b>Total</b>	<b>18,7</b>						<b>17,6</b>			
ECUADOR	M							ND			
	F							ND			
	<b>Total</b>							<b>28,3</b>			
ESTADOS UNIDOS	M		35,2	34,1	32,2	31,5	31,0	31,1	31,2	29,7	
	F		31,1	30,0	27,3	26,0	26,8	26,7	28,2	25,7	
	<b>Total</b>		<b>33,0</b>	<b>31,9</b>	<b>29,6</b>	<b>28,6</b>	<b>28,8</b>	<b>28,9</b>	<b>29,6</b>	<b>27,7</b>	
MÉXICO	M				38,3						42,9
	F				14,2						16,3
	<b>Total</b>		<b>25,8</b>		<b>25,1</b>						<b>27,7</b>
PANAMÁ	M		21,7								
	F		7,4								
	<b>Total</b>		<b>14,2</b>								
PERÚ	M						44,2		48,3	41,5	
	F						20,0		20,7	15,7	
	<b>Total</b>						<b>31,7</b>		<b>33,1</b>	<b>27,8</b>	
URUGUAY	M										38,0
	F										26,0
	<b>Total</b>										<b>32,0</b>

ND = no hay datos.

Fuente: OPS, *El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá*, 2000 (se han agregado datos actualizados).

En lo referente al consumo de tabaco entre diferentes grupos socioeconómicos, los datos regionales de los países en desarrollo son variados. En Perú y Bolivia, el tabaquismo sigue siendo más prevalente en los grupos socioeconómicos más altos que en los más bajos, mientras que en Chile y Colombia se observa la situación inversa. Esto puede poner de manifiesto la misma tendencia que experimentaron los países desarrollados, donde las tasas de tabaquismo al principio eran más elevadas en los niveles socioeconómicos más altos. A medida que las personas instruidas y con ingresos superiores respondieron a la información de salud pública, sus tasas de prevalencia descendieron, mientras que los grupos de bajo nivel socioeconómico empezaron a fumar en mayores cantidades. Es importante entender esta tendencia para ayudar a impedir que se repita en los países en desarrollo.

### **2.3 *El tabaco daña la salud de la familia***

El consumo de tabaco afecta a los niños y las familias de diversas maneras. En las familias de bajos ingresos, la compra de productos de tabaco resta dinero de los alimentos, la vivienda y otros elementos necesarios. La exposición de cónyuges e hijos al humo de tabaco en el ambiente doméstico es motivo de gran preocupación. En Argentina, 70% de los niños en edad escolar están expuestos al humo de tabaco en el hogar. La tasa de exposición es de 60% en Chile y Suriname, y de casi 50% en Bolivia, México y Venezuela. Además de causar asma, bronquitis, neumonía e infecciones del oído en los niños y cáncer del pulmón y cardiopatía en los adultos, el humo de tabaco en el ambiente tiene una repercusión enorme sobre la salud perinatal. La exposición del feto al tabaquismo de la madre o en torno a ella aumenta enormemente el riesgo de aborto espontáneo, complicaciones del parto, bajo peso al nacer y problemas de desarrollo. El humo de tabaco en el ambiente es causante de hasta 40% de los casos de muerte súbita del lactante.

### **2.4 *Es preciso fortalecer la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud***

La OPS reconoce la necesidad de actuar con miras a apoyar las actividades destinadas a reducir el consumo de tabaco y ha aumentado su capacidad de respaldar a los Estados Miembros. La creación de un puesto de tiempo completo dedicado al tabaquismo en el Programa para complementar el puesto existente de abuso de sustancias, junto con un mayor financiamiento extrapresupuestario, le ha permitido a la OPS apoyar la participación de los Estados Miembros en las reuniones del CMLAT, formular nuevas normas para la vigilancia y la política e impartir adiestramiento en vigilancia y formulación de políticas. Sin embargo, según se describe más adelante, se requerirán recursos considerablemente mayores para apoyar adecuadamente la cooperación técnica en los meses y años venideros.

## **2.5 *Las respuestas nacionales pueden mejorar***

Aunque los Estados Miembros de la OMS todavía no han determinado el contenido del CMLAT,<sup>1</sup> los temas que se abordan en el presente documento se encuentran entre los que los Estados Miembros de la OPS deben considerar al examinar las respuestas nacionales.

Aproximadamente, 25 países de la Región han asistido por lo menos a una reunión del CMLAT, entre ellas la primera y la segunda reuniones del Órgano de Negociación Intergubernamental, celebradas respectivamente en octubre de 2000 y mayo de 2001. Pero es mucho menor el número de países que han formulado la posición nacional con relación al CMLAT o han invertido recursos para participar en la elaboración de este. La tercera reunión del Órgano se celebrará del 22 al 28 de noviembre de 2001 en Ginebra, Suiza.

