



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO 60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

Punto 4.8 del orden del día provisional

CD48/12 (Esp.)
21 de agosto del 2008
ORIGINAL: ESPAÑOL

EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO: OPORTUNIDADES Y RETOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Justificación

1. De todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Región de las Américas es la que tiene el menor porcentaje (68%)* de Estados Miembros que han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (CMCT OMS).¹ En las otras regiones el porcentaje de Estados Partes al Convenio va desde un 78% en AFRO al 100% en WPRO.* El nivel de implementación de las medidas contenidas en el tratado ha mostrado un avance lento.

Antecedentes

2. El tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo² y es responsable de alrededor de un millón de muertes anuales en las Américas. Es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte y es el único producto legal que mata entre un tercio y la mitad de los usuarios que lo consumen. El tabaco no daña solamente a los fumadores; existe suficiente evidencia científica que avala que la exposición secundaria al humo de tabaco es causa de enfermedad y muerte en no fumadores.

* Al 8 de agosto de 2008.

¹ Texto completo del CMCT disponible en línea: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_ftc_spanish.pdf.

² WHO Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER package. Pg 8.

3. Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes,³ el porcentaje de adolescentes de 13 a 15 años que consume tabaco llega en muchos países de la Región a alrededor del 20%. Pero más preocupante aún es que un porcentaje de los adolescentes que no fuma actualmente indica que “definitivamente” o “probablemente” fumaría el siguiente año o si un amigo le ofreciese un cigarrillo. Si a esto se suma la intensa publicidad de la industria tabacalera, enfocada principalmente en los jóvenes, vemos que el futuro de éstos en la Región está seriamente amