

# Artículo especial:

## Convenio marco para el control del tabaco

### Framework Convention on Tobacco Control

Paula Chávez y Verónica Schoj

#### Resumen

En el contexto del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), que no ha sido ratificado ni implementado en Argentina, las autoras de este artículo describen las consecuencias de no haberlo hecho y el impacto del tabaquismo en ese país, así como los componentes de la estrategia antitabaco representada por la sigla inglesa "MPOWER". Esta estrategia incluye el monitoreo de la epidemia; la protección de la población del humo del tabaco; el ofrecimiento de ayuda para dejar de fumar; la advertencia de los peligros del tabaquismo; el hacer cumplir la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco; y el aumento de los impuestos al tabaco. Describen además las estrategias de lobby de la industria tabacalera y los potenciales beneficios de ratificar el CMCT en términos de su impacto sobre la salud pública.

#### Abstract

In the context of Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), that has neither been ratified nor implemented in Argentina, the authors of this article describe the consequences of not having done it and the impact of smoking in this country, as well as the components of antitobacco strategy represented by the English abbreviation "MPOWER". It includes endemia monitoring; population protection of second-hand smoke; offering help to stop smoking; warning of dangers of smoking; advertising, promotion and sponsorship prohibition; and tobacco tax raising. They also describe tobacco industry strategies of lobbying and the potential benefits of ratifying FCTC in terms of its public health impact.

**Palabras clave:** tabaquismo, prevención, salud pública, Convenio Marco para el Control del Tabaco. **Key words:** smoking, prevention, public health, Framework Convention on Tobacco Control.

Chavez P y Schoj V. Convenio marco para el control del tabaco. *Evid Act Pract Ambul.* 13(4):142-143. Oct-Nov.2010.

El tabaquismo constituye una pandemia que tiene consecuencias sanitarias, socioeconómicas y ambientales devastadoras, siendo responsable de más muertes que el virus de la inmunodeficiencia humana, la tuberculosis y el paludismo juntos. Durante el siglo XX han muerto cien millones de personas por causas vinculadas al tabaco, y si la tendencia actual continúa, se estima que durante este siglo se perderán mil millones de vidas por su causa<sup>1</sup>.

El tabaco es la principal causa de morbi-mortalidad evitable en el mundo y existen numerosas medidas para lograr reducir de manera significativa su consumo, siendo las estrategias más efectivas en relación con los costos, las políticas públicas dirigidas a la población.

Con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad relacionada con el tabaquismo, en la 56° Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 21 de mayo de 2003 se aprobó por unanimidad el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)<sup>2</sup>. El CMCT es el primer tratado mundial de salud pública y el primer instrumento jurídico que constituye una estrategia de cooperación internacional para implementar políticas públicas de control de tabaco. Este tratado también provee herramientas eficaces para reducir la interferencia de la industria tabacalera, que a nivel global ha bloqueado de manera sistemática y a través de sofisticados mecanismos los avances sanitarios para controlar la epidemia<sup>3</sup>.

EL CMCT entró en vigor el 27 de febrero de 2005, 90 días después de haber sido objeto de la adhesión, ratificación, aceptación o aprobación por parte de 40 Estados de todo el mundo. En la actualidad, 172 países -entre los que se encuentran la mayoría de los principales productores de tabaco en el mundo- han ratificado el CMCT en sus parlamentos. De este modo, se comprometieron a proteger la salud de su población, aplicando las medidas establecidas en el tratado mediante la labor coordinada de los organismos gubernamentales, las organizaciones profesionales, las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales (ONG). Para los países que ratifican el CMCT las obligaciones son jurídicamente vinculantes y reciben apoyo técnico y financiero para implementar las políticas sanitarias, que suelen verse obstaculizadas por el lobby que ejercen las empresas tabacaleras.

Para ayudar a los países a cumplir la promesa de este Convenio Marco, la OMS ha establecido un plan integrado por las seis medidas más importantes y eficaces de control del tabaco.