El fracaso en la reducción de la prevalencia del tabaquismo durante el último decenio demuestra la necesidad de reforzar las actividades de lucha antitabáquica que realizan los Estados Miembros. Entre las medidas más eficaces para reducir el consumo del tabaco, que se describen detalladamente más abajo, figuran los aumentos de impuestos al tabaco, las prohibiciones a la promoción del tabaco, y las prohibiciones y restricciones del acto de fumar en lugares públicos. Mientras que algunos países han fortalecido sus controles reglamentarios de la promoción y consumo del tabaco, es probable que estos cambios tengan una repercusión mínima porque no son suficientemente integrales y contienen lagunas jurídicas que ponen en peligro su intención.

Recientemente, Brasil ha implantado restricciones integrales a la promoción del tabaco y ha impartido adiestramiento sobre control del consumo de tabaco a su personal municipal de salud pública. Es probable que estas dos medidas tengan una repercusión positiva; sin embargo, todavía no se ha evaluado su efecto. Cuba es el único país de la Región que prohíbe totalmente la promoción directa e indirecta de los productos de tabaco.

Algunos países, entre ellos Brasil y Chile, registran una incidencia tributaria del tabaco (la proporción del precio al menudeo correspondiente al impuesto) de 70% o más. Sin embargo, aun en estos países los productos de tabaco siguen siendo asequibles en relación con otros artículos de consumo. En Chile, una cajetilla de cigarrillos Marlboro tiene un precio equivalente al 60% del precio de una hamburguesa Big Mac; en

---

<sup>1</sup> El Presidente del Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el CMLAT, basado en las conversaciones con los Estados Miembros, redactó un proyecto del texto del Convenio que se puede descargar en: <http://www.who.int/wha-1998/Tobacco/INB2/spanishINB2.htm>. Las negociaciones de la segunda reunión del Órgano se basaron en dicho documento. Antes de la tercera reunión, en el sitio web de la OMS se publicará una versión revisada que incorporará las propuestas de los Estados Miembros.

Colombia, a menos de la mitad; y en Venezuela, a un tercio del precio de la hamburguesa y a la mitad de lo que cuesta un kilogramo de pan. Dicho de otra manera, los cigarrillos son más baratos que la comida.

Solo Canadá y Estados Unidos han progresado significativamente en la aplicación de varios tipos importantes de intervención de reconocida eficacia para reducir el consumo de tabaco.

Por muchos años, los impuestos al tabaco del Canadá se encontraban entre los más altos del mundo, lo cual dio lugar a notables disminuciones del consumo per cápita y del tabaquismo entre la juventud. Pese a que la disminución significativa de los impuestos al tabaco a mediados de los años noventa desaceleró estas disminuciones, el país ha logrado una reducción de 19% de la prevalencia del tabaquismo desde 1994, y de 50% si se cuenta a partir del comienzo de los años sesenta, cosa que constituye un notable logro de salud pública.

Canadá ha logrado estos buenos resultados gracias a una combinación estratégica de legislación que incluye la prohibición del acto de fumar en diversos sitios; restricciones a la promoción de los productos de tabaco; la exigencia de colocar advertencias sanitarias gráficas, sumamente notables (abarcan 50% de la superficie del paquete) y de carácter rotatorio; y aplicación de políticas impositivas destinadas a aminorar la demanda de los productos de tabaco. Todo ello se ha respaldado mediante amplias campañas de educación e información del público. La experiencia canadiense demuestra que la demanda del tabaco se puede reducir sin que se produzcan ajustes repentinos de la oferta, a pesar de las afirmaciones de la industria tabacalera en el sentido de que ello acarrea efectos negativos en los empleos y la economía del sector.

Varios estados de los Estados Unidos han puesto en práctica programas integrales de control del consumo de tabaco que han producido disminuciones significativas en el consumo de tabaco y en las enfermedades relacionadas con éste. Dos estados (California y Massachusetts) redujeron el tabaquismo de las mujeres embarazadas hasta tal punto que los ahorros en costos médicos compensan los costos de todo el programa de control del consumo de tabaco. Datos recientemente publicados indican que el programa de control del consumo de tabaco de California evitó más de 33.000 defunciones por cardiopatía entre 1989 y 1997, y cerca de 4.000 casos de cáncer del pulmón solamente en el año 2000. Estas experiencias demuestran no solo que los beneficios del control del consumo de tabaco son cuantificables, sino que pueden obtenerse rápidamente.

