

# Diez años del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: avances en las Américas

Adriana Blanco, MD, MA,<sup>(1)</sup> Rosa Carolina Sandoval, M en Adm Púb,<sup>(1)</sup> Leticia Martínez-López, MSc,<sup>(2)</sup> Roberta de Betânia Caixeta, DDS, Epid, MHS.<sup>(1)</sup>

**Blanco A, Sandoval R, Martínez-López L, Caixeta R. Diez años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco: avances en las Américas. Salud Publica Mex 2017;59(supl 1):S117-S125. <http://doi.org/10.21149/8682>**

**Blanco A, Sandoval R, Martínez-López, Caixeta R. Ten years of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: progress in the Americas. Salud Publica Mex 2017;59(suppl 1):S117-S125. <http://doi.org/10.21149/8682>**

## Resumen

El objetivo de este artículo es analizar los avances ocurridos en las Américas en la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT), tras cumplirse el décimo aniversario de su entrada en vigencia internacional. Al momento del análisis, 30 de los 35 países de las Américas son Parte en el CMCT, y si bien se ha avanzado en la aplicación de las medidas contenidas en el CMCT, el nivel de aplicación no ha sido homogéneo ni entre las medidas ni entre los países; a su vez, 40% de los Estados Parte no han aplicado aún ninguna de las medidas consideradas en su nivel más alto de aplicación según la clasificación de la OMS. Es importante que los países sigan avanzando hacia la aplicación integral del CMCT en forma progresiva, pero teniendo en cuenta que las medidas básicas de salud pública que están dentro de las competencias de los ministerios de salud –como los ambientes libres de humo de tabaco y las advertencias sanitarias– deberían pronto cubrir toda la región.

Palabras clave: tabaquismo; prevención y control; América

## Abstract

The objective of this article is to analyze the progress made in the Americas in the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) after its tenth anniversary of entry into force. At the time of the analysis, 30 of the 35 countries of the Americas are Parties to the FCTC. While progress has been made in implementing the measures contained in the FCTC, the level of implementation has not been homogeneous either across mandates or across countries. Forty percent of Parties to the Convention in the Americas are yet to implement any of the measures at their highest level of implementation according to the WHO classification. It is crucial that the countries of the Americas continue to progress towards the full implementation of the FCTC progressively. In these efforts, it is important to take into account that FCTC measures such as those related to smoke-free environments and adoption of effective health warnings are basic public health measures, which are almost entirely within the competence of health authorities and therefore susceptible to be implemented in a prompt fashion in all countries of the region.

Keywords: smoking; prevention and control; America

(1) PAHO/WHO Noncommunicable Diseases and Mental Health. Washington DC, USA.

(2) PAHO/WHO Noncommunicable Diseases and Mental Health. Lima, Perú.

Autor de correspondencia: Adriana Blanco. PAHO/WHO Noncommunicable Diseases and Mental Health. 525 23<sup>rd</sup> St. 20037 NW Washington DC, Estados Unidos de América.  
Correo electrónico: [blancoad@paho.org](mailto:blancoad@paho.org)

El tabaco es un factor de riesgo común para las cuatro principales enfermedades no transmisibles (ENT): cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias. Una de las metas del Marco Mundial de Vigilancia para la Prevención y el Control de las ENT, aprobado por la Asamblea General de la Salud en 2013, es la disminución de la prevalencia de consumo de tabaco en 30% para 2025. Varias declaraciones de las Naciones Unidas en relación con la prevención y el control de las ENT, así como la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible llaman a los países a reforzar la implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT).<sup>1-5</sup>

El CMCT es un tratado internacional, legalmente vinculante, que incluye las medidas de control de tabaco más eficaces para detener la epidemia de tabaquismo, cuyas Partes deberán aplicar a través de legislación nacional. En febrero de 2015 se conmemoró el décimo aniversario de la entrada en vigencia del CMCT. Este Convenio ha sido uno de los más rápida y ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas y actualmente cuenta con 180 Partes a nivel mundial, 30 de las cuales pertenecen a las Américas. El CMCT cuenta, además, con otros instrumentos que han sido adoptados por consenso en su órgano deliberativo, la Conferencia de las Partes (COP), y que tienen por objetivo orientar a las Partes en el cumplimiento de sus obligaciones.<sup>6</sup> En la Cuarta COP, en 2012 se adoptó también el *Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco*, el cual constituye un tratado internacional en sí mismo, que se encuentra abierto a la ratificación o adhesión de las Partes sin que haya alcanzado aún el número de Partes necesario para su entrada en vigencia internacional.<sup>7</sup>

