



# **Convenio Marco para el Control del Tabaco: desafíos para América Latina y el Caribe**

Reporte de la Sociedad Civil

---

2010



**InterAmerican Heart Foundation  
Fundación InterAmericana del Corazón  
Fundação InterAmericana do Coração**

---

### **Acerca de la Fundación InterAmericana del Corazón (FIC)**

La Fundación InterAmericana del Corazón (FIC) es una organización internacional no gubernamental que trabaja en la prevención de las enfermedades cardio y cerebrovasculares y promueve estilos de vida saludables en América Latina y el Caribe. Particularmente, ha desarrollado acciones para promover políticas públicas de control del tabaco en la región así como también actividades de educación y capacitación destinadas a generar cambios positivos en los estilos de vida para reducir los factores de riesgo de la población.

En junio de 2002, la Fundación InterAmericana del Corazón estableció relaciones oficiales con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), abriendo paso a una mayor cooperación entre sectores gubernamentales y no gubernamentales en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. La organización cuenta entre sus miembros a más de 35 organizaciones, siendo la única federación de asociaciones y fundaciones del corazón en toda la región de América Latina y el Caribe. En los últimos años, la apertura de fundaciones asociadas en México, Jamaica y Argentina, permitió fortalecer el trabajo a nivel local.

---

[www.interamericanheart.org](http://www.interamericanheart.org)

---

**Convenio Marco para el Control del Tabaco:  
desafíos para América Latina y el Caribe**

Reporte de la Sociedad Civil 2010

## ELABORACIÓN DEL REPORTE

Lorena Allemandi  
Verónica Schoj  
Patricia Gutkowski  
Laura Itchart  
**Fundación InterAmericana del Corazón -  
Argentina (FIC Argentina)**  
Beatriz Marcet Champagne  
**Fundación InterAmericana del Corazón (FIC)**

## ELABORACIÓN DE MAPAS

Oscar Ianovsky - Consultor estadístico de  
Fundación InterAmericana del Corazón -  
Argentina (FIC Argentina)

## DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Julietta Racket  
Argentina

## COMITÉ ASESOR PARA EL DESARROLLO DEL REPORTE

Dora Oliva  
**Consejo nacional para la Prevención y el  
Control de tabaco en Guatemala**  
**Fundación InterAmericana del Corazón (FIC)**

Rocío Vaca Bucheli  
**Fundación Ecuatoriana de Salud  
Respiratoria (FESAR)**

Bárbara McGaw  
**Heart Foundation of Jamaica**

Martín González Rozada  
**Universidad Torcuato Di Tella**

Alejandro Ramos  
**Centro de Investigación para la Epidemia de  
Tabaquismo (CIET)**

## COMITÉ REVISOR

Yul Francisco Dorado  
**Corporate Accountability International (CAI),  
Oficina AL.**

Ernesto Sebríe  
**Roswell Park Cancer Institute (RPCI)**

Eduardo Bianco  
**Framework Convention Alliance (FCA) -  
Latinoamérica**

Patricia Sosa  
**Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK)**

Gustavo Soñora Parodi  
**Unión Internacional contra la Tuberculosis y  
Enfermedades Respiratorias**

## AGRADECIMIENTOS

FIC agradece la colaboración de las siguientes  
organizaciones y personas por el aporte de  
información de sus respectivos países.

Dennis Rada  
**Fundación Boliviana contra el Cáncer**

Oscar Lanza V.  
**Acción Internacional para la Salud**

**Bolivia**  
-  
Monica Andreis  
Guilherme Eidt Gonçalves de Almeida  
Roberto Iglesias  
**Aliança de Controle do Tabagismo (ACT)**

**Brasil**  
-  
María Teresa Valenzuela Schmidt  
Lezak Shallat  
Lidia Amarales  
**Red Chile Libre de Tabaco**

**Chile**  
-  
Yul Francisco Dorado  
**Corporate Accountability International,  
Colombia**

**Colombia**  
-  
David Sancho Montero  
**Red Nacional Antitabaco (RENATA)**

**Costa Rica**  
-  
Rocío Vaca Bucheli  
**Fundación Ecuatoriana de Salud  
Respiratoria (FESAR)**  
**Alianza Anti-Tabaco**

**Ecuador**  
-  
Liliana Choto de Parada  
**Coalición Salvadoreña para la Ratificación  
del CMCT**  
**El Salvador**  
-  
Dora Oliva  
**Consejo nacional para la Prevención y el  
Control de tabaco en Guatemala**  
**Fundación InterAmericana del Corazón (FIC)**

Jesús Amando Chavarría Samayoa  
**Consejo Nacional para la Prevención y el  
Control de Tabaco en Guatemala**  
Joaquín Barnoya  
**Unidad de Cirugía Cardiovascular de  
Guatemala**

**Guatemala**  
-  
Laura Salgado  
**Acción para la Promoción de Ambientes  
Libres de Tabaco (APALTA)**

Odessa Henríquez  
**Alianza Hondureña Antitabaco**

**Honduras**  
-  
Barbara McGaw  
**Heart Foundation of Jamaica**

**Jamaica, Barbados, Guyana y Trinidad y  
Tobago**  
-  
Juan Núñez Guadarrama  
**Alianza Nacional para el Control de Tabaco  
(ALIENTO)**  
**Fundación Interamericana del Corazón -  
México A.C.**

**México**  
-  
Joel Antonio Medina López  
**Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS)**

**Nicaragua**

Nélyda Glígo  
**Coalición Panameña contra el Tabaquismo**

**Panamá**  
Natalia Celauro Falcón  
**Organización Libre del Tabaco**

**Paraguay**  
-  
Carmen Barco Olguín  
Carlos Farías  
**Comisión Nacional Permanente de Lucha  
Antitabáquica (COLAT)**

**Perú**  
-  
Adriana Rodríguez  
**Sociedad Uruguaya de Cardiología**

Laura Roballo  
**Centro de Investigación para la Epidemia de  
Tabaquismo (CIET)**

**Uruguay**  
-  
José Félix Ruiz Lugo  
**Fundación Venezolana del Corazón (FVC)**

**Venezuela**

# Contenidos

- 4 Resumen
- 5 Introducción
- 7 Interferencia de la Industria Tabacalera  
ARTÍCULO 5.3
- 10 Medidas relacionadas con los precios e impuestos  
para reducir la demanda de tabaco  
ARTÍCULO 6
- 14 Protección contra la exposición al humo de tabaco  
ARTÍCULO 8
- 18 Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco  
ARTÍCULO 11
- 21 Prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de  
productos de tabaco  
ARTÍCULO 13
- 24 Medidas de reducción de la demanda, relativas a la  
dependencia y al abandono del tabaco  
ARTÍCULO 14
- 26 Comercio ilícito de productos de tabaco  
ARTÍCULO 15
- 28 Búsqueda de alternativas económicamente  
sustentables y protección del ambiente y la salud de  
los cultivadores de tabaco  
ARTÍCULOS 17 Y 18
- 30 Reflexiones finales y recomendaciones

# Resumen

El presente documento es el primer reporte de la sociedad civil sobre la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT) en los países de América Latina y el Caribe. Su objetivo principal es mostrar un panorama regional sobre los avances y obstáculos que han tenido los países ratificantes en la implementación de las medidas incluidas en el Convenio.

La información para el presente reporte ha sido suministrada por referentes de las organizaciones de la región y fue analizada en función de los estándares establecidos por el CMCT y sus directrices. Mucho se ha progresado en los últimos años en la lucha contra el tabaco en América Latina y el Caribe. Hasta octubre de 2010, los avances más significativos en la región se han verificado en la implementación del Artículo 11 (empaquetado y etiquetado de productos de tabaco) y el Artículo 8 (protección contra la exposición al humo de tabaco). Doce países ya han adoptado las advertencias sanitarias con pictograma: **Brasil** (2001), **Venezuela** (2004), **Uruguay** (2005), **Chile** (2006), **México** (2008), **Panamá** (2008), **Perú** (2008), **Colombia** (2009), **Bolivia** (2009), **Honduras** (2010), **Paraguay** (2010) y **Nicaragua** (2010). Nueve países han sancionado leyes o decretos de ambientes 100% libres de humo de tabaco a nivel nacional: **Uruguay** (2006), **Panamá** (2008), **Guatemala** (2009), **Colombia** (2009), **Perú** (2010), **Trinidad y Tobago** (2010), **Honduras** (2010), **Paraguay** (2010) y **Barbados** (2010) y tres países lo han hecho a nivel sub-nacional: **México**, **Brasil**, y **Venezuela**.

El Artículo 13 (prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco) ha sido implementado por dos países: **Panamá** (2008) y **Colombia** (2009) y otros seis países sancionaron leyes que establecen una restricción integral que sólo exceptúa puntos de venta o internet: **Brasil** (2003), **Venezuela** (2005), **Chile** (2007), **Uruguay** (2008), **Trinidad y Tobago** (2009) y **Honduras** (2010).

Como contraparte, hubo numerosos países que no han implementado ninguna medida del CMCT o bien sancionaron leyes que no respetan los estándares mínimos fijados por el tratado.

Los progresos reportados en la implementación de otras políticas prioritarias, como la reducción de la interferencia de la industria tabacalera (Artículo 5.3), el incremento de impuestos a los productos de tabaco (Artículo 6), las medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco (Artículo 14), las políticas para combatir el comercio ilícito (Artículo 15) y la introducción de alternativas sustentables para los cultivadores de tabaco (Artículos 17 y 18), son dispares. Si bien hay países que han avanzado en algunos de estos temas, en la mayoría no se han registrado progresos significativos.

El principal obstáculo para la implementación de las políticas del CMCT ha sido y continúa siendo la interferencia de la industria tabacalera. Las corporaciones o sus grupos de fachada han entablado en la región numerosos litigios contra los Estados con el fin de frenar los avances en materia de políticas de control de tabaco. A pesar de la participación cada vez más activa de la sociedad civil en el monitoreo y denuncia de las acciones de la industria, el desafío en el corto y mediano plazo es que los gobiernos asuman la responsabilidad de proteger sus políticas sanitarias de los intereses de las tabacaleras y desarrollen mecanismos de cooperación internacional para frenar su interferencia.

Para enfrentar a las corporaciones tabacaleras, los Estados deben asumir que las políticas de control de tabaco son políticas sanitarias urgentes, ya que con intervenciones de sencilla implementación y bajo costo se obtienen resultados concluyentes. La falta de capacidad técnica de los gobiernos para abordar algunos temas tales como las políticas de impuestos al tabaco, las prohibiciones completas de publicidad, promoción y patrocinio, las medidas para combatir el comercio ilícito y las alternativas para la sustitución de cultivos, sumado a la falta de información oficial sobre la epidemia, son problemas extendidos en los Estados de la región.

# Introducción

La epidemia de tabaquismo produce devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales. Es responsable de más de 5 millones de muertes anuales a nivel mundial<sup>1</sup> y de costos sanitarios y ambientales que exceden las recaudaciones fiscales por impuestos al tabaco. Esta epidemia se cobra más vidas que la tuberculosis, el VIH/SIDA y el paludismo juntos y representa la primera causa de muerte prematura evitable a nivel mundial.

El incremento del consumo y de la producción de cigarrillos y otros productos de tabaco, particularmente en los países en desarrollo, el aumento de la morbi-mortalidad atribuible al tabaco que se observa en estos países, así como la carga económica que ello impone a las familias, a la población de bajos recursos y a los sistemas nacionales de salud, hacen que las políticas de control de tabaco constituyan una prioridad en la agenda gubernamental internacional. En este contexto, hay que destacar el veloz crecimiento del consumo de tabaco en las mujeres durante los últimos años, producto de la agresiva estrategia de marketing de la industria tabacalera.

