

CENTRO INTERNACIONAL DE ARREGLO DE DIFERENCIAS RELATIVAS A INVERSIONES

En el procedimiento de arbitraje entre

**PHILIP MORRIS BRANDS SÀRL
PHILIP MORRIS PRODUCTS S.A.**

**y
ABAL HERMANOS S.A.
(DEMANDANTES)**

y

**REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
(DEMANDADA)**

Caso CIADI N.º ARB/10/7

**ALEGATO ESCRITO (*AMICUS CURIAE*)
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

6 DE MARZO DEL 2015

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
525 23RD STREET N.W.
WASHINGTON, D.C. 20037

Índice

A. INTRODUCCIÓN	1
B. LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	4
C. LA ESTRATEGIA DE ENGAÑO Y OBSTRUCCIÓN DE LA INDUSTRIA TABACALERA	7
Las prácticas engañosas de la industria tabacalera en la Región de las Américas.....	7
La estrategia litigiosa de la industria tabacalera en la Región de las Américas.....	11
D. CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO	12
E. EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO Y LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LOS DERECHOS HUMANOS EN LAS AMÉRICAS.....	15
F. EMPAQUETADO Y ETIQUETADO DE PRODUCTOS DE TABACO DE CONFORMIDAD CON EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO	16
G. EL CONTROL DEL TABACO EN URUGUAY	19
H. DECLARACIÓN FINAL	24

A. INTRODUCCIÓN

1. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el organismo de salud pública más antiguo del mundo. Fue fundada por varios países del continente americano en 1902 con el propósito de hacer frente colaborativamente a las epidemias devastadoras de cólera, peste, tifus, gripe y otras enfermedades mortales, así como a la propagación cada vez mayor de enfermedades transmisibles. En 1946, la OPS celebró un acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en virtud del cual aceptó servir en calidad de Oficina Regional de la OMS para las Américas, manteniendo su identidad separada e independiente como OPS. Según lo dispuesto en el convenio celebrado entre la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la OPS en 1950, la Organización sirve como el organismo especializado en salud de la OEA. Otros organismos especializados de la OEA son el Banco Interamericano de Desarrollo y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. A lo largo de sus más de 110 años de historia, la OPS ha trabajado con el propósito específico de mejorar la salud de los pueblos de la Región de las Américas proporcionando cooperación técnica y promoviendo alianzas para mejorar la salud y la calidad de vida.
2. Aunque originalmente el trabajo de la OPS giraba principalmente en torno a las enfermedades transmisibles, los adelantos en el tratamiento y el control de las enfermedades endémicas, los cambios demográficos en la Región y los efectos de la globalización hicieron que la Organización se centrara no solo en las enfermedades transmisibles, sino también en las enfermedades no transmisibles (ENT), como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Aunque estas ENT pueden ser causadas por diversos factores de riesgo, en muchos casos tienen un factor de riesgo en común: el tabaco.
3. Los productos de tabaco tienen características singulares que los distinguen de cualquier otro producto básico o de consumo: han sido sumamente modificados por la industria tabacalera para crear y mantener una adicción¹. Además, son el único producto legal que causa la muerte de un tercio a la mitad de sus consumidores cuando se usa en la forma prevista por los fabricantes².
4. A nivel mundial, el consumo de tabaco mata aproximadamente a 5,1 millones de personas por año³ (12% de todas las muertes de adultos de 30 años o más)⁴. La mitad de esas muertes se producen en adultos de mediana edad⁵. La exposición al humo de tabaco en el ambiente mata a otras 603.000 personas cada año⁶. En total, el tabaco es responsable cada año de más muertes que la

¹ Organización Mundial de la Salud, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* (2003). Se encuentra en http://www.who.int/fctc/text_download/es.

² Peto R; Lopez AD, Boreham J; Thun M; Heath C, *Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics*, Lancet (1992).

³ WHO global report: mortality attributable to tobacco (2012). Se encuentra en http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/. Véase también World Health Organization, *WHO Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks* (2009). Se encuentra en http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.

⁴ WHO global report: mortality attributable to tobacco (2012).

⁵ Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. *Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors*, BMJ (1994); 309:901. Se encuentra en <http://www.bmj.com/content/309/6959/901>.

⁶ WHO global report: mortality attributable to tobacco (2012). Véase también World Health Organization, *WHO Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke* (2011). Se encuentra en http://www.who.int/tobacco/publications/second_hand/global_estimate_burden_disease/en/.

tuberculosis, el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) y la malaria combinados⁷. Si no se toman medidas, se prevé que, para el 2030, las muertes relacionadas con el tabaco aumentarán a más de 8 millones al año⁸.

5. En la Región de las Américas hay 145 millones de fumadores, que representan 12% de los más de mil millones de fumadores en todo el mundo. En la Región, el consumo de tabaco causa 16% de las muertes de adultos de 30 años o más⁹. Junto con la exposición al humo de tabaco en el ambiente, el tabaco causa alrededor de un millón de muertes al año en la Región¹⁰.
6. La OPS empezó a colaborar muy estrechamente con sus Estados Miembros a comienzos de los años sesenta para abordar la preocupación cada vez mayor con respecto a los efectos perjudiciales del tabaquismo en la salud¹¹. Desde entonces, la Organización ha proporcionado a sus Estados Miembros estrategias y herramientas eficaces para reducir la carga de morbilidad y mortalidad, así como las consecuencias económicas del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno. Además, la OPS ha promovido el intercambio de información entre los Estados Miembros con respecto a las estrategias y tácticas de la industria tabacalera a fin de establecer y mantener una postura firme y fundamentada de control del tabaco en la Región.
7. Habida cuenta de que en todo el mundo son cada vez mayores las tasas de consumo de tabaco y las estadísticas lamentables con respecto a los efectos del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco en el ambiente, el 21 de mayo del 2003 la 56.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (el “CMCT de la OMS” o el “Convenio”). El CMCT de la OMS, que entró en vigor el 27 de febrero del 2005 y actualmente tiene 180 Partes, es un tratado jurídicamente vinculante que compromete a las Partes a elaborar y aplicar una serie de medidas de control del tabaco basadas en la evidencia, a nivel de país, para detener la epidemia de tabaquismo. También proporciona directrices detalladas, opciones de política y recomendaciones para ayudar a las Partes a cumplir los mandatos allí establecidos. En resumen, proporciona un medio para dar una respuesta colectiva mundial a la epidemia creciente de tabaquismo que enfrenta la población de todo el mundo.
8. Uruguay fue uno de los primeros signatarios del CMCT de la OMS: lo firmó el 19 de junio del 2003 y lo ratificó el 9 de septiembre del 2004. Fue uno de los 40 primeros países en ratificar el Convenio, que luego entró en vigor¹².

⁷ WHO global report: mortality attributable to tobacco (2012).

⁸ Organización Mundial de la Salud. *Nota descriptiva n.º 339 de la OMS. Tabaco*. Actualizada en mayo del 2014. Se encuentra en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.

⁹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas* (2013). Se encuentra en http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=551:informe-sobre-control-tabaco-region-americas-2013&Itemid=215.

¹⁰ *Íd.*

¹¹ La OPS tiene 35 Estados Miembros en América del Norte, Centroamérica y el Caribe, y América del Sur; cuatro Miembros Asociados (Aruba, Curazao, San Martín y Puerto Rico); tres Estados Participantes (Francia, Países Bajos y el Reino Unido); y dos Estados Observadores (Portugal y España).

¹² Organización Mundial de la Salud, *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* (2003), *Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Estado*. Se encuentra en http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/. Véase también Organización Mundial de la Salud. *Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Se encuentra en http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/.

9. Las medidas eficaces de control del tabaco, entre ellas las dispuestas por el CMCT de la OMS, han llevado a una disminución del consumo de tabaco en los países desarrollados. En consecuencia, para mantener sus ganancias, la industria tabacalera ha dirigido su atención a los países en desarrollo, centrándose principalmente en las poblaciones de ingresos bajos, mujeres y jóvenes en particular, con la intención de reclutar “fumadores de reemplazo” a medida que los fumadores empedernidos mueren o dejan de fumar¹³. Actualmente, la mayor parte de las muertes relacionadas con el tabaco se producen en los países de ingresos bajos y medianos, y se prevé que aumentarán durante los próximos decenios¹⁴.
10. A medida que la epidemia de tabaquismo en la Región de las Américas sigue en aumento, algunos países, como Uruguay, están adoptando una posición firme para proteger la salud y el bienestar de sus ciudadanos, en particular de los grupos vulnerables como la población joven. Frente a esta oposición, la industria tabacalera ha recurrido a estrategias y prácticas cada vez más agresivas y engañosas para descarrilar, socavar y eludir la normativa gubernamental para el control del tabaco y otras iniciativas similares¹⁵.
11. Uruguay introdujo recientemente normas relativas al etiquetado y empaquetado que requieren la colocación de advertencias sanitarias que cubran 80% del frente y el dorso de las cajetillas de cigarrillos (la “regla del 80%”) y prohíben la comercialización de múltiples presentaciones de la misma marca de cigarrillos (la “regla de la presentación única” o “RPU”).
12. La OPS apoya plenamente a Uruguay y sus esfuerzos razonables y de buena fe para elaborar normas y una estrategia de control del consumo de tabaco, como la regla del 80% y la RPU, que protegen el derecho de sus ciudadanos a la salud y responden a las estrategias en constante cambio empleadas por la industria tabacalera para seguir vendiendo un producto que es nocivo para la salud pública. En el artículo 44 de la Constitución de Uruguay se autoriza específicamente al gobierno a promulgar leyes sobre todas las cuestiones relacionadas con la salud pública, con la finalidad de procurar el perfeccionamiento físico, moral y social de los ciudadanos de Uruguay¹⁶. Por otro lado, la decisión de Uruguay de aplicar la regla del 80% y la RPU concuerda con sus obligaciones como Parte del CMCT de la OMS, diversos tratados internacionales de derechos humanos y la estrategia regional elaborada por la OPS y sus Estados Miembros para combatir el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco¹⁷.