En 2008, la OMS crea y promueve el paquete MPOWER, una herramienta técnica para ayudar a las Partes en la aplicación del CMCT en el ámbito nacio-

nal.<sup>8</sup> Dicha herramienta incluye medidas específicas de reducción de la demanda, contenidas en el CMCT. Por otra parte, cuatro de estas medidas han sido definidas por la OMS como medidas altamente eficientes en función de los costos (*best buys*), que tienen un alto impacto para la prevención y el control de las ENT y que son susceptibles de ser implementadas aún en entornos de reducidos recursos.<sup>9</sup>

El análisis presentado en este artículo se basa en la información publicada en el Informe de la OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo 2015 y sus versiones anteriores.<sup>10</sup> Estos informes recogen información legislativa y otra de carácter oficial como políticas y programas en el ámbito nacional sobre las seis medidas seleccionadas del CMCT que conforman el paquete MPOWER. Las medidas analizadas se presentan en el cuadro I. Los datos publicados en dichos informes se sustentan en información oficial de cada país. Ésta es recolectada a través de un instrumento estandarizado; analizada y validada técnicamente por las oficinas regionales en conjunto con la oficina central de la OMS, y categorizada de acuerdo a su consistencia con el CMCT con base en criterios técnicos e indicadores desarrollados por el equipo técnico de la OMS.<sup>11</sup> Antes de su publicación, la información es enviada a las autoridades nacionales de cada país para su revisión y aprobación.

### Panorama del control del tabaco entre los años 2005 y 2015 en las Américas

Al momento en que la información fue recolectada,\* 30 de los 35 países de las Américas eran Partes en el CMCT,

\* La fecha de corte utilizada para la información presentada es diciembre de 2014 para las medidas M, P, O, W y E, y julio de 2014 para la medida R.

**Cuadro I**  
**MEDIDAS MPOWER Y SUS CORRESPONDENCIAS CON LOS ARTÍCULOS DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO Y LOS BEST BUYS DE LA OMS**

MPOWER		Artículos del CMCT	Best-buy
M - Monitor	Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención	Artículo 20	-
P - Protect	Proteger a la población del humo del tabaco	Artículo 8	Sí
O - Offer	Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco	Artículo 14	-
W - Warn	Advertir sobre los peligros del tabaco	Artículos 11 y 12*	Sí
E - Enforce	Hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco	Artículo 13	Sí
R - Raise	Aumentar los impuestos al tabaco	Artículo 6	Sí

\* Nota: este artículo no fue incluido en el análisis presentado en este documento  
Fuente: elaboración de los autores

sin embargo 14 países, 11 de ellos Partes en el Convenio, aún no habían aplicado ni siquiera una de las medidas MPOWER en su nivel más alto de aplicación según la categorización de la OMS<sup>12</sup> (cuadro II).

El avance realizado desde la entrada en vigor del CMCT ha sido importante pero no ha sido homogéneo

entre los países, pues se ha concentrado en determinadas subregiones (figura 1). Mientras en 2005, 28 de los 35 países de las Américas (80%) no había aplicado ninguna de las medidas analizadas en su nivel más alto de aplicación, en 2015 este número disminuyó a la mitad. No obstante, la mayoría de estos 14 países corresponde

**Cuadro II**  
**APLICACIÓN DEL PAQUETE MPOWER EN LAS AMÉRICAS, 2014\***

Country	M (Art 20)	P (Art 8)	O (Art 14)	W (Art 11)	E (Art 13)	R (Art 6) <sup>‡</sup>
Antigua y Barbuda						20.19%
Argentina <sup>§</sup>	2010	2011	2014	2012		69.84%
Bahamas						42.86%
Barbados		2010				42.04%
Belice						37.11%
Bolivia (Estado Plurinacional de)				2009		40.35%
Brasil		2011	2002	2003	2011	64.94%
Canadá	2007	2007	2008	2011		69.80%
Chile	2007	2013		2006		80.81%
Colombia	2012	2008			2009	49.44%
Costa Rica	2007	2012		2013		69.76%
Cuba <sup>§</sup>						...
Dominica						23.40%
Ecuador		2011		2012		70.39%
El Salvador			2012	2011		52.52%
Estados Unidos de América <sup>§</sup>	2007		2008			42.54%
Granada						47.76%
Guatemala		2008				48.98%
Guyana						25,19%
Haiti <sup>§</sup>						...
Honduras		2010		2010		36.76%
Jamaica		2013		2013		42.94%
México			2014	2009		65.87%
Nicaragua						32.27%
Panamá	2012	2008	2010	2005	2008	56.52%
Paraguay						16.00%
República Dominicana <sup>§</sup>						58.87%
Perú	2010	2010		2011		37.83%
Saint Kitts y Nevis						19.76%
Santa Lucía						62.88%
San Vicente y las Granadinas						16.76%
Surinam	2014	2013			2013	55.79%
Trinidad y Tobago		2009		2013		29.61%
Uruguay	2007	2005	2012	2005	2014	66.75%
Venezuela (República Bolivariana de)		2011		2004		71.04%