Las intervenciones deben aplicarse con un alto nivel de cobertura ya que la aplicación parcial suele ser insuficiente para

reducir el consumo de tabaco en la población<sup>1,4,5</sup>.

El Plan de medidas para reducir el consumo de tabaco a nivel mundial es conocido como MPOWER, acrónimo que hace referencia a las medidas a aplicar que se describen en el cuadro 1.

#### Cuadro 1: medidas a aplicar para reducir el consumo de tabaco.

##### M (monitor): monitorear el consumo de tabaco

En la actualidad, la mitad de los países del mundo y dos de cada tres en el mundo en desarrollo no disponen siquiera de información básica sobre la problemática del tabaquismo entre jóvenes y adultos<sup>5</sup>.

##### P (protect): proteger a la población del humo de tabaco

La aplicación de políticas que favorecen los lugares de trabajo libres de tabaco en varias naciones industrializadas ha permitido reducir su consumo entre los empleados en un promedio de 29%<sup>5</sup>.

##### O (offer): ofrecer ayuda para dejar de fumar

Tres de cada cuatro fumadores, conscientes de los peligros del tabaco, quieren dejar de fumar. Sin embargo, sólo el 5% de la población mundial dispone de servicios completos para el tratamiento de la dependencia del tabaco<sup>5</sup>.

##### W (warn): advertir de los peligros del tabaquismo

Las advertencias gráficas en los paquetes de productos de tabaco disuaden de su consumo. Sin embargo, sólo en 15 países (que representan el 6% de la población mundial) es obligatorio incluir advertencias ilustradas que abarquen al menos el 30% de la superficie principal. Más del 40% de la población mundial vive en países donde no se impide el uso de términos engañosos en los paquetes, como "light" o "con bajo contenido en alquitrán", ninguno de los cuales significa que se reduzca el riesgo para la salud<sup>5</sup>.

##### E (enforce): hacer cumplir las prohibiciones sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio

Aproximadamente la mitad de los niños del mundo vive en países donde no se prohíbe la libre distribución de los productos de tabaco. Estudios comparativos, realizados antes y después de prohibir la publicidad del tabaco, muestran que tras las prohibiciones, el consumo ha disminuido hasta un 16%<sup>5</sup>.

##### R (raise): aumentar los impuestos al tabaco

En general, un aumento del 10% en los impuestos al tabaco disminuye su consumo en un 4% en los países con ingresos elevados, y en un 8% en los de ingresos bajos y medianos. Un aumento del 70% en el precio del tabaco evitaría hasta una cuarta parte de todas las muertes entre los fumadores actuales<sup>5</sup>.

\* Equipo Psy. Fundación Equidad en Salud. Chavezpaula69@gmail.com.

\*\* GRANTAHL. Grupo para el Control del Tabaco Hospital Italiano de Buenos Aires. veronica.schoj@ficargentina.org

Si estas seis medidas se implementaran simultáneamente en todo el mundo, el consumo global de tabaco descendería del 23% actual al 14%, salvándose millones de vidas. No existe ningún otro paquete de medidas de salud pública que tenga tal impacto sanitario y económico<sup>1</sup>.

En Argentina, la industria tabacalera ha empleado su poderío económico y ha utilizado como principal grupo de fachada a los productores de tabaco y a los legisladores de provincias tabacaleras, con el objetivo de obstaculizar las políticas públicas de control de tabaco logrando que seamos el único país sudamericano que aún no ha ratificado el tratado<sup>6,7</sup>. Asimismo, durante los últimos 40 años se ha evidenciado el fracaso sistemático de todos los proyectos de ley de control de tabaco presentados en el Congreso de la Nación, como consecuencia de la interferencia de la industria tabacalera.

Ha sido claramente demostrado en países productores de tabaco, como Brasil entre muchos otros, que la ratificación del CMCT y su implementación no generan pérdidas de puestos de trabajo entre los pequeños cultivadores de tabaco. Sin embargo y a pesar de la evidencia incontestable de que no habría pérdida de puestos de trabajo, los falsos argumentos que sembraron el pánico de la destrucción de las economías regionales de las provincias tabacaleras fueron eficaces para frenar esta crucial política de salud pública.