Las políticas efectivas para el control de tabaco han sido consensuadas mundialmente en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup> y aprobado por unanimidad en la 56ª Asamblea Mundial de la OMS del 21 de mayo de 2003. El CMCT proporciona un marco legal internacional para el control del tabaco y constituye una solución efectiva y de bajo costo para reducir las enfermedades, muertes, daños al ambiente y a la economía causados por el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

Este instrumento jurídico establece obligaciones para los Estados Parte y facilita la implementación de legislación necesaria para proteger a la población mundial de los efectos nocivos del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco ajeno. La relación que existe entre la salud pública y los derechos humanos es clara, y el derecho “a disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr”<sup>3</sup> es hoy día prioritario en la agenda de los organismos internacionales. Las políticas de control de tabaco recomendadas por el CMCT han sido consensuadas por la comunidad internacional y establecen estándares mínimos que todos los países ratificantes deben respetar para garantizar un impacto significativo en la reducción de la prevalencia del tabaquismo y de la exposición al humo de tabaco ajeno.

Durante los últimos 5 años, la región de América Latina y el Caribe -con 33 países y una población aproximada de 558 millones de habitantes- ha avanzado significativamente en la aplicación del CMCT y ha logrado poner en marcha importantes políticas públicas de control de tabaco.

Al 1 de octubre de 2010, 26 países de América Latina y el Caribe habían ratificado el CMCT. El 2 de noviembre de 2009, **Bahamas** se convirtió en el último país de la región en constituirse en Parte del Convenio. Aún quedan sin ratificar la **República Argentina, Cuba, El Salvador, Haití, St. Kitts and Nevis y St. Vincent and Grenadines. República Dominicana** es el único país de la región que no ha firmado ni ratificado el CMCT.

En noviembre de 2010, se celebrará por primera vez en el continente americano la Conferencia de la Partes (COP) del Convenio Marco para el Control del Tabaco. La realización de esta Cuarta Conferencia (COP4) en la Ciudad de Punta del Este, Uruguay, es el resultado del liderazgo de dicho país tanto a nivel regional como internacional en la implementación exitosa de las medidas del CMCT.

El CMCT se elaboró como respuesta global a la preocupación que genera la propagación mundial de la epidemia del tabaquismo. Su objetivo principal, de acuerdo a lo que se declara en el Artículo 3º 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 proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco”.

El reporte sobre la implementación del CMCT que aquí se presenta es una construcción colectiva que ha contado con los valiosos aportes de referentes de control de tabaco de las organizaciones de la sociedad civil de gran parte de la región. Su principal objetivo es dar cuenta de la situación de implementación del CMCT en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la sociedad civil, con un espíritu crítico. Para ello, se analizaron los avances y las dificultades que se han presentado para la implementación de los artículos del tratado y la adopción de medidas que cumplen o violan los estándares mínimos fijados por el CMCT.

Es preciso advertir que de siete países ratificantes del Caribe (**Belice, Bahamas, Antigua y Barbuda, Dominica, Grenada, St. Lucía y Surinam**), no fue posible obtener información. A los países no ratificantes del CMCT no se les solicitó información.

Para la elaboración de este informe se priorizó el análisis de las políticas establecidas en los artículos del CMCT que han sido incluidas en el paquete MPOWER de la OMS, dado que son consideradas las de mayor impacto para la reducción del consumo de tabaco y exposición a humo de tabaco ajeno: impuestos y precios de los cigarrillos (Artículo 6), protección contra la exposición al humo de tabaco (Artículo 8), empaquetado y etiquetado de productos de tabaco (Artículo 11); publicidad, promoción y patrocinio de tabaco (Artículo 13) y cesación tabáquica (Artículo 14). Por otro lado, se analizó la implementación de otros artículos considerados relevantes para la región: interferencia de la industria tabacalera (Artículo 5.3), comercio ilícito (Artículo 15) y alternativas sustentables para el cultivo de tabaco y la protección ambiental (Artículos 17 y 18).

Este reporte da cuenta de la valiosa participación de la sociedad civil en la promoción y el monitoreo de políticas públicas de control de tabaco en cada país y es un reconocimiento a su compromiso en la lucha contra la epidemia del tabaquismo.

El **CMCT** entiende al control del tabaco como la puesta en práctica de diversas medidas destinadas a reducir la oferta, la demanda y los daños causados por los productos de tabaco. Las estrategias centrales del **CMCT** son seis, que se resumen en el acrónimo **MPOWER**, por su versión en inglés:

**Monitor:** Monitoreo del problema del tabaco y evaluación del impacto de las políticas destinadas a disminuir y prevenir el consumo

**Protect:** Protección universal de la exposición al humo de tabaco ajeno a partir de la implementación de ambientes 100% libres de humo

**Offer:** Ofrecimiento de ayuda para dejar de fumar

**Warn:** Inclusión de advertencias sanitarias con imágenes en los paquetes de cigarrillos

**Enforce:** Prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio

**Raise:** Aumento del precio de los cigarrillos y de los impuestos al tabaco

#### NOTAS

-  
**1 10 datos sobre la epidemia del tabaquismo y el control mundial del tabaco**, Organización Mundial de la Salud, 2008.  
Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/tobacco\\_epidemic/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html)

-  
**2 Convenio Marco para el Control del Tabaco**, Organización Mundial de la Salud, 2003.  
Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>

-  
**3** Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.





## Interferencia de la industria tabacalera ARTÍCULO 5.3

El principal obstáculo para el avance de las políticas de control de tabaco y la implementación del CMCT en América Latina y el Caribe lo constituye la industria tabacalera cuyos esfuerzos se concentran en bloquear toda iniciativa efectiva destinada a reducir el consumo de tabaco o a proteger a la población de la exposición al humo de tabaco. Los objetivos de las compañías transnacionales del tabaco y el desarrollo de políticas efectivas de salud pública son irreconciliables. Cuando un gobierno admite la influencia de la industria tabacalera está protegiendo las ganancias de este sector a costa de la vida y la salud de la población. El Artículo 5.3 del CMCT y sus Directrices reclaman el compromiso de los Estados Parte del tratado para proteger sus políticas de salud pública de los intereses comerciales de la industria tabacalera, a la vez que recomiendan una serie de medidas efectivas para poder cumplir ese compromiso.

### ARTÍCULO 5.3

“A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.”

En la región de América Latina y el Caribe se han registrado diferentes sucesos tendientes a impedir o evitar la interferencia de la industria tabacalera en la sanción de leyes o en la definición de políticas de salud. Sin embargo, aún son escasas las acciones de los Estados Parte para adoptar políticas públicas específicas que limiten la interacción de los poderes gubernamentales con la industria tabacalera y aseguren la transparencia cuando ésta sea inevitable. En la mayoría de las ocasiones, las restricciones a la participación de la industria tabacalera en el diseño e implementación de políticas de control de tabaco no han sido sistemáticas y se han planteado más bien como respuesta coyuntural a situaciones específicas, como puede ser la discusión de una ley.

Como ejemplo de aplicación de las Directrices del Artículo 5.3 se destaca el caso de **Honduras**, donde se aprobó en 2010 la Ley Especial para el Control de Tabaco. El Congreso Nacional de ese país, de acuerdo a las recomendaciones del CMCT, no permitió que los representantes de la industria tabacalera tuvieran participación en el debate del proyecto de ley, pese al insistente pedido del Consejo Hondureño de la Empresa Privada y de algunos diputados nacionales. El Artículo 7 de la ley hondureña prohíbe expresamente “toda injerencia de los intereses comerciales y otros vinculados a la industria tabacalera”.

De igual manera, en **Colombia** se frenó la interferencia de la industria tabacalera en la discusión de la ley de control de tabaco sancionada en 2009, en gran medida como producto de las acciones de la sociedad civil. A pesar de la presión de las tabacaleras, los legisladores colombianos excluyeron a la industria de la mesa de negociaciones de la ley amparándose en el Artículo 5.3 del CMCT.<sup>1</sup>

FIC México



En 2008, **Guatemala** logró disminuir la interferencia de las tabacaleras durante el proceso de aprobación de la ley nacional que estableció la implementación de ambientes 100% libres de humo. La Corte Suprema de dicho país no dio lugar a la demanda por inconstitucionalidad que interpuso la industria a través de la Cámara de Comercio para impedir la adopción de la medida. En **Panamá**, la ley de 2004 mediante la cual este país ratificó el CMCT, transcribió el contenido del Artículo 5.3, asumiendo el compromiso de frenar la interferencia de la industria tabacalera en el diseño e implementación de políticas de control de tabaco. En **Perú**, a través del impulso de la sociedad civil, se consiguió restringir la participación de los representantes de las tabacaleras en las comisiones parlamentarias en las que se debatió la ley de control de tabaco aprobada en 2010.

**Bolivia**, por su parte, reportó la creación de la Comisión Interinstitucional de Control de Tabaco integrada por el Ministerio de Salud, la Alcaldía de la ciudad de La Paz y varias organizaciones de la sociedad civil. Es de esperar que esta comisión procure un avance importante para monitorear las acciones de la industria tabacalera y contrarrestar su interferencia. Por su parte, **Costa Rica** introdujo en 2009 un proyecto de ley que incluyó medidas de protección contra la interferencia de la industria tabacalera de manera explícita, y en **Ecuador** se presentó un proyecto de ley en la Asamblea Nacional que incluye medidas similares pero que no ha sido calificado para su discusión.

Un mecanismo utilizado frecuentemente por la industria tabacalera para entorpecer la adopción de políticas eficaces es la acción judicial. En **Colombia** y **Brasil**, por ejemplo, las tabacaleras o grupos económicos poderosos ligados a la industria del tabaco, han entablado acciones legales aduciendo la inconstitucionalidad de las leyes de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Lo mismo ha sucedido en la provincia de Santa Fe, en **Argentina**. **Uruguay**, por su parte, ha recibido el embate de Philip Morris International que ha iniciado una demanda, la primera a nivel internacional, contra las normas vinculadas al empaquetado de cigarrillos que dicho país sancionó en 2008. En **Paraguay** la industria tabacalera interpuso medidas cautelares para que se suspenda la vigencia de los Decretos que establecen la implementación de ambientes 100% libres de humo y la implementación de advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos. Al 1 de octubre de 2010 los decretos se encuentran suspendidos, pero la causa aún está pendiente de resolución. Además, el parlamento paraguayo está discutiendo un proyecto de ley funcional a los intereses de la industria tabacalera y que viola los estándares del CMCT.

La sociedad civil en toda la región ha ocupado un rol preponderante en el monitoreo de las acciones de las tabacaleras y en la reducción de la interferencia de la industria en los procesos legislativos o de implementación de políticas públicas.

En **Colombia** organizaciones no gubernamentales han llevado adelante acciones para desnaturalizar y denunciar las actividades que la industria tabacalera describe como “socialmente responsables”. Corporate Accountability International (CAI), desde su sede regional en ese país, ha tenido un rol central en la denuncia de las acciones de la industria tabacalera en América Latina y el Caribe a través de la publicación de estudios de casos de interferencia de la industria tabacalera en la región y en el mundo en colaboración con The Network for Accountability of Tobacco Transnacionales (NATT). En 2009, CAI Colombia impulsó la creación de un grupo de monitoreo de la sociedad civil para trabajar en la implementación del Artículo 5.3 en la región.

En **México**, el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) comenzó a desarrollar un proyecto de investigación sobre la interferencia de las tabacaleras en las políticas de control de tabaco. Además, organizaciones de la sociedad civil mexicana en 2010 publicaron el 5° reporte sobre implementación del CMCT<sup>2</sup> describiendo numerosos casos de interferencia de la industria tabacalera.

En **Brasil**, organizaciones de la sociedad civil publican anualmente informes sobre la implementación del CMCT y reportan las acciones de interferencia de la industria. La Aliança de Controle do Tabagismo (ACT) ha denunciado las acciones de interferencia de la industria tabacalera en diferentes ámbitos, incluyendo los programas de responsabilidad social corporativa que las empresas llevan adelante en ese país.

Otros países, como **Panamá**, **Paraguay** y **Bolivia**, han reportado numerosas acciones de la sociedad civil para reducir la interferencia de la industria tabacalera, entre las que se desatan las denuncias en los medios de comunicación, las actividades de capacitación, la publicación de informes que han sido el resultado del monitoreo de las acciones de las empresas del tabaco y el fortalecimiento de las organizaciones a través de la formación de redes y coaliciones.