- Políticas en su nivel más alto de aplicación
- Políticas amplias
- Políticas moderadas
- Políticas mínimas o no existen políticas

\* Fecha de corte para la información sobre las medidas M, P, O, W y E: diciembre de 2014; para la medida R: julio de 2014

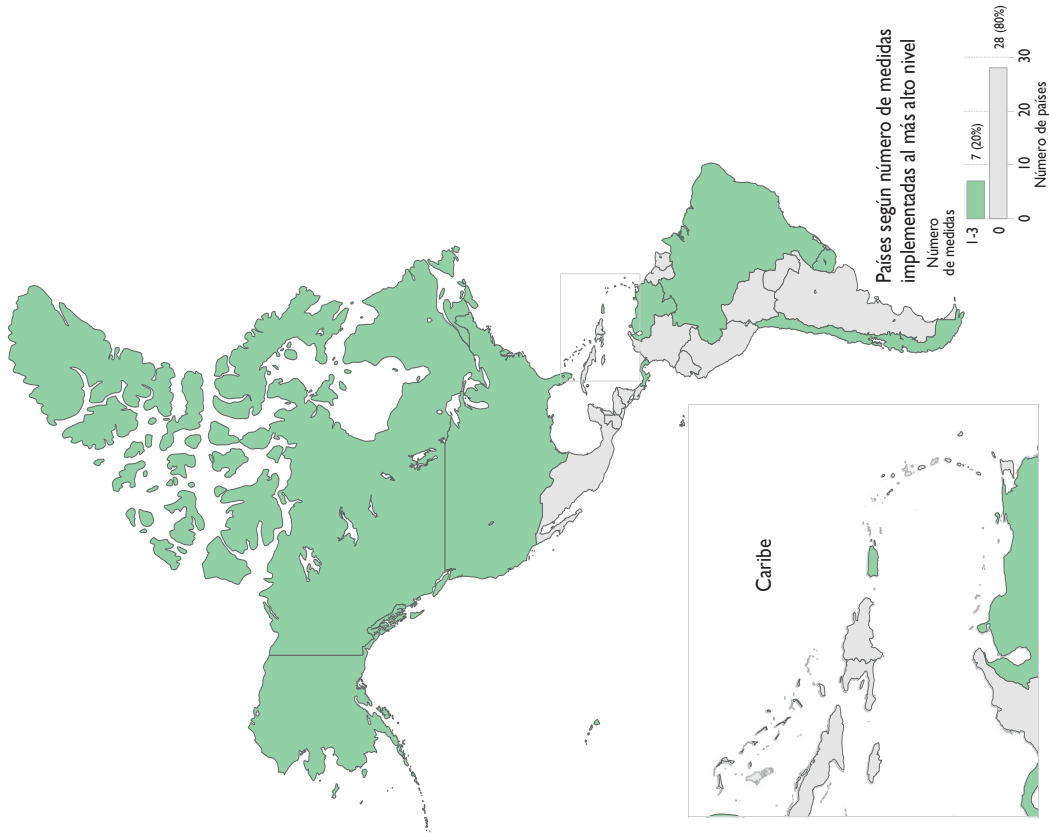
<sup>‡</sup> En la medida R se muestra el porcentaje que el impuesto representa en el precio de venta final de una cajetilla de 20 cigarrillos de la marca más vendida en el país

<sup>§</sup> Estado no Parte en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

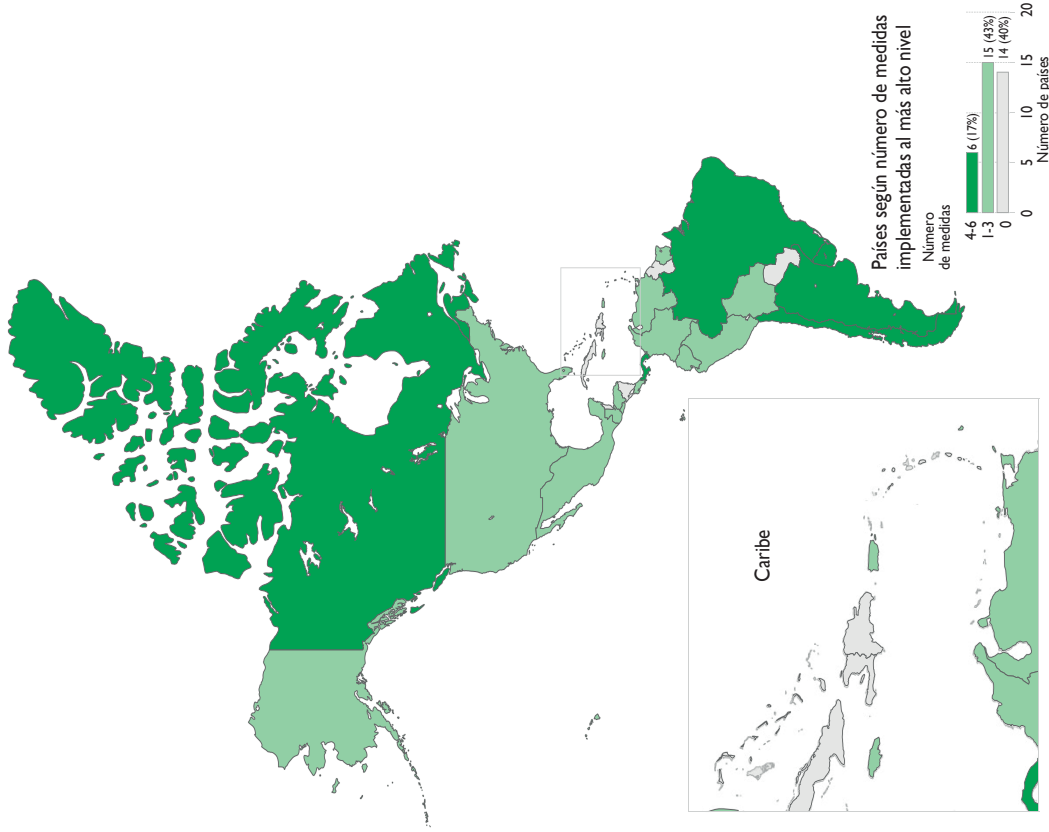
Nota: se indica el año en que el país alcanzó el nivel más alto de aplicación, según la medida

Fuente: elaboración de los autores con base en referencia 12

A



B



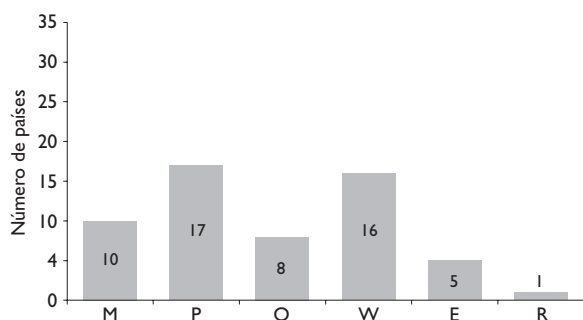
**FIGURA I. EVOLUCIÓN DE LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DE TABACO EN LAS AMÉRICAS, 2005-2015**

a la subregión del Caribe. A su vez, en 2005 ningún país había aplicado por lo menos cuatro de las medidas seleccionadas en su nivel más alto de aplicación, mientras que en 2015, seis países (17%) ya habían implementado cuatro o más y 15 países (43%) entre una y tres de estas medidas.

En relación con las medidas aplicadas, las que más han avanzado son las de ambientes libres de humo de tabaco y las advertencias sanitarias. Por su parte, las menos implementadas son la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, y el aumento de los impuestos a estos productos (figura 2).

#### *Monitor - Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención (artículo 20 del CMCT)*

Sólo 10 países de la región cuentan con sistemas de vigilancia en control de tabaco que proveen datos sobre prevalencia de consumo de tabaco en adultos y jóvenes, que sean recientes (corresponden a los últimos cinco años), representativos (se utilizó un método de muestreo aleatorizado que asegura resultados de representatividad nacional) y periódicos (la misma encuesta o instrumento similar se repite al menos cada cinco años). Otros 12 países cuentan con datos recientes y representativos pero aún no periódicos. El resto de los países o bien tienen datos sólo para un grupo (jóvenes o adultos) o los datos no son recientes ni representativos.<sup>12</sup>



Nota: Datos disponibles al 31 de diciembre de 2014. Se consideran solo las medias en su nivel más alto de aplicación.

M: monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control del tabaco; P: proteger a la población de la exposición al humo de tabaco; O: ofrecer ayuda para abandonar el uso del tabaco; W: advertir sobre los peligros del tabaco; E: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; R: aumentar los impuestos al tabaco

Fuente: Elaboración propia

#### **FIGURA 2. NÚMERO DE PAÍSES CUBIERTOS POR ALGUNA POLÍTICA DE CONTROL DEL TABACO EN LAS AMÉRICAS, 2014**

#### *Protect - Proteger a la población del humo del tabaco (artículo 8 del CMCT)*

Mientras en 2005 sólo Uruguay era libre de humo de tabaco, en 2015 el número de países que han prohibido totalmente el consumo de tabaco por lo menos en todo el transporte público y en todos los lugares públicos y de trabajo cerrados aumentó a 17. Sin embargo, un hecho que hay que destacar es que en 12 países no hay prohibición alguna sobre fumar en centros de salud, y en 11 no hay prohibición sobre fumar en centros educativos. Cabe recordar que las directrices para la aplicación de este artículo del CMCT recomiendan que las Partes se esfuercen por adoptar esta medida en un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del CMCT para la Parte, plazo que ya ha expirado para todas las Partes que aún no cumplen con esta medida.<sup>12,13</sup>