¹³ Tobacco Control Legal Consortium, *The Verdict is in. Findings from Unites States v. Phillip Morris. Marketing to Youth* (2006). Se encuentra en <http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/tclc-verdict-youth.pdf>.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009*, artículo 8 (2009). Se encuentra en <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/es/>.

¹⁵ Alderete Mariela, *Health is not negotiable* 2nd Edition, Civil Society against the Tobacco Industry’s Strategies in Latin America. Case Studies (2014). Se encuentra en https://www.stopcorporateabuse.org/sites/default/files/resources/2014_health_is_not_negotiable_-_colombia_2nd_ed_0.pdf. Véase también World Health Organization, *Tobacco Industry Interference with Tobacco Control* (2008). Se encuentra en http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340_eng.pdf?ua=1.

¹⁶ Constitución de la República Oriental del Uruguay, 27 de noviembre de 1966. Se encuentra en <http://www.rau.edu.uy/uruguay/const97-1.6.htm>.

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud, 19.º Consejo Directivo de la OPS, resolución DC19/R34 (sept./oct. de 1969); 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, resolución CSP18.R35 (sept./oct. de 1970); 33.º Consejo Directivo de la OPS, resolución CD33.R22 (1988); 43.º Consejo Directivo, documento CD43/13; resolución CD43.R12 (2001).

B. LA EPIDEMIA DE TABAQUISMO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

13. En los años sesenta, la OPS y sus Estados Miembros confirmaron públicamente que el consumo de tabaco es una grave amenaza para la salud para la Región y empezaron a centrarse en medidas preventivas coordinadas como primera línea de defensa contra las enfermedades relacionadas con el tabaco.
14. En septiembre y octubre de 1969, los Estados Miembros de la OPS declararon oficialmente que fumar cigarrillos es peligroso para la salud y es un factor importante en la muerte prematura por cáncer broncopulmonar, enfermedad coronaria, bronquitis crónica e insuficiencia respiratoria crónica. Los Estados Miembros dieron instrucciones a la OPS para que preparara un informe sobre las medidas tomadas para controlar la publicidad de los cigarrillos mediante la restricción del material promocional o la inclusión de advertencias sanitarias, sobre otros medios posibles de advertir al público acerca de los riesgos de fumar cigarrillos y sobre las medidas que podrían tomarse para controlar el consumo de cigarrillos en los lugares de trabajo o en lugares de uso público¹⁸.
15. En septiembre y octubre de 1970, todos los países de la Región de las Américas dieron instrucciones para que se intensificara y se coordinara la acción contra el consumo de tabaco, reconocieron la iniciativa de la Organización de crear una encuesta sobre las características del tabaquismo en ocho ciudades en América Latina, encargaron al Director de la OPS que iniciara esas encuestas en otros países latinoamericanos donde había un deseo de controlar el consumo de cigarrillos y aconsejaron al Director de la OPS que estableciera una oficina dedicada a la compilación y difusión de información sobre el tabaquismo y la salud¹⁹.
16. En 1988, los Estados Miembros de la OPS reafirmaron la necesidad de tomar medidas enérgicas de control del tabaco en la Región. Se aconsejó a los Estados Miembros que tomaran medidas de salud pública a nivel regional y nacional para prevenir y controlar el consumo de tabaco, y proteger la salud de los no fumadores²⁰. Se les aconsejó también que restringieran el consumo de tabaco en lugares públicos, que controlaran la publicidad directa e indirecta de productos de tabaco, que establecieran programas educativos en todos los niveles de enseñanza y que aumentaran la conciencia del público sobre los peligros de fumar. Los Estados Miembros también pidieron a la OPS que elaborara un plan de acción para la prevención y el control del consumo de tabaco²¹. El plan de acción fue presentado a los Estados Miembros de la OPS y aprobado en septiembre de 1989²².
17. A pesar de los esfuerzos de la OPS y sus Estados Miembros, la eficacia de las leyes de control del tabaco en la Región siguió siendo limitada. Para los años noventa, el consumo de tabaco era una de las causas principales de muerte prematura en el continente americano. Las muertes atribuibles al

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud, 19.º Consejo Directivo, resolución CD19.R34 (sept./oct. de 1969). Se encuentra en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2604/CD19.R34sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud, 18.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, resolución CSP18.R35 (sept./oct. de 1970). Se encuentra en http://www1.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp_18.htm#R35.

²⁰ Organización Panamericana de la Salud, 33.º Consejo Directivo, resolución CD33.R22 (1988). Se encuentra en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1492/CD33.R22sp.pdf?sequence=2>.

²¹ *Íd.*

²² Organización Panamericana de la Salud, 34.º Consejo Directivo, resolución CD34.R12 (1989). Se encuentra en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/CD34.R12sp.pdf?sequence=2>.

tabaco ascendían a 670.000 al año²³. En esa época, el consumo de tabaco tenía amplia aceptación, el público no estaba bien informado acerca de sus efectos perjudiciales y el cumplimiento de las medidas existentes de control del tabaco era deficiente.

18. Por otro lado, la publicidad y la promoción del tabaco por empresas transnacionales estaban aumentando a fin de captar nuevos mercados. La ofensiva de la industria tabacalera para ampliar su mercado tuvo éxito en aquellos países donde las políticas y los programas de control del tabaco no eran adecuados para frenar la intensa campaña de mercadotecnia internacional de la industria²⁴.
19. Para el 2002, los índices más altos de consumo de tabaco se encontraban en las zonas australes de América del Sur, especialmente Argentina, Chile y Uruguay, donde las tasas de prevalencia eran de 38% a 47% para los hombres y de 26% a 35% para las mujeres²⁵. En el 2003, la tasa de prevalencia en Uruguay era de 33,3% (38,8% en los hombres y 24,8% en las mujeres)²⁶. Al igual que en el resto de la Región, fumar era un comportamiento socialmente aceptado en Uruguay y la conciencia del público con respecto a los riesgos del consumo de tabaco era escasa²⁷.
20. En esa época morían 14 uruguayos por día, en promedio, de enfermedades relacionadas con el tabaco²⁸, a pesar de la ley de control del tabaco sancionada en 1982²⁹. Esta ley imponía restricciones a los avisos publicitarios de productos de tabaco y ordenaba el uso de advertencias sanitarias solo de texto en los paquetes de tabaco y en los avisos publicitarios (es decir, un aviso de que fumar es perjudicial para la salud). La ley también prohibía la venta de tabaco a menores y la venta de cigarrillos sueltos. Se prohibía fumar en algunos tipos de transporte y se prohibían ciertas actividades promocionales³⁰. En 1996, Uruguay sancionó un decreto mediante el cual se prohibía fumar en lugares públicos, pero se permitía fumar en áreas designadas³¹.

²³ Organización Panamericana de la Salud, 43.º Consejo Directivo, documento CD43/13; también resolución CD43.R12 (2001). Se encuentra en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1442/cd43.r12-s.pdf?sequence=2>.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud, 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, documento CSP 25/11 (1998). Se encuentra en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4351/csp25_11esp.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas*, Vol. 1 (2002). Se encuentra en http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=256-salud-en-las-americas-2007-vol-1&Itemid=222&lang=en.

²⁶ Organización Mundial de la Salud, *Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2008. Plan de medidas MPOWER*. Véase el cuadro 4.2, encuestas de adultos sobre el consumo de tabaco en Estados Miembros de la OMS. Se encuentra en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43897/1/9789243596280_spa.pdf.

²⁷ Esteves, Elba et al., *Uruguay libre de humo de tabaco... y después? El equipo de salud y las políticas de control de tabaco*. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (2007). Se encuentra en http://www.cardiosalud.org/files/documents/chscv_uruguay_libre_humo.pdf.

²⁸ *Íd.*

²⁹ República Oriental del Uruguay, Ley No. 15.361 Cigarrillos, cigarros y tabacos. Se adoptan disposiciones sobre publicidad y comercialización. Diciembre de 1982. Se encuentra en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=15361&Anchor>.

³⁰ Decreto 407/981 del Ministerio de Transporte. Decreto 142/998 del Ministerio de Salud.

³¹ Decreto 203/96 (28 de mayo de 1996).

21. En el 2002, en un estudio multicéntrico realizado con el patrocinio de la OPS se midió el nivel de nicotina en el aire en los espacios públicos y se llegó a la conclusión de que Argentina y Uruguay compartían la dudosa distinción de tener los niveles más altos de contaminación por humo de tabaco entre los siete países estudiados. Por otro lado, el estudio demostró la ineficacia de separar a los fumadores y los no fumadores en un mismo ambiente³².
22. Actualmente, las ENT crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias, son la causa de 77% de las muertes en las Américas. Entre estas, el tabaco causa 15% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, 26% de las muertes por cáncer y 51% de las muertes por enfermedades respiratorias³³.
23. En Uruguay, se calcula que las ENT causan 85% de las muertes³⁴. El consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco (factores de riesgo comunes de las principales ENT antedichas) son la causa de 15% de las muertes de uruguayos mayores de 30 años, más que el promedio mundial de 12%³⁵.
24. La Región de las Américas se clasifica en cuarto lugar entre las seis regiones de la OMS en lo que se refiere al consumo de tabaco³⁶. En esta Región, 22% de los adultos fuman. La prevalencia del tabaquismo en los adultos varía mucho de un país a otro: de 41% en Chile a 7% en Barbados³⁷. En Uruguay, según la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos del 2009, 25% de las personas de 15 años y mayores fuman tabaco en ese momento, tasa superior a la prevalencia regional de 22% en promedio³⁸.
25. Los datos de la Encuesta Mundial de la OMS sobre el Tabaco y los Jóvenes tampoco son alentadores. La prevalencia del consumo de productos de tabaco en los adolescentes de 13 a 15 años va de 35,1% en Santiago de Chile a 7,8% en las Islas de Vírgenes de Estados Unidos. Por otro lado, 23,4% de las personas de esta edad encuestadas en la Región de las Américas dijeron que probablemente comenzarían a consumir tabaco en el próximo año³⁹. En el caso de Uruguay, la Encuesta Mundial

³² Blanco Marquizo, A., *Seis años que cambiaron el control de tabaco en el Uruguay: lecciones aprendidas*. OPS (2007). Se encuentra en [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/lecciones_aprendidas\(SPA\).pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/lecciones_aprendidas(SPA).pdf). Véase también Ana Navas Acien et al., *Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002-2003*. JAMA (9 de junio de 2004), Vol. 291, No22 2741-2745.

³³ World Health Organization, *WHO Global status report on Noncommunicable diseases 2010*. Se encuentra en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf.

³⁴ World Health Organization, *Non-communicable diseases country profiles 2014*. Se encuentra en http://www.who.int/nmh/countries/ury_en.pdf?ua=1.

³⁵ *WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco 2012*.

³⁶ World Health Organization, *Gender, women and the tobacco epidemic 2010*. Se encuentra en http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/.

³⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas*, 1 (2013) pág. 1.

³⁸ World Health Organization, *Global Adult Tobacco Survey (GATS) Fact Sheet, Uruguay 2009*. Se encuentra en http://www.who.int/tobacco/surveillance/fact_sheet_of_gats_uruguay_2010.pdf.

³⁹ Pan American Health Organization, *Youth and tobacco in the Americas: Results from the Global Youth Tobacco Survey 2000-2010* (2012). Se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=24894&lang=en.

sobre el Tabaco y los Jóvenes del 2007 indicó que 23,2% de los adolescentes de 13 a 15 años consumían productos de tabaco en ese momento⁴⁰.

26. El aumento de las tasas de consumo en las mujeres es una característica particularmente perturbadora del tabaquismo en la Región de las Américas. Esta tendencia no se ve en la misma medida en otras regiones del mundo⁴¹ y es aún más pronunciada en el caso del consumo de cigarrillos en las niñas de 13 a 15 años (prevalencia de 12,3% en los niños y de 11,3% en las niñas). En efecto, en algunos países de América del Sur hay incluso una inversión de los coeficientes tradicionales de hombres y mujeres en este grupo etario, observándose que las niñas consumen más tabaco que los niños⁴². Uruguay es un buen ejemplo de este fenómeno, con 21,4% de los niños y 24,5% de las niñas de 13 a 15 años que consumen productos de tabaco, según la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes del 2007⁴³. La feminización cada vez mayor del consumo es impulsada, entre otras cosas, por las intensas campañas de la industria tabacalera para promocionar sus productos, dirigidas especialmente a las mujeres y la población joven⁴⁴.
27. A medida que los Estados Miembros de la OPS fueron avanzando por la vía normativa para desincentivar el consumo de tabaco, las estrategias de la industria tabacalera fueron evolucionando a fin de eludir esas medidas. Por ejemplo, la introducción de formas nuevas de productos de tabaco (como el tabaco sin humo y los cigarrillos suaves) y de prácticas engañosas en las ventas, la mercadotecnia y la fabricación de productos de tabaco fueron intentos de la industria tabacalera de “contribuir al consumo de tabaco y la adicción fomentando el inicio en los adolescentes y jóvenes, haciendo que los productos fuesen más fáciles de usar y más aceptables, fabricando y comercializando productos para dar la impresión de que abordan preocupaciones relacionadas con la salud, y fabricando y comercializando productos para perpetuar la adicción mediante el uso de productos alternativos para los casos en que no se permite fumar”⁴⁵. Aunque los productos de tabaco varían mucho en cuanto a la forma, el contenido y las emisiones, prácticamente todos los tipos están representados principalmente por productos concebidos y fabricados con la única finalidad de administrar nicotina, la sustancia química responsable del carácter adictivo del tabaco, asegurando de esta forma la continuidad de las ventas de este producto letal.

C. LA ESTRATEGIA DE ENGAÑO Y OBSTRUCCIÓN DE LA INDUSTRIA TABACALERA

Las prácticas engañosas de la industria tabacalera en la Región de las Américas

⁴⁰ Global Youth Tobacco Survey (GYTS), Uruguay, Fact Sheet (*ages 13-15*). Se encuentra en [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/2007%20Uruguay%20GYTS%20Factsheet%20\(Ages%2013-15\).pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/2007%20Uruguay%20GYTS%20Factsheet%20(Ages%2013-15).pdf).

⁴¹ World Health Organization, *Gender, women and the tobacco epidemic 2010*.

⁴² Pan American Health Organization, *Youth and tobacco in the Americas: Results from the Global Youth Tobacco Survey 2000-2010*, Washington DC 2012.

⁴³ Global Youth Tobacco Survey (GYTS), Uruguay, Fact Sheet (*ages 13-15*).

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas*. Se encuentra en https://www.google.com/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi1weDLv4bPAhUBUWMKHS8xCbkQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26Itemid%3D270%26gid%3D22034%26lang%3Dpt&usg=AFQjCNEDrxKwf-xDg5y9RV1fx9MDn32yzA&sig2=eYSLKxe71LNyAZ3KwMRXQQ&bvm=bv.132479545.d.cGc.

⁴⁵ US Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress, A Report of the Surgeon General*, 784 (2014). Se encuentra en <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>.

28. La epidemia mundial de tabaquismo ha sido impulsada por prácticas de la industria tabacalera cuya finalidad es engañar al público con respecto a los riesgos que entraña el consumo de tabaco para la salud, crear productos nuevos y más adictivos, y evitar, retardar o eludir la reglamentación. Debido a la larga historia de la industria tabacalera de engaño del público, manipulación de productos y comercialización dirigida a los jóvenes, se necesita claramente un enfoque mundial enérgico del control del tabaco.
29. En 1998, algunos documentos internos de la industria tabacalera que hasta ese momento se habían mantenido confidenciales fueron dados a conocer al público como consecuencia del juicio entablado en Estados Unidos de América por los procuradores generales de cuarenta y seis estados, cinco territorios y el Distrito de Columbia contra las cinco compañías tabacaleras más grandes de Estados Unidos, entre ellas Philip Morris. De ese juicio surgió el Acuerdo General de Conciliación entre las partes sobre la publicidad, comercialización y promoción de productos de tabaco. Además de exigir a la industria tabacalera que pagara a los estados comprendidos en el acuerdo alrededor de \$10.000 millones al año durante un período indefinido, en el Acuerdo General de Conciliación también se establecen normas y se imponen restricciones con respecto a la venta y mercadotecnia de cigarrillos por los fabricantes participantes⁴⁶.
30. Esos documentos internos de la industria tabacalera aportaron pruebas de su larga historia de prácticas engañosas en las ventas, la mercadotecnia y la fabricación de productos de tabaco y revelaron las amplias iniciativas de investigación, fabricación y mercadotecnia realizadas por la industria tabacalera para que sus productos fuesen más adictivos, asegurando de esa forma una corriente constante de fumadores para toda la vida y ganancias a perpetuidad.
31. Estos documentos internos muestran que no solo era importante para la industria tabacalera reclutar nuevos fumadores, sino que además, frente a las pruebas cada vez mayores del riesgo relacionado con el consumo de tabaco, era necesario retener a los fumadores. En los documentos de la industria se abordaba la necesidad de “tranquilizar” a los fumadores que estaban preocupados a fin de retenerlos en el mercado. En las propias palabras de la industria:

Todo el trabajo en esta área debe orientarse a tranquilizar al consumidor acerca de los cigarrillos y el hábito de fumar. Eso puede lograrse de distintas formas, por ejemplo, diciendo que ciertos cigarrillos tienen menos nicotina o mediante la percepción de un bajo contenido de nicotina y de ‘suavidad’. Además, los avisos publicitarios de cigarrillos con bajo contenido de nicotina o tradicionales deben concebirse de manera tal que no provoquen ansiedad acerca de la salud, sino que alivien esta ansiedad, y que permitan que el fumador se sienta tranquilo con el hábito y seguro de que podrá mantenerlo a lo largo del tiempo. [Traducción oficiosa, énfasis en el original]⁴⁷

32. En noviembre del 2002, la OPS publicó *La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública*, un informe que fue la culminación del examen realizado por la Organización de miles de páginas de documentos relativos a las actividades de Philip Morris y British American Tobacco,

⁴⁶ Master Settlement Agreement (1998). Se encuentra en <http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/master-settlement-agreement.pdf>.

⁴⁷ British American Tobacco (1977). Bates no. 100427792/7800. Se encuentra en <http://legacy.library.ucsf.edu/action/document/page?tid=bvs56b00>.

líderes mundiales de la industria en América Latina. Estos documentos, como otros que se hicieron públicos a raíz de los litigios, revelaron los esfuerzos de toda la industria para frustrar y subvertir la intención de las medidas nacionales de control del tabaco que restringieran las estrategias engañosas de promoción y mercadotecnia de las empresas, así como la venta y distribución de sus productos.

33. En el resumen de las conclusiones del informe de la OPS del 2002 se revela la forma en que la industria tabacalera y sus agentes elaboraron estrategias y llevaron a cabo actividades con la finalidad de influir en las decisiones políticas de una manera favorable a la industria y en contra de los intereses de la salud pública. He aquí una de las conclusiones del informe:

Las estrategias generales de la industria tabacalera para América Latina y el Caribe son similares a las empleadas en otras regiones del mundo. Mientras los dos principales actores, British American Tobacco (BAT) y Philip Morris International (PMI) luchan entre sí para lograr una mayor cuota de mercado, también cooperan para ejercer presiones sobre los gobiernos con respecto a las políticas tributarias, la fijación de precios y las cuestiones legislativas, al tiempo que ponen el grito en el cielo contra la intervención del Estado en los asuntos de las empresas. Lo que es más importante aún, BAT y PMI colaboraron para engañar a los medios de comunicación y, en última instancia, la opinión pública, sobre los verdaderos riesgos de fumar y la exposición pasiva al humo de tabaco y sobre las estrategias eficaces para reducir el consumo de tabaco.⁴⁸

34. En el informe también se describe el aumento de la comercialización y el crecimiento subsiguiente del consumo de las denominadas marcas “ligeras (*light*)” y “suaves” en América Latina y se presentan pruebas de que la industria tabacalera trataba intencionalmente de engañar a los consumidores que se preocupaban por su salud, haciéndoles creer que las marcas “*light*” y “suaves” eran una opción más saludable que las marcas de sabor pleno, como lo había hecho en Estados Unidos más de diez años antes. En una reunión de Philip Morris en la cual se habló del mercado de América Latina se describen las incursiones en este mercado:

BRASIL - PROYECTO COMPLEMENTARIO GOLDEN

Factores: Pasar a una marca más barata, cambiar a cigarrillos de filtros blancos (sensación de suavidad), aumentar el número de fumadoras. Filtros blancos: Galaxy, Luxor, Plaza. Hollywood pierde terreno con respecto a Free y Plaza, pero a su vez Free lo pierde con respecto a Plaza y viceversa. Para ser económicamente viable, el producto sería de 12 a 13 mg, es decir, el contenido de alquitrán y nicotina no sería realmente bajo. “Golden” estará respaldado por Galaxy; es un producto suave con sabor.