### **3. Prácticas óptimas basadas en pruebas: ¿a dónde debemos dirigirnos?**

Las metas de la lucha contra el tabaquismo comprenden lograr que los niños crezcan en un ambiente sin incitaciones a fumar, que los adultos que quieran dejar de fumar reciban apoyo para hacerlo y que los no fumadores sean protegidos de los efectos

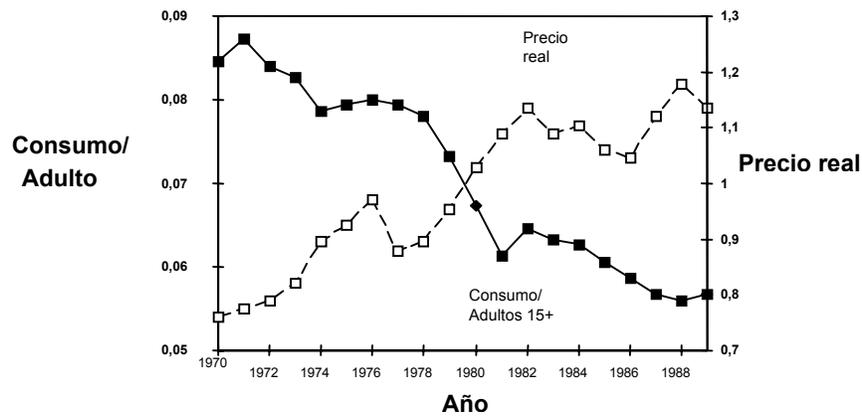
perjudiciales de la exposición involuntaria al humo del tabaco. Aunque estas metas son diferenciadas, se abordan de manera más eficaz mediante las mismas medidas de control.

Hay un firme consenso en cuanto a las medidas más eficaces en función de los costos para reducir el consumo de tabaco. Gran parte de las pruebas se resumen en el informe del Banco Mundial de 1999 *La epidemia del tabaco: Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco* (publicado en español por la OPS: Publicación Científica No. 577, 1999). En él se llega a la conclusión de que las iniciativas integrales de política, en particular los aumentos de impuestos al tabaco, las prohibiciones de la promoción del tabaco y la creación de espacios donde no se fuma, son las maneras más eficaces de alcanzar las metas mencionadas.

### 3.1 *Impuesto al tabaco*

La medida más eficaz para reducir el consumo de tabaco es la política tributaria. Hay una estrecha relación entre el consumo per cápita de los productos de tabaco y el precio real (por ejemplo, véase la experiencia de Sudáfrica que se presenta en la figura 2). En los países desarrollados, un aumento de 10% del precio real de los productos de tabaco dará lugar a una disminución del consumo per cápita de cerca de 4%. En América Latina y el Caribe, el consumo descendería a cerca de 8%. En otras palabras, esta sola medida daría lugar a que otros cuatro millones de fumadores de dicha región dejaran de fumar y se salvaran un millón de vidas. Esto no incluye la repercusión de disuadir de fumar a los fumadores potenciales o de alentar a los fumadores a que fumen menos.

**Figura 2. Precios reales y consumo de cigarrillos. Sudáfrica, 1970-1989**



Fuente: Banco Mundial. *La epidemia del tabaco: Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, D.C., OPS, 1999 (Publicación Científica No. 577).

Los impuestos son aún más eficaces en los grupos de bajos ingresos y los jóvenes, que tienen menos ingreso disponible y son mucho más sensibles a los precios que la población en general. La repercusión de la política tributaria en el consumo del tabaco no tiene igual con ninguna otra medida evaluada. A un costo de entre US\$ 4 y \$34 por año de vida ahorrado en la mayoría de los países de la Región, los impuestos se hallan entre las medidas de salud pública más eficaces en función de los costos, equivalentes a la inmunización de la niñez y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos han comprobado que la repercusión de los impuestos al tabaco puede fortalecerse mediante el uso de estos ingresos tributarios para reemplazar el patrocinio de las empresas tabacaleras con promoción de la salud o para financiar medidas integrales de control del consumo de tabaco. En Estados Unidos, los estados que han implantado programas de control financiados por impuestos al tabaco han experimentado disminuciones del consumo mucho mayores que el promedio nacional.

### **3.2 *Restricciones a la promoción del tabaco***

La promoción del tabaco, incluida la publicidad directa, la publicidad de nombres comerciales del tabaco mediante el patrocinio de actos, otros bienes y servicios, y promociones como los obsequios, influye en el consumo del tabaco. La promoción también es un factor importante que contribuye al inicio del tabaquismo. Las pruebas indican que las restricciones integrales (prohibición completa o casi completa) a la promoción del tabaco reducen el consumo. En cambio, las restricciones parciales tienen poca o ninguna repercusión sobre el consumo.