#### *Offer - Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco (artículo 14 del CMCT)*

A diferencia de las otras medidas, la provisión de servicios de cesación integrales a nivel nacional requiere una mayor disponibilidad de recursos humanos y financieros. Sólo ocho países de la región se encuentran en la categoría más alta de aplicación de esta medida, es decir cuentan con una línea telefónica nacional de cesación, hay disponibilidad de servicios de cesación (apoyo para la cesación disponible en centros de salud u otros servicios de atención primaria, hospitales, consultorios de profesionales de la salud, de la comunidad u otros) y de terapia de sustitución nicotínica y, al menos, una de estas dos últimas cuenta con cobertura de costos.<sup>12,14</sup>

#### *Warn - Advertir sobre los peligros del tabaco (artículos 11 y 12 del CMCT)*

Teniendo en cuenta la disponibilidad de datos, en el presente trabajo sólo se analizan las medidas contempladas en el artículo 11. En Las Américas, 16 países tienen advertencias gráficas que ocupan 50% o más de las superficies principales del empaquetado externo e incluyen otras características como prohibición del uso de términos engañosos ("ligeros", "suaves" y otros), requerimiento de que las advertencias sean rotativas y estén escritas en el/los idiomas del país, entre otras.<sup>11</sup> Algunos países de la región destacan por haber avanzado aún más; por ejemplo, Uruguay y Canadá, cuyas advertencias sanitarias ocupan 80 y 75%, respectivamente, de las superficies principales. En el otro extremo, cabe resaltar que 14 países de la región no establecen de manera obligatoria ninguna advertencia o ésta es pequeña (ocupa menos de 30% del dorso y frente del

paquete). El artículo 11 del CMCT establece que esta medida debe cumplirse dentro de los tres años de la entrada en vigor del CMCT para la Parte en cuestión. Nuevamente, este plazo ha expirado para todas las Partes que aún no han aplicado esta medida.<sup>12</sup>

*Enforce - Hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (artículo 13 del CMCT)*

Sólo cinco países tienen una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. La gran mayoría de los países de la región (22 países) no cuenta con ningún tipo de prohibición o las prohibiciones no cubren, por lo menos, la televisión, radio y medios impresos nacionales; de estos países, 18 son Parte en el CMCT. De forma similar a lo que ocurre con las advertencias sanitarias, el artículo 13 del CMCT tiene una fecha límite para su cumplimiento y las Partes deberán cumplir con este mandato dentro de los cinco años de la entrada en vigor del CMCT para dicha Parte. Al momento, sólo una de las Partes que aún no han aplicado la medida está dentro de este plazo.<sup>12</sup>

*Raise - Aumentar los impuestos al tabaco (artículo 6 del CMCT)*

A pesar de la amplia base de evidencia que demuestra que el aumento de los impuestos al tabaco es una medida eficaz para disminuir el consumo de tabaco, generar ganancias para los gobiernos y reducir las inequidades en salud, ésta es la medida que menos ha avanzado en la región.<sup>12,15</sup>

La OMS recomienda que los países adopten el sistema impositivo más simple posible de acuerdo con la realidad nacional y que apliquen un nivel de impuestos que lleve a que los impuestos totales representen más del 75% del total del precio al por menor y que la porción que corresponde al impuesto selectivo represente por lo menos 70% del precio final.<sup>16</sup>

En ningún país el impuesto selectivo llega 70% y en un solo país los impuestos totales representan más del 75% del precio final, que es el umbral usado por la OMS para identificar el nivel más alto de aplicación de esta medida. En 13 países los impuestos representan entre el 51% y el 75% del precio final y en el resto se halla por debajo de este porcentaje.