PROYECTO SUAVE

- *La categoría incluye a los cigarrillos de filtros blancos de bajo contenido de alquitrán y nicotina real y percibido.*
- *La frescura es un atributo importante (no es aconsejable que sea mentolado). “Forest” de Australia o “Vitality” de la CEE.*

⁴⁸ Organización Panamericana de la Salud. *La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública*, 33 (2002). Se encuentra en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2815/La%20Rentabilidad%20a%20Costa%20de%20la%20Gente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- *Paquete: evítese el verde, usar el azul.*
- *Producto: apenas mentolado. “Lights Frescos”: “los únicos cigarrillos con un toque de frescura.”⁴⁹*

35. El engaño como práctica corriente de la industria tabacalera fue una importante conclusión de hecho en el fallo del 2006 en el caso de Estados Unidos contra Philip Morris, Inc.⁵⁰. En ese caso, el Tribunal de Distrito de Estados Unidos para el Distrito de Colombia determinó que Philip Morris había infringido la ley de organizaciones corruptas e influenciadas por estafadores (RICO por su sigla en inglés).
36. En su decisión final, este tribunal declaró que once de las principales compañías tabacaleras de Estados Unidos eran culpables de casi 150 cargos de fraude postal y fraude por medios de comunicación electrónicos en un “esquema continuo de conspiración para cometer estafas” con la “intención específica de defraudar”, de acuerdo con la Ley RICO. Concluyó, entre otras cosas, que “la industria había comercializado y vendido sus productos letales con celo, con engaños, prestando atención únicamente a su éxito financiero, sin ningún respeto por la tragedia humana ni los costos sociales que su éxito implicaba” [traducción oficiosa]⁵¹.
37. Además, el tribunal determinó que había pruebas suficientes en el expediente para demostrar lo siguiente:
- Las empresas demandadas habían sabido durante más de cincuenta años que fumar cigarrillos causaba enfermedades, pero lo negaron reiteradamente. Por decenios, las demandadas distorsionaron y minimizaron públicamente los peligros de fumar⁵².
 - Las empresas demandadas ocultaron y suprimieron datos de investigaciones y otras pruebas de que la nicotina es adictiva y no revelaron información acerca de sus investigaciones internas sobre la adicción al público estadounidense, el gobierno y la comunidad de salud pública, incluido el Director General de Sanidad de Estados Unidos, con el fin de preservar sus ganancias haciendo que las personas siguieran fumando y atrayendo a nuevos consumidores, evitar la responsabilidad civil y evitar la reglamentación de la industria⁵³.
 - Las empresas demandadas negaron falsamente que controlan la dosis de nicotina administrada a los fumadores para crear y mantener la adicción⁵⁴.
 - Las empresas demandadas hicieron publicidad y promovieron falsamente cigarrillos con bajo contenido de alquitrán (“light”) como menos nocivos que los cigarrillos de “sabor

⁴⁹ *Íd.*

⁵⁰ *United States v. Philip Morris, USA, Inc.*, 449 F. Supp. 2d 1 (D.D.C. 2006), *antedicho en la parte pertinente*, 566 F.3d 1095 (D.C. Cir. 2009) (per curiam) (en adelante “Estados Unidos c. Philip Morris”).

⁵¹ *Íd.*, 28.

⁵² *Íd.*, 219, 279.

⁵³ *Íd.*, 330-333, 447, 479-480.

⁵⁴ *Íd.*, 514-517, 654.

pleno” para que las personas siguieran fumando y para mantener los ingresos corporativos⁵⁵.

- A partir de los años cincuenta, distintas compañías tabacaleras, con métodos diferentes, han empleado técnicas de mercadotecnia de cigarrillos dirigidas intencionalmente a menores de 21 años para reclutar “fumadores de reemplazo” que aseguren la viabilidad económica futura de la industria tabacalera⁵⁶.
- Las empresas demandadas negaron públicamente que la exposición pasiva al humo de tabaco fuese peligrosa para los no fumadores, si bien lo reconocieron internamente⁵⁷.
- En distintos momentos, las empresas demandadas intentaron, en muchos casos con éxito, suprimir y ocultar investigaciones científicas y destruir documentos relativos a su posición frente al público y en los litigios⁵⁸.

38. En una apelación interpuesta ante el Tribunal de Apelaciones de Estados Unidos para el Distrito de Columbia, un panel de tres jueces reafirmó el fallo del Tribunal de Distrito de Estados Unidos por el que se había declarado que las compañías tabacaleras eran legalmente responsables⁵⁹.
39. Es en ese contexto de manipulación, deshonestidad y prácticas engañosas de la industria tabacalera que los Estados Miembros de la OPS deben buscar maneras de controlar eficazmente el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

La estrategia litigiosa de la industria tabacalera en la Región de las Américas

40. La OPS asesora regularmente a las autoridades de salud pública de la Región de las Américas en relación con la redacción de reglamentos de salud pública, incluso con respecto al control del tabaco. Al proporcionar ese asesoramiento y en sus conversaciones con los encargados de las normas de salud pública en términos más generales, la OPS ha observado que la amenaza de juicios está teniendo un efecto intimidatorio en la promulgación de medidas de control del tabaco, como las de Uruguay, aunque las medidas se consideran importantes para la salud pública.
41. A medida que se ha intensificado la acción mundial para frenar la epidemia de tabaquismo y su gran impacto en las personas, las familias y la sociedad, también se ha ido intensificando la acción de la industria tabacalera para mantener su participación en el mercado. Sin embargo, tal como lo afirmara la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2011, “[hay un] conflicto fundamental de intereses entre la industria del tabaco y la salud pública”⁶⁰.

⁵⁵ *Íd.*, 741, 877, 879, 971.

⁵⁶ *Íd.*, por ejemplo, 561, 562, 564, 692, 852.

⁵⁷ *Íd.*, por ejemplo, 708, 759, 795, 796, 798, 865, 869.

⁵⁸ *Íd.*, 869.

⁵⁹ *Íd.*

⁶⁰ Asamblea General de las 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, 2011. Se encuentra en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>.

42. La industria tabacalera suele recurrir a juicios para obstaculizar normas legítimas de salud pública. Los juicios representan una carga económica importante para los países pequeños, como Uruguay, y obstaculizan la aplicación de normas eficaces de control del tabaco. Esta estrategia arroja resultados particularmente fructíferos cuando se emplea contra países de ingresos bajos y medianos que tratan de reglamentar legítimamente el consumo de tabaco a fin de proteger la salud y el bienestar de sus ciudadanos.
43. La industria tabacalera y los defensores de sus intereses han usado los juicios para responder a los avances en la normativa de control del tabaco en la Región y como táctica dilatoria. En la mayoría de los casos, la industria tabacalera recurre a reclamos constitucionales en sus intentos de debilitar las medidas eficaces de control del tabaco. Eso ha sucedido en casi todos los países latinoamericanos tras la promulgación de una ley o normativa de control del tabaco⁶¹. La industria tabacalera sabe que estos juicios no solo son muy costosos y lentos para la parte que debe defender sus leyes y políticas de control del tabaco, sino que también tienen un efecto intimidatorio igualmente efectivo en otras jurisdicciones que están contemplando la adopción de nuevas medidas de control del tabaco⁶². Aunque la industria tabacalera pierda los juicios cuando se llega al fondo del asunto (como generalmente ocurre), se beneficia económicamente de los retrasos resultantes en la aplicación de normas de control del tabaco y de la incertidumbre generada por sus tácticas judiciales.
44. A pesar de las tácticas litigiosas de la industria tabacalera, las decisiones de los tribunales han sido favorables al derecho de los gobiernos a implementar políticas de salud pública no solo a nivel nacional sino también a nivel local⁶³. En Estados Unidos, después de analizar juicios entablados a nivel de las ordenanzas, se observó que “a pesar de la bien merecida reputación de litigante feroz que tiene la industria tabacalera, el hecho es que a la industria (y a sus testaferros y aliados) no les ha ido bien al usar los tribunales para impugnar ordenanzas locales de control del tabaco” [traducción oficiosa]⁶⁴.
45. Ante la estrategia litigiosa de la industria tabacalera, la OPS y sus Estados Miembros han instado continuamente a los países de la Región “a que se opongan a los intentos por parte de la industria tabacalera o de sus grupos aliados, de interferir, demorar, obstaculizar o impedir la implementación de las medidas de salud pública orientadas a proteger a la población de las consecuencias del consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco ajeno [y] a que reconozcan la necesidad de monitorear, documentar y, de acuerdo a la legislación nacional vigente, hacer públicas las actividades de la industria tabacalera a fin de poner sus estrategias en evidencia y reducir su eficacia”⁶⁵.

D. CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

⁶¹ O’Neill Institute for National and Global Health Law, *Tobacco Industry Strategy in Latin American Courts—A Litigation Guide*, at 16 (2012). Se encuentra en https://www.law.georgetown.edu/oneillinstitute/documents/2012_OneillTobaccoLitGuide_ENG.PDF.

