

160.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de junio del 2017

Punto 4.9 del orden del día provisional

CE160/19
10 de abril del 2017
Original: español

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL CONTROL DEL TABACO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2018-2022

Introducción

1. El consumo de tabaco continúa siendo un problema importante para la salud pública. Es el principal factor de riesgo prevenible para los cuatro principales grupos de enfermedades no transmisibles (ENT).¹ En el año 2012, las ENT fueron responsables de casi el 80% del total de muertes en la Región de las Américas, 35% de las cuales fueron prematuras (entre 30 y 70 años de edad) (1). El control del tabaco es, por tanto, un factor clave para disminuir la mortalidad prematura a causa de esas enfermedades.

2. El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) (2) contiene todas las medidas probadamente efectivas para disminuir la epidemia de tabaquismo. Sin embargo, a 12 años de su entrada en vigor, y pese a que 30 Estados Miembros de la Región son Estados Partes en el Convenio,² la aplicación de sus medidas no ha sido uniforme y muestra una tendencia al entrecimiento. En este documento se propone una hoja de ruta para priorizar elementos clave del Convenio que permitan a los Estados Miembros acelerar su aplicación, a fin de que estos puedan cumplir con las metas previstas de reducción del consumo de tabaco y la mortalidad prematura causada por ENT.

Antecedentes

3. La estrategia y plan de acción está armonizada con los compromisos asumidos por los Estados Parte en el CMCT, así como con la Declaración de Puerto España de la Comunidad del Caribe (CARICOM) del 2007, la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2011), el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, los planes de acción mundial (2013-2020) y regional (2013-2019) para la prevención y control de las ENT, y la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (3-8).

¹ Enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes.

² https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=en

4. La estrategia y plan de acción también está en consonancia con varios instrumentos internacionales de derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los cuales se citan expresamente en el CMCT (9).

5. Pese a que las políticas de control del tabaco están expresadas en los compromisos y mandatos de los documentos anteriormente citados, los Estados Miembros han tenido dificultades para avanzar en su aplicación, y han solicitado apoyo a la Oficina Sanitaria Panamericana para la creación de capacidad con objeto de aplicar las medidas de control del tabaco con independencia de su condición de Estado Parte o no en el Convenio (10, 11).

6. Es fundamental fortalecer las políticas de control del tabaco para que los Estados Miembros puedan alcanzar las metas mundiales de disminución de la prevalencia del consumo de tabaco y la disminución de la mortalidad prematura por ENT (8, 12, 13).

Análisis de situación

7. Según estimaciones de la OMS, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la Región representa el 16% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares, el 25% por cáncer y más de la mitad (52%) por enfermedades crónicas respiratorias. El tabaco, ya sea por su consumo o por la exposición al humo, mata anualmente a casi un millón de personas en la Región (14). Las enfermedades relacionadas con el tabaco y la mortalidad prematura generan además una presión directa en los sistemas de salud y en las economías de los países, especialmente en aquellos de ingresos medianos y bajos (15).

8. Existen actualmente en la Región cerca de 127 millones de fumadores. La prevalencia actual (estandarizada por edad) de tabaco fumado en adultos (15 años o más) es del 17,1%, con una prevalencia mayor en los hombres (21,9%) que en las mujeres (12,7%). Sin embargo, esta diferencia por sexo es una de las menores comparada con otras regiones de la OMS, con una razón de 1,6 hombres por cada mujer fumadora. Esto indica una feminización del consumo, que incluso es más acentuada cuando se analizan los datos de adolescentes de entre 13 y 15 años, donde se observa que en algunos países la prevalencia del consumo es similar o más alta entre las adolescentes mujeres que entre los adolescentes varones. En esta franja etaria, las prevalencias del uso de cualquier tipo de producto derivado del tabaco oscilan entre el 1,9% registrado en Canadá y el 28,7% en Jamaica (16).

9. El CMCT contiene todas las medidas necesarias para reducir la epidemia de tabaquismo. La aplicación integral y completa de esas medidas debería ser el objetivo de todos sus Estados Parte. La OMS, en su *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*, ha priorizado cuatro intervenciones consideradas como *best buys*, que están incluidas en el CMCT, y las ha

catalogado como intervenciones muy costo eficaces y de aplicabilidad incluso en contextos donde los recursos son limitados (6, 17). Estas medidas incluyen los siguientes artículos del CMCT: Artículo 6 (aumento de los impuestos al tabaco); Artículo 8 (ambientes libres de humo de tabaco); Artículo 11 (advertencias sanitarias gráficas y grandes en el empaquetado de productos de tabaco) y Artículo 13 (prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco), y pueden ser consideradas como un punto de partida para la aplicación integral del Convenio. A su vez, el hecho de que las cuatro medidas requieran de leyes para su aplicación hace que los indicadores sean fáciles de monitorear, y ya están siendo recopilados de manera bienal para el informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo (18).

10. Desde la entrada en vigor del CMCT a nivel internacional en el 2005, el panorama del control del tabaco en la Región ha cambiado significativamente, con un número importante de países que han adoptado medidas legislativas y regulatorias de conformidad con los mandatos del Convenio. Sin embargo, como ya se ha mencionado, los avances alcanzados son dispares ya sea por el tipo de medidas adoptadas como por el número de países que las han adoptado. Además, en los últimos años se ha observado un enlentecimiento en el ritmo de adopción de las medidas (cuadro 1).

Cuadro 1. Resumen del estado de aplicación de las medidas consideradas como *best buys* en la Región de las Américas, a diciembre del 2016

Tipo de medida (Artículo del CMCT)	Número total de países con aplicación completa de la medida ^a		Total
	Hasta el 2012	Del 2013 al 2016	
Aplicación de impuestos por encima del umbral recomendado por la OMS* (Artículo 6)	1	0	1
Creación de ambientes completamente libres de humo de tabaco en todos los lugares públicos y de trabajo cerrados, y en el transporte público (Artículo 8) ^a	14	4	18
Advertencias sanitarias enérgicas, grandes y con imágenes en el empaquetado de los productos de tabaco (Artículo 11)	11	6	17
Prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Artículo 13)	3	2	5

Notas: *Los impuestos representan más del 75% del precio final de venta del producto (19).

^a Solo se hace referencia a legislación a nivel nacional o subnacional que abarca al menos el 90% de la población del país.

Fuente: Datos de la referencia (16) actualizados a diciembre del 2016 para los artículos 8, 11 y 13 por el equipo de control del tabaco de la OPS.

11. Como se muestra en el cuadro 1, los avances se concentran fundamentalmente en la creación de ambientes completamente libres de humo de tabaco y en la aplicación de

advertencias sanitarias en el empaquetado de los productos de tabaco, con un avance muy limitado en las otras dos medidas. Es necesario aclarar que, si bien solo un país cumple con el umbral recomendado por la OMS (19) (que establece que los impuestos totales deben representar más del 75% del precio de venta del producto al por menor), 21 países han aumentado los impuestos al tabaco desde el año 2007 (fecha en que se inició su monitoreo), aunque en la gran mayoría de los casos esos aumentos fueron mínimos (solo en siete países el aumento fue de más de 10 puntos porcentuales) y, por tanto, el impacto esperado en el precio y en el consumo de tabaco fue muy bajo (20).

12. Es preciso considerar algunos elementos que podrían constituir la base de esa diferencia en la aplicación de las medidas. La normativa relativa a los ambientes libres de humo de tabaco y las advertencias sanitarias en el empaquetado son, en gran parte, competencia exclusiva de las autoridades de salud. Además de la contundente evidencia científica que las respalda—al igual que al resto de las medidas del CMCT—, estas dos medidas en particular han demostrado su solidez jurídica al haber sido ratificadas por cortes domésticas e internacionales ante litigios iniciados generalmente por la industria tabacalera. Por ejemplo, en Guatemala y Perú, donde se presentaron demandas de inconstitucionalidad a sus respectivas leyes de ambientes libres de humo, las cortes fallaron a favor del Estado. Más recientemente en Uruguay, el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI) del Banco Mundial ratificó que las medidas sobre empaquetado y etiquetado implementadas por ese país no violan los derechos comerciales (23). Otro elemento a destacar es que estas medidas son de muy bajo costo de aplicación y, según se desprende de casos en la Región, han sido aprobadas tanto por decreto del Poder Ejecutivo como por leyes emanadas del Poder Legislativo (9).

13. En el caso de la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio, muchas veces existe la preocupación entre los Estados Miembros de que una medida de este tipo pueda ser inconstitucional. Algunos países de la Región han hecho evaluaciones de sus principios constitucionales y, en la mayoría de los casos, no se hallaron limitaciones para una prohibición total. En el caso de que pudiera haberla, el CMCT y las directrices para la aplicación del Artículo 13 establecen que el país deberá incluir la regulación más estricta posible, según sus principios constitucionales (24, 25).

14. En lo que respecta a las medidas relacionadas con el aumento de impuestos, la definición de la política no depende de la autoridad sanitaria. Sumado a esto, en ocasiones, las autoridades fiscales tienen la percepción de que un incremento de impuestos genera necesariamente un aumento del comercio ilícito y otros problemas en la economía. La evidencia global, sin embargo, señala que no se ha comprobado que exista una correlación directa entre el nivel de impuestos y el nivel de comercio ilícito (26). Aparte de ello, en el 2012 los Estados Parte en el CMCT adoptaron el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* (27), un nuevo tratado internacional en sí mismo que está abierto a la ratificación y que contaba, a diciembre del 2016, con cuatro Estados Parte de nuestra Región (28).

15. Es importante destacar que más allá de los elementos considerados anteriormente, los Estados Parte en el CMCT han manifestado que el mayor obstáculo para la aplicación de sus medidas es la interferencia de la industria tabacalera (29).

16. Si pasamos a analizar el avance en los países, cinco de ellos aplican tres de las cuatro medidas consideradas como *best buys* en su nivel más alto de aplicación, de acuerdo con las definiciones de la OMS (30), y otros 15 aplican solo una o dos de ellas. Sin embargo, 15 países aún no aplican ninguna de las medidas en su nivel más elevado, 11 de los cuales son Estados Parte en el CMCT (16). Los Artículos 8, 11 y 13 tienen una fecha límite de aplicación identificada en el propio Convenio o en sus directrices de aplicación (cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para el Estado Parte, en el caso de los Artículos 8 y 13, y tres años en el caso del Artículo 11). Para la mayoría de los Estados Parte, este plazo ya ha caducado (24, 31, 32).

17. Existe una cierta concentración geopolítica que muestra que los países de América Latina, sobre todo los de América del Sur, han logrado más avances que los de la zona del Caribe (CARICOM y Caribe de habla hispana). Por ejemplo, de los cinco países que han aplicado tres de las cuatro medidas consideradas como *best buys*, cuatro pertenecen a América Latina (Brasil, Colombia, Panamá y Uruguay) y uno a CARICOM (Suriname). De los 15 países que aún no han implementado ninguna de las medidas en su nivel más alto de aplicación, 10 pertenecen a CARICOM. Entre los elementos que podrían dar origen a estas diferencias se encontrarían: la existencia de una sociedad civil mejor organizada, como es el caso de los países de Latinoamérica, y una mayor disponibilidad de investigación nacional y, en consecuencia, de evidencia nacional de soporte de las políticas, así como también mejores sistemas de vigilancia y monitoreo del consumo de tabaco y de la aplicación de las políticas (16). A esto se agrega la ventaja relativa que tienen los países más grandes y con economías más poderosas en lo que respecta a los recursos humanos y financieros.

18. Por último, un aspecto a tomar en cuenta es que la existencia de legislación por sí misma no asegura los efectos esperados, ya que esta debe ir acompañada de mecanismos de cumplimiento y fiscalización. Es difícil poder valorar este punto, aunque existen indicios de que en algunos países esto representa un desafío (33, 34).

Propuesta: Estrategia y plan de acción para fortalecer el control de tabaco en la Región de las Américas 2018-2022

Principios orientadores

19. El CMCT y sus directrices sirven de base para la definición y aplicación de las políticas de control del tabaco, y son fundamentales para alcanzar la meta de reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en un 30%. La OMS ha reconocido cuatro de los Artículos del CMCT como *best buys*, y los considera importantes para alcanzar la meta de disminución de la mortalidad prematura por ENT. La implementación de esos

artículos es relevante para todos los Estados Miembros de la Región, con independencia de su condición de Estados Parte o no en el Convenio.

20. La aplicación de las medidas contenidas en esta estrategia y plan de acción debería llevarse a cabo por medio de instrumentos jurídicos vinculantes y no mediante acuerdos voluntarios. Además de la adopción de normativa, es también importante verificar el nivel de cumplimiento de las medidas, así como investigar las causas de falta de adherencia, si este fuese el caso.

21. La definición de las políticas fiscales en particular, y de las políticas nacionales en general, constituye un derecho soberano de los Estados Miembros, por lo cual las líneas estratégicas de acción propuestas en este documento se aplicarán a nivel nacional, según proceda, dependiendo del contexto de cada país.

Objetivo general

22. El objetivo general de la presente estrategia y plan de acción es acelerar la aplicación del CMCT en la Región, especialmente de los artículos que la OMS considera como *best buys* para la prevención y control de las ENT, a fin de cumplir el indicador 2.1.2e (número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el CMCT) del resultado inmediato 2.1.2 (países habilitados para ejecutar intervenciones muy eficaces de los costos para reducir los cuatro factores de riesgo modificable de enfermedades no transmisibles) del proyecto de Programa y Presupuesto 2018-2019 de la OPS. De esa manera se contribuiría a alcanzar la meta de impacto 5 (mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las ENT y los factores de riesgo), y el resultado intermedio 2.1 (aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo) del Plan Estratégico 2014-2019. Del mismo modo, se lograría la meta mundial de reducción del consumo de tabaco en un 30% en personas mayores de 15 años, y contribuiría al alcance de las metas mundiales de reducción en un 25% de la mortalidad prematura a causa de las ENT para el 2025 (OMS) y en un tercio para el año 2030, tal como lo establece el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.4 (6, 8).

Líneas estratégicas de acción

- 1) Aplicar medidas para el establecimiento de ambientes completamente libres de humo de tabaco y para la adopción de medidas efectivas sobre el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco como una prioridad para la Región.
- 2) Implementar la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco y adoptar medidas para reducir la asequibilidad al mismo.
- 3) Ratificar el CMCT y el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* por parte de aquellos Estados Miembros que aún no lo hayan hecho.

- 4) Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en las políticas de salud pública para hacer frente a los intentos de interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que defienden sus intereses.

Línea estratégica de acción 1: Aplicación de medidas para el establecimiento de ambientes completamente libres de humo de tabaco y para la adopción de medidas efectivas sobre empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco

23. La exposición al humo de tabaco causa enfermedad y muerte, por lo cual proteger a las personas de esta exposición “está implícito, entre otros, en el derecho a la vida y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Las medidas eficaces comportan la prohibición total del acto de fumar y deben cubrir al menos todos los espacios públicos cerrados, los espacios de trabajo cerrados y el transporte público, y podrían incluir otros espacios públicos semicerrados o abiertos según la necesidad de cada país (31).

24. La incorporación de advertencias sanitarias en los envases de los productos de tabaco es fundamental para sensibilizar al público sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud. El Artículo 11 del CMTC y sus directrices indican que las advertencias sanitarias deben cumplir con ciertos requisitos que aseguren su máxima visibilidad: deben cubrir el 50% o más de las superficies principales del empaquetado (en ningún caso menos del 30%), y deben incluir imágenes rotativas en el idioma o idiomas principales del país, entre otras cosas. Además, el empaquetado no debe contener ningún elemento que pueda llevar a la incorrecta presunción de que un producto de tabaco es menos nocivo que otro, como pueden ser los términos *mild* y *light*, entre otros, y debe presentar información cualitativa sobre sus componentes y emisiones. Los países más avanzados en la Región, como por ejemplo Canadá y Uruguay, presentan advertencias sanitarias que ocupan el 75% y el 80% de las principales superficies expuestas, respectivamente (16, 32).

25. Finalmente, los Estados Miembros podrían considerar la adopción del empaquetado neutro o sencillo (35), como ha sido el caso de Australia, Francia, Irlanda y el Reino Unido (36-39). El empaquetado neutro o sencillo se refiere a aquella medida encaminada a “restringir o prohibir en el empaquetado la utilización de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional que no sean el nombre comercial o el nombre del producto en un color y tipo de letra corrientes”, medida que no solo aumenta la visibilidad de las advertencias sanitarias, sino que también disminuye el atractivo del producto y elimina la posibilidad de usar el paquete como un elemento de promoción (24, 32). Asimismo, los Estados Miembros pueden considerar la aplicación de la presentación única por marca como lo hace Uruguay (solo se permite una presentación para cada marca de productos de tabaco), a fin de que no se mantenga el uso de variantes de marca para crear la errónea idea de que alguna variante es menos perjudicial que otra. En la Región, donde se ve una tendencia a la feminización del consumo, esto sería especialmente útil para evitar los paquetes diseñados específicamente para atraer al público femenino.

Objetivo	Indicador	Línea de Base (2016)	Meta (2022)
1.1 Adoptar legislación de ambientes libres de humo de tabaco en toda la Región de las Américas.	1.1.1 Número de países con normativa a nivel nacional que establece ambientes 100% libres de humo de tabaco en todo lugar público y de trabajo cerrado y en el transporte público.	18	35
1.2 Incluir advertencias sanitarias en el empaquetado de los productos de tabaco.	1.2.1 Número de países con advertencias sanitarias gráficas en el empaquetado de tabaco que cumplen con los criterios del Informe de la OMS sobre la epidemia de tabaquismo.	17	35
	1.2.2 Número de países que adoptan una política de empaquetado neutro y/o presentación única.	1	6

Fuente de información sobre el indicador: Informes de los Estados Parte a la Secretaría del CMCT que deben ser presentados en el 2018 y el 2020, e información recolectada para el informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo para los años 2017, 2019 y 2021.

Línea estratégica de acción 2: Implementación de la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco y la adopción de medidas para reducir la asequibilidad al mismo.

26. Está ampliamente documentado en la literatura que la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco contribuyen a aumentar su consumo, especialmente entre los jóvenes (40, 41, 42). Para que la prohibición sea eficaz, esta debe de ser integral y aplicarse a todas las formas, directas o indirectas, de publicidad, promoción y patrocinio, incluso transfronterizos. Asimismo, debe hacerse extensiva a todos los medios de difusión, todos los horarios y todos los públicos. La prohibición parcial no surte efecto o éste es limitado (9, 24). Parte de la explicación de la feminización del consumo en la Región radica en que la industria centra sus esfuerzos de mercadeo en las mujeres de manera deliberada, por tanto esta línea estratégica de acción será especialmente útil para proteger a las mujeres y los jóvenes (43).

27. Los envases de los productos de tabaco también son reconocidos como elementos que se utilizan para publicitar y promocionar dichos productos, y su exhibición en los puntos de venta constituye un elemento clave de promoción y estímulo al consumo. Además, crea la impresión de que el consumo de tabaco es socialmente aceptable, especialmente cuando, como ocurre con frecuencia, esos productos se ubican cerca de las golosinas y otros artículos destinados a los niños (42). Por esta razón, las directrices para la aplicación del Artículo 13 del CMCT establecen que los Estados Parte consideren la prohibición de exhibir los productos en los puntos de venta (24).

28. De acuerdo con las directrices para la aplicación del Artículo 6, un aumento de impuestos eficaz es aquel que se traduce en un incremento de los precios que reduce considerablemente el consumo y constituye, a corto plazo, una fuente importante de ingresos y una reducción a largo plazo de los costos derivados de enfermedades asociadas al consumo de tabaco. Además, dado que los grupos de población con ingresos bajos y medios son más sensibles a los aumentos de impuestos y precios, la reducción del consumo y la prevalencia son más notorias en esos grupos que en los de mayores ingresos, lo que conlleva una reducción de las desigualdades en materia de salud y pobreza relacionadas con el tabaco (44, 45).

Objetivo	Indicador	Línea de Base (2016)	Meta (2022)
2.1 Adoptar una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.	2.1.1 Número de países con una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.	5	20
	2.1.2 Número de países que incluyen en su prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio una prohibición de la exhibición del producto en el punto de venta.	4	19
2.2 Reducir la asequibilidad de los productos de tabaco mediante el aumento de los impuestos al consumo de tabaco.	2.2.1 Número de países en los cuales los impuestos totales representan un 75% o más del precio final de venta al por menor, o en los que el aumento ha sido significativo para promover un cambio de categoría en la clasificación.*	1	10
	2.2.2 Número de países que aumentan sus impuestos al consumo de tabaco de forma tal que promueve un incremento del índice de asequibilidad presentado en el Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaco 2015.*	0	20

Notas: *Porcentaje del PBI *per cápita* que se necesita para comprar 100 paquetes de la marca de cigarrillos más vendida en el país. † Según referencia (30).

Fuente de información sobre el indicador: Informes de los Estados Parte a la Secretaría del CMCT a ser presentados en el 2018 y el 2020, e información recolectada para el informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo para los años 2017, 2019 y 2021.

Línea estratégica de acción 3: Ratificar el CMCT y el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco por parte de aquellos Estados Miembros que aún no lo hayan hecho.

29. El CMCT es uno de los tratados internacionales que ha sido adoptado de manera más generalizada y rápida. Solo cinco países de la Región aún no son Estado Parte en él. No obstante, algunos de ellos han igualmente aplicado sus medidas o han manifestado su

intención de hacerlo.

30. El *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco* se basa en el mandato del Artículo 15 del CMCT y lo complementa. En particular, el protocolo tiene como objetivo la protección de la cadena de suministro de productos del tabaco para eliminar el comercio ilícito, requiriendo, entre otros: *a)* el establecimiento de un régimen global de seguimiento y localización; *b)* concesión de licencias, diligencia debida, mantenimiento de registros, medidas relativas al tránsito internacional como ventas por internet y libres de derechos de aduana, sanciones y técnicas de investigación especiales; y *c)* aspectos de intercambio de información y cooperación internacional (27). Es urgente que se alcancen las 40 primeras ratificaciones requeridas para la entrada en vigor del Protocolo, para que los países avancen en la aplicación de sus medidas.

Objetivo	Indicador	Línea de Base (2016)	Meta (2022)
3.1 Lograr la ratificación del CMCT.	3.1.1 Número de países que son Estados Parte en el CMCT.	30	33
3.2 Lograr la ratificación del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco.	3.2.1 Número de Estados Parte en el CMCT que son también Estados Parte en el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco.	4	20

Fuente de información sobre el indicador: Sección de tratados del sitio web de las Naciones Unidas.

Línea estratégica de acción 4: Fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en las políticas de salud pública para hacer frente a los intentos de interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que defienden sus intereses.

31. Los intereses de la industria tabacalera son irreconciliables con los intereses y propósitos de las políticas de salud pública, lo cual ha sido reconocido en un número cada vez mayor de documentos internacionales (4, 46, 47).

32. Las directrices para la implementación del Artículo 5.3 del CMCT recomiendan: *a)* establecer medidas para limitar las interacciones con la industria tabacalera y con aquellos que trabajan para promover sus intereses y asegurar la transparencia de las que se produzcan; *b)* rechazar las alianzas y acuerdos que no sean vinculantes; *c)* evitar conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos; *d)* exigir que la información que proporciona la industria tabacalera sea transparente y precisa; *e)* desnormalizar y, en la medida de lo posible, reglamentar las actividades de “responsabilidad social institucional” y similares, y *f)* no conceder trato preferente a la industria tabacalera aún si se trata de una industria nacional (48).

Objetivo	Indicador	Línea de Base (2016)	Meta (2022)
4.1 Establecer mecanismos eficaces para evitar la interferencia de la industria tabacalera o de aquellos que defienden sus intereses.	4.1.1 Número de países que cuentan con mecanismos de identificación y manejo de conflictos de interés para los funcionarios y empleados públicos con competencia en las políticas de control del tabaco.	No está disponible	20

Fuente de información sobre el indicador: Información a ser recolectada por el equipo de control del tabaco de la OPS.

Seguimiento y evaluación

33. La Estrategia y plan de acción contribuirá a alcanzar el resultado intermedio 2.1 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo), y el indicador 2.1.2e del resultado inmediato 2.1.2 del proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019 (número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)). La información referente a los indicadores de las tres primeras líneas de acción estratégicas se viene recopilando bienalmente desde el año 2007 de manera sistemática y uniforme para los 35 Estados Miembros, en el marco del informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Por tanto, ello no acrecentará los compromisos por parte de los Estados Miembros de proporcionar esa información. La única información nueva que deberán presentar está vinculada a la cuarta línea de acción estratégica. Para ese fin, la Oficina añadirá un número reducido de preguntas adicionales al formato usado en el marco del informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. En el 2020 se preparará un informe de mitad de período para los Cuerpos Directivos de la OPS, y en el 2022 se elaborará un informe final.

Repercusiones financieras

34. El costo total calculado para la ejecución del plan de acción durante su ciclo completo que va del 2018 al 2022, incluidos los gastos de personal y las actividades, asciende a US\$ 5.000.000.

Intervención del Comité Ejecutivo

35. Se solicita al Comité Ejecutivo que, una vez haya revisado la información provista en el presente documento, considere recomendar a la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de la propuesta de resolución incluida en el anexo A.

Anexos

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de la Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington, DC, Estados Unidos de América, 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco 2003 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf?ua=1>
3. Caribbean Community. Declaration of Port-of-Spain: Uniting to Stop the Epidemic of Chronic NCDs (2007). Puerto España (Trinidad y Tabago) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en: <http://caricom.org/media-center/communications/statements-from-caricom-meetings/declaration-of-port-of-spain-uniting-to-stop-the-epidemic-of-chronic-ncds>
4. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Nueva York: ONU; 2011 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de setiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (Documento Oficial No. 345) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165204/1/OD345-s.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles 2013-2020. [Internet]. 66.ª Asamblea Mundial de la Salud; 6 de mayo del 2013; Ginebra, Suiza. OMS; 2013 (documento A66/9)[consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-sp.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS; 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (resolución CD52.R9) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23294&Itemid=270&lang=es

8. Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas; 21 de octubre del 2015. Nueva York. Nueva York: ONU; 2015 (documento A/RES/70/1) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>
9. Organización Panamericana de la Salud. Manual para Desarrollar Legislación para el Control del Tabaco en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2013 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24914&Itemid&Itemid=270
10. Organización Panamericana de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas [Internet]. 48.º Consejo Directivo de la OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (resolución CD48.R2) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r2-s.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (resolución CD50.R6) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-s.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 66.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo del 2013; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2013 (documento A66/8) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf
13. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. Lancet [Internet]. 2 de agosto del 2014 [consultado el 26 de febrero del 2017];2014; 384 (9941):[427-37]. Puede encontrarse en inglés en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24797573>

14. World Health Organization. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva: WHO; 2012 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en:
http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/fact_sheet_mortality_report.pdf
15. Pichon-Rivière A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematusu LM, Texeira Pinto M et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. Rev Panam Salud Pública. [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017];2016;40(4):213-21. Puede encontrarse en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31302/v40n4a05_213-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS; 2016 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. World Health Organization, World Economic Forum. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-communicable Diseases in Low- and Middle-income Countries. Geneva: WHO; 2011 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18804en/>
18. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en:
http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/
19. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Manual Técnico de la OMS sobre Administración de Impuestos al Tabaco. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32046&lang=es
20. Sandoval RC, Belausteguigoitia I y Hennis A. El caso de los impuestos al tabaco: dónde nos encontramos y cómo acelerar su uso a favor de la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]; 2016; 40(4):[200-1]. Puede encontrarse en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31299/v40n4a02-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

21. Corte de Constitucionalidad de la República de Guatemala. Demanda de la Cámara de Comercio de Guatemala (V-A). Inconstitucionalidad general parcial, Expediente 2158-2009 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: https://www.tobaccocontrolaws.org/files/live/litigation/267/GT_Guatemala%20Chamber%20of%20Commerce%20_1.pdf
22. Sentencia del Plano Jurisdiccional del Tribunal Constitucional del Perú del 19 de julio de 2011. Proceso de Inconstitucionalidad. 5,000 ciudadanos contra el Artículo 3° de la Ley N.º 28705 - Ley general para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco, sección 6, párrafo 65 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.html>
23. World Bank. International Centre for Settlement of Investment Disputes [Internet]. Phillip Morris Brand Sárí (Switzerland), Philip Morris Products S.A. (Switzerland) and Abal Hermanos S.A. (Uruguay) v. Oriental Republic of Uruguay (ICSID Case No. ARB/10/7) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en inglés en: <https://icsid.worldbank.org/sp/Pages/cases/casedetail.aspx?CaseNo=ARB/10/7>
24. Organización Mundial de la Salud. Directrices para la aplicación del artículo 13 (*Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud, 2008 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es_r.pdf?ua=1
25. O'Neill Institute for National and Global Health Law. Estrategia de la Industria del Tabaco en el Ámbito Judicial Latinoamericano. Guía para Litigios [Internet]. Washington, DC. Febrero de 2012 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.law.georgetown.edu/oneillinstitute/documents/2012_OneillTobaccoLitGuide_spa.PDF
26. Organización Mundial de la Salud. Comercio ilegal de productos de tabaco. Lo que debe saber para detenerlo, 2015 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172597/1/WHO_NMH_PND_15.3_spa.pdf?ua=1
27. Organización Mundial de la Salud. Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, 2012 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <http://www.who.int/fctc/protocol/es/>

28. United Nations. United Nations Treaty Collection. Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products [Internet]. New York: UN; 2012. [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&clang=en
29. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del artículo 5.3 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: evolución de las cuestiones relativas a la interferencia de la industria tabacalera. Informe de la Secretaría del Convenio [Internet]. Conferencia de las partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; Sexta reunión; del 13 al 18 de octubre del 2014. Moscú (Federación de Rusia); 2014 (documento FCTC/COP/6/16) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_16-sp.pdf
30. World Health Organization. Technical note 1. Evaluation of existing policies and compliance. 2015. In: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015, Raising taxes on tobacco [Internet]. Geneva: WHO; [5]. Puede encontrarse en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/technicalnote1.pdf?ua=1
31. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Directrices para la aplicación del Artículo 8 del CMCT de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 2008 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.who.int/fctc/cop/art%208%20guidelines_spanish.pdf?ua=1
32. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Directrices para la aplicación del Artículo 11 (*empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco*) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud, 2008 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede consultarse en: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11_es.pdf?ua=1
33. Barnoya J, Monzón JC, Biriz P, Navas-Acien A. Compliance to the smoke-free law in Guatemala 5-years after implementation. BMC Public Health [Internet]. 2016 doi: 10.1186/s12889-016-2960-x [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852414/>
34. World Health Organization. Tobacco Free Initiative (TFI) WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: [Internet]. Appendix VI: Global tobacco control policy data available online only. Column: “Overall compliance of regulation on...” [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/appendix_vi/en/

35. World Health Organization. Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation: WHO; 2016 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017] Puede encontrarse inglés en:
<http://www.who.int/tobacco/publications/industry/plain-packaging-tobacco-products/en/>
36. Australian Government. Department of Health. Introduction of Tobacco Plain Packaging in Australia [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/tobacco-plain>
37. United Kingdom. The National Archives. The Standardised Packaging of Tobacco Products Regulations 2015 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en inglés en:
<http://www.legislation.gov.uk/ukdsi/2015/9780111129876>
38. France. Assemblée Nationale. Amendement No AS1408, Article additionnel après l'article 5 du code de la santé publique [Internet]. Paris: Assemblée Nationale; 13 mars 2015 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en francés en:
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2302/CION-SOC/AS1408.pdf>
39. Ireland. Department of Health. Public Health (Standardised Packaging of Tobacco Act 2015 [Commencement]) Bill 2014 [Internet]. Dublin: Ireland Department of Health; 2014 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en inglés en:
<http://health.gov.ie/blog/statutory-instruments/public-health-standardised-packaging-of-tobacco-act-2015-commencement-order-2016/>
40. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General [Executive Summary] Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012 [Internet]. [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en:
<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/exec-summary.pdf>
41. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute. NCI Tobacco Control Monograph Series 19. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use [Executive Summary], June 2008 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse inglés en:
<https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/19/docs/M19ExecutiveSummary.pdf>

42. Alderete M. La Salud No Se Negocia/3^a. edición. Niños en la mira de la industria tabacalera [Internet]. Ciudad autónoma de Buenos Aires. Argentina. Octubre del 2015 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: <http://www.proepsainta.cl/wp-content/uploads/2016/03/Ni%C3%B1os-en-la-mira-de-la-industria-tabacalera-3%C2%AA-edicion-2015-1.pdf>
43. Haglund M. Women and tobacco: a fatal attraction Bulletin of the World Health Organization [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]; 2010;88:563-563. doi: 10.2471/BLT.10.080747. Puede encontrarse en inglés en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/10-080747/en/>
44. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Proyecto de directrices para la aplicación del Artículo 6 del CMCT de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 2014 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/Guidelines_article_6_es.pdf?ua=1
45. United Nations. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development (Addis Ababa Action Agenda). New York, UN; 2015 [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en inglés en: http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf
46. Naciones Unidas. Coherencia en la labor de control del tabaco a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social; del 2 al 27 de julio del 2012. Nueva York, NY. Nueva York: ONU; 2012. (documento E/2012/L.18) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.who.int/fctc/ecosoc_resolution_sp.pdf
47. Organización Mundial de la Salud, Transparencia en el proceso de lucha antitabáquica [Internet]. 54a Asamblea Mundial de la Salud; del 14 al 22 de mayo del 2001; Ginebra, Suiza. Ginebra: WHO; 2001 (resolución WHA54.18) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa54r18.pdf
48. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Directrices para la aplicación del Artículo 5.3 del CMCT de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 2008 [Internet] [consultado el 26 de febrero del 2017]. Puede encontrarse en: http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_5_3/es/

160.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de junio del 2017

CE160/19
Anexo A
Original: español

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL CONTROL DEL TABACO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2018-2022

LA 160.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el proyecto de *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CE160/19),

RESUELVE:

Recomendar que la Conferencia Sanitaria Panamericana adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL CONTROL DEL TABACO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 2018-2022

LA 29.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

(PP1) Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CSP29/___);

(PP2) Reconociendo que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco siguen siendo un grave problema de salud pública y son un factor de riesgo común para las principales enfermedades no transmisibles;

(PP3) Reconociendo que las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad en la Región, y que alrededor de un tercio de las muertes por enfermedades no transmisibles son prematuras, ocurriendo en personas de entre 30 y 70 años de edad;

(PP4) Reconociendo los altos costos que las enfermedades relacionadas con el tabaco ocasionan a las familias y a los sistemas de salud de los Estados Miembros, lo cual acentúa la pobreza y las desigualdades en materia de salud y dificulta el logro del objetivo de salud universal en la Región;

(PP5) Reconociendo que, pese a que el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) lleva ya 12 años de vigencia internacional y que 30 de los Estados Miembros de la Región son Estados Partes en él, el avance en la aplicación de sus medidas ha sido desigual tanto entre los países como en el tipo de medidas aprobadas y se viene observando un enlentecimiento en el ritmo de aplicación de las mismas;

(PP6) Reconociendo que existen muchas circunstancias que han dificultado la aplicación a nivel nacional de sus medidas por parte de los Estados Parte en el CMCT, pero destacando que el desafío común y más importante que enfrentan todos los países es la interferencia de la industria tabacalera y de aquellos que trabajan para defender sus intereses;

(PP7) Observando que la presente estrategia y plan de acción prioriza las intervenciones del CMCT contenidas en las intervenciones para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que la OMS ha definido como altamente costo eficaces y de aplicabilidad incluso en contextos donde los recursos son limitados, por lo cual su aplicación es de importancia para todos los Estados Miembros, con independencia de su condición de Estado Parte o no en el CMCT;

RESUELVE:

(OP)1. Aprobar la *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022* (documento CSP29/__) dentro del contexto de las condiciones específicas de cada país.

(OP)2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto nacional:

- a) promuevan prácticas de salud pública que protejan a la población en general, y a los niños y adolescentes en particular, de los peligros del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco para, en definitiva, reducir la carga de enfermedad y muerte que estos entrañan;
- b) prioricen la adopción de una normativa nacional de ambientes libres de humo y de aplicación de advertencias sanitarias en el empaquetado del tabaco, así como el fortalecimiento y la eventual mejora de la normativa existente en estos temas y su cumplimiento, con el objetivo de que esas medidas protejan a toda la población de la Región de las Américas;
- c) consideren la adopción o el fortalecimiento de la aplicación del resto de las medidas contenidas en el CMCT, con especial énfasis en la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y las medidas fiscales de disminución de la demanda de tabaco;

- d) consideren los impuestos al tabaco como una fuente de ingresos que, en concordancia con la legislación nacional, podría ser utilizada como una fuente doméstica de financiamiento de la salud en particular, y del desarrollo en general;
- e) fortalezcan sus sistemas nacionales de vigilancia a fin de poder evaluar no solo la prevalencia del consumo de tabaco, sino también la efectividad de las medidas aplicadas, y poder obtener información desglosada por género, grupo étnico y otros factores, según sea posible;
- f) se opongan a los intentos de la industria tabacalera y sus grupos asociados de interferir, demorar, obstaculizar o impedir la implementación de las medidas de control del tabaco orientadas a la protección de la salud pública de la población, y que reconozcan la necesidad de monitorear, documentar y, de acuerdo con la legislación nacional vigente, hacer públicas las actividades de la industria a fin de poner en evidencia sus estrategias y reducir su eficacia;
- g) consideren la necesidad de contar con instrumentos legales para abordar la cuestión relativa al conflicto de intereses por parte de los funcionarios y empleados públicos en lo que respecta al control del tabaco;
- h) consideren, en caso de ser Parte en el CMCT, la ratificación del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, a fin de asegurar su pronta entrada en vigor a nivel internacional.

(OP)3. Solicitar a la Directora que:

- a) brinde apoyo a los Estados Miembros en la elaboración, revisión y ejecución de normativa y políticas de control del tabaco con independencia de su condición de Estado Parte o no en el CMCT;
- b) promueva la cooperación técnica con los países y entre ellos para compartir mejores prácticas y lecciones aprendidas;
- c) fomente las alianzas con otros organismos internacionales e instancias subregionales, así como con miembros de la sociedad civil a nivel nacional e internacional para la ejecución de esta estrategia y plan de acción.



Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas de la resolución propuesta para la Oficina Sanitaria Panamericana

1. **Punto del orden del día:** 4.9 - Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022

2. **Relación con el Programa y Presupuesto 2018-2019:**

Categorías:

a) **Plan Estratégico - Categoría 2:** Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.

b) **Áreas programáticas y resultados intermedios e inmediatos:**

Meta de impacto: mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las ENT y los factores de riesgo”. Indicadores relacionados:

5.1 Reducción de la tasa de mortalidad prematura por ENT en al menos un 9%, en comparación con el 2014.

5.2 Reducción de la brecha relativa de mortalidad prematura por ENT en al menos un 6% entre los grupos de países que se encuentran en los márgenes superior e inferior del índice de necesidades de salud.

5.3 Reducción absoluta de al menos 18 muertes prematuras por ENT en exceso por cada 100.000 habitantes en el período comprendido entre 2014 y 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

Área programática 2.1: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Resultado intermedio 2.1: Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo

Indicadores de resultados intermedios:

2.1.2a Prevalencia del consumo de tabaco actual entre adolescentes de 13 a 15 años de edad

2.1.2b Prevalencia estandarizada según la edad del consumo actual de tabaco (mayores de 18 años)

Resultado inmediato 2.1.2 Países habilitados para ejecutar intervenciones muy eficaces en función de los costos (“las mejores inversiones”) con miras a reducir los cuatro factores de riesgo modificables de enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, régimen alimentario, inactividad física y consumo nocivo de alcohol).

Indicador de resultados inmediatos:

2.1.2e Número de países que han puesto en marcha políticas, estrategias o leyes de acuerdo con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)

3. Repercusiones financieras:

a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución durante todo su período de vigencia 2018- 2022 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 5.000.000

b) Costo estimado para el bienio 2018-2019 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 2.000.000

Líneas de gasto	Anual (US\$)	Bienio 2018-2019 (US\$)	5 años (US\$)
Recursos Humanos:	480.000	960.000	2.400.000
STP P3 Caribe	120.000		
STP P3 Centro América	120.000		
STP P3 Sudamérica	120.000		
STP P3 Regional	120.000		
Actividades:	520.000	1.040.000	2.600.000
Simposios, capacitaciones, viajes, etc.	300.000		
Comunicaciones y campañas	100.000		
Monitoreo y evaluación	70.000		
Publicaciones, folletería	50.000		
Total:	1.000.000	2.000.000	5.000.000

c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?

Como se observa en el cuadro que antecede, el presupuesto considerado para gastos de personal corresponde a tres nuevos puestos de asesores temporales (P3) a nivel subregional y uno de categoría similar a nivel regional. Esta nueva dotación de personal permitiría expandir y robustecer el trabajo realizado por los consultores de país que se encargan de las enfermedades no transmisibles (ENT). Esto es crucial para garantizar el logro de los objetivos de la presente estrategia y plan de acción. Cabe destacar que no todas las oficinas de país cuentan con un consultor para las ENT. En algunos casos, la oficina de país cuenta con un consultor a cargo de la prevención y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Más aún, en aquellos casos en que existe un consultor dedicado exclusivamente a las ENT, el control del tabaco es solo uno de una amplia gama de temas. Ello, sin duda, dificulta el seguimiento constante requerido por los procedimientos legislativos de control del tabaco dada la fuerte y agresiva oposición de la industria tabacalera. En consecuencia, el presupuesto considerado para la contratación de personal nuevo no puede subsumirse en las actividades actuales programadas.

Lo que sí es posible, por otro lado, es subsumir el 50% del presupuesto destinado a las actividades ya planificadas para el próximo bienio.

4. Repercusiones administrativas:

- a) **Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:** Este trabajo se llevará a cabo en todos los niveles de la Organización, esto es, a nivel de país, subregional y regional, y tendrá una fuerte carga a nivel subregional en lo que respecta a la coordinación y facilitación de cooperación técnica y acompañamiento en los procesos legislativos nacionales. Cabe señalar que la presente estrategia y plan de acción no requerirá la presentación de nuevos informes por parte de los Estados (excepto en lo que se refiere a acciones para contrarrestar la industria tabacalera), dado que las medidas contempladas se vienen monitoreando bienalmente desde el 2007 en el marco del Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo y del Informe Regional de control del tabaco de la OPS.
- b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):** Como se describe en el cuadro, además de los funcionarios con los que en la actualidad cuenta el equipo de control del tabaco, se requieren cuatro consultores temporales de categoría P3, tres de ellos a nivel subregional.
- c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):** El proyecto de la Estrategia y plan de acción abarca el período comprendido entre 2018 y 2022. Se llevará a cabo una evaluación a mitad de período que se presentará a los Cuerpos Directivos en el año 2020, tras lo cual se realizará una evaluación final que se presentará en el año 2023, conjuntamente con la evaluación de una posible prórroga de la estrategia por un período adicional.



**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

1. Punto del orden del día: 4.9 – Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la Región de las Américas 2018-2022

2. Unidad a cargo: Factores de Riesgo (NMH/RF)

3. Funcionario a cargo: Rosa Carolina Sandoval

4. Vínculo entre este punto del orden del día y la [Agenda de Salud para las Américas 2008-2017](#):

Las enfermedades no transmisibles se han convertido en la principal causa de mortalidad y morbilidad en la Región de las Américas. En ese marco, los Estados Miembros deberán reforzar y ampliar sus medidas de prevención y control de esas enfermedades. El consumo de tabaco es reconocidamente el principal factor de riesgo prevenible de las enfermedades no transmisibles. Las políticas de control del tabaco son esenciales para la promoción de estilos de vida y ambientes saludables.

5. Vínculo entre este punto del orden del día y el [Plan Estratégico de la OPS 2014-2019](#):

Las medidas para el control del tabaco promueven la reducción de la carga de las enfermedades no transmisibles que figura en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 dentro de la categoría 2: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.

6. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:

Existen cinco centros colaboradores que trabajan en el control del tabaco en la Región, a saber:

- Estados Unidos:
 - Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health - Department of Epidemiology, Institute for Global Tobacco Control (IGTC)
 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - (Global Tobacco Program) Office on Smoking & Health (MS K50)
 - University of California - Center for Tobacco Control, Research and Education
 - Virginia Commonwealth University - Center for the Study of Tobacco Products, Department of Psychology
- Brasil: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) - Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ)

La OPS también realiza actividades de colaboración continua con varias otras organizaciones, entre ellas Campaign for Tobacco-Free Kid (CTFK), Framework Convention Alliance (FCA), University of Illinois, American Cancer Society (ACS), Universidad Alfonso Ibáñez, y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La UNION).

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas

- En la Región, 18 países han implementado al más alto nivel leyes que establecen ambientes libres de humo de tabaco, y 17 ya adoptaron advertencias sanitarias en los envases de los productos de tabaco mediante el uso de imágenes y mensajes de manera efectiva, lo que demuestra que ambas medidas además de estar basadas en la evidencia, son políticamente viables y factibles en la Región.
- Países como Brasil, Colombia, Panamá, Suriname y Uruguay lograron aprobar una prohibición completa de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco, y siete países han aumentado la carga tributaria en más de 10 puntos porcentuales (Bahamas, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Santa Lucía). Asimismo, Chile es el país de la Región que cumple con el umbral de impuestos al tabaco que representa más del 75% del precio final de venta.
- Hasta el 31 de diciembre del 2016, el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco había sido ratificado por cuatro países de la Región (Ecuador, Nicaragua, Panamá, y Uruguay).

8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:

- El costo total estimado de la aplicación de la resolución durante su período de vigencia (2018-2022) asciende a US\$ 5.000.000.
- El costo estimado para el bienio 2018-2019 es de aproximadamente US\$ 2.000.000.