### **3.3 *Restricciones al acto de fumar***

Las restricciones al acto de fumar en los lugares públicos y de trabajo reducen tanto la prevalencia del tabaquismo como el consumo general por parte de los fumadores. Además, dichas restricciones son las manifestaciones más visibles de las normas cambiantes de una sociedad con respecto al consumo de tabaco. Los jóvenes que se crían en espacios sin tabaco tienen mayores probabilidades de considerar el consumo de tabaco como algo poco común y socialmente inadmisibles. Si se prohíbe el acto de fumar en los entornos sociales que son de gran importancia para muchos adolescentes que ya casi son adultos jóvenes, el fumar pierde su condición de "rito iniciático" para pasar a la edad adulta. Por este motivo, los espacios libres del humo de tabaco son una herramienta crucial de mercadeo social para el control del consumo de tabaco.

### **3.4 *Otras medidas de reducción de la demanda***

La información al consumidor y la educación del público pueden aumentar la conciencia sobre los efectos que tiene en la salud el consumo de tabaco y motivar a los fumadores a que dejen el hábito. Las estrategias comprenden divulgación de los resultados de las nuevas investigaciones, campañas de los medios de comunicación de masas para informar y cambiar actitudes y mensajes de salud en los paquetes de tabaco. En Estados Unidos, se han usado con todo éxito campañas sostenidas y bien financiadas, difundidas por los medios de comunicación de masas, para apoyar programas integrales de control del consumo de tabaco. Los mensajes de salud que aparecen en paquetes de tabaco y son claros, grandes y conspicuos, han motivado intentos de cesación en Australia, Canadá y Polonia. Sin embargo, estas estrategias funcionan mejor en combinación con esfuerzos comunitarios y con un marco sólido de política nacional.

También es eficaz el apoyo directo a fumadores que quieren dejar de fumar y ello requiere acceso a tratamientos conductuales y farmacéuticos asequibles para la adicción al tabaco. La prestación de tales servicios, que actualmente son limitados en la Región, implica el desarrollo de sistemas sanitarios que faciliten el acceso a profesionales de la salud adiestrados que proporcionen el tratamiento necesario; cubran el costo de los tratamientos farmacéuticos en el marco de planes de seguro gubernamentales y privados; provean ciertos tratamientos farmacéuticos sin prescripción; y brinden apoyo y patrocinio a organizaciones de salud sin fines de lucro para proporcionar servicios de orientación comunitaria.

### **3.5 *Control del contrabando***

Las iniciativas descritas anteriormente apuntan a reducir la demanda de tabaco. La única intervención eficaz encaminada a reducir la oferta es el control del contrabando porque, al disponer de productos de tabaco más baratos pasados de contrabando, se socava la repercusión que puedan tener los impuestos sobre el consumo de tabaco.

El contrabando a menudo se usa como argumento de que los gobiernos no deberían aumentar los impuestos al tabaco. Sin embargo, el factor predictivo más sólido del contrabando no lo constituyen las diferenciales tributarias sino el grado de corrupción en una jurisdicción dada. Existen métodos eficaces para controlar el contrabando, y los gobiernos deben considerar tales controles como parte integrante de un programa eficaz de control del consumo de tabaco. Además, como los contrabandistas de cigarrillos a menudo usan las redes existentes de contrabando, los controles también ayudarán a los países a reducir el contrabando de otros productos.

### **3.6 *Repercusión en la salud pública***

Cabe prever que un conjunto de medidas de control del consumo de tabaco que no estuvieran relacionadas con el precio de los productos, incluidas la mayoría de las iniciativas mencionadas anteriormente, daría lugar a disminuciones en la prevalencia de entre 2% y 10% exclusivamente como resultado de que los fumadores actuales dejaran el hábito. Esto se traduciría en 2.000.000 a 10.000.000 de fumadores menos y 500.000 a 2.000.000 menos de defunciones relacionadas con el tabaquismo en América Latina y el Caribe. Combinadas con un aumento de precios de solo 10%, estas medidas podrían prevenir un escalonamiento de 1,5 millones a 3 millones de defunciones tan solo con persuadir a un mayor número de fumadores actuales de que dejen el hábito. En realidad, se salvarían más vidas debido a que menos fumadores potenciales pasarían a serlo y los fumadores actuales disminuirían el consumo.

### **3.7 *Repercusión económica***

Si bien la repercusión beneficiosa en la salud pública que tienen las medidas de control del consumo de tabaco debería ser razón suficiente para adoptarlas, muchos gobiernos han expresado inquietud en cuanto al efecto de la reducción del consumo de tabaco en la economía. Afortunadamente, las metas de control del consumo de tabaco y el bienestar económico son muy compatibles.