Los referentes consultados para este informe han mencionado acciones de interferencia de la industria tabacalera que dan cuenta de la necesidad apremiante de aplicar el Artículo 5.3 y sus Directrices en la región. En **Venezuela**, la Fundación Venezolana de Cardiología denunció en medios de comunicación la existencia de un convenio de cooperación contrario al Artículo 5.3 entre la gobernación del Estado Monagas y la Fundación BIGOTT, perteneciente a la tabacalera BIGOTT, subsidiaria de British American Tobacco (BAT).

**Chile**, por su parte, reportó la existencia de al menos dos casos en los que ex autoridades de gobierno (ministros y subsecretarios) integraron el Directorio de la Compañía Chilena de Tabacos (BAT Chile) después de dejar su cargo gubernamental.

Si bien los gobiernos no han avanzado sustancialmente en la aplicación del Artículo 5.3, se han verificado en la región progresos significativos en cuanto a la participación y compromiso de la sociedad civil para monitorear y contrarrestar las acciones de la industria tabacalera. Es de esperar que este impulso surgido de las organizaciones se transforme en una oportunidad para que los gobiernos dicten normas jurídicas para contrarrestar la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de control de tabaco y establecer procedimientos que garanticen la transparencia de las interacciones que puedan producirse entre dicho sector y las instituciones y funcionarios públicos.

La disponibilidad de más de 11 millones de documentos internos de la industria tabacalera a través de la Legacy Tobacco Documents Library (LTDL) de la Universidad de California en San Francisco, ha permitido desentrañar las estrategias de las corporaciones del tabaco para interferir en las políticas de salud pública. Numerosas publicaciones científicas dan cuenta de la revisión y el análisis de dichos documentos internos y han resaltado el rol insidioso de las tabacaleras en América Latina y el Caribe.

El 29 de septiembre de 2010, el 50° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud integrado por los Ministros de Salud de las Américas, en la 62ª sesión celebrada en Washington DC, aprobó una resolución en la que insta a los Estados a ratificar e implementar el CMCT y a reducir la interferencia de la industria tabacalera. Asimismo, en esta resolución se expresa el apoyo a Uruguay en relación a la demanda que inició Philip Morris en ese país para revertir las medidas adoptadas acerca del empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.

#### NOTAS

1 **2010: Guía de acción para el tratado global contra el tabaco**; Corporate Accountability International NATT; 2010. Disponible en: [www.stopcorporateabuse.org/sites/default/files/GTTAG\\_english\\_web.pdf](http://www.stopcorporateabuse.org/sites/default/files/GTTAG_english_web.pdf)

2 **Convenio Marco para el Control del Tabaco en México - 5to. Reporte de la Sociedad Civil**, Mayo 2010. Disponible en: <http://www.interamericanheart.org/ficmexico/wp-content/uploads/2010/05/5-cmct-2010.pdf>

# Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco

## ARTÍCULO 6

Son escasos los ejemplos de políticas públicas que representan al mismo tiempo un beneficio para la salud pública y para la economía nacional. El incremento de los impuestos al tabaco y el consecuente aumento de los precios al consumidor de los cigarrillos es una de ellas. Esta política constituye la medida independiente más efectiva para disminuir el consumo de tabaco y prevenir la iniciación del consumo en los jóvenes, a la vez que posibilita aumentar los ingresos fiscales.

El CMCT establece que todos los países deben alcanzar tasas impositivas que se encuentren, como mínimo, entre el 66,6% y el 80% del precio de venta minorista de los productos de tabaco. No obstante, es necesario señalar que las políticas tributarias sólo son efectivas para reducir el consumo cuando contemplan la variabilidad del ingreso per capita y la evolución de la inflación. Si el incremento en los impuestos es menor a la inflación o si el crecimiento del ingreso compensa el aumento de precios provocado por el aumento impositivo, el consumo no se reducirá. Por este motivo, para que las políticas tributarias sean efectivas, se debe garantizar que los impuestos se trasladan al precio final, que los gravámenes se apliquen a todos los productos por igual y que el valor de los impuestos se vincule a la tasa de inflación del país y al poder de compra de los consumidores. Dadas las características del mercado de los productos de tabaco, existe un margen importante para aumentar los impuestos a los cigarrillos obteniendo, al mismo tiempo, una disminución del consumo y un incremento en los ingresos de los Estados.

Para dar cuenta de la efectividad de las políticas tributarias adoptadas por los diferentes Estados Parte del CMCT, es necesario analizar los incrementos de impuestos en relación a la evolución del precio real de los cigarrillos y a la evolución de la asequibilidad para cada país. El Índice de Precio Real de los Cigarrillos (IPRC) muestra la evolución del precio real del paquete de cigarrillos de la marca más vendida en cada país (precio nominal dividido por el índice de precios al consumidor). El incremento del IPRC en un periodo de tiempo dado indica que los cigarrillos se encarecieron. Este indicador permite interpretar el aumento de los cigarrillos en relación a la inflación del país.

En **Costa Rica, Perú y Guatemala** el precio real de los cigarrillos disminuyó entre 2007 y 2010, lo que significa un retroceso (ver tabla 1). En **Perú**, por ejemplo, el precio real de los cigarrillos cayó 5% entre 2007 y 2010: el IPRC pasó de 1 a 0,95, indicando que los cigarrillos son más baratos en 2010 que en 2007, más allá de su precio nominal. El caso opuesto es el de **Ecuador**, en donde el precio real aumentó 25% en el mismo periodo, o **Panamá**, donde el precio real creció un 116% y los cigarrillos se volvieron significativamente más caros. **Venezuela** fue el país que más progresó en este aspecto, ya que su IPRC creció un 118% desde 2007 a 2010 (ver tabla 1).

Aunque el IPRC no es comparable entre países (ya que la construcción del índice de precios al consumidor varía de un país a otro), es útil para dar cuenta de la evolución del precio real de los cigarrillos en cada país. Este análisis debe complementarse con la estimación de la asequibilidad (la facilidad con la que se puede adquirir el producto en función de su precio y en relación al ingreso de los potenciales consumidores). El Índice de Asequibilidad de los Cigarrillos (IAC) expresa el porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) per capita requerido para comprar 100 paquetes de cigarrillos de la marca más vendida en un país. Cuanto más alto sea el IAC, más difíciles de adquirir son los cigarrillos y viceversa.

### ARTÍCULO 6

#### “Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco

1. Las Partes reconocen que las medidas relacionadas con los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan su consumo de tabaco.

2. Sin perjuicio del derecho soberano de las Partes a decidir y establecer su propia política tributaria, cada Parte tendrá en cuenta sus objetivos nacionales de salud en lo referente al control del tabaco y adoptará o mantendrá, según proceda, medidas como las siguientes:

- a) aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco; y
- b) prohibir o restringir, según proceda, la venta y/o la importación de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana por los viajeros internacionales. (...)

Nuevamente **Costa Rica, Guatemala y Perú** fueron los países que mostraron un retroceso ya que el índice disminuyó entre 2007 y 2010 (ver tabla 2). Por ejemplo, para **Guatemala**, el IAC disminuyó un 5,7% entre 2007 y 2010, pasando de 5,66 a 5,34. Esto significa que los cigarrillos se volvieron más fáciles de adquirir debido a un mayor crecimiento del ingreso en relación al escaso aumento del precio de los cigarrillos. Por otro lado, **Panamá y Venezuela** fueron los países que más avanzaron en este aspecto (ver tabla 2).

**TABLA 1**  
Índice de Precio Real  
para la compra de cigarrillos a lo largo  
del periodo 2007-2010  
(PCR normalizado a 1,00 en 2007)

PAÍS	2007	2008	2009	2010
Argentina*	1,00	1,01	0,84	0,94
Bolivia	1,00	0,98	1,04	1,20
Brasil	1,00	1,02	0,96	1,16
Chile	1,00	1,21	0,87	1,14
Colombia	1,00	1,12	0,88	1,15
Costa Rica	1,00	1,04	0,79	0,88
R. Dominicana*	1,00	1,21	1,04	0,87
Ecuador	1,00	1,42	0,83	1,25
El Salvador	1,00	0,99	-	1,17
Guatemala	1,00	0,92	0,86	0,99
Honduras	-	1,00	-	1,38
México	1,00	1,17	1,10	1,14
Nicaragua	1,00	0,86	-	1,00
Panamá	1,00	1,23	-	2,16
Perú	1,00	1,01	1,07	0,95
Uruguay	1,00	1,09	1,00	1,22
Venezuela	1,00	2,17	1,75	2,18

**TABLA 2**  
Índice de Asequibilidad  
para la compra de cigarrillos a lo largo  
del periodo 2007-2010

PAÍS	2007	2008	2009	2010
Argentina*	2,03	1,84	1,50	1,75
Bolivia	5,25	5,25	5,40	6,30
Brasil	1,76	1,69	1,51	1,83
Chile	2,11	2,51	1,88	2,41
Colombia	1,69	1,80	1,40	1,78
Costa Rica	2,46	2,45	1,88	2,06
R. Dominicana*	5,87	6,86	5,44	4,62
Ecuador	4,87	6,64	3,59	5,59
El Salvador	4,11	3,95	-	4,83
Guatemala	5,66	5,10	4,74	5,34
Honduras	-	5,52	-	7,83
México	2,32	2,64	2,46	2,73
Nicaragua	12,62	11,38	-	12,92
Panamá	2,87	3,31	-	5,23
Perú	3,47	3,37	3,46	3,05
Uruguay	2,64	2,66	2,30	2,73
Venezuela	2,19	4,81	3,78	5,72

\*Países que no son Parte del CMCT | Construcción de índices: Martín González Rozada<sup>1</sup>

Si bien el incremento del IPRC y el incremento del IAC no obedecen únicamente a los aumentos impositivos, estos índices brindan información valiosa para evaluar el impacto real de las políticas tributarias.

**Panamá** es uno de los países de la región que más ha avanzado en materia de política tributaria. En octubre de 2009 incrementó el impuesto selectivo a los productos de tabaco de 32,5% a 50% mediante la Ley 49. En noviembre de ese mismo año pasó de 50% a 100% mediante la Ley 69. Los precios de las cajetillas casi se duplicaron alcanzando al 1 de octubre de 2010 casi USD 4. Con respecto a la recaudación impositiva, ésta se incrementó en un 130% entre el primer semestre de 2009 y el primer semestre de 2010. Los resultados de la política tributaria implementada por este país se observan en el hecho de que el precio real de los cigarrillos creció un 116% de 2007 a 2010, uno de los aumentos más importantes de la región. Además, el IAC creció un 82,2%, por lo que disminuyó considerablemente la facilidad con la que se pueden adquirir los cigarrillos para la población de ese país.

En **Uruguay** se han aplicado aumentos de impuestos al tabaco a nivel nacional por diferentes vías. Con la Reforma Fiscal de julio de 2007 se incrementó el Impuesto al Valor Agregado (IVA) del 0 al 22%. En junio del mismo año el Decreto 232/2007 aumentó el Impuesto Específico Interno (IMESI) del 68% al 70% para los cigarrillos, y en tabaco de armar del 22% al 29%. En junio de 2009 se produjo un aumento sustancial en la base imponible del IMESI de los cigarrillos y tabaco de armar. En

Para que la política de incremento de impuestos a los cigarrillos sea eficaz para reducir la prevalencia del tabaquismo es necesario:

- Incrementar los impuestos al consumo de tabaco para que alcancen un nivel recomendado por el CMCT.
- Aumentar los impuestos específicos al tabaco por sobre los impuestos ad valorem (dependientes del precio de los cigarrillos), ya que los impuestos específicos desalientan la manipulación de precios y, al ser equivalentes para todas las marcas, desincentivan el cambio a cigarrillos más baratos cuando se aplican.
- Establecer ajustes automáticos para los impuestos específicos de acuerdo al aumento de la inflación.<sup>2</sup>

febrero de 2010, el IMESI subió a casi USD 2 por paquete de 20 cigarrillos. Además, se incrementó sustancialmente la carga fiscal sobre el tabaco de armar, que en **Uruguay** representa el 25% del consumo. Actualmente la tasa del IMESI para todos los productos del tabaco llega al 70%. La presión impositiva de **Uruguay** (que incluye el IMESI y el IVA) es una de las más altas de América Latina y el Caribe y está dentro del rango sugerido por el CMCT: 72,3% sobre el precio al consumidor de la marca más vendida. Si bien es cierto que las políticas tributarias aplicadas por este país han apuntado a mejorar la salud pública y han logrado que el precio real de los cigarrillos creciera un 22% entre 2007 y 2010, el IAC sólo se incrementó un 3,4% en dicho periodo, debido a un crecimiento importante del ingreso per capita en Uruguay.