Cabe destacar que ha habido avances, por ejemplo que el porcentaje que los impuestos representan del precio final de la marca de cigarrillos más vendida en el país aumentó en 21 países desde el 2007. Sin embargo, sólo en siete de ellos este aumento fue de más de 10 puntos porcentuales y, por otro lado, en 12 países el porcentaje

que los impuestos totales representan en el precio final ha disminuido.<sup>12,17</sup>

Por otra parte, las directrices para la aplicación del artículo 6 recomiendan a las Partes considerar la posibilidad de destinar los ingresos generados por los impuestos al tabaco a los programas de control del mismo. En la región, ocho países destinan estos ingresos a actividades específicas, aunque no sólo de control de tabaco.<sup>15</sup>

## Discusión

Si se tiene en cuenta que el CMCT es un tratado internacional, legamente vinculante para 30 de los 35 países de la región –cuya mitad lleva, al momento, por lo menos 10 años como Parte–, se puede concluir que los avances en su aplicación en las Américas, si bien significativos, son claramente insuficientes. Además, como se ha visto anteriormente, los adelantos han sido desiguales entre los mandatos; por ejemplo, la medida individual más efectiva para disminuir el consumo de tabaco –el aumento de precios e impuestos– es una de las que menor avance experimentan en la región. En 2015, los jefes de Estado de las Naciones Unidas, en la Agenda de Acción de Addis Abeba, reconocieron que esta medida no sólo es un medio eficaz e importante para reducir el consumo de tabaco y los costos que estos generan en los servicios de atención a la salud sino que constituye una corriente de ingresos importantes para financiar el desarrollo de muchos países.<sup>18</sup>

Los datos analizados en este artículo muestran que sólo seis países de la región (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Panamá y Uruguay) han implementado, al menos, cuatro de las medidas del paquete *MPOWER* en su nivel más alto de aplicación y que sólo cuatro países cumplen al menos tres de los cuatro *best buys*.

En el caso de las medidas de protección contra la exposición al humo de tabaco y la exigencia de la inclusión de advertencias sanitarias en todo el empaquetado externo de los productos de tabaco, preocupa el alto número de países que no han avanzado en su aplicación. Estas son dos medidas básicas para la aplicación de las cuales las autoridades sanitarias tienen casi la totalidad de las competencias necesarias, principalmente en comparación con otras como, por ejemplo, las políticas impositivas al tabaco. Además, las experiencias en la región muestran que los países, de acuerdo con su marco legislativo, pueden optar por aplicar estas medidas por diferentes medios, ya sea a través de una ley nacional (lo cual es lo más frecuente en la región) o de una normativa del Poder Ejecutivo (como fueron los casos iniciales de Colombia y Uruguay, y actualmente, los de Barbados y

Jamaica). Además, estas medidas no sólo cuentan con sólida evidencia científica que las sustenta; también se ha demostrado su solidez jurídica al haber sido ratificadas por cortes nacionales e internacionales ante litigios iniciados en muchos casos por la propia industria del tabaco.<sup>19</sup> Por todo esto, a 10 años de la entrada en vigor del CMCT, se podría esperar que más Partes ya las hubiesen aplicado.

En el caso de la provisión de ayuda para el abandono del tabaco, como se mencionó anteriormente, es una medida que requiere más recursos humanos y financieros. No se espera que los países la apliquen en su totalidad desde el inicio, pero sí es dable esperar, como lo indican las directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT, que se utilice un método progresivo que aproveche los recursos y la infraestructura existentes, con lo cual se garantice que todos los consumidores de tabaco reciban al menos un asesoramiento breve. Éste sería un primer paso en el avance hacia la instalación de un sistema integral que incluya consejería ampliamente disponible, acceso a fármacos y cobertura de costos. Las líneas telefónicas de cesación gratuitas también son un elemento clave en la aplicación de este artículo.

La OMS estima que la aplicación de las medidas correspondientes a *P*, *W*, *E* y *R* del paquete *MPOWER*, incluido el manejo general del programa y el apoyo en los medios de difusión, puede costar anualmente 0.11 dólares per cápita en países de ingresos bajos y medianos. Teniendo en cuenta que más de la mitad de ese valor está relacionada con las campañas en los medios, el costo de la implementación de estas medidas es muy bajo.<sup>20</sup> Una medida como la inclusión de advertencias sanitarias en el empaquetado de los productos de tabaco básicamente no tiene costos para el país, dado que existen bases de datos internacionales de donde se puede obtener el permiso de uso de advertencias que ya están siendo usadas en otros países, y es la industria tabacalera la que corre con todos los gastos de la aplicación. De forma similar, los espacios libres de humo de tabaco son una medida que requiere mínimos costos para su implementación, ya que el control de su cumplimiento se puede incorporar dentro de las funciones de los grupos de vigilancia que ya están trabajando en otras áreas.

