

Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

Informe de la Secretaría

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y sus logros

1. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS. Fue adoptado por la 56.ª Asamblea Mundial de la Salud en virtud de la resolución WHA56.1, de 21 de mayo de 2003,¹ y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. Hasta la fecha se han adherido al Convenio 180 partes (179 países y una organización de integración económica regional), lo que lo convierte en uno de los tratados de mayor y más amplia adhesión en la historia de las Naciones Unidas.
2. El Convenio, elaborado en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaquismo, es un tratado basado en pruebas científicas que reafirma el derecho de todas las personas a alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr. Ello representa un hito en la promoción de la salud pública y ofrece una nueva dimensión jurídica para la cooperación internacional en materia de salud. El Convenio incluye disposiciones jurídicamente vinculantes y principios rectores para sus Partes.
3. La Conferencia de las Partes es el órgano rector del Convenio y en ella participan las 180 Partes signatarias. La Conferencia examina periódicamente la aplicación efectiva del Convenio y adopta las decisiones necesarias para promoverla. Además, está facultada para adoptar protocolos, anexos y modificaciones al Convenio. Hasta el presente, la Conferencia de las Partes ha celebrado seis periodos de sesiones, y el séptimo tendrá lugar entre el 7 y el 12 de noviembre de 2016 en Noida (India).
4. La Conferencia de las Partes adoptó algunos instrumentos relacionados con el Convenio, entre ellos el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco,² en 2012. Al 4 de marzo de 2016 el Protocolo había sido suscrito por 15 Partes, y una tras su entrada en vigor se convertirá en un tratado internacional en sí mismo. La Conferencia de las Partes adoptó ocho directrices con-

¹ http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en/ (consultado el 29 de marzo de 2016).

² <http://www.who.int/fctc/protocol/es/> (consultado el 29 de marzo de 2016).

cernientes a la aplicación de algunos artículos del Convenio, así como opciones de política y recomendaciones relativas a la aplicación de los artículos 17 y 18.¹

5. El sistema de presentación de informes se ha establecido apropiadamente y las Partes tienen la obligación de informar cada dos años a la Conferencia de las Partes acerca de la aplicación de todas las disposiciones del Convenio. A tenor de la última información disponible, recopilada en el ciclo de presentación de informes de 2014, la aplicación del Convenio ha aumentado constantemente desde la entrada en vigor, en 2005, con una tasa media de aplicación cercana al 60% de los artículos sustantivos, en 2014, frente a poco más del 50% en 2010. Tras la ratificación del Convenio, el 80% de las Partes han reforzado su legislación vigente o adoptado legislación nueva relativa al control del tabaco. Muchas Partes han experimentado reducciones significativas de la prevalencia del consumo de tabaco. Por ejemplo, en Turquía y el Uruguay la prevalencia del consumo de tabaco se redujo un 22% y un 25% respectivamente, en 10 años. Nueve de las 17 Partes que transmitieron datos sobre defunciones relacionadas con el tabaco en 2012 y 2014 experimentaron una disminución.²

La aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en los órdenes del día de los órganos deliberantes de la OMS

6. Desde 1970 hasta la adopción del Convenio, en 2003, la Asamblea de la Salud adoptó 18 resoluciones relacionadas con el tabaco.³ En esas resoluciones la Asamblea de la Salud reconocía los riesgos asociados con el consumo de tabaco y formulaba recomendaciones sobre la manera de afrontarlos.

7. Tras la adopción del Convenio, en 2003, la Secretaría de la OMS actuó como su secretaria interina, conforme lo previsto en el artículo 24.2 del Convenio.⁴ Los datos actualizados proporcionados por la Secretaría en 2004 con respecto al estado del Convenio daban cuenta del papel desempeñado por el Convenio como componente de un enfoque integrado de prevención y control de enfermedades no transmisibles.⁵ También describía las actividades del Grupo de Trabajo Especial Interinstitucional sobre Lucha Antitabáquica.⁶

8. En 2006, el orden del día de la 59.^a Asamblea Mundial de la Salud incluyó un punto específico sobre los resultados de la primera reunión de la Conferencia de las Partes. La Asamblea de la Salud examinó el informe⁷ y adoptó la resolución WHA59.17 en la que, entre otras cosas, se pedía a la Directora General que estableciera una Secretaría permanente del Convenio con arreglo a la decisión FCTC/COP1(10). Asimismo, en 2008, el orden del día de la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud incluía un punto específico sobre los resultados de la segunda reunión de la Conferencia de las Partes.

¹ <http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/es/> (consultado el 31 de marzo de 2016).

² <http://www.who.int/fctc/reporting/2014globalprogressreport.pdf?ua=1> (consultado el 30 de marzo de 2016).

³ Esas resoluciones están disponibles en http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha_resolutions/en/ (consultado el 29 de marzo de 2016).