Numerosos estudios han revelado que la reducción o eliminación del consumo de tabaco no tendrá ninguna repercusión económica negativa para la gran mayoría de los países, y en algunos casos serán beneficiosas. Cuando las personas no gastan dinero en el tabaco, lo gastan en otras cosas, la mayoría de las cuales imponen mucho menos costos a la sociedad que el tabaco.

Brasil, que ocupa el cuarto lugar entre los principales productores de tabaco del mundo y el segundo como exportador, se ha comprometido a tomar fuertes medidas para reducir el consumo, reconociendo que las metas de la lucha antitabáquica y una economía sana son compatibles.

## **4. Cierre de la brecha entre el potencial y la realidad: medidas propuestas**

### **4.1 *Medidas por parte de los Estados Miembros***

Para que los Estados Miembros logren proteger a los niños de la comercialización del tabaco, ayudar a los fumadores a que dejen de fumar y proteger a los no fumadores, deberán concentrarse en medidas que sean más eficaces para reducir el consumo. Para establecer prioridades realizables, los Estados Miembros podrían comprometerse a

implantar por lo menos dos medidas importantes. En particular, el efecto sanitario se maximizaría aumentando los impuestos a los productos de tabaco en un grado suficiente para mantener los aumentos de su precio real y ampliando el número de espacios exentos de humo de tabaco, con lo cual, en último término, se eliminaría el acto de fumar de todos los lugares públicos, especialmente los centros de trabajo.

Como se señaló anteriormente, los impuestos al tabaco constituyen la medida más eficaz por sí sola para reducir su consumo, en particular entre los jóvenes y los grupos de bajos ingresos. Además, dichos impuestos son sumamente eficaces en función de los costos y pueden ayudar a financiar otras medidas de control del tabaquismo.

La creación de espacios donde no se permite fumar se justifica ampliamente por la necesidad de proteger a todas las personas que no fuman, pero en especial a los niños y las mujeres embarazadas, de la exposición al humo nocivo del tabaco en el ambiente. Los espacios donde se prohíbe fumar pueden imponerse en todos los niveles jurisdiccionales y ello se puede realizar rápida o gradualmente. Su sola existencia envía un mensaje educativo poderoso, proporcionan una actividad en torno a la cual las comunidades pueden promover la causa y ayudan a aumentar el apoyo a otras medidas de control al establecer como norma la abstinencia del tabaco.

Los Estados Miembros también se beneficiarían del examen de su propia situación para determinar cómo prepararse para la negociación y aplicación del CMLAT. Dicho examen podría incluir una evaluación del consumo de tabaco, su repercusión sanitaria y económica, los sistemas de vigilancia, las respuestas programáticas y de políticas y el cumplimiento de las leyes. Este proceso les permitirá establecer la escala de prioridades con respecto a fortalecer los esfuerzos en conformidad con los posibles compromisos del CMLAT. Los Estados Miembros podrían adoptar metas no solo para la aplicación de diversas medidas de control sino también para reducir el consumo, lo cual facilitaría la preparación de los sistemas de vigilancia necesarios para medir el progreso.

La formación del consenso nacional se facilitará mediante un proceso multisectorial que incluya diversos ministerios del gobierno y, posiblemente, organizaciones no gubernamentales con experiencia y competencia en el control y la vigilancia del consumo de tabaco. Como parte del proceso, los Estados Miembros deben considerar la posibilidad de dedicar suficientes recursos para la representación nacional gubernamental y no gubernamental en las reuniones de negociación del CMLAT.

#### **4.2 *Medidas de la Oficina***

Muchas de las medidas recomendadas para reducir el consumo de tabaco están fuera del campo de la salud pública tradicional. Además, los intentos de reducir dicho consumo se enfrentarán con una oposición que es única entre las iniciativas de salud

pública. Por estos motivos, la Oficina reconoce la necesidad de contar con mayor cooperación técnica y especializada que cumpla con las metas siguientes:

- formar capacidad para implantar iniciativas que sean eficaces en función de los costos (recopilación de datos probatorios, formación de recursos humanos, participación social e infraestructura para la ejecución);
- promover procesos multisectoriales para apoyar un marco eficaz de políticas para la acción (facilitar la coordinación interinstitucional en el sistema de las Naciones Unidas, concentrar las estrategias y la información en los sectores distintos del sanitario, especialmente el de organizaciones no gubernamentales, así como en los interesados principales tradicionales);
- colocar el control del consumo de tabaco como un componente clave del proceso de reforma del sector de la salud (acrecentar la colaboración entre las divisiones de la Oficina y facilitar una colaboración semejante entre las diversas dependencias de los ministerios de salud).