En 2009, **Brasil** aumentó los impuestos de los cigarrillos a través de incrementos en el Impuesto a los Productos Industrializados y en la tasa del impuesto PIS-Cofins (impuestos de Contribución Financiera a la Seguridad Social). Esto provocó una suba en los precios al consumidor de aproximadamente el 27%. Sin embargo, los impuestos indirectos sobre los cigarrillos continúan siendo bajos en **Brasil**, representando aproximadamente el 60% del precio de la marca más vendida. Además, los precios siguen siendo relativamente bajos en relación al ingreso per capita, ya que éste ha ido creciendo significativamente en los últimos años y el precio de los cigarrillos no ha acompañado este aumento. De hecho el índice de asequibilidad de este país creció menos de un 4% entre 2007 y 2010.

En **Ecuador**, después de la ratificación del CMCT la principal medida tributaria fue la “Ley de Equidad Tributaria” de diciembre de 2007, que dispuso un incremento del impuesto ad valorem a Consumos Especiales (ICE) a los productos de tabaco. De este modo, dicho impuesto pasó del 98% del valor del paquete -vigente hasta diciembre de 2007- al 150% a partir de enero 2008 y se mantiene a octubre de 2010. Esta tasa se aplica sobre el precio de venta sin IVA de la marca más vendida, lo que implicaba en abril de 2010 un impuesto de USD 0,91 por cajetilla. Sin embargo, a finales de 2009 se frustró un proyecto que intentaba volver a incrementar el ICE a los cigarrillos a través de un impuesto específico de USD 0,07 por unidad de cigarrillo (reforma a la Ley de Régimen Tributario y de Equidad Tributaria). Las medidas de 2007 tuvieron un efecto positivo para el control del tabaco que se vio reflejado en los aumentos sustanciales del precio real de los cigarrillos y del índice de asequibilidad (ver tablas 1 y 2) de 2008. No obstante, el impacto comenzó a diluirse a falta de una política tributaria sostenida. Organizaciones de la sociedad civil ecuatoriana reportaron que el fracaso del último proyecto de aumento de impuestos se debió a la interferencia de la industria tabacalera que utilizó falsos argumentos, como que los impuestos aumentarían el contrabando e impactarían negativamente en la actividad empresarial y el empleo.

En **México**, en 2009, los legisladores acordaron un mínimo aumento de 2 pesos mexicanos (aproximadamente USD 0,17) en el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) en cada cajetilla de cigarrillos, el cual se aplicará gradualmente entre 2010 y 2013. Las organizaciones de la sociedad civil han denunciado públicamente que la medida adoptada implica un aumento anual insignificante del precio de los cigarrillos con un escaso impacto en el consumo. De acuerdo a la información proporcionada por los referentes en el tema, en el desarrollo de esta política no fueron tomados en cuenta los estudios desarrollados por el Instituto Nacional de Salud Pública ni las recomendaciones de los consultores que proponían un aumento del impuesto sustancial y efectivo para reducir el consumo. En la actualidad en **México** se están haciendo importantes esfuerzos para conseguir impulsar la implementación del Artículo 6. Se ha fortalecido la capacitación técnica, tanto a nivel gubernamental como entre las organizaciones de la sociedad civil, y numerosas organizaciones sociales están llevando adelante la campaña “Sí al impuesto al tabaco” ([www.votoporlasalud.org](http://www.votoporlasalud.org)) para lograr un incremento significativo de los impuestos que sea eficaz para reducir el consumo.

En **Chile**, después del terremoto de febrero de 2010, el gobierno propuso un pequeño aumento del 3% específico al tabaco más un valor fijo por caja de cigarrillos equivalente a UDS 0,10 a pesar de la recomendación del Ministerio de Salud de que este aumento fuera del 7%. Aún está pendiente la aprobación final.

El aumento de precios de los productos de tabaco mediante incrementos impositivos promueve la cesación tabáquica, disminuye el consumo y desalienta el inicio entre los consumidores potenciales. Los estudios de elasticidad-precio desarrollados en la región de América Latina y el Caribe muestran que para los países de medianos ingresos, un incremento de los impuestos que produzca un aumento del 10% en el precio real de los cigarrillos provocaría una reducción de alrededor del 5% en el consumo, si los ingresos reales se mantuvieran constantes.



En **Paraguay** se está trabajando para avanzar en la implementación de una política tributaria sobre los cigarrillos. Como consecuencia de estos esfuerzos, en julio de 2010, con la aprobación de la Ley del Deporte Amateur, se incluyó un aumento de casi el 9% a los impuestos de los cigarrillos que regirá a partir del 1 de noviembre de 2010. Además, se están preparando otras medidas impositivas.

El resto de los países no reportaron la implementación de políticas tributarias o reportaron la adopción de políticas de impuestos no significativas para reducir el consumo de tabaco.

La implementación del Artículo 6 ha mostrado pocos avances en América Latina y el Caribe. Por otro lado, la histórica participación mayoritaria del sector salud en la promoción de políticas de control de tabaco hace que sean pocos los referentes y organizaciones de la sociedad civil que cuentan con un conocimiento técnico especializado como para incidir de manera significativa en un cambio político. Las medidas adoptadas por los países de la región en materia impositiva son en general aisladas y no responden a un criterio de ajuste regular que garantice el direccionamiento de las políticas tributarias a los objetivos de salud.

En **Uruguay**, Philip Morris bajó sus precios por debajo del precio de las marcas más vendidas por la competencia, lo cual hizo que esta empresa vendiera una de sus marcas a casi el mismo valor de los impuestos que debía pagar por paquete. La empresa nacional Montepaz, presentó una denuncia por “dumping”, que está siendo analizada por el Gobierno.

#### NOTAS

-

1 Índices contruidos a partir de la información obtenida del Informe Mundial de la Organización Mundial de la Salud para los precios de las marcas más vendidas 2007 y 2008 y de ©2010 Euro-monitor International [database on the Internet]. Cigarettes: Latin America. Euromonitor International [accessed 2010 October 13] para los precios de las marcas mas vendidas 2009 y 2010. Los datos 2010 de El Salvador, Honduras y Nicaragua (no disponibles en Euromonitor) fueron provistos por referentes locales e informados por la Dra. Odessa Henriquez de la Alianza Hondureña antitabáquica. Los precios de los cigarrillos 2010 en Panamá fueron provistos por la Dra. Reina Roa. De los países faltantes no se pudo obtener información.

-

2 Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales Shigematsu LM. **La Economía del Tabaco y los Impuestos al Tabaco en México**. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2010.

# Protección contra la exposición al humo de tabaco

## ARTÍCULO 8

El Artículo 8 del CMCT establece la responsabilidad de los países de proteger a la población contra la exposición al humo de tabaco. La legislación que establece la implementación de ambientes 100% libres de humo en los espacios cerrados de acceso público, lugares de trabajo y transporte público, sin excepciones, es la única medida que garantiza que todas las personas estén protegidas de los devastadores efectos de la exposición al humo de tabaco.<sup>1</sup> La regulación voluntaria y/o la legislación que permite la habilitación de sectores para fumar y/o el uso de aparatos de ventilación no son efectivas y dejan sin protección a numerosos trabajadores y trabajadoras, particularmente a los más vulnerables.<sup>2</sup> Los estándares establecidos en las Directrices del Artículo 8 han sido de gran utilidad para acelerar el proceso de sanción e implementación de leyes de ambientes 100% libres de humo.

En América Latina y el Caribe ha habido un progreso sustancial en esta materia durante los últimos 5 años, siendo la región que registró mayores avances a nivel mundial en la implementación de legislaciones de este tipo en el último bienio.

Al 1 de octubre de 2010, se sancionaron leyes nacionales o decretos de ambientes 100% libres de humo en ocho países de América Latina y el Caribe. **Uruguay** (2006), **Panamá** (2008), **Guatemala** (2009), **Colombia** (2009), **Perú** (2010), **Trinidad y Tobago** (2010), **Honduras** (2010) y **Barbados** (2010) han sancionado legislación nacional de ambientes libres de humo que incluye todos los lugares cerrados de acceso público, acorde a los estándares del CMCT y sus Directrices. En **Paraguay** un decreto del Poder Ejecutivo ha establecido la implementación de ambientes 100% libres de humo de tabaco (2010), aunque se encuentra suspendido por una medida cautelar (ver recuadro del reporte del Artículo 5.3).

En algunos países, donde el proceso legislativo a nivel nacional se ha visto dificultado, se verificaron importantes avances a nivel subnacional. Es el caso de **México**, **Brasil** y **Venezuela**.

En 2008, en el Distrito Federal de **México** se sancionó una ley de ambientes 100% libres de humo, que implicó protección para aproximadamente 10 millones de personas. En el mismo año se sancionó una legislación similar en el Estado de Tabasco, que dio cobertura a una población de alrededor de 1.550.000 habitantes.

En **Brasil**, debido a la demora en la modificación a la Ley Federal 9.294 del año 1996 - que permite la habilitación de áreas para fumar en lugares cerrados-, algunos estados y municipalidades han implementado leyes locales que cumplen con lo estipulado en el CMCT. En mayo de 2008, en la ciudad de Río de Janeiro -con más de 6 millones de habitantes- se dictó un decreto que declaró a la ciudad 100% libre de humo. En 2009, los estados de Sao Paulo, Río de Janeiro y Paraná implementaron legislación similar. A estos se suman los estados de Amazonas, Rondonia, Roraima y Paraíba y las ciudades de Cornelio Procópio, Maringá y Curitiba (Paraná), Salvador y Lauro de Freitas (Bahía), Juiz de Fora (Minas Gerais), Tubarão y Criciúma (Santa Catarina), Belém (Pará), Pelotas (Río Grande do Sul) y Manaus (Amazonas). Esto da cuenta de una protección para una población aproximada de 80 millones de habitantes.

### ARTÍCULO 8

#### “Protección contra la exposición al humo de tabaco

1. Las Partes reconocen que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

2. Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales.”



**Venezuela** también ha implementado legislación de ambientes 100% libres de humo de tabaco en el Estado Monagas, con una población aproximada de 900.000 habitantes. Además, cinco ciudades se han declarado libres de humo: el Municipio Libertador de Caracas, Guacaipuro en el Estado Miranda y tres ciudades en el Estado Nueva Esparta.

Aunque el presente reporte no tiene por objetivo brindar información acerca de los países no ratificantes del CMCT, es de destacar que **Argentina**, a pesar de no ser parte del Tratado, ha hecho importantes avances en la sanción de legislación subnacional de ambientes libres de humo. Entre 2003 y 2010, se han sancionado leyes de ambientes libres de humo de tabaco acordes a los estándares del CMCT en 9 provincias y más de 25 municipios. Esto implica una protección para aproximadamente 14 millones de personas, el 35% de la población total del país. Las provincias con legislación 100% libre de humo son Córdoba (2003), Santa Fe (2005), San Juan (2005), Tucumán (2005), Neuquén (2007), Mendoza (2007), Entre Ríos (2008), Santiago del Estero (2009) y San Luis (2010).

En la actualidad, el desafío de la región es lograr una implementación exitosa de las legislaciones de ambientes 100% libres de humo de tabaco vigentes. El nivel de cumplimiento de las leyes de América Latina y el Caribe es heterogéneo. Algunos países han reportado un alto cumplimiento. Tal es el caso de **Uruguay**, donde el nivel de cumplimiento se ubica en un 97% y la aceptación de esta medida por parte de las personas que fuman es del 71%. De igual modo, las organizaciones de **Panamá** reportaron un considerable cumplimiento de la norma vigente en su país y gran aceptación social. En otros países, sin embargo, se han reconocido algunas dificultades para la implementación de la legislación. Según los datos recabados, una de las principales causas de esta dificultad es la falta de órganos oficiales que se ocupen de la vigilancia y control para garantizar el cumplimiento.