⁴ http://www.who.int/fctc/text_download/es/ (consultado el 29 de marzo de 2016).

⁵ Documento A57/18.

⁶ Documento A57/31.

⁷ Documento A59/40.

La Asamblea de la Salud tomó nota del informe, en el que se hacía referencia al establecimiento de una Secretaría permanente del Convenio, en la OMS.¹

9. Desde la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud, el control del tabaco y el Convenio se han abordado en el contexto de puntos del orden del día sobre prevención y control de enfermedades no transmisibles. La información sobre las decisiones de la Conferencia de las Partes, incluidas las referidas al apoyo de la OMS, se notificó en el marco de ese orden del día más amplio sobre enfermedades no transmisibles, y en el contexto de las actividades de control del tabaco desarrolladas por algunos programas de la OMS. Este enfoque puede haber dado la impresión de que la aplicación del Convenio no ha recibido de la Asamblea de la Salud la atención que merece.

10. Los comités regionales de la OMS examinaron la aplicación del Convenio como un punto del orden del día independiente de manera irregular en la mayoría de las regiones y, nuevamente, en el contexto más amplio de la prevención y el control de enfermedades no transmisibles. A continuación se presenta una lista no exhaustiva de medidas específicas relativas al control del tabaco y el Convenio.

- En 2005 y 2013 el Comité Regional para África examinó la aplicación del Convenio.²
- En 2008, el Comité Regional para las Américas resolvió, en virtud de la resolución CD48.R2, examinar las oportunidades y los desafíos concernientes a la aplicación del Convenio, y en 2010, en virtud de la resolución CD50.R6, y teniendo en cuenta los progresos realizados, pidió que se siguiera fortaleciendo la capacidad para aplicar el Convenio. También se presentan al Comité Regional informes bienales sobre los progresos realizados en lo relativo al control del tabaco y en particular a la aplicación del Convenio.³
- En el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental es habitual que se examine un informe sobre los progresos de la labor de la Iniciativa Liberarse del Tabaco, en el que se incluye información sobre el Convenio.⁴
- En su 65.^a reunión, en 2015, el Comité Regional para Europa adoptó la Hoja de ruta de actividades destinadas a fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en la Región de Europa 2015-2025 (resolución EUR/RC65/R4).
- En 2008, el Comité Regional para Asia Sudoriental adoptó la resolución SEA/RC61/R4 sobre control del tabaco en los progresos y los planes para la aplicación del Convenio. En 2015, el Comité Regional adoptó la Declaración de Dili sobre el Control del Tabaco (resolución SEA/RC68/R7).
- En virtud de la resolución WPR/RC65.R2 (2014), el Comité Regional para el Pacífico Occidental adoptó el plan de acción regional para la Iniciativa Liberarse del Tabaco en el Pacífico Occidental (2015-2019), y reafirmó que el Convenio era el marco general para frenar la epidemia de tabaquismo.

¹ Documento A61/34.

² Documentos AFR/RC55/13 y AFR/RC63/INF.DOC/4, respectivamente.

³ Véase, por ejemplo, la sección A del documento CD54/INF/5 (2015).

⁴ Véase, por ejemplo, el documento EM/RC61/INF.DOC.2.

Aplicación del Convenio en el contexto de la agenda internacional de desarrollo y salud

11. Los jefes de Estado y de gobierno reunidos en Nueva York en septiembre de 2011 adoptaron la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.¹ La Declaración Política insta a las Partes a acelerar la aplicación del Convenio y reconoce toda la gama de medidas, incluidas las orientadas a reducir el consumo y la disponibilidad, y alienta a los países que aún no la hubieran hecho, a considerar la posible adhesión al Convenio, o su ratificación, aceptación o aprobación, reconociendo que la reducción sustancial del consumo de tabaco representa una contribución importante para reducir la incidencia de enfermedades no transmisibles y puede reportar beneficios sanitarios considerables para las personas y los países, y que las medidas relacionadas con el precio y los impuestos son medios eficaces e importantes para reducir el consumo de tabaco.

12. La Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud,² adoptada en octubre de 2011 durante la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud también insta a las Partes en el Convenio a acelerar su aplicación, reconoce toda la gama de medidas, incluidas las orientadas a reducir el consumo y la disponibilidad, y alienta a los países que aún no lo hubieran hecho, a considerar la posible adhesión al Convenio, o su ratificación, aceptación o aprobación. La Declaración reconoce que la reducción sustancial del consumo de tabaco representa una contribución importante para abordar los determinantes sociales de la salud, y viceversa.