Las actividades de cooperación técnica se concentrarán en colaborar con los Estados Miembros a objeto de hacer el trabajo preliminar para el cambio de políticas; podrían incluir el apoyo a la investigación económica y en salud relacionada con los temas planteados en el presente documento, la capacitación para apoyar la elaboración de políticas y sistemas de vigilancia, la preparación de pautas legislativas y la convocatoria de reuniones regionales para tratar el CMLAT y temas conexos.

## **5. Repercusiones financieras**

Si bien las políticas de control del consumo de tabaco ahorrarán dinero a mediano y largo plazo, se necesitarán inversiones iniciales para llevar a cabo programas eficaces y sostenibles. Mediante el apoyo a la investigación, la vigilancia, la consulta y el cumplimiento de las leyes, estas inversiones pueden generar un ambiente positivo para el control del consumo de tabaco y cambiar las normas sobre dicho consumo.

Los programas de control del consumo de tabaco que han tenido éxito en los Estados Unidos cuestan entre \$6 y \$10 per cápita al año. Aunque es poco probable que los países en desarrollo necesiten gastar sumas parecidas para obtener resultados, sigue siendo importante que los Estados Miembros evalúen los recursos mínimos que necesitan, según sus circunstancias específicas, para ejercer un efecto considerable en la disminución del consumo de tabaco.

La Oficina también necesitará recursos humanos y financieros muchos mayores para poder satisfacer la mayor demanda de cooperación técnica que se prevé con el aumento de actividades por parte de los Estados Miembros. Actualmente, la Oficina destina aproximadamente \$225.000 en las partidas bienales operativas para el programa de control del consumo de tabaco. En el último año, más o menos, se aportaron recursos adicionales superiores a lo presupuestado por valor de unos \$150.000 para las actividades de apoyo relacionadas con el CMLAT y otras iniciativas. En época reciente, los fondos del presupuesto ordinario se han complementado con apoyo extrapresupuestario de Salud Canadá, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, EUA) y el Gobierno de España.

Dado el ambiente actual de intensa competencia por conseguir fondos internacionales para el control del consumo de tabaco, la Oficina y los Estados Miembros deberán realizar un esfuerzo concertado para allegarse recursos extrapresupuestarios para financiar la cooperación técnica. Para apoyar adecuadamente el adiestramiento, la investigación y otras necesidades en 2001 y más allá, la Oficina prevé la necesidad de, como mínimo, unos \$500.000 adicionales al año.

## **6. Temas claves para el debate**

En agosto de 2000, la OMS publicó un informe que detallaba una estrategia integral, compleja y secreta de las empresas tabacaleras para minar los esfuerzos de la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas para abordar el consumo de tabaco.<sup>2</sup> El informe llega a la conclusión de que cabe esperar que las empresas tabacaleras usen métodos tanto manifiestos como ocultos para socavar la consecución del CMLAT, y recomienda la ejecución de medidas contrarias para desalentar las tentativas de la industria tabacalera.

En la investigación de seguimiento realizada por la OPS no se hallaron pruebas de que las empresas tabacaleras hubiesen fracasado en su intento por influir en la labor de la OPS, pero se confirmó que un consultor, supuestamente pagado por una empresa tabacalera, también había sido miembro de un comité de la OPS. La Oficina se ha comprometido a poner en práctica las recomendaciones fundamentales del informe de la OMS para impedir tales conflictos de intereses y reducir al mínimo la influencia potencial en el futuro.

---

<sup>2</sup> *Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents and Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization* [Informe del Comité de Expertos sobre los documentos de la industria tabacalera y las estrategias de las empresas para minar las actividades de lucha antitabáquica de la Organización Mundial de la Salud]: <http://tobacco.who.int>.

Estas investigaciones ponen de manifiesto los extremos a los que las empresas tabacaleras están dispuestas a llegar para defender su permanencia en el mercado e incluso ampliarla. El examen por los Estados Miembros de las formas de reducir al mínimo la influencia de la industria tabacalera en sus procesos decisorios les ayudará a contrarrestar la oposición al CMLAT y a las actividades nacionales de lucha antitabáquica.

### **6.1 *Cómo contrarrestar la oposición de las empresas tabacaleras y sus aliados***

Los Estados Miembros que intentan implantar iniciativas eficaces de control del consumo de tabaco se enfrentarán con la oposición de las empresas tabacaleras y sus aliados en varios frentes. Sin embargo, numerosos Estados Miembros y otros países han superado con éxito la oposición de la industria tabacalera para proteger la salud pública. Un factor clave del éxito es la capacidad de responder a los argumentos que pretenden oponerse a las medidas eficaces de control del consumo de tabaco.