⁶² J K Ibrahim and Stanton A Glantz, *Tobacco industry litigation strategies to oppose tobacco control media campaigns*, 50. *Tob Control* 2006;15:50-58 doi:10.1136/tc.2005.014142.

⁶³ M L Nixon, L Mahmoud, S A Glantz, *Tobacco industry litigation to deter local public health ordinances: the industry usually loses in court*, pág. 71. *Tobacco Control* 2004;13:65–73.

⁶⁴ *Íd.*

⁶⁵ Organización Panamericana de la Salud, 50.º Consejo Directivo. Resolución CD50.R6, *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* (2010). Se encuentra en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-s.pdf>.

46. Como consecuencia directa de la índole mundial de la epidemia cada vez mayor de tabaquismo, las características multinacionales de la industria tabacalera en gran escala y las estrategias agresivas de la industria tabacalera para engañar a los consumidores y socavar las medidas de control del tabaco, en mayo de 1995 la 48.^a Asamblea Mundial de la Salud, que es la máxima autoridad directiva de la Organización Mundial de la Salud, pidió al Director General de la OMS que preparara un informe sobre la posibilidad de crear un instrumento internacional, como directrices, una declaración o un convenio internacional, sobre el control del tabaco⁶⁶. Eso fue lo que impulsó la elaboración del CMCT de la OMS.
47. La reacción de la industria tabacalera a las negociaciones sobre el CMCT de la OMS fue negativa, como era de esperarse.
48. Durante las negociaciones del CMCT de la OMS, la entonces Directora General de la OMS, doctora Gro Harlem Brundtland, alertada por la información contenida en documentos privados de la industria que fueron dados a conocer como consecuencia de los juicios, convocó un comité externo, el Comité de Expertos sobre documentos de la industria del tabaco, para que investigara la posibilidad de una interferencia directa de la industria tabacalera en el trabajo de la OMS en el ámbito del control del tabaco⁶⁷. En su informe final, el Comité concluyó, entre otras cosas, que las compañías tabacaleras habían operado durante muchos años con el propósito deliberado de socavar la acción de la Organización Mundial de la Salud para controlar el consumo de tabaco, que sus intentos habían sido complejos, bien financiados, sofisticados y generalmente invisibles, y que las compañías tabacaleras consideraban a la OMS como uno de sus peores enemigos y habían instigado estrategias mundiales para menoscabar la capacidad de la OMS para llevar a cabo su misión⁶⁸. Los documentos antedichos de la industria, incluidos los que se dieron a conocer después de la firma del Acuerdo General de Conciliación, respaldaron estas conclusiones.
49. A pesar de los esfuerzos de industria tabacalera para socavar el CMCT de la OMS, el 21 de mayo del 2003 fue adoptado por unanimidad por la 56.^a Asamblea Mundial de la Salud⁶⁹.
50. El CMCT de la OMS, el primer tratado internacional negociado en el marco de la Constitución de la OMS, entró en vigor el 27 de febrero del 2005 y actualmente tiene 180 Partes, 30 de ellas en la Región de las Américas⁷⁰. El CMCT de la OMS se ha convertido en uno de los tratados más rápida y ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas, y reafirma el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr⁷¹.

⁶⁶ World Health Organization, *History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control* (2009). Se encuentra en http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563925_eng.pdf?ua=1&ua=1.

⁶⁷ *Íd.*, 8.

⁶⁸ *Tobacco Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization*. Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents (julio del 2000). Se encuentra en http://www.who.int/tobacco/en/who_inquiry.pdf; véase también *id.*

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud, 56.^a Asamblea Mundial de la Salud, resolución WHA56.1 (2003). Se encuentra en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r1.pdf.

⁷⁰ Organización Mundial de la Salud, *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* (2003), *Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Estado. Se encuentra en http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/.

⁷¹ World Health Organization, *History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control* (2009), 5.

51. El objetivo fundamental del CMCT de la OMS, según el artículo 3, es “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco”.
52. Para alcanzar la meta de proteger a las generaciones presentes y futuras contra la amplia gama de daños causados por el tabaco, en el CMCT de la OMS se establecen medidas integrales encaminadas a reducir la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco.
53. Las medidas para reducir la demanda de tabaco constan en los artículos 6 al 14 del CMCT de la OMS. El artículo 6 se refiere a medidas relacionadas con los precios e impuestos. Las medidas para reducir la demanda de tabaco que no están relacionadas con los precios son las siguientes:
 - protección contra la exposición al humo del tabaco (artículo 8);
 - reglamentación del contenido y las emisiones de los productos de tabaco y de la divulgación de información sobre el contenido y las emisiones (artículos 9 y 10);
 - empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (artículo 11);
 - educación, comunicación, formación y concientización del público (artículo 12);
 - publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (artículo 13); y
 - medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco (artículo 14).
54. Las medidas previstas en el CMCT de la OMS para abordar el acceso al tabaco son las siguientes:
 - prevención y eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco (artículo 15);
 - prevención del acceso de la población joven a productos de tabaco (artículo 16); y
 - apoyo a alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores y, según proceda, los vendedores de tabaco (artículo 17), con la debida atención a la protección ambiental y a la salud de las personas en lo que respecta al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco (artículo 18).
55. En el CMCT de la OMS se requiere que, a la hora de establecer y aplicar estas medidas, las Partes protejan las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera (artículo 5.3), se ocupen de la responsabilidad penal y civil, inclusive la indemnización cuando proceda (artículo 19), e inicien y cooperen en investigaciones y programas de vigilancia y de intercambio de información científica, técnica y legislativa (artículos 20 a 22).
56. Ninguno de los artículos del CMCT de la OMS puede por sí solo poner fin a la epidemia de tabaquismo. Eso puede lograrse únicamente con la aplicación del conjunto completo de medidas enunciadas en el Convenio. Esto no significa que las Partes deban adoptar todas las medidas al mismo tiempo; sin embargo, la meta final es la implementación completa del Convenio por todas las Partes.
57. De acuerdo con el artículo 7 del CMCT de la OMS, el órgano directivo del Convenio, conocido como la Conferencia de las Partes (COP), debe proponer directrices para la aplicación de los artículos 8 al 13 del Convenio. Estas directrices, producto de un amplio proceso consultivo intergubernamental que incluye el examen de las pruebas científicas y la experiencia de las Partes con la aplicación de medidas de control del tabaco, abarcan una amplia gama de disposiciones del Convenio. Las directrices son adoptadas por la COP por consenso.
58. Las directrices reflejan los principios, las definiciones y los elementos legislativos clave que las Partes consideran necesarios para cumplir sus obligaciones de acuerdo con los artículos pertinentes

del CMCT de la OMS. En algunos casos proporcionan elementos legislativos que aumentan la eficacia de las medidas del Convenio, de acuerdo con el artículo 2.1 del CMCT de la OMS, en el cual, para proteger la salud humana, se insta a las Partes a que apliquen medidas que vayan más allá de las estipuladas en el Convenio y sus protocolos. Por lo tanto, las Partes deberían adoptar las medidas de protección más eficaces posibles que sean compatibles con sus disposiciones constitucionales y otras obligaciones acordes con el derecho internacional.

59. Por último, el cumplimiento por las Partes de los mandatos del CMCT de la OMS no es estático. De acuerdo con el artículo 5.1, cada Parte “formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco, de conformidad con las disposiciones del presente Convenio y de los protocolos a los que se haya adherido”⁷². Las estrategias y prácticas emergentes de la industria tabacalera, los nuevos datos científicos y la experiencia real con la aplicación de medidas de control específicas, entre otros factores, influirán en la forma en que cada Parte del CMCT de la OMS siga configurando su programa de control del tabaquismo. Esto es no solo algo que cabe esperar sino que también se requiere cumplir de acuerdo con el Convenio.

E. EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO Y LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LOS DERECHOS HUMANOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

60. También es muy pertinente destacar la estrecha conexión entre el CMCT de la OMS y las leyes y obligaciones en materia de derechos humanos⁷³. En el preámbulo del CMCT de la OMS se vincula expresamente el tratado sobre control del tabaco a los tres tratados internacionales de derechos humanos enumerados a continuación, de los cuales tanto Uruguay como Suiza son Partes:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12⁷⁴
 - Uruguay ratificó el Pacto el 1 de abril de 1970.
 - Suiza se adhirió al Pacto el 18 de junio de 1992.
- Convención sobre los Derechos del Niño⁷⁵
 - Uruguay ratificó la Convención en 1990.
 - Suiza ratificó la Convención en 1997.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁷⁶

⁷² Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, art. 5.1.

⁷³ Cabrera, Oscar A. and Gostin, Lawrence O. Human rights and the Framework Convention on Tobacco Control: mutually reinforcing systems. *International Journal of Law in Context*, Vol. 7, págs. 285-303. DOI: Publicado en línea: 20 de septiembre del 2011. Se encuentra en <http://dx.doi.org/10.1017/S1744552311000139>.

⁷⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, resolución de la Asamblea General 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp. (No. 16) 49, documento de las Naciones Unidas A/63/16 (1966); 993 UNTS 3; 6 ILM 368 (1967).

⁷⁵ Convención sobre los Derechos del Niño, resolución de la Asamblea General 44/25, anexo, 44 UN GAOR Supp. (No. 49) 167, documento de las Naciones Unidas A/44/49 (1989); 1577 UNTS 3; 28 ILM 1456 (1989).

⁷⁶ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, resolución de la Asamblea General 34/180, 34 UN GAOR Supp. (No. 46) at 193, documento de las Naciones Unidas A/34/46; 1249 UNTS 13; 19 ILM 33 (1980).

- Uruguay ratificó la Convención en 1990.
- Suiza ratificó la Convención en 1997.