De esta manera, Argentina queda en una condición de aislamiento frente a una comunidad internacional que avanza en la implementación del tratado que hoy protege a más del 90% de la población mundial. Argentina es uno de los países más atrasados de la región de América Latina y el Caribe en mate-

ria de política federal de control de tabaco y aun no contamos con ninguna de las medidas recomendadas por el MPOWER en el nivel nacional. Frente a la interferencia de la industria tabacalera en el nivel nacional, han sido las provincias y las ciudades argentinas las que marcaron el camino, sancionando medidas locales que han permitido avanzar significativamente en algunos aspectos como ambientes libres de humo, restricciones de publicidad y acceso a los tratamientos. Sin embargo estas medidas son insuficientes porque solo el Estado Nacional puede regular ciertos aspectos del tabaco (p. ej. impuestos, precios, advertencias en los paquetes de cigarrillos, control del contrabando y publicidad transfronteriza).

El costo sanitario para atender las enfermedades debidas al consumo de tabaco representa el 16% del gasto total en atención médica de Argentina<sup>8,9</sup>. Se pierden 825.000 años de vida saludables, correspondiendo un tercio a muertes prematuras y dos tercios, a los años vividos con alguna discapacidad ocasionada por el tabaquismo<sup>10</sup>. Mueren anualmente 40000 personas por causas vinculadas al tabaquismo (entre ellas, 6000 mueren por la exposición al humo del tabaco ajeno) y se estima que unos 500 jóvenes comienzan a fumar cada día.

En las vísperas de un año que comienza esperamos que durante 2011 esta situación se revierta y que los argentinos prioricemos la Salud Pública por encima de los intereses comerciales de una empresa que fabrica un producto mortal. Esto implica que nuestro país finalmente ratifique el CMCT y lo implemente a la máxima brevedad posible, con el objetivo de salvar la vida de miles de nuestros habitantes que hoy sufren sus consecuencias y prevenir el consumo en las nuevas generaciones.

Recibido el 13/12/10 y aceptado el 21/12/10.

#### Referencias

1. OMS. Informe OMS sobre Epidemia Mundial del Tabaquismo, 2008. Plan de medidas MPOWER: Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/es/index.html>
2. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. 2003. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf> (último acceso: 13/08/10).
3. WHO. Tobacco industry interference with tobacco control. 2008. Disponible en [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tob\\_ind\\_int\\_cover\\_150/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tob_ind_int_cover_150/en/index.html)
4. OMS. Un tratado internacional para el control del tabaco. 2003. Disponible en: <http://www.who.int/features/2003/08/es/index.html>
5. OMS. 10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco. 2008. Disponible en [http://www.who.int/features/factfiles/tobacco\\_epidemic/es/](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/)
6. Sebie E y col. Tobacco industry successfully prevented tobacco control legislation in Argentina. *Tob. Control* 2005;14; 2. Disponible en: <http://www.tobaccocontrol.com/cgi/content/full/14/5/e2>
7. Mejia R y col. Tobacco Industry Strategies to Obstruct the FCTC in Argentina *CVD Prev Control*. 2008 December ; 3(4): 173-179. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2630219/pdf/nihms83896.pdf>
8. Bruni J. Costos directos de la atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en Argentina Ministerio de Salud y Ambiente, 2005. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/htm/site\\_tabaco/pdf/costos\\_directos\\_at\\_medica.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/costos_directos_at_medica.pdf)
9. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Control del Tabaco. Memoria 2008 Plan Nacional Argentina Saludable y Programa Nacional de Control del Tabaco. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/htm/site\\_tabaco/pdf/memoria-08.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/memoria-08.pdf) (último acceso: 13/12/10).
10. Rossi S y col. Carga global de enfermedad por tabaquismo en Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente, 2005. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/htm/site\\_tabaco/pdf/PUBLICACION\\_tabaquismo\\_distribucionbaja.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/PUBLICACION_tabaquismo_distribucionbaja.pdf)