Los Estados Miembros oirán argumentos económicos contra el control del consumo de tabaco, la mayoría de los cuales se basarán en cálculos realizados por la industria tabacalera. Se estimula a los Estados Miembros a realizar estudios económicos relacionados con la salud que sean independientes de la industria tabacalera, a fin de poder responder de mejor manera a los argumentos de esta.

Las inquietudes de los productores de tabaco en cuanto al daño potencial que causaría a su medio de subsistencia la reducción del consumo de tabaco quizá sean válidas a más largo plazo, si no es que a corto plazo. Estas inquietudes, diferentes de las de las empresas tabacaleras, no son incompatibles con el control del tabaquismo. Los Estados Miembros deben abordar las inquietudes de los productores de tabaco en el marco de la salud pública. Entre las estrategias para este efecto podría incluirse el usar los ingresos provenientes de los impuestos al tabaco para compensar a los agricultores por las pérdidas o para ayudarles a dedicarse a otras formas de ganarse el sustento.

Las asociaciones de hostelería, a menudo creadas por empresas tabacaleras y generalmente financiadas por ellas, han iniciado una firme oposición con fundamentos económicos a las prohibiciones del acto de fumar en bares y restaurantes. Sin embargo, las evaluaciones de los ingresos en concepto de ventas antes y después de las prohibiciones de fumar en estos sectores han encontrado sistemáticamente que el negocio no se ve perjudicado, y a menudo mejora, después de dicha prohibición. Muchos dueños de bares y restaurantes que se habían opuesto a la prohibición de fumar posteriormente indicaron públicamente que la prohibición no había afectado a las ventas y que habían sido engañados por las empresas tabacaleras.

Se insta a los Estados Miembros a acallar esas críticas haciendo que las organizaciones de la comunidad y de salud pública, así como el sector turístico, se involucren para movilizar el apoyo de la gente a los lugares públicos exentos de humo del tabaco. Se exhorta asimismo a los Estados Miembros a contrarrestar los argumentos económicos apoyando y dando publicidad a estudios locales que demuestren los niveles de exposición de trabajadores, niños y mujeres embarazadas; llevando a cabo sondeos de opinión pública que demuestren el apoyo que reciben los entornos sin humo de tabaco; y apoyando y evaluando proyectos de demostración donde se aplique el concepto de entornos sin humo de tabaco en toda la comunidad.

La oposición puede fundarse en argumentos de que las medidas recomendadas en el presente documento son ineficaces, y que el centro de atención debe ser los programas educativos, posiblemente con apoyo financiero de las empresas tabacaleras. Las pruebas en favor de las medidas descritas aquí son sólidas y claras. Los programas educativos que forman parte de una estrategia integral pueden apoyar las actividades de control del consumo de tabaco, pero son ineficaces por sí mismos. Se ha demostrado que los programas financiados por empresas tabacaleras no son eficaces en absoluto. Se insta a los Estados Miembros a procurar que haya normas éticas claras y otras salvaguardas para impedir la influencia indebida y la intervención impropia de las empresas tabacaleras en las estrategias educativas y otras políticas del gobierno.

## **6.2 *Creación de apoyo a las prioridades de política***

Los Estados Miembros necesitan elegir entre las intervenciones más eficaces para determinar cuáles son factibles y cómo crear el ambiente que las apoye. Las intervenciones eficaces requerirán una inversión significativa de recursos o una sólida acción política; lo ideal es que cuenten con ambas.

Para superar todos los obstáculos descritos anteriormente, el proceso de consulta y ejecución resulta imprescindible. Es mucho más fácil hacer cumplir políticas que están bien concebidas, gozan del apoyo y el conocimiento de la gente y se aplican en forma pragmática. Los Estados Miembros pueden facilitar el cambio de políticas y su aplicación si determinan los elementos de los sistemas de vigilancia y evaluación que se necesitan para medir la repercusión de las intervenciones; establecen prioridades para un programa nacional de investigación y evaluación; preparan una estrategia de medios informativos e información pública para unificar el apoyo de la gente a las políticas enérgicas de control del tabaquismo; y asignan recursos suficientes para la aplicación y el cumplimiento de leyes y reglamentos al respecto.

### **6.3 Participación de otros sectores públicos**

Muchas medidas eficaces de control del consumo de tabaco se hallan fuera de la jurisdicción de los ministerios de salud de la Región. Aun cuando las pruebas de salud pública apoyen estas medidas, otros sectores pueden mostrarse renuentes a tomar medidas porque perciben que el ministerio de salud no tiene conocimientos y experiencia suficientes para asesorar sobre cuestiones que escapan a su ámbito de responsabilidad.