Los números anteriormente citados deben compararse con los enormes costos que el tabaco representa para la sociedad. Por ejemplo, el costo directo que pesa sobre los sistemas de salud de América Latina por causas atribuibles al tabaquismo es de aproximadamente 33 mil millones de dólares, equivalente a 0.5% del producto interno bruto (PIB) y a 7% de todo lo que AL gasta en salud al año.<sup>21</sup> Entre los países más afectados figuran Chile (0.86% del PIB), Bolivia (0.77% del PIB) y

Argentina (0.70% del PIB). La recaudación impositiva por la venta de cigarrillos no llega a cubrir ni siquiera la mitad de estos gastos directos.<sup>20,22</sup>

Un análisis realizado en 41 países y territorios en el periodo comprendido entre 2007 y 2010 mostró que la aplicación de las medidas contenidas en el paquete *MPOWER* resultó en una disminución de 15 millones de fumadores, lo cual permitirá evitar un estimado de 7.4 millones de muertes relacionadas con el tabaco para el año 2050.<sup>23</sup> Esto indica el potencial que la aplicación de estas medidas tiene para reducir la mortalidad asociada al tabaco. En la región, países que han avanzado en la implementación del CMCT, como Brasil y Uruguay, ya evidencian descensos en la prevalencia del consumo de tabaco.<sup>24,25</sup>

Estudios realizados a nivel mundial y regional muestran que alcanzar la meta de reducción de 30% del consumo de tabaco es un elemento clave para alcanzar un descenso de 25% en la mortalidad prematura debida a ENT para el año 2025, y que una meta más ambiciosa de un descenso de 50% en el consumo de tabaco aseguraría el alcance de esta meta en todas las regiones de la OMS.<sup>26,27</sup>

El reto es claramente mayor si se toma en cuenta que este análisis sólo incluye un grupo seleccionado de las medidas del CMCT y que para combatir efectivamente la epidemia de tabaquismo es necesario que las Partes apliquen en forma progresiva la totalidad de las medidas del CMCT. Asimismo, las ratificaciones del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de los productos de tabaco tienen un ritmo más lento que el CMCT y, aun cuando fue adoptado en 2012, no está en vigor.

Viejos desafíos como la interferencia de la industria tabacalera siguen vigentes, y las Partes expresan que éste es el mayor obstáculo que enfrentan al momento de diseñar, aprobar o aplicar medidas de control de tabaco.<sup>28</sup> Nuevos desafíos se suman, como la introducción de productos o formas de consumo novedosas (los sistemas electrónicos de administración de nicotina o las pipas de agua, por ejemplo) o disputas generadas a partir del uso de tratados de inversión o comercio para oponerse a medidas de control de tabaco en varios casos por acción directa o indirecta de la industria tabacalera. En las Américas, Philip Morris Internacional presentó una disputa ante el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones del Banco Mundial, en contra de algunas de las medidas de control de tabaco implementadas en Uruguay. Dicha disputa fue laudada a favor de Uruguay y, entre las principales conclusiones del tribunal, se halla que los países tienen el soberano derecho de legislar en materia de salud pública a fin de proteger la salud de sus poblaciones.<sup>29,30</sup>

## Conclusiones

A 10 años de la entrada en vigor del CMCT varios países de las Américas han avanzado significativamente en la aplicación de las medidas de control de tabaco y ya muestran descensos significativos de la prevalencia del consumo de tabaco. Sin embargo, la situación en cada país depende de las medidas implementadas en él y, como se ha visto, esto no es homogéneo a lo largo de la región.

Es importante que los países sigan avanzando hacia la aplicación integral del CMCT en forma progresiva, pero teniendo en cuenta que aspectos como los ambientes libres de humo de tabaco y las advertencias sanitarias son medidas básicas que deberían pronto cubrir toda la región.

La creación de capacidad a nivel de país para el trabajo conjunto intersectorial, especialmente de los sectores de salud y finanzas, es fundamental a fin de poder avanzar en políticas impositivas, desmitificando además los habituales argumentos de la industria sobre catastróficas pérdidas económicas y aumento del contrabando.

Por último, con el fin de poder monitorear en forma efectiva la situación, es necesario que los países avancen en el establecimiento de sistemas nacionales de vigilancia que permitan tener datos recientes, estandarizados y de cobertura nacional para poder informar a los tomadores de decisión sobre las acciones de mayor eficacia.

## Agradecimientos

A Itziar Belausteguigoitia, quien contribuyó en el análisis sobre evolución de la carga impositiva al tabaco en las Américas. A Ramón Martínez, quien contribuyó con la elaboración de los mapas presentados en el artículo.