Morquenie

En el caso de **Guatemala**, los referentes de la sociedad civil reportaron que en ese país no existe una línea telefónica para denunciar el incumplimiento de la legislación de ambientes 100% libres de humo ni hay un órgano específico que haga un seguimiento de las denuncias. Por otro lado, observaron un bajo cumplimiento en bares y pubs en horarios nocturnos dada la falta de inspectores en esos horarios.

En **Colombia**, se ha reportado la falta de voluntad política para fortalecer la implementación de la legislación ya que no se han verificado programas o campañas nacionales para concientizar y promover el cumplimiento de la norma. No obstante, se observa una gran aceptación social de la medida.

En **Trinidad y Tobago** se reporta una satisfactoria implementación en la capital del país y en algunas ciudades pero un mal cumplimiento en zonas rurales que da cuenta de la falta de personal autorizado que ejerza las funciones de vigilancia.

En cuanto al cumplimiento de la legislación subnacional, los referentes de **Brasil** reportaron un elevado cumplimiento de la ley vigente en Sao Paulo (99,8% de 361.077 locales fiscalizados en un año<sup>3</sup> y un apoyo a la norma del 97% de las personas que no fuman y del 92% de la población fumadora<sup>4</sup>). Además, el 49% de las personas que fuman refirieron haber disminuido el consumo de tabaco. En Río de Janeiro el 99,3% de los locales fiscalizados cumplían con la normativa vigente a tres meses de

A pesar de haber ratificado el CMCT, numerosos países han sancionado con posterioridad a la ratificación leyes nacionales que no respetan los estándares definidos en el Tratado y sus Directrices ya que permiten la habilitación de sectores para fumar o falsas soluciones como la utilización de aparatos purificadores de aire. Son los casos de **Chile** (2006), **Ecuador** (2006), **México** (2008), **Bolivia** (2009) y **Nicaragua** (2010). Los referentes de la sociedad civil han manifestado que la industria tabacalera ha interferido para obstaculizar que las autoridades cumplan con los compromisos asumidos por estos países al ratificar el CMCT.

En países del Caribe como **Jamaica** y **Guyana**, que ratificaron el CMCT en 2005, a octubre de 2010 sólo se verificaron restricciones voluntarias en oficinas, negocios, cines y en edificios gubernamentales pero no se ha sancionado legislación de ambientes 100% libres de humo de tabaco. En **Costa Rica**, que ratificó en 2008, se encuentra vigente una ley de restricción parcial del año 1995 que no ha sufrido modificaciones aún.

la entrada en vigor de la norma de ambientes 100% libres de humo<sup>5</sup>, lo que muestra un alto nivel de aceptación. En Curitiba (Paraná) se reportaron resultados similares: sólo el 0,6% de los locales fiscalizados registró violaciones a la legislación de ambientes 100% libres de humo<sup>6</sup>.

En **México**, el 5° reporte de la sociedad civil sobre implementación del CMCT en ese país<sup>7</sup> señaló que, a pesar del alto cumplimiento de la ley que declaró al Distrito Federal 100% libre de humo de tabaco, no se aplicaron adecuadamente las sanciones previstas ante el incumplimiento en los establecimientos comerciales que, violentando la ley, habilitaron sectores para fumar.

© 2006 PRESIDENCIA - República Oriental del Uruguay



En la mayoría de los países donde todavía la implementación de la legislación no ha sido efectiva o donde aún no se ha logrado sancionar leyes de ambientes 100% libres de humo, el principal obstáculo ha sido la interferencia de la industria tabacalera. Uno de los casos más significativos es el de **Paraguay**, que cuenta con un Decreto Presidencial de ambientes 100% libres de humo desde el 7 de abril de 2010. En la actualidad, en ese país se está discutiendo un proyecto de ley que, aunque al 1 de octubre de 2010 no había sido aprobado, ya fue tratado en ambas cámaras legislativas. Dicho proyecto es un ejemplo concreto de la interferencia de las tabacaleras (ver recuadro en el reporte del Artículo 5.3), ya que contempla medidas funcionales a sus intereses, tales como la creación de áreas para fumar y la regulación voluntaria de los propietarios de los locales. La aprobación del proyecto implicaría un retroceso en la protección del derecho a la salud de la población paraguaya. Ello podría considerarse contrario a la Observación N° 14 del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>8</sup> que establece que las medidas adoptadas por los Estados Parte para garantizar el derecho a la salud deberán ser progresivas y no podrán ser regresivas

Las leyes de **Perú**, **Honduras** y **Barbados** han sido sancionadas recientemente, por lo que no se cuenta aún con datos sobre su implementación y grado de cumplimiento.

La implementación de ambientes 100% libres de humo de tabaco es la política que ha mostrado mayores progresos en los países de América Latina y el Caribe. Si bien está pendiente la sanción de legislación a nivel nacional en muchos países, las leyes subnacionales han proporcionado un mecanismo muy eficaz para aumentar la cantidad de población protegida de la exposición al humo de tabaco ajeno. La sociedad civil ha participado activamente en la promoción de estas políticas y ha ocupado un rol protagónico en los procesos de sanción e implementación de legislación respetuosa de los estándares establecidos por el CMCT y sus Directrices.

La sanción de leyes de ambientes 100% libres de humo de tabaco debe ser seguida de un plan apropiado de implementación y monitoreo. Referentes de **Guatemala**, **Colombia** y **Trinidad y Tobago** y de la **Ciudad de México** han reportado dificultades en la implementación de la normativa. Para revertir esta situación, los gobiernos deberán hacerse eco de los obstáculos y trabajar para desarrollar mecanismos eficientes que garanticen una implementación exitosa para que toda la población esté protegida de la exposición al humo de tabaco ajeno.

## PROTECCIÓN CONTRA LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO

- Con Legislación Nacional de Ambientes 100% Libres de Humo
- Con Legislación Subnacional de Ambientes 100% Libres de Humo
- Sin Legislación de Ambientes 100% Libres de Humo
- Países no ratificantes
- Sin datos



### NOTAS

- 1 **Las consecuencias a la salud debido a la exposición involuntaria al humo de tabaco: Informe del Cirujano General. Humo de Segunda Mano, Lo que Significa para Usted.** Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Coordinador para la Promoción de Salud, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2006. Disponible en: [http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/secondhandsmoke\\_sp.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/secondhandsmoke_sp.pdf)
- 2 **Sin humo dentro.** Organización Mundial de la Salud, 2007. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/hm/site\\_tabaco/pdf/Folleto\\_2007%20who.pdf](http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/pdf/Folleto_2007%20who.pdf)
- 3 VISA e PROCON – Sao Paulo, Órganos responsables de la fiscalización
- 4 Encuesta IBOPE, divulgada en octubre de 2010
- 5 Fuente: <http://www.riosemfumo.rj.gov.br>
- 6 Fuente: <http://www.curitiba.pr.gov.br>
- 7 **Convenio Marco para el Control del Tabaco en México - 5to. Reporte de la Sociedad Civil,** Mayo 2010. Disponible en: <http://www.interamericanheart.org/ficmexico/wp-content/uploads/2010/05/5-cmct-2010.pdf>
- 8 Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º Período de Sesiones, 2000, ONU. Doc. E/C.12/2000/4 (2000)

# Etiquetado y empaquetado de productos de tabaco

## ARTÍCULO 11

El Artículo 11 del CMCT requiere que las Partes implementen medidas de etiquetado y empaquetado de productos de tabaco que prohíban la promoción del tabaco de manera equívoca y establezcan la inclusión de advertencias sanitarias con pictograma. Además, insta a las Partes a adoptar dichas medidas dentro de un periodo de tres años a partir de la ratificación del tratado.

La inclusión en los paquetes de cigarrillos de advertencias sanitarias grandes y con pictograma es efectiva para alertar al público sobre los riesgos del consumo de tabaco, desalentar el inicio, disminuir el consumo y motivar la cesación.<sup>1,2</sup> Cuando esta medida es aplicada, las personas que fuman un paquete de cigarrillos diario se exponen a las advertencias 7.000 veces en un año.

El Artículo 11 ha sido implementado con éxito en los últimos años en numerosos países de América Latina y el Caribe. De acuerdo a las Directrices de este artículo, las advertencias deben ocupar como mínimo el 50% del área de exhibición principal y no menos del 30% del total de la superficie de los paquetes. Las etiquetas de advertencia que cumplen con estos requisitos y la eliminación de información engañosa (como los términos “light”, “suave” y “bajo en nicotina”) son medidas efectivas con costo mínimo para los gobiernos.

En 2002, **Brasil** se convirtió en el primer país de la región en eliminar la información falsa o engañosa de los paquetes de cigarrillos, prohibiendo la utilización de términos que pudieran llevar a confusión acerca de los riesgos del consumo de los productos de tabaco. Así se prohibió el uso de las palabras “light”, “mild” o “suave”. En los últimos años, otros nueve países implementaron esta política: **Chile** (2006), **México** (2008), **Panamá** (2008), **Perú** (2008), **Uruguay** (por Decreto en 2005 y por Ley en 2008), **Colombia** (2009), **Bolivia** (2009), **Honduras** (2010) y **Nicaragua** (2010).

Advertencias sanitarias de Brasil 2009



Advertencias sanitarias de Brasil 2009



### ARTÍCULO 11

#### “Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco

1. Cada Parte, dentro de un periodo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa parte, adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas eficaces para conseguir lo siguiente:

- a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promueva 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 (...)
- 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. (...)

No obstante, a pesar de los esfuerzos de los Estados para prohibir la utilización de información falsa o engañosa en los paquetes de cigarrillos, se ha verificado que la industria tabacalera aplica la estrategia de sustituir los términos prohibidos por recursos gráficos, como la utilización de colores, eludiendo el sentido de protec-

ción de la norma jurídica. Será un desafío para los Estados proteger a su población contra esta práctica e iniciar el proceso que los conduzca hacia un empaquetado “plano o genérico”.

Conjuntamente de la eliminación de información engañosa, muchos países de la región han ordenado incluir en los paquetes de cigarrillos advertencias sanitarias con pictograma, respetando las recomendaciones del Artículo 11.

Advertencias sanitarias de Uruguay 2009



En **México, Bolivia y Paraguay** existen obstáculos o demoras en la implementación de las leyes que establecen la inclusión de advertencias sanitarias con pictograma en los paquetes de cigarrillos. El plazo para la implementación del Artículo 11 del CMCT se encuentra vencido en **Guatemala, Barbados, Trinidad y Tobago y Guyana**, por lo que estos países estarían incumpliendo los compromisos asumidos en la ratificación del CMCT.

En la actualidad, doce países han sancionado leyes que establecen la implementación de advertencias sanitarias con pictograma que ocupen al menos el 30% de la superficie total de los paquetes: **Brasil** (2001), **Venezuela** (2004), **Uruguay** (2005), **Chile** (2006), **México** (2008), **Panamá** (2008), **Perú** (2008), **Colombia** (2009), **Bolivia** (2009), **Honduras** (2010), **Paraguay** (2010) y **Nicaragua** (2010). Vale aclarar que, aunque otras naciones han implementado advertencias sanitarias, no han sido incluidas en esta lista porque no cumplen con los estándares mínimos establecidos por el Artículo 11.



Si bien la mayoría de los países que han sancionado leyes de advertencias sanitarias ya las han implementado exitosamente, existen casos en los que la aplicación todavía está pendiente. En **Honduras** y **Nicaragua** donde la legislación es reciente, el proceso de implementación se encuentra en desarrollo.

En otros países, sin embargo, el período entre la sanción y la implementación se ha extendido más de lo previsto. En **México** hubo una dilación de más de dos años para la entrada en vigencia desde la sanción de la Ley de 2008. A octubre de 2010, las advertencias aun no han sido implementadas. En **Bolivia** la norma que establece la inclusión de advertencias con pictograma no está siendo aplicada correctamente dado que las advertencias utilizadas actualmente sólo incluyen texto. Los referentes de sociedad civil de ese país reportaron que la industria tabacalera está realizando campañas de debilitamiento de las advertencias sanitarias y que ha incluido mensajes y promociones en los paquetes de cigarrillos. Una de estas campañas, llamada "Ahora tu cajetilla habla", premia a sus consumidores con guitarras, equipos de videojuegos, computadoras portátiles, reproductores de audio y video y teléfonos celulares.