61. Los derechos humanos protegidos por el CMCT de la OMS incluyen el derecho a la vida, a la salud y a trabajar y vivir en un ambiente sano, así como el derecho de los niños y las niñas a vivir y crecer en un ambiente de ese tipo. Estos derechos humanos se reconocen a nivel internacional, regional y constitucional, generan obligaciones jurídicas concretas para las Partes en relación con los tratados de derechos humanos, y dan un contenido concreto a las obligaciones generales de respetar, proteger y posibilitar el goce del derecho a la salud con respecto a la epidemia de tabaquismo⁷⁷.
62. En resumen, los derechos humanos protegidos en el CMCT de la OMS y los tratados de derechos humanos ratificados por los Estados de la Región de las Américas amplían los recursos técnicos para apoyar la promoción y la aplicación de medidas eficaces de control del tabaco, entre ellas las aplicadas por el gobierno de Uruguay.

F. EMPAQUETADO Y ETIQUETADO DE PRODUCTOS DE TABACO DE CONFORMIDAD CON EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

63. De acuerdo con el artículo 11 del CMCT de la OMS, las Partes deben adoptar y aplicar, de conformidad con sus leyes nacionales, medidas eficaces para asegurar que el empaquetado y etiquetado externo utilizados en la venta al por menor de productos de tabaco se ciñan a los siguientes criterios:

a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y no se empleen términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros, por ejemplo expresiones tales como “con bajo contenido de alquitrán”, “ligeros”, “ultra ligeros” o “suaves”; y

b) que en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos figuren también advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes apropiados. Dichas advertencias y mensajes:

- i) serán aprobados por las autoridades nacionales competentes;*
- ii) serán rotativos;*
- iii) serán grandes, claros, visibles y legibles;*
- iv) deberían ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas;*
- v) podrán consistir en imágenes o pictogramas, o incluirlos.⁷⁸*

[Énfasis añadido]

⁷⁷ Cabrera, O. and Madrazo A., *Human rights as a tool for tobacco-control in Latin America* (2010). Salud Pública de México, Vol. 52, supl. 2.

⁷⁸ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, art. 11.

64. Las *Directrices para la aplicación del artículo 11 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* tienen por objeto ayudar a las Partes a cumplir sus obligaciones y proponer medidas que las Partes puedan aplicar “para aumentar la eficacia de sus medidas relativas a empaquetado y etiquetado”⁷⁹. Uno de los principios de las directrices es que, “a la hora de determinar nuevas medidas sobre empaquetado y etiquetado y proponerse aplicar las medidas más eficaces posibles, las Partes deberían considerar la evidencia existente y la experiencia adquirida por otros”⁸⁰.
65. Un examen reciente de las advertencias sanitarias en los productos de tabaco ofrece amplias pruebas de que son eficaces. En concreto, se ha observado que las advertencias sanitarias:
- aumentan el conocimiento de los daños que causa el tabaco para la salud;
 - previenen la recaída de los exfumadores;
 - disuaden a los jóvenes y los adultos de iniciar el uso y la experimentación;
 - disuaden a los fumadores de encender un cigarrillo;
 - refuerzan la intención y los intentos de los fumadores de dejar de fumar;
 - reducen el atractivo de las cajetillas de cigarrillos; y
 - promueven el uso de métodos para dejar de fumar⁸¹.
66. Las directrices también contienen recomendaciones relativas al tamaño de los elementos de diseño, como la siguiente: “Habida cuenta de las pruebas existentes en el sentido de que la eficacia de las advertencias y mensajes aumenta con el tamaño de los mismos, las Partes deberían considerar la posibilidad de utilizar advertencias y mensajes que ocupen más del 50% de las superficies principales expuestas y deben proponerse que abarquen la mayor parte posible de dichas superficies”⁸². También subrayan que “hay pruebas de que las advertencias y mensajes que contienen a la vez imágenes y texto son mucho más eficaces que los que sólo contienen texto”⁸³.
67. En cuanto al contenido de las advertencias, en las directrices para la aplicación del artículo 11 se señala que “hay datos indicativos de que las advertencias sanitarias y otros mensajes apropiados probablemente sean más eficaces si suscitan asociaciones emocionales desfavorables al consumo de tabaco”⁸⁴.
68. A fin de establecer restricciones eficaces para el empaquetado eficaz y el etiquetado, en las directrices para la aplicación del artículo 11 se recomienda prevenir el uso de formas de empaquetado y

⁷⁹ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Directrices para la aplicación del artículo 11, Directrices sobre el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco, párr. 1. Se encuentra en http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11_es.pdf?ua=1.

⁸⁰ *Íd.*, párr. 4.

⁸¹ Institute for Global Tobacco Control, *State of the evidence review. Health Warning Labels on Tobacco Products*. Baltimore MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (octubre del 2013).

⁸² 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), párr. 12.

⁸³ *Íd.*, párr. 14. Véase también Bansal-Travers M, Hammond D, Smith P, Cummings M., *The impact of Cigarette Pack Design, Descriptors, and Warning Labels on Risk Perception in the U.S.*, Am J Prev Med.2011 June; 40(6):674-682.

⁸⁴ 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), párr. 26.

etiquetado equívocas o engañosas, prohibir el uso de elementos descriptivos que puedan inducir a error (como “suaves”, “ligeros” o “con bajo contenido de alquitrán”), incluidos “términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros”, y prohibir que “aparezcan cifras de emisiones [...], inclusive si se utilizan como parte de un nombre comercial o marca de fábrica. [...] La comercialización de cigarrillos con indicación del contenido de alquitrán y nicotina ha dado lugar a la creencia errónea de que esos cigarrillos son menos nocivos”⁸⁵.

69. En investigaciones realizadas recientemente en Canadá, el Reino Unido y Australia se observó, sin embargo, que la prohibición del uso de calificativos tales como “ligeros (*light*)”, “suaves” y “con bajo contenido de alquitrán” por sí sola posiblemente no baste para reducir considerablemente las falsas creencias acerca de los riesgos para la salud de diferentes marcas de cigarrillos⁸⁶. Una posible explicación de estas conclusiones es la amplia gama de diseños y elementos descriptivos adoptados por la industria tabacalera ante la prohibición del uso de calificativos tales como “ligeros (*light*)” y “suaves” a fin de transmitir sutilmente información engañosa con respecto a los riesgos relativos para la salud creados por los productos de todas las familias de marcas. Eso incluye el uso de colores, como dorado y plateado, en las distintas variantes de una marca, tanto en el empaquetado como en el nombre comercial. En las investigaciones se observó que los consumidores perciben los elementos descriptivos de color de la misma manera que los calificativos “ligeros (*light*)” y “suaves” que reemplazan. Por ejemplo, más de tres cuartos de los adultos encuestados en Estados Unidos dijeron que una marca con el rótulo “plateado” tendría menos alquitrán y crearía menos riesgos para la salud que una marca de “sabor pleno”⁸⁷.
70. Por último, con respecto al empaquetado sencillo o neutro, en las directrices para la aplicación del artículo 11 se señala que “las Partes deberían considerar la posibilidad de adoptar medidas encaminadas 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 (empaquetado sencillo)”. Los requisitos relativos al empaquetado sencillo procuran “aumentar la vistosidad y eficacia de las advertencias sanitarias y mensajes, impedir que el paquete distraiga la atención de estos últimos y prevenir el uso de técnicas industriales de diseño de paquetes que sugieran que algunos productos son menos nocivos que otros”⁸⁸.
71. En el artículo 13 del CMCT de la OMS se reconoce específicamente que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco reducirá el consumo. En consecuencia, se requiere que las Partes instituyan una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco dentro de un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del tratado para la Parte en cuestión. De acuerdo con el inciso c) del artículo 1 del CMCT de la OMS, por “publicidad y promoción del tabaco” se entiende toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un

⁸⁵ *Íd.*, párr. 43.

⁸⁶ Hammond D., *Tobacco labeling toolkit: A guide to implementing FCTC Article 11*. Se encuentra en www.tobaccolabels.org.

⁸⁷ Bansal-Travers M, Hammond D, Smith P, Cummings KM. The impact of cigarette pack design, descriptors, and warning labels on risk perception in the U.S. *Am. J. Prev. Med.* 2011 Jun 40(6):674-82. Se encuentra en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21565661>.

⁸⁸ 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), párr. 46.

producto de tabaco o el uso de tabaco⁸⁹. Según el inciso g) del mismo artículo, por “patrocinio del tabaco” se entiende toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco.

72. En los casos en que una prohibición total no sea posible de acuerdo con la constitución o los principios constitucionales de una Parte, se requiere que la Parte en cuestión proponga una prohibición lo más amplia posible. Como mínimo, se requiere que cada Parte prohíba “toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco que promueva un producto de tabaco por cualquier medio que sea falso, equívoco o engañoso en alguna otra forma o que pueda crear una impresión errónea con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones”⁹⁰.
73. En las directrices para la aplicación del artículo 13 también se reconoce que el empaquetado es un elemento importante de la publicidad y la promoción, y que los paquetes de tabaco o rasgos distintivos de productos de tabaco se utilizan de diversas maneras para atraer a los consumidores. Este efecto se puede eliminar si se exige un empaquetado sencillo o neutro. No obstante, si una Parte todavía no exige el empaquetado sencillo, la restricción debería abarcar el mayor número posible de rasgos distintivos de diseño del paquete⁹¹.
74. Las disposiciones precedentes reflejan iniciativas mundiales, por medio del marco normativo establecido el CMCT de la OMS, para compensar las prácticas engañosas que han caracterizado a la industria tabacalera por decenios. En concreto, de acuerdo con el artículo 11, las Partes deben requerir la colocación de advertencias sanitarias claras con respecto a los peligros de fumar y que dichas advertencias deben ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas del paquete y en ningún caso menos del 30%. De la misma manera, según el artículo 13 se requiere como mínimo que las Partes prohíban la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco que promuevan un producto de tabaco por cualquier medio que pueda crear una impresión errónea de que, por ejemplo, un producto de tabaco es menos nocivo para la salud que otro. Conforme a las directrices para la aplicación del artículo 13 del Convenio, el empaquetado y el diseño de los productos de tabaco se consideran como una forma de publicidad del tabaco⁹².
75. La regla del 80% y la RPU de Uruguay son algunos ejemplos de las disposiciones reglamentarias requeridas de conformidad con los artículos 11 y 13 del CMCT de la OMS, así como sus directrices pertinentes.