13. En julio de 2015, la tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Addis Abeba, 13 a 16 de julio de 2015), adoptó la Agenda de Acción de Addis Abeba.³ El texto reconoce plenamente que, como parte de una estrategia integral de prevención y control de enfermedades no transmisibles, las medidas relacionadas con el precio y los impuestos de los productos de tabaco pueden ser un medio eficaz e importante para reducir el consumo de tabaco y los gastos de atención sanitaria, y representan una corriente de ingresos para financiar el desarrollo en muchos países. La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda de Acción como un marco de financiación para el desarrollo después de 2015 (resolución 69/313, de 27 de julio de 2015).⁴

14. El 25 de septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas conexas (resolución 70/1). El fortalecimiento de la aplicación del Convenio en todos los países, según proceda, se incluye como meta 3.a del Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades). Además de ese objetivo, la aplicación del Convenio contribuirá al logro de casi todos los demás Objetivos de Desarrollo Sostenible, a saber, Objetivo 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo), Objetivo 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible), Objetivo 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas), Objetivo 8 (Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos), Objetivo 10 (Reducir la desigualdad en los países y entre ellos), Objetivo 13 (Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos), Objetivo 15 (Proteger,

¹ Resolución 66/2, http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf (consultado el 30 de marzo de 2016).

² <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/> (consultado el 30 de marzo de 2016).

³ <http://www.un.org/esa/ffd/ffd3/press-release/countries-reach-historic-agreement.html> (consultado el 30 de marzo de 2016).

⁴ http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/313 (consultado el 30 de marzo de 2016).

restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad), y Objetivo 17 (Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible).

Secretaría del Convenio: arreglos transitorios y permanentes

15. Desde el comienzo de las negociaciones la OMS ha desempeñado un papel primordial para promover el Convenio. Tras la adopción del Convenio en 2003, la OMS prestó servicios de secretaría de forma temporal hasta que la Secretaría permanente del Convenio se estableció en la OMS, en 2007, de conformidad con la decisión FCTC/COP1(10) de la Conferencia de las Partes y la resolución WHA59.17 de la Asamblea de la Salud. La Secretaría de la OMS y la Secretaría del Convenio han colaborado y se han prestado apoyo mutuamente en los últimos nueve años.

Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio

16. La Asamblea de la Salud y la Conferencia de las Partes podrían optimizar la cooperación, coordinar mejor sus actividades y fortalecer la respuesta a la creciente demanda de los gobiernos, reflejada en el programa internacional de salud y desarrollo. En ese sentido, la Asamblea de la Salud se beneficiaría enormemente del suministro periódico de información sobre los progresos relativos a la aplicación del Convenio a través de decisiones de la Conferencia de las Partes. Asimismo, esta última se podría enriquecer con información sobre decisiones y resoluciones de la Asamblea de la Salud pertinentes a la aplicación del Convenio.

17. En octubre de 2014 la Conferencia de las Partes adoptó, en su sexto periodo de sesiones, la decisión FCTC/COP6(16) relativa a la contribución de la Conferencia a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y decidió incorporar el tema en el orden del día de cada uno de los periodos ordinarios de sesiones, hasta el 12.º periodo de sesiones, a fin de examinar los informes sobre la contribución que las Partes están efectuando con miras a reducir la actual prevalencia de consumo de tabaco. La aplicación del Convenio contribuye principalmente a la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, pero también está vinculada a la labor de otros programas de la OMS, entre ellos los concernientes a financiación de los sistemas de salud, salud materno-infantil, género y equidad, determinantes sociales de la salud, tuberculosis y VIH/sida.

18. A pesar de las enormes consecuencias de salud pública que continúa teniendo el consumo de tabaco en todo el mundo, la aplicación del Convenio no ha sido el tema específico de ningún punto del orden del día en las últimas Asambleas de la Salud. Los Estados Miembros de la OMS que negociaron el Convenio por medio del Órgano de Negociación Intergubernamental con mandato de la Asamblea de la Salud podrían examinar la posibilidad de establecer un mecanismo destinado a asegurar que a la aplicación del Convenio se le preste la atención que merece, por ejemplo considerándola como un punto separado en la Asamblea de la Salud, a la luz de las recientes decisiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas y su adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

19. La Asamblea de la Salud podría examinar la posible adopción de una resolución que estableciera un mecanismo para el intercambio de información entre la Conferencia de las Partes y la Asamblea de la Salud. La Conferencia de las Partes podría considerar un arreglo similar en su séptimo periodo de sesiones, en noviembre de 2016, como parte del orden del día provisional que está examinando la Mesa de la Conferencia de las Partes.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

20. Se invita a la Asamblea de la Salud a que examine el siguiente proyecto de resolución:

La 69.^a Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre el fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco,¹

DECIDE:

- 1) incluir los resultados de la Conferencia de las Partes como un tema independiente en el orden del día provisional de la reunión que la Asamblea de la Salud celebra inmediatamente después del periodo de sesiones bianual de la Conferencia de las Partes; y
- 2) alentar a la Conferencia de las Partes a que incluya las resoluciones y decisiones pertinentes de la Asamblea de la Salud como un punto independiente del orden del día de cada uno de sus periodos de sesiones.

= = =

¹ Documento A69/11.