Por ejemplo, no se disputa el valor que tiene para la salud pública el uso de los ingresos provenientes de los impuestos al tabaco para apoyar los programas de control del tabaquismo. Sin embargo, a la mayoría de los ministerios de finanzas no les gusta dedicar impuestos a finalidades específicas porque temen que ello restará discrecionalidad al gobierno con respecto al gasto. Será necesario idear opciones creativas para lograr que se comprometan recursos para el control del consumo de tabaco al tiempo que se abordan estas y otras inquietudes de los ministerios de finanzas.

Las consultas multisectoriales y el análisis de las pruebas para llegar a un consenso en cuanto a las prioridades para la acción nacional y para el CMLAT facilitarán la colaboración entre el ministerio de salud y otros sectores. Si en la actualidad no hay mecanismos para esa consulta, los Estados Miembros deberían considerar la conveniencia de establecerlos específicamente para esta finalidad.

## **7. Intervención del Consejo Directivo**

Se solicita al Consejo Directivo que considere el proyecto de resolución contenido en la resolución CE128.R9, el cual pone de relieve el tributo en materia de salud que impone el consumo de tabaco y las intervenciones eficaces con que se cuenta para reducirlo. Asimismo, insta a los Estados Miembros y a la OPS a fortalecer las medidas adoptadas y aumentar los recursos necesarios para acelerar la puesta en práctica de políticas nacionales eficaces para el control del tabaquismo, y a apoyar la participación de los Estados Miembros en el proceso del CMLAT.

El proyecto de resolución refuerza y corrobora el compromiso en favor de la lucha antitabáquica adoptado por los países americanos en el plan de acción emanado de la Cumbre de las Américas celebrada en 2001.

Anexo



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Anexo



## 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., 25 al 29 de junio del 2001*

---

### ***RESOLUCIÓN***

#### ***CE128.R9***

#### **CONVENIO MARCO PARA LA LUCHA ANTITABÁQUICA**

##### ***LA 128.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo considerado el informe sobre el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (documento CE128/16),

##### ***RESUELVE:***

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución conforme a los siguientes términos:

##### ***EL 43.<sup>er</sup> CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo considerado el informe sobre el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLA) (documento CD43/\_\_);

Reconociendo la carga masiva que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco en el ambiente imponen a la salud de las poblaciones de las Américas y a sus sistemas de asistencia sanitaria;

Consciente de que actualmente existen claras pruebas de que se pueden aplicar medidas eficaces en función de los costos para reducir el consumo de tabaco y de que dichas medidas probablemente beneficien a las economías de la mayoría de los Estados Miembros, y

Reconociendo que el CMLA brinda una oportunidad extraordinaria para movilizar y coordinar una acción a nivel mundial encaminada a reducir el consumo de tabaco,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros:
  - a) a que participen activamente en el desarrollo del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica mediante la participación en las sesiones de negociación de este y fortaleciendo la coordinación multisectorial en el ámbito nacional con el fin de adoptar posiciones nacionales coherentes con el CMLA;
  - b) a que, teniendo en cuenta la vulnerabilidad especial de los niños y adolescentes, prevengan el inicio del consumo de tabaco y promuevan su cesación mediante la aplicación y el cumplimiento de medidas eficaces en función de los costos para reducir el consumo de tabaco, entre ellas la fijación de impuestos al tabaco a niveles que disminuyan el consumo y la supresión progresiva de la promoción de los productos de tabaco, en conformidad con las constituciones nacionales;
  - c) a que protejan a todos los no fumadores, en particular los niños y las mujeres embarazadas, de la exposición al humo de tabaco en el ambiente mediante la prohibición inmediata del acto de fumar en los edificios del gobierno, establecimientos de asistencia sanitaria e instituciones educativas, y mediante la creación, lo antes posible, de entornos sin humo de tabaco en los centros de trabajo y lugares públicos, reconociendo que los entornos sin humo de tabaco también promueven la cesación del consumo de tabaco y previenen su inicio;
  - d) a que implanten sistemas de vigilancia para seguir muy de cerca la mortalidad relacionada con el tabaco y el progreso alcanzado en la consecución de las metas de reducción del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco en el ambiente.
2. Solicitar al Director:
  - a) que siga facilitando la participación de los Estados Miembros en el desarrollo del CMLA;
  - b) que estimule, en la medida que lo permitan los recursos disponibles, la cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de aplicar fuertes medidas de reducción del consumo de tabaco y de establecer sistemas de vigilancia eficaces para evaluar los adelantos logrados;

- c) que redacte un marco para la acción llamado “América libre de humo” a fin de proteger a los no fumadores de los efectos nocivos del humo de tabaco en el ambiente;
- d) que apoye la implantación de criterios de vigilancia de la lucha antitabáquica y la difusión de medidas o experiencias exitosas.