Advertencias sanitarias de Chile 2007



En **Paraguay**, el Decreto N° 1.406 que establece la inclusión de advertencias sanitarias fue aprobado el 25 de marzo de 2010 y debió entrar en vigencia en julio del mismo año, pero una demanda de inconstitucionalidad presentada por la industria tabacalera ha detenido este proceso. En este país, las tabacaleras han ejercido una fuerte presión para intentar suprimir los pictogramas y reducir las advertencias al 30% en las dos caras de los paquetes.

**Ecuador, Costa Rica, Guatemala** y numerosos **países del Caribe** que ratificaron el tratado aún no han adoptado la medida.

A pesar de las dificultades locales y de la interferencia de la industria tabacalera, las medidas recomendadas por el Artículo 11 y sus Directrices han sido puestas en marcha con éxito en un número significativo de países. La política de inclusión de advertencias sanitarias con pictograma y eliminación de la información engañosa de los paquetes de cigarrillos es una de las medidas con mayor grado de aplicación y constituye uno de los avances más importantes en materia de implementación del CMCT en la región.

#### NOTAS

1 Hammond D, Fong GT, Borland R, Cummings KM, McNeill A, Driezen P. **Text and graphic warnings on cigarette packages: Findings from the international tobacco control four country study.** American Journal of Preventive Medicine. 2007 Mar;32(3):202-9.

2 Shanahan P, Elliott D. **Evaluation of the Effectiveness of the Graphic Health Warnings on Tobacco Product Packaging 2008** - Executive Summary. Australian Government Department of Health and Ageing; 2009. Disponible en inglés: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/83F397C5993B9AA4CA2575880078FCF2/\\$File/hw-eval-exec-sum.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/83F397C5993B9AA4CA2575880078FCF2/$File/hw-eval-exec-sum.pdf)

**Uruguay** cuenta desde 2005 con advertencias sanitarias acordes a los estándares del Artículo 11. Recientemente, el decreto 287/2009 incrementó su tamaño llevándolas a ocupar el 80% de la superficie de las dos caras principales de los paquetes - lo que las convierte en las advertencias de mayor tamaño a nivel internacional-. Además, dispuso que cada marca comercial podrá tener una única presentación de producto, quedando prohibido el empleo de términos o recursos gráficos que puedan crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otro. Esta política generó una demanda de Philip Morris International contra el Estado uruguayo sin precedentes en el mundo. La demanda aún se encuentra pendiente de resolución, ya que el gobierno de dicho país decidió no dar marcha atrás con la medida.

En 2008-2009 la Comisión Intergubernamental para el Control del Tabaco del **MERCO-SUR** puso a disposición de los países de América Latina un banco de advertencias sanitarias con pictogramas ([www.cictmercosur.org](http://www.cictmercosur.org)). En el caso de los países del Caribe angloparlantes, los esfuerzos liderados por **Jamaica** promocionarán advertencias con pictograma en todos los países del **CARICOM**.

# Prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco

## ARTÍCULO 13

El CMCT establece en su Artículo 13 que una de las medidas decisivas para desincentivar el consumo de tabaco es la prohibición completa de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco. El Tratado establece, además, que los Estados Parte deberán adoptar esta medida dentro de un plazo de cinco años desde la entrada en vigor del CMCT.

Las restricciones parciales a la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco carecen de efectividad debido a que la industria tabacalera aprovecha los canales comunicacionales no contemplados por la ley o desarrolla recursos innovadores para eludir las prohibiciones. De esta manera, las leyes de restricción parcial no logran la reducción del consumo y la protección de la salud pública.

La industria tabacalera gasta millones de dólares anualmente para comercializar sus productos<sup>1</sup> a través de la puesta en práctica de acciones publicitarias cuyo objetivo es promover el consumo de tabaco e influir en las actitudes relacionadas con el tabaco, especialmente en los jóvenes y las mujeres. La evidencia científica indica que la legislación que establece la prohibición completa de publicidad, promoción y patrocinio de productos elaborados con tabaco reduce el consumo en toda la población, más allá del nivel de ingreso y del nivel educativo<sup>2,3</sup>. Las Directrices al Artículo 13 del CMCT, elaboradas por los países Parte del Tratado, establecen recomendaciones para introducir y aplicar esta medida.

En la región de América Latina y el Caribe, sólo **Panamá** (2008) y **Colombia** (2009) han sancionado legislaciones que establecen la prohibición completa de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio. Mientras que en el primer caso la ley ha sido implementada exitosamente, en **Colombia** entrará en vigencia en julio de 2011. No obstante, en este país se ha interpuesto una acción judicial alegando su inconstitucionalidad. Si bien esta demanda no está hecha a nombre de ninguna empresa tabacalera, los argumentos esgrimidos en contra de la ley son los que la industria tabacalera utiliza habitualmente en todo el mundo, como la presunta violación al derecho a la libertad de expresión y a determinadas libertades económicas.

Existen algunos países en la región que, aunque no cuentan con legislación de prohibición completa, han sancionado leyes que incluyen restricciones integrales. Tales son los casos de **Brasil** (2003), **Venezuela** (2005), **Chile** (2007), **Uruguay** (2008), **Trinidad y Tobago** (2009) y **Honduras** (2010). Estas leyes prohíben la publicidad, promoción y patrocinio de tabaco en general, aunque establecen excepciones específicas como puntos de venta, internet o algunas acciones de promoción y patrocinio.

A pesar del gran alcance de las prohibiciones mencionadas, los referentes de **Panamá** y **Chile** han reportado que en sus países la industria tabacalera desarrolla estrategias de publicidad encubierta a través de actores famosos que aparecen fumando en el cine y la televisión. En **Chile** se ha reportado además un incremento llamativo de la publicidad en puntos de venta, centros comerciales y aeropuertos.

En **Brasil** también existe una agresiva ofensiva de la industria tabacalera, como la expansión de los puntos de venta en todo el país y el incremento de la publicidad institucional mediante acciones de responsabilidad social corporativa. Los referentes brasileños han reportado que la industria tabacalera realiza acciones que violan las leyes a través del patrocinio de eventos deportivos, conciertos y festivales y utiliza diversos recursos que apuntan especialmente a los jóvenes, como mensajes

### ARTÍCULO 13

#### “Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

1. Las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco.

2. Cada Parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dicha prohibición comprenderá, de acuerdo con el entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte en cuestión, una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos originados en su territorio.

(...)”

de texto (SMS) y el lanzamiento de ediciones limitadas de algunos productos que incluyen regalos tales como bases para reproductores MP5, CDs y encendedores.

En **Venezuela**, país cuya ley exceptúa la prohibición de la publicidad en los puntos de venta, se ha reportado una implementación apropiada, producto de la puesta en funcionamiento de un sistema de vigilancia y de la aplicación de sanciones.

En **Uruguay**, que cuenta con una ley que exceptúa el interior de los puntos de venta, la sociedad civil ha reportado una implementación exitosa, aunque señala violaciones por parte de la industria tabacalera mediante publicidad indirecta y promociones ilegales.

Al 1 de octubre de 2010, la ley de **Honduras** no ha entrado en vigencia.

**Perú, México, Paraguay, Bolivia, Ecuador, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y la mayoría de los países del Caribe**, cuentan con normas que no cumplen con los estándares mínimos del Artículo 13 y sus Directrices, algunas de las cuales fueron sancionadas con posterioridad a la ratificación del CMCT, lo cual implica una violación al compromiso adoptado con la comunidad internacional. La mayoría de estos países permite, además de la publicidad en puntos de venta e internet, las acciones de responsabilidad social corporativa, la publicidad en medios audiovisuales fuera del horario de protección al menor y la promoción y publicidad directa en eventos y establecimientos de acceso exclusivo a mayores de edad, entre otras. Como consecuencia, en estos países la industria tabacalera desarrolla una agresiva estrategia de publicidad en puntos de venta, lanza atractivas promociones y patrocina festivales y otros eventos. Un ejemplo de este hecho puede observarse en **Bolivia**, país en el que la publicidad y la promoción en los puntos de venta se encuentra fuertemente desarrollada. Las marcas de cigarrillos regalan desde calendarios hasta premios como celulares, entradas para eventos y viajes. En ese país también ha sido reportado el patrocinio de la industria tabacalera en eventos de gran magnitud, como la “FEXPOCRUZ”, la expoferia más grande del país y una de las más grandes de la región, donde los stands de la industria tabacalera han sido incluso premiados. Este tipo de estrategia se reproduce en todos los países que carecen de prohibiciones integrales de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco.

Es llamativo que algunas excepciones establecidas por la legislación en distintos países aparecen enunciadas de idéntica forma en los diferentes textos, lo que lleva a sospechar de una estrategia regional de interferencia de la industria tabacalera en el proceso legislativo.

La implementación del Artículo 13 en los países de la región ha sido dispar. En los países en los que se han logrado poner en marcha restricciones completas o considerablemente amplias, la industria tabacalera ha desplegado novedosos mecanismos para redireccionar sus estrategias de mercadeo explotando al máximo las excepciones que contemplan las leyes. En otros casos, directamente ha violado la legislación, lo que da cuenta de la falta de controles adecuados. Al mismo tiempo, en algunos países las tabacaleras han iniciado acciones legales contra los gobiernos alegando la inconstitucionalidad de las medidas destinadas a prohibir la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco (ver reporte de implementación del Artículo 5.3). Ello obliga a fortalecer la capacitación de los funcionarios públicos para garantizar la defensa de estas normas ante el Poder Judicial. Igualmente positiva será la participación de la sociedad civil a través de mecanismos jurídicos, como presentaciones de Amicus Curiae u otras formas procesales de intervención de terceros.

Por otra parte, no existe un mecanismo de cooperación internacional en la materia (como podría ser, por ejemplo, un sistema de vigilancia transnacional) que garantice la eficacia de la legislación a nivel nacional. Esto ha llevado a que algunos países que cuentan con legislación adecuada reciban publicidad transfronteriza de los productos de tabaco. Tal es el caso de **Uruguay**, que recibe publicidad desde la **Argentina**.

Finalmente, es preciso señalar que los países de la región tienen la necesidad de fortalecer la capacidad técnica para la implementación exitosa de las prohibiciones completas de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco en medios

Algunos países de América Latina, luego de haber ratificado el CMCT, sancionaron leyes contrarias a los estándares establecidos por el Artículo 13 y sus Directrices. Tales son los casos de **Bolivia** (2007), **México** (2008), **Nicaragua** (2010) y **Perú** (2010) que implementaron restricciones parciales a la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, ineficaces para reducir el consumo.



no tradicionales, como internet. De esta manera, estarán en condiciones de anticiparse a las estrategias de mercadeo desplegadas por la industria tabacalera para sortear las restricciones.

Es necesario que los Estados de la región recorran un largo camino en la implementación de medidas destinadas a poner en marcha y monitorear las políticas recomendadas por el Artículo 13 y sus Directrices para contrarrestar las estrategias de venta de la industria tabacalera y así garantizar la adecuada protección de la salud de su población.



NOTAS

1 Federal Trade Commission. **Cigarette report for 2003**. Washington, DC; 2005. Disponible en inglés: <http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>

2 Saffer H. **Tobacco advertising and promotion**. En: Jha P, Chaloupka FJ, eds. Tobacco control in developing countries. Oxford, Oxford University Press, 2000. Disponible en inglés en: <http://www1.worldbank.org/tobacco/tcdc.asp>

3 Blecher E.; **The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries**; Journal of Health Economics. 2008;27(4):930-42.

# Medidas de reducción de la demanda, relativas a la dependencia y al abandono del tabaco

## ARTÍCULO 14

Así como el CMCT insta a los países a adoptar políticas públicas que desalienten el consumo de tabaco (como el incremento de impuestos, la implementación de ambientes 100% libres de humo y las advertencias sanitarias, entre otras), también señala la necesidad de implementar medidas efectivas de tratamiento de la adicción al tabaco. Las políticas de promoción de la cesación tabáquica y tratamiento de la dependencia del tabaquismo son costo-efectivas y tienen un alto impacto sanitario en términos de reducción de la mortalidad.