G. EL CONTROL DEL TABACO EN URUGUAY

76. En consonancia con las políticas regionales de control del tabaco de la OPS y teniendo en cuenta la salud de sus ciudadanos, tan obvia y seriamente amenazada por el consumo de tabaco, Uruguay se

⁸⁹ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, art. 1(c) y (g). Véase también Directrices para la aplicación del artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco), párr. 7.

⁹⁰ Directrices para la aplicación del artículo 13 (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, por ejemplo en los párrafos 1 y 35. Se encuentra en http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es.pdf.

⁹¹ Directrices para la aplicación del artículo 13 (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, párrs. 16 y 17.

⁹² *Íd.*, en el apéndice.

convirtió en Parte del CMCT de la OMS y se comprometió a aplicarlo plenamente, optando por las mejores prácticas descritas en el Convenio y sus directrices y aplicándolas con un enfoque gradual.

77. Las primeras medidas aplicadas por Uruguay tras la ratificación del CMCT de la OMS fueron en el área del empaquetado y etiquetado, donde Uruguay ha mostrado un enfoque congruente al incorporar diferentes medidas científicamente sólidas en la legislación. Por ejemplo, en el 2003, en virtud de la Ley 17.714 se cambió el texto de la advertencia sanitaria anterior para que dijera: “Fumar puede generar cáncer, enfermedades pulmonares y cardíacas”. La advertencia dice también: “Fumar durante el embarazo perjudica a su hijo”⁹³. Sin embargo, el tamaño pequeño de la letra y el color de la advertencia no cambiaron. En el 2005, el gobierno aumentó el tamaño de las advertencias sanitarias para que abarcaran por lo menos el 50% de las superficies principales del paquete⁹⁴ y agregó pictogramas⁹⁵. También se prohibió el uso de elementos descriptivos que pudieran inducir a error, como “suaves”, “ligeros (*light*)” y “ultraligeros (*ultra light*)”, con la finalidad de evitar una idea errónea común entre los uruguayos de que estos productos crean un riesgo menor para la salud que otros productos de tabaco⁹⁶.
78. De la participación de Uruguay en un ciclo de talleres sobre “Las Américas libres de tabaco” organizado por la OPS surgió el proyecto “Uruguay libre de tabaco”, que culminó con la aprobación del Decreto 268/005, en virtud del cual Uruguay se convirtió, en marzo del 2006, en el primer país de la Región en imponer una prohibición total de fumar en locales cerrados de uso público, áreas laborales y medios de transporte público⁹⁷.
79. En marzo del 2008 se promulgó en Uruguay la Ley 18.256. El artículo 2 de esta ley refleja la finalidad del CMCT de la OMS, es decir, proteger a la población contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco⁹⁸. Entre otras medidas de control del tabaco, la ley incluía una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. También se prohibió el uso de términos, elementos descriptivos o nombres comerciales de fabricantes o empresas, símbolos figurativos o de cualquier otra clase que tuviesen el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un producto de tabaco en particular es menos nocivo que otro.
80. Por último, en virtud de la Ley 18.256 se requirió la colocación de advertencias sanitarias claras y visibles e imágenes o pictogramas que describieran los efectos nocivos del consumo de tabaco y que abarcaran como mínimo el 50% de las superficies principales de los paquetes de productos de tabaco. La promulgación de la Ley 18.256 fue otro paso importante en el enfoque gradual adoptado por Uruguay para cumplir las disposiciones del CMCT de la OMS.

⁹³ República Oriental del Uruguay. Ley 17.714 (2003). Se encuentra en <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5536677.htm>.

⁹⁴ Ministerio de Salud Pública. Decreto No. 36 (2005). Se encuentra en <http://archivo.presidencia.gub.uy/decretos/2005012602.htm>.

⁹⁵ Ministerio de Salud Pública. Decreto No. 171/005). Se encuentra en <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/171-2005>.

⁹⁶ *Íd.*

⁹⁷ Uruguay, Decreto No. 268/005 (2005). Se encuentra en http://archivo.presidencia.gub.uy/Web/decretos/2005/09/ASUNTO%20142_23%2008%202005_00001.PDF.

⁹⁸ Poder Legislativo. Ley 18.236. Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco. Marzo de 2008. Se encuentra en http://archivo.presidencia.gub.uy/web/leyes/2008/03/S405_19%2010%202007_00001.PDF.

81. En consonancia con ese enfoque del control del tabaco y con el artículo 11(1)(b)(iv) del CMCT de la OMS y las directrices pertinentes, que requieren que las advertencias sanitarias ocupen “el 50% o más de las superficies principales expuestas” de los paquetes de productos de tabaco, en junio del 2009 Uruguay aumentó el tamaño de las advertencias sanitarias en productos de tabaco al 80% de las superficies principales, con la adición de imágenes nuevas a intervalos regulares⁹⁹.
82. Con la prohibición del uso de elementos descriptivos engañosos en Uruguay, los fabricantes de cigarrillos siguieron buscando maneras de tergiversar los riesgos de sus productos para la salud. Algunas compañías tabacaleras lanzaron nuevas variantes de sus marcas, usando elementos de diseño en familias de marcas, como colores o números en vez de palabras, para transmitir el mensaje falso de que ciertas variantes de sus marcas eran menos perjudiciales que otras. Aun sin tales elementos descriptivos, muchas marcas habían estado en el mercado tanto tiempo que los consumidores simplemente reconocían el esquema de colores y logotipos en la cajetilla de cigarrillos y seguían asociando esos colores y logotipos con los elementos descriptivos engañosos anteriores.
83. Como se señaló anteriormente, la prohibición de los calificativos “ligeros (*light*)”, “suaves” y “con bajo contenido de alquitrán” por sí sola posiblemente no baste para reducir sustancialmente las creencias falsas acerca de los riesgos para la salud de diferentes marcas de cigarrillos¹⁰⁰. Incluso después de la supresión de los términos “ligeros (*light*)” y “suaves” de los paquetes de tabaco, en un estudio realizado en Canadá se observó que 33% de los fumadores seguían diciendo que usaban variantes de marcas ligeras (*light*)¹⁰¹. En un estudio realizado en Estados Unidos se obtuvieron resultados similares¹⁰².
84. Frente a esta amenaza persistente para la salud de sus ciudadanos, en el 2009 el Ministerio de Salud de Uruguay prohibió las variantes de marcas y decretó que se podía vender una sola variante de cada marca¹⁰³.
85. Al adoptar la RPU, Uruguay estaba respondiendo precisamente al mismo problema que llevó a Australia y a un número en aumento de países a exigir el empaquetado sencillo, a saber, que la mera prohibición de elementos descriptivos no ponía fin a los mensajes falsos de la industria tabacalera y a la creencia resultante de los consumidores de que algunos cigarrillos son menos nocivos que otros. Ecuador estaba considerando la posibilidad de seguir el ejemplo de Uruguay con la adopción de advertencias sanitarias más grandes y la RPU, pero no lo hizo debido al juicio pendiente de la industria tabacalera contra Uruguay.
86. La eficacia de las iniciativas reglamentarias de Uruguay puede verse en los efectos positivos que han tenido al reducir el consumo de tabaco en ese país. Entre el 2006 y el 2012 se entrevistó a alrededor

⁹⁹ Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Decreto 287/009. Se encuentra en <http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2009/06/CM751%20.pdf>.

¹⁰⁰ Hammond D., *Tobacco labeling toolkit: A guide to implementing FCTC Article 11*.

¹⁰¹ Cohen JE and Yang J, Donaldson E, *Impact of the removal of light and mild descriptors from cigarette packages in Ontario, Canada: Switching to “light replacement” brand variants*. Preventive Medicine. Vol 69 (diciembre del 2014) págs. 120-125. Se encuentra en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514003363#>.

¹⁰² Connolly G, Alpert H, *Has the tobacco industry evaded the FDA’s ban on “light” cigarette descriptors?* Tob Control doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050746. Se encuentra en <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2013/03/01/tobaccocontrol-2012-050746.full#ref-19>.

¹⁰³ Ministerio de Salud Pública. Ordenanza Ministerial No. 514 (2009). Se encuentra en <http://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Uruguay/Uruguay%20-%20Ordinance%20No.%20514%20-%20national.pdf>.

de 1.400 fumadores adultos en Uruguay como parte de una encuesta presencial de cohortes para evaluar la eficacia de las políticas de control del tabaco en Uruguay¹⁰⁴. La encuesta fue realizada como parte de un estudio longitudinal de cohortes de más de 20 países, incluido Uruguay, llevado a cabo por el Proyecto Internacional de Evaluación de Políticas de Control del Tabaco, el primer programa internacional de investigación para la evaluación sistemática de políticas clave del CMCT de la OMS a nivel de la población¹⁰⁵. La encuesta del Proyecto aportó pruebas de que las políticas de Uruguay con respecto al empaquetado y el etiquetado estaban teniendo efectos positivos en la salud pública y el medio ambiente. Los resultados también indicaron que Uruguay debía seguir aplicando medidas enérgicas para frenar el uso de paquetes engañosos de productos de tabaco y lograr que los productos de tabaco fuesen menos asequibles¹⁰⁶.

87. En concreto, el Proyecto Internacional de Evaluación de Políticas de Control del Tabaco observó que el requisito impuesto en Uruguay en el 2009 de colocar advertencias gráficas en el 80% de las superficies principales de los paquetes de cigarrillos había aumentado la eficacia de las etiquetas de advertencia, que se ha mantenido con la introducción de imágenes nuevas de advertencia en el 2012. El porcentaje de fumadores que dijeron que las etiquetas de advertencia eran una razón para pensar en dejar de fumar aumentó de 25% en el 2008-2009 (cuando las advertencias eran simbólicas y abarcaban 50% de las superficies principales) a 31% en el 2010-2011 y 30% en el 2012 (cuando se introdujeron imágenes más vívidas que abarcaban 80% de las superficies principales de las cajetillas de cigarrillos). Además, se redujeron las brechas en la conciencia de los fumadores con respecto a los accidentes cerebrovasculares y la impotencia como efectos relacionados con el tabaquismo tras la introducción de pictogramas que abordaban estos efectos perjudiciales para la salud¹⁰⁷.
88. El Proyecto Internacional de Evaluación de Políticas de Control del Tabaco también aporta pruebas de los efectos positivos de la regla de la presentación única de Uruguay. Tras la aplicación de la RPU en Uruguay, el porcentaje de los fumadores que creen (incorrectamente) que los cigarrillos suaves son menos nocivos que los cigarrillos comunes disminuyó de 29% a 15%¹⁰⁸.
89. Otra investigación también muestra que la normativa de control del tabaco en Uruguay ha sido eficaz. En concreto, una evaluación de los efectos de las políticas nacionales de control del tabaco en tres dimensiones del consumo de tabaco (consumo por persona, prevalencia en los adolescentes y prevalencia en los adultos) muestra una disminución constante del hábito de fumar en Uruguay desde que se inició un programa de control integral en el 2005¹⁰⁹.

¹⁰⁴ The International Tobacco Control Policy Evaluation Project (August, 2014). ITC Uruguay National Report. Findings from the Wave 1 to 4 Surveys (2006-2012). Universidad de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canadá; Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo y Universidad de la República, Uruguay. Se encuentra en http://www.itcproject.org/files/ITC_Uruguay_Report-English-Sept24v24.pdf.

¹⁰⁵ International Tobacco Control Policy Evaluation Project. Véase <http://www.itcproject.org/>.

¹⁰⁶ *Op. Cit.*

¹⁰⁷ *Íd.*

¹⁰⁸ *Íd.*

¹⁰⁹ Abascal W, Esteves E, Goja B, González Mora F, Lorenzo A, Sica A, Triunfo P, Harris JE. *Tobacco control campaign in Uruguay: a population based trend analysis*. Lancet Vol. 380, 3 de noviembre de 2012. Se encuentra en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60826-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60826-5/abstract).

90. Los estudios también mostraron una disminución de 22% en las hospitalizaciones en Uruguay, entre el 2004 y el 2008, de personas con infarto del miocardio¹¹⁰. Como se indicó anteriormente, el consumo de tabaco es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Dos años después se observó que esa disminución persistía¹¹¹. En otro estudio se observó que, como consecuencia de las medidas de control del tabaco en Uruguay, la proporción de embarazadas que habían dejado de fumar en el tercer trimestre del embarazo aumentó notablemente de 15% a 42% entre el 2007 y el 2012¹¹². Por último, si bien la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes del 2007 indicaba que 23,2% de los adolescentes consumían productos de tabaco, los datos preliminares de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes del 2014 en Uruguay parecen indicar una disminución considerable respecto de la cifra del 2007. Se prevé que los datos oficiales de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes del 2014 se publicarán en breve.
91. Cada una de las principales medidas de control del tabaco no relacionadas con los precios (como los programas para tratar la dependencia de la nicotina en centros de salud, la prohibición de la publicidad en todo el país, la rotación de advertencias sanitarias y pictogramas, la restricción de las marcas a una sola presentación y el aumento del tamaño de los pictogramas para que abarquen 80% del frente y el dorso de los paquetes de tabaco) se relacionó por separado con un aumento significativo de la tasa de abandono¹¹³.
92. Como resultado de su liderazgo en el área del control y la reglamentación del tabaco, se reconoce a Uruguay a nivel mundial como un país experto y modelo para otros países que trabajan para llevar a cabo programas nacionales eficaces de control del tabaquismo¹¹⁴. Por ejemplo, el 21 de mayo del 2014, Uruguay acordó, por medio de un memorando de entendimiento con la Secretaría del CMCT de la OMS, que el Centro de Cooperación Internacional para el Control del Tabaco, adscrito al Ministerio de Salud Pública de Uruguay, funcionaría como polo de conocimiento para promover el intercambio de información y experiencias con respecto a la implementación del CMCT de la OMS a nivel internacional. El Centro es el primer polo de conocimiento del CMCT de la OMS en la Región y el tercero en el mundo. Las funciones del Centro consisten en el desarrollo, el análisis, la síntesis y

¹¹⁰ Sebríé E, Sandoya E, Hyland A, Glantz SA, Cummings KM. *Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay (2012)*. Tob Control doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050134. Se encuentra en <http://bmj-tobacco.highwire.org/content/early/2012/02/15/tobaccocontrol-2011-050134.abstract?related-urls=yes&legid=tobaccocontrol;tobaccocontrol-2011-050134v1&cited-by=yes&legid=tobaccocontrol;tobaccocontrol-2011-050134v1>.

¹¹¹ Sebríé E, Sandoya E, Bianco E, Hyland A, Cummings KM, Glantz SA. *Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay: experience through 2010*. Tob Control doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050954. Se encuentra en <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2013/05/23/tobaccocontrol-2012-050954.abstract>.

¹¹² Harris JE, Balsa AI, Triunfo P., *Tobacco control campaign in Uruguay: Impact on smoking cessation during pregnancy and birth effect*. Working Paper 19878. National Bureau of Economic Research. Cambridge MA (enero del 2014).

¹¹³ *Íd.*

¹¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas*. Se encuentra en https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi1weDLv4bPAhUBUWMKHS8xCbkQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26Itemid%3D270%26gid%3D22034%26lang%3Dpt&usq=AFQjCNEDRxKwf-xDg5y9RV1fx9MDn32yzA&sig2=eYSLKxe71LNyAZ3KwMRXQQ&bvm=bv.132479545.d.cGc.

la difusión de conocimientos e información sobre asuntos comprendidos en su ámbito de especialización, en relación con el Convenio, a las Partes del CMCT de la OMS¹¹⁵.

93. A pesar de los éxitos de Uruguay, sus grupos más vulnerables siguen enfrentándose con graves riesgos derivados del consumo de tabaco. Los resultados de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos del 2009 indicaron que el consumo de tabaco variaba según el nivel socioeconómico¹¹⁶. Las personas del nivel socioeconómico más bajo de Uruguay presentaban la prevalencia más alta de consumo de tabaco, de 35%, en comparación con 19,6% en los niveles socioeconómicos más altos. Esta inequidad es uno de los motivos principales de la continuidad del compromiso del gobierno de abordar la epidemia de tabaquismo por medio de medidas de control del tabaco a fin de cumplir su responsabilidad constitucional de proteger la salud de sus ciudadanos y sus responsabilidades como Estado Miembro de la OPS y como Parte del CMCT de la OMS.

H. DECLARACIÓN FINAL

94. La adopción del CMCT de la OMS por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2003 y su entrada en vigor en febrero del 2005 tuvo un efecto catalizador en el movimiento de control del tabaco en la Región de las Américas. Hay una voluntad política renovada para abordar la epidemia de tabaquismo con la amplia participación de los ministerios de salud y las legislaturas. La sociedad civil también ha sido muy activa en la Región, apoyando a los gobiernos y vigilando el cumplimiento de los mandatos del CMCT de la OMS. Uruguay ha sido uno de los países más activos durante este período, tanto a nivel gubernamental como en el ámbito no gubernamental, no solo impulsando sus propios reglamentos en el país sino también proporcionando apoyo a otros Estados Miembros.
95. Aunque en la Región de las Américas se ha visto un gran progreso en el área del control del tabaco desde la adopción del CMCT de la OMS, la protección de la población de la Región está lejos de ser uniforme. A pesar de que países como Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá, Suriname y Uruguay, entre otros, han avanzado mucho, por ejemplo, apenas un cuarto de la población de la Región está protegida contra los efectos perjudiciales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco¹¹⁷.
96. Como parte de su función de cooperación técnica, la OPS sigue realizando actividades de aumento de la capacidad para apoyar a los Estados Miembros a medida que van avanzando en la aplicación del CMCT de la OMS. Uruguay ha participado activamente en estos eventos y ha presentado su experiencia en áreas como los entornos sin humo de tabaco y el empaquetado y etiquetado que, como se mencionó anteriormente, se considera un ejemplo de prácticas óptimas en la Región.
97. Sin embargo, debido a que está cumpliendo su obligación constitucional de proteger la salud de sus ciudadanos, sus obligaciones como Estado Miembro de la OPS y sus obligaciones en su calidad de Parte del CMCT de la OMS, Uruguay es ahora objeto de este juicio.
98. La OPS y sus Estados Miembros reconocen públicamente y apoyan plenamente los esfuerzos de Uruguay para proteger a sus ciudadanos contra los efectos perjudiciales del consumo de tabaco, incluso mediante la aplicación de la regla del 80% y la regla de la presentación única, y han

¹¹⁵ Memorando de entendimiento entre la Secretaría de la Convención Marco de la OMS para el Control del Tabaco y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Se encuentra en https://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/uruguay.campusvirtualsp.org/files/memorandum_espanol_2.pdf.

¹¹⁶ World Health Organization, Global Adult Tobacco Survey (GATS) Fact Sheet, Uruguay 2009.

¹¹⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas* (2013), pág. 1.

expresado su profunda preocupación “por las campañas de desinformación, así como por las acciones judiciales iniciadas por la industria tabacalera en contra de las medidas de control del tabaco adoptadas por los Estados Miembros”¹¹⁸.

99. La OPS apoya la defensa por Uruguay de la regla del 80% y la RPU, que tienen como finalidad salvar vidas, y reconoce al país como modelo para la Región y para el mundo.
100. Las medidas de control del tabaco en Uruguay son una respuesta razonable y responsable a las estrategias engañosas de publicidad, comercialización y promoción empleadas por la industria tabacalera, se basan en evidencia y han resultado eficaces para reducir el consumo de tabaco. Por esta sencilla razón, la industria tabacalera se siente obligada a impugnarlas.

##

¹¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. 50.º Consejo Directivo. Resolución CD50.R6, *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*. Se encuentra en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8951&Itemid=.