*Los autores, miembros de la Organización Panamericana de la Salud, son los únicos responsables de las opiniones expresadas en esta publicación. Éstas no representan necesariamente las decisiones o políticas de la Organización Panamericana de la Salud.*

*Declaración de conflicto de intereses.* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2013-2020 [documento en internet]. Geneva:WHO, 2013 [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/pDr7pH>

2. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, 2011 [documento en internet]. Nueva York: ONU, 2011 [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/w0Vb4f>
3. Organización de las Naciones Unidas. Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [documento en internet]. Nueva York: ONU, 2014. Sexagésimo octavo período de sesiones (Documento:A/68/L.53). [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1n0xnSe>
4. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [documento en internet]. Nueva York: Naciones Unidas, 2015. Septuagésimo período de sesiones (Documento:A/RES/70/1). [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1R9WGyn>
5. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2003. [documento en internet]. Geneva: OMS [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/P3O9Lz>
6. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco – CMCT. Directrices y opciones y recomendaciones de política para la aplicación del CMCT de la OMS. [documento en internet]. Ginebra: OMS, 2014. [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/vrW7dg>
7. Organización Mundial de la Salud. Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, 2012. [documento en internet]. Ginebra: OMS. [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/g6QaPl>
8. World Health Organization. MPOWER in action. Defeating the global tobacco epidemic, 2013 [documento en internet]. Geneva:WHO, 2012. [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/8CuiV9>
9. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases, 2014 [documento en internet]. Geneva:WHO, 2014 [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/rwEwUs>
10. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015, 2013, 2011, 2009, 2008 [documento en internet]. Geneva: WHO [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/qpWIFD>
11. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015. Technical note 1 -Evaluation of existing policies and compliance. P. 100-105, 2015. [documento en internet]. Geneva:WHO, 2015 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/qpWIFD>
12. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, 2016. [documento en internet]. Washington: OPS, 2016. [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/gwPSFe>
13. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco - CMCT Directrices para la aplicación del artículo 8. Directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco. [documento en internet]. Ginebra: OMS, 2007 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/lIBsEf>
14. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco - CMCT. Directrices para la aplicación del artículo 14. Directrices sobre medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco. [documento en internet]. Ginebra: OMS, 2010 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/IT2Gcf>
15. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco - CMCT. Directrices para la aplicación del artículo 6. Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco. [documento en internet]. Ginebra: OMS, 2014 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/IW4GEs>



16. Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de la OMS sobre administración de los impuestos al tabaco, 2015. [documento en internet]. Ginebra: OMS, 2015 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/a68311>
17. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015. Technical note III – Tobacco taxes in WHO Member States 2015: 108-109, 2015. [documento en internet]. Geneva: WHO, 2015. [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/PHY0aO>
18. Organización de las Naciones Unidas. Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Agenda de Acción de Addis Abeba), 2015. [documento en internet]. Nueva York: ONU, 2015 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/Di9iBs>
19. Organización Panamericana de la Salud. Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas, 2013. [documento en internet]. Washington DC: OPS, 2013 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/WLg90U>
20. World Health Organization. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? 2011. [documento en internet]. Geneva, WHO, 2011 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/cdhO1a>
21. Sandoval RC, Belausteguigoitia I, Hennis A. The case for tobacco taxation: where we are and how to accelerate its use for public health. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2016;40(4):3-4.
22. Pichon-Rivière A, Regueiro A, Souto A, Augustovski F. Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en América Latina. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2015. [documento en internet]. Buenos Aires: IECS, 2015 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/FsHrXO>
23. Levy D, Ellis J, Mays D, Huan AT. Smoking related deaths averted due to three years of policy progress. *Bull World Health Organ* 2013;91:509-518. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113878>
24. Abascal W, Esteves E, Goja B, Mora FG, Lorenzo A, Sica A, et al. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *The Lancet* 2012;380(9853):1575-1582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60826-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60826-5)
25. Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLOS Medicine* 2012;9(11):e1001336. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001336>
26. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *The Lancet* 2014;384(9941):427-437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60616-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60616-4)
27. Kontis V, Mathers CD, Bonita R, Stevens GA, Rehm J, Shield KD et al. Regional contributions of six preventable risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *The Lancet* 2015;3(12):e746-e757. [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00179-5](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00179-5)
28. Organización Mundial de la Salud. Conferencias de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. FCTC/COP6, 2014. Informe de la sexta reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Moscú (Federación de Rusia), 13-18 de octubre de 2014. [documento en internet] Ginebra: OMS, 2014. [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/c45Lxl>
29. Banco Mundial. Centro Internacional de arreglo de diferencias relativas a inversiones del Banco Mundial: Caso Uruguay. [documento en internet] Washington DC: CIADI, Grupo del Banco Mundial, 2016. [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: <https://icsid.worldbank.org/sp/Pages/cases/casedetail.aspx?CaseNo=ARB/10/7>
30. Banco Mundial. Centro Internacional de arreglo de diferencias relativas a inversiones del Banco Mundial: Caso Uruguay. Caso CIADI No. ARB/10/7. [documento en internet] Washington DC: CIADI, Grupo del Banco Mundial, 2016. [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: [https://medios.presidencia.gub.uy/tav\\_portal/2016/noticias/NO\\_U130/laudo\\_spa1.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2016/noticias/NO_U130/laudo_spa1.pdf)