La cobertura e incentivos por parte de los sistemas de salud para facilitar la cesación tabáquica han sido ampliamente estudiadas.<sup>1,2</sup> Además, la evidencia científica ha demostrado la alta eficacia de los tratamientos para dejar de fumar en personas adictas al tabaco, no sólo en la modalidad presencial sino también en los que se realizan de manera telefónica. Las líneas telefónicas para dejar de fumar (“quit-lines”) son una política efectiva y de bajo costo, especialmente cuando son proactivas, es decir cuando efectúan un seguimiento telefónico con posterioridad al primer contacto que realiza el usuario. Una de las fortalezas más importantes de las “quit-lines” es que garantizan el acceso al servicio al sector de la población con menos recursos.<sup>3</sup>

El acceso a los tratamientos para dejar de fumar sigue siendo limitado en la región, a pesar de que la demanda es elevada. En **Brasil, Uruguay, Venezuela, Trinidad y Tobago y Panamá** se ha avanzado en la cobertura y ofrecimiento de servicios de cesación tabáquica que garantizan el acceso universal o amplio en el marco de la atención primaria. En **México, Costa Rica, Honduras y Paraguay** se han implementado planes de capacitación para el equipo de salud y se da cobertura de los tratamientos pero sólo en subsectores específicos del sistema de salud. En **México**, a pesar de que se cuenta con más de 500 centros especializados en el tratamiento del tabaquismo, se estima que, aún si funcionaran en toda su capacidad, no llegarían a cubrir ni al 1% de la población fumadora del país.

Los referentes de países como **Guatemala, Bolivia, Chile, Colombia, Perú, Ecuador, Nicaragua, Jamaica, Barbados y Guyana** reportaron ausencia o poco desarrollo de planes nacionales para brindar servicios para dejar de fumar.

**Brasil** cuenta con un Programa de Cesación Tabáquica que prevé una respuesta sistemática a nivel nacional. Las redes del Sistema Único de Salud brindan cobertura de los tratamientos y distribución gratuita de medicación en los centros de atención primaria así como también realizan capacitaciones periódicas a profesionales de la salud. Cada secretaría estatal está a cargo de la coordinación del programa y la capacitación de las secretarías municipales. **Brasil** cuenta además con una línea telefónica gratuita para dejar de fumar que, a pesar de no ser aún proactiva, absorbe un importante volumen de llamadas. Esta línea ha sido difundida en gran medida a través de las advertencias sanitarias incluidas en los paquetes de cigarrillos en ese país.

En **Uruguay** también se han registrado importantes avances. La Ley de 2008, ha incluido el tratamiento de la dependencia al tabaco en el Sistema Nacional de Salud. Además, se han puesto en marcha programas de cesación que ofrecen tratamientos farmacológicos en forma gratuita a través de convenios con el Fondo Nacional de Recursos (FNR) que garantiza el acceso a un sector mayoritario de la población. Asimismo, el FNR y la Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer (CHLCC) han implementado cursos de formación en el tratamiento del tabaquismo para profesionales de la salud.

### ARTÍCULO 14

#### “Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco

1. Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco. (...)

**Venezuela**, por su parte, cuenta con programas de capacitación para los equipos sanitarios, activación de consultas para la atención de personas que fuman y entrega de medicamentos gratuitos. **Panamá** ha implementado clínicas de cesación tabáquica en numerosas provincias, mientras que en otras se encuentran en la fase de acondicionamiento para su pronta apertura. En **Trinidad y Tobago** se ha desarrollado un plan integral para ofrecer servicios de cesación tabáquica.

Algunos países han implementado líneas telefónicas para dejar de fumar, pero en general son de bajo volumen de llamadas, escaso desarrollo, sin seguimiento proactivo de las consultas y no cuentan con evaluación de la efectividad de las intervenciones.



Morguefile

Las estadísticas indican que en los próximos 30-50 años no será posible reducir las muertes ocasionadas por el consumo de tabaco a menos que se proporcione ayuda a los fumadores actuales para que abandonen el hábito de fumar.<sup>4</sup> El éxito de las políticas para promover la cesación tabáquica dependerá de su aplicación sinérgica con otras medidas de reducción de la demanda en el marco de una estrategia integral de control del tabaco.

Los referentes de la sociedad civil de los países de América Latina y el Caribe han reportado en general la ausencia de servicios gratuitos de acceso universal. Asimismo, han marcado la necesidad de poner en marcha políticas que apunten a la implementación del tratamiento básico obligatorio en el primer nivel de atención de salud y el fortalecimiento de la capacitación del equipo sanitario en herramientas terapéuticas para la adicción al tabaco. Es esperable que la pronta aprobación de las Directrices al Artículo 14 contribuya a sentar las bases para la adopción de políticas de mayor alcance en esta materia.

#### NOTAS

1 **Competitions and incentives for smoking cessation.** Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD004307. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2008;(3):CD004307. PubMed PMID: 15846705.

2 Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. **Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment.** Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25;(1):CD004305. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD004305. PubMed PMID: 15674938.

3 Stead LF, Perera R, Lancaster T.; **A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines;** Tob Control. 2007 Dec;16 Suppl 1:i3-8. Review.

4 Organización Mundial de la Salud; **Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence;** Ginebra; 2003.

# Comercio ilícito de productos de tabaco

## ARTÍCULO 15

El contrabando de cigarrillos es un problema extendido en todo el mundo. En la actualidad, el comercio ilícito se calcula en un 11,6% de las ventas mundiales, lo que implica pérdidas anuales de alrededor de UDS 40,5 mil millones en ingresos fiscales. El Artículo 15 del CMCT establece lineamientos para enfrentar el comercio ilícito de productos de tabaco.

Si bien el contrabando es difícil de medir, se estima que, en los países de medianos y bajos ingresos, el comercio ilícito alcanza el 12,1% del mercado, mientras que en los países de altos ingresos esta cifra alcanza el 9,8%, a pesar de que en general tienen impuestos al tabaco más elevados. Contrariamente a los argumentos de la industria tabacalera, este hecho demuestra que los incrementos impositivos no son el principal incentivo para el contrabando. Se estima que, a nivel mundial, los cigarrillos son el producto legal con mayor tráfico ilegal y que el comercio ilícito está más extendido en los países en los que los cigarrillos son baratos.<sup>1</sup>

En toda la región de América Latina y el Caribe existe una marcada desigualdad tanto en las políticas tributarias como aduaneras. **Brasil, Uruguay y Argentina** son receptores ilegales de cigarrillos, en gran medida provenientes de **Paraguay**. Este país produce 45 mil millones de cigarrillos anualmente, de los cuales el 90% se consumen fuera de sus fronteras. Sin embargo, sólo el 5% de esta cantidad se exporta legalmente.<sup>2</sup> En **Bolivia** el consumo de cigarrillos provenientes del comercio ilícito representa el 40% del mercado interno, uno de los niveles más altos de la región.<sup>3</sup>

Las medidas implementadas para combatir el tráfico ilegal de productos de tabaco en la región son heterogéneas. De acuerdo a la información proporcionada por los referentes locales de la sociedad civil, **Brasil** es uno de los países con mayor experiencia en el tema. Desde 1999 este país ha implementado políticas con el objetivo de combatir el contrabando, que incluye la obligatoriedad de que los productores cuenten con una licencia para producir cigarrillos, la implementación de un registro de exportadores y la puesta en marcha de un sistema nacional de vigilancia con estampillas fiscales digitales.<sup>4</sup> En 2008 se terminó de instalar un sistema de seguimiento fiscal y localización en los paquetes de cigarrillos (SCORPIOS).

En **México** se ha reportado la existencia de normativa que prohíbe el ingreso de personas con cigarrillos y otros productos de tabaco de procedencia extranjera al territorio nacional. Además, el personal de aduanas tiene el deber de decomisar el producto y remitir a la policía a quienes lo introducen. De igual manera, la ley de **Uruguay** prevé la coordinación de las autoridades del Estado en la represión del comercio ilícito de productos de tabaco.

Algunas de las medidas adoptadas por los países para combatir el comercio ilícito refieren al etiquetado de los productos. En **Venezuela**, por ejemplo, el Sistema Integrado de Aduanas creó en 2006 un etiquetado adicional que deben tener todas las cajetillas de cigarrillos comercializadas en el país. Una ley sancionada en 2008 en **Panamá** estableció que los paquetes de cigarrillos deben especificar la información sobre el origen del producto, el lugar donde se venderá, el lote y el registro y también ordena que el código de barras del producto no podrá verse adulterado ni tener etiquetas adheridas. En **Colombia**, a partir de la sanción de una ley en 2009, se declaró obligatoria la incorporación de etiquetas en los cigarrillos importados comercializados dentro del país que incluyan la frase “importado para Colombia”.

En la región del Caribe, sólo **Trinidad y Tobago** reportó la introducción de legisla-

### ARTÍCULO 15

#### “Comercio ilícito de productos de tabaco

1. Las Partes reconocen que la eliminación de todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, como el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación, y la elaboración y aplicación a este respecto de una legislación nacional y de acuerdos subregionales, regionales y mundiales son componentes esenciales del control del tabaco. (...)”

ción para luchar contra el contrabando, pero la normativa se encuentra pendiente de promulgación. El comercio ilícito se estima en alrededor del 50% en algunos países caribeños.



Morguefile

El comercio ilegal es un problema complejo que requiere un alto compromiso político de los gobiernos y una fuerte voluntad de cooperación internacional. La pronta aprobación de un protocolo internacional para combatir el contrabando será una pieza fundamental para avanzar sobre este problema.

Si se eliminara comercio ilícito de cigarrillos:<sup>5</sup>

- El consumo mundial de cigarrillos bajaría un 2%
- El precio promedio de los cigarrillos se incrementaría un 3,9%
- La recaudación impositiva de los países de bajos y medianos ingresos aumentaría en UDS 18,3 mil millones anuales
- Se salvarían 160.000 vidas por año en el mundo desde el año 2030 en adelante

#### Porcentaje del mercado interno de consumo de cigarrillos provenientes del comercio ilícito en países de América Latina - 2009

PAÍS	Participación de mercado
Bolivia	40,3 %
Brasil	27 %
Chile	1,3 %
Colombia	15,3 %
Costa Rica	8,7 %
Ecuador	9,4 %
Guatemala	14,2 %
México	5,9 %
Perú	14,7 %
Uruguay	17,4 %
Venezuela	18,6 %



Morguefile

©2010 Euromonitor International

Euromonitor International [database on the Internet]. Cigarettes: Latin America. Euromonitor International. c 2010 [accessed 2010 October 13].

#### NOTAS

- 1 Luk Joossens, David Merriman, Hana Ross y Martin Raw; **How Eliminating the Global Illicit Cigarette Trade would Increase Tax Revenue and Save Lives**; Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares; París; 2009.
- 2 **2010: Guía de acción para el tratado global contra el tabaco**; Corporate Accountability International NATT; 2010. Disponible en: [www.stopcorporateabuse.org/sites/default/files/GTTAG\\_english\\_web.pdf](http://www.stopcorporateabuse.org/sites/default/files/GTTAG_english_web.pdf)
- 3 Euromonitor International [database on the Internet]. Cigarettes: Latin America. Euromonitor International. c 2010 [accessed 2010 October 13].
- 4 **Tecnología y lucha contra el comercio ilícito de tabaco**; Comunicado de prensa de la Framework Convention Alliance; 2007. Disponible en: [http://www.fctc.org/dmdocuments/INB2\\_MB\\_Technology.pdf](http://www.fctc.org/dmdocuments/INB2_MB_Technology.pdf)
- 5 Joossens, L. y otros; **How Eliminating the Global Illicit Cigarette Trade would Increase Tax Revenue and Save Lives**; Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares; París; 2009.

# Búsqueda de alternativas económicamente sustentables y protección del ambiente y la salud de los cultivadores de tabaco

## ARTÍCULOS 17 Y 18

El 80% de la producción mundial de tabaco se concentra en 10 países, la mayoría de ellos de bajos y medianos ingresos. Si la producción continúa moviéndose hacia estos países lo mismo ocurrirá con el empleo, aumentando la dependencia de las comunidades productoras y el trabajo infantil, que junto con el trabajo forzado, son dos temas centrales relacionados con el cultivo de tabaco y la pobreza. El derecho universal al desarrollo y a la salud, así como los derechos de los niños y niñas y de las mujeres se ven fuerte y negativamente afectados entre las familias que cultivan tabaco.

INCA Brasil - Folleto 31 de mayo 2004



El cultivo de tabaco también representa riesgos sanitarios y sociales muy elevados para los pequeños cultivadores y sus familias. Riesgos ocupacionales relacionados con el cultivo de tabaco incluyen la enfermedad de la hoja verde, intoxicación por exposición a pesticidas, trastornos dermatológicos, respiratorios y cáncer. A esto se suma un importante daño ambiental que incluye la degradación del suelo, pérdida de vegetación, deforestación y contaminación del agua. El tabaco agota los nutrientes del suelo mucho más rápido que la mayoría de los cultivos.

El Artículo 17 establece que las Partes promoverán alternativas económicamente viables para los cultivadores, trabajadores y pequeños vendedores de tabaco. Por otra parte, en el Artículo 18 las Partes acuerdan proteger el ambiente y la salud de las personas en torno al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco. Si bien aún no existen Directrices para estos artículos, en la 3ª Conferencia de las Partes del CMCT se decidió crear un grupo de trabajo para comenzar a definirlos. En septiembre de 2009 este grupo de trabajo se reunió en India y presentó propuestas para crear una metodología con el objetivo de brindar mayor disponibilidad de alternativas sustentables al cultivo de tabaco.

La región de América Latina y el Caribe cuenta con varios países productores de tabaco, entre los cuales se destacan dos: **Brasil** (primer productor en la región y segundo a nivel mundial) y **Argentina** (segundo productor regional y octavo a nivel mundial). **México, Colombia, Cuba y República Dominicana**, entre otros, producen tabaco aunque en menor escala.

### ARTÍCULO 17

#### “Apoyo a actividades alternativas económicamente viables

Las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, promoverán según proceda alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores y eventualmente, los pequeños vendedores de tabaco.”

### ARTÍCULO 18

#### “Protección del medio ambiente y de la salud de las personas

En cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el presente Convenio, las Partes acuerdan prestar debida atención a la protección ambiental y a la salud de las personas en relación con el medio ambiente por lo que respecta al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco, en sus respectivos territorios.”

En **Brasil**, después de la ratificación del CMCT, el gobierno desarrolló el Programa Nacional para Apoyar a la Diversificación de la Producción en las Áreas de Cultivo de Tabaco dependiente del Ministerio de Agricultura. Este programa cuenta con cuatro ejes estratégicos: financiamiento, acceso a la tecnología, valorización de la producción local y garantías del mercado. De acuerdo a lo reportado, se han desarrollado 60 proyectos, que alcanzaron a alrededor de 500 municipios. Sin embargo, en un seminario realizado en agosto de 2010 por el Ministerio de Agricultura y la Comisión Nacional para la implementación del CMCT se detectó que aún falta desarrollar una política específica. Además, la industria tabacalera ha socavado las políticas públicas existentes que incluyen los esfuerzos para alcanzar los objetivos de los Artículos 17 y 18. La “Agenda del Tabaco”, un documento aprobado por miembros de la Cámara del Tabaco y funcionarios del Ministerio de Agricultura resaltó varias estrategias de la industria para obstaculizar la implementación del CMCT. En este país se reporta la necesidad de establecer objetivos a mediano y largo plazo con respecto a la diversificación del cultivo y la importancia de la evaluación de la efectividad y sustentabilidad de la diversificación, el impacto sanitario del cultivo de tabaco, los beneficios para la salud de las alternativas agro-ecológicas, el trabajo infantil en las plantaciones, la capacidad local y nacional para mejorar el diagnóstico de enfermedades y accidentes relacionados con el cultivo de tabaco, entre otras.



Katorisi

Del resto de los países incluidos en este informe, sólo **México** reportó que, por medio de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Rural se han impulsado cultivos alternativos en las pocas regiones que todavía cultivan tabaco.

En **Argentina**, como en **República Dominicana**, uno de los principales obstáculos para lograr la ratificación del CMCT ha sido el falso argumento diseminado por la industria tabacalera según el cual el tratado afectaría la producción de tabaco y repercutiría negativamente sobre la fuente de empleo y las economías locales. Sin embargo, según el documento elaborado por el grupo de trabajo de los Artículos 17 y 18, la evidencia científica demuestra que la reducción en el consumo de tabaco no afecta el empleo y hasta puede tener un efecto positivo.<sup>1</sup>

Las recomendaciones establecidas en los Artículos 17 y 18 aún resultan difíciles de implementar en la región. Esto es producto de la falta de conocimiento técnico acerca del tema y, principalmente, de la interferencia de la industria tabacalera que amenaza con minar cualquier avance.

Los Estados deben apoyar a los productores en el pasaje a cultivos alternativos, no sólo asegurando la compra de su producción sino favoreciendo el acceso a la infraestructura necesaria. La diversificación debería incluir oportunidades agrícolas y no agrícolas, incluyendo la transformación de un producto por otro. Para esto, es necesario evaluar no sólo la rentabilidad del cultivo y los ingresos sino todos los aspectos relacionados con los medios de supervivencia de los productores.

#### NOTAS

-

<sup>1</sup> Conferencia de las partes para el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Tercera reunión. Durban, Sudáfrica, 17–22 de noviembre 2008. Punto 4.8 del orden del día provisional. Grupo de estudio sobre alternativas económicamente sostenibles al cultivo de tabaco (en relación con los artículos 17 y 18 del Convenio).

Disponible en: [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC\\_COP3\\_11-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_11-sp.pdf)

## Reflexiones finales y recomendaciones

La implementación de las políticas del CMCT en los países de América Latina y el Caribe ha mostrado progresos sustanciales en algunos temas considerados prioritarios, como la inclusión de advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos y la implementación de ambientes 100% libres de humo de tabaco. No obstante, existen algunas medidas del Tratado cuya implementación ha sido dispar y representa un desafío para la región en los próximos años.

Los países que han registrado mayores avances en la implementación del CMCT se enfrentan a la contraofensiva de la industria tabacalera y de otros grupos económicos que actúan como fachada. Estos sectores, a través de procesos judiciales como litigios de inconstitucionalidad, amparos y demandas, intentan frenar el avance de las políticas de control de tabaco.

Este contexto pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de cooperación internacional y reducir así la interferencia de las corporaciones tabacaleras en la región. Si bien son pocos los gobiernos de América Latina y el Caribe que han adoptado políticas para reducir esta interferencia, se ha registrado en la región una participación cada vez más activa y organizada de la sociedad civil en el monitoreo y denuncia. Este involucramiento de las organizaciones ha logrado frenar la interferencia de la industria en numerosos procesos legislativos, poniendo de manifiesto el conflicto de interés que implica su participación en el diseño de políticas de salud pública. El desafío de aquí en adelante será que los gobiernos asuman la responsabilidad de proteger sus políticas sanitarias de los intereses de la industria tabacalera y sean capaces de trabajar mancomunadamente para construir redes de información que ayuden a frenar la interferencia de las corporaciones.

Sin embargo, es preciso reconocer que las dificultades para la implementación del CMCT no provienen únicamente de las tabacaleras. Existen temas en los que, tanto los gobiernos como las organizaciones, necesitan capacitarse y adquirir herramientas técnicas (como son los casos de las políticas de impuestos y sustitución de cultivos) para cumplir con el objetivo de combatir la epidemia de tabaquismo.

Los Estados deben construir indicadores epidemiológicos que permitan evaluar el impacto de las políticas implementadas y poner esa información a disposición de la comunidad permitiendo de esta manera el monitoreo de la sociedad civil. En este sentido, será necesario que esos indicadores den cuenta, muy especialmente, de las diferencias de género en el consumo y la exposición al humo de tabaco ajeno ya que es a las mujeres a las que la industria tabacalera está apuntando desde hace unos años, con el fin de ampliar su mercado. Un monitoreo eficaz de las políticas de gobierno representa una herramienta esencial para lograr más y mejores resultados en la lucha contra la epidemia de tabaquismo.

A pesar de las dificultades, las políticas de control de tabaco están ocupando un lugar cada vez más protagónico en las agendas de los gobiernos de la región. Además, se ha registrado un crecimiento notable en la participación y coordinación de la sociedad civil a través de la creación de redes y coaliciones que dan un impulso imprescindible a la implementación de las políticas del CMCT. Igualmente destacable es el desarrollo de varias iniciativas de cooperación internacional - gubernamentales y no gubernamentales - que fortalecen las medidas locales, como es el caso del banco de advertencias sanitarias del MERCOSUR, advertencias y ambientes libres de humo en países del CARICOM y la creación de la Coalición

Para fortalecer la adopción de las políticas del CMCT por parte de los países ratificantes se recomienda:

- Desarrollar y aprobar las Directrices para los Artículos 6, 17 y 18
- Aprobar en el corto plazo el protocolo para combatir el comercio ilícito de productos de tabaco
- Crear un Comité de Expertos en el marco de la OMS que sea el encargado de fiscalizar la implementación del tratado en los Estados Parte y mejorar los sistemas de elaboración de informes y asesoramiento a los países



Centroamericana para el Control del Tabaco, una red de organizaciones que impulsa el control del tabaco a nivel regional.

En los últimos años, en América Latina y el Caribe han acontecido progresos en materia de control de tabaco que hasta hace poco tiempo parecían improbables. Si bien todavía queda un largo camino por recorrer, el avance en la lucha contra la epidemia del tabaquismo es indudable y, a pesar de los obstáculos, es de esperar que cada vez sea más la población beneficiada por las políticas de salud pública en la región.

---

## Recomendaciones a los Estados:

- Impulsar la **pronta ratificación** del CMCT en los países de la región que aun no son Parte del tratado
  - **Cumplir los plazos establecidos** para la implementación de las medidas del CMCT, en especial los requeridos por los Artículos 11 y 13
  - Sancionar **leyes respetuosas de los estándares mínimos** que fija el CMCT
  - **Implementar en el corto plazo** (ya sea por la vía legislativa o por la administrativa) **las políticas definidas como prioritarias por el MPOWER**, dado que son las que tienen el mayor impacto inmediato en la reducción de la mortalidad debida al consumo de tabaco y a las exposición al humo de tabaco ajeno
  - **Garantizar el adecuado cumplimiento** de las leyes una vez sancionadas
  - **Reducir la interferencia de la industria tabacalera** en el diseño e implementación de políticas de control de tabaco y promover el dictado de normas jurídicas que establezcan procedimientos de transparencia para los casos en los que la interacción con la industria tabacalera sea inevitable
  - **Fortalecer la capacitación** en temas específicos como impuestos, interferencia de la industria tabacalera, publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, comercio ilícito y alternativas sustentables para el cultivo de tabaco
  - **Fortalecer la cooperación internacional** para la adopción de políticas transnacionales, especialmente en lo referente a las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, al comercio ilícito y a la interferencia de la industria tabacalera, y promover la implementación de políticas supranacionales o a nivel de bloques regionales
  - **Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica** a fin de contar con datos actualizados y comparables a nivel regional y mejorar el acceso a la información
-

---

**Fundación InterAmericana del Corazón**

7272 Greenville Avenue

Dallas, TX 75231-4596. USA

Tel: 1-214-706-1301

Fax: 1-214-706-1211

E-mail: [iahf@interamericanheart.org](mailto:iahf@interamericanheart.org)

Website: [www.interamericanheart.org](http://www.interamericanheart.org)

**Fundación InterAmericana del Corazón - Argentina**

Julián Álvarez 813, C1414DRQ

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel: 0054-11-3979-4395

Correo electrónico: [institucional@ficargentina.org](mailto:institucional@ficargentina.org)

Página web: [www.ficargentina.org](http://www.ficargentina.org)

---

Avalan este reporte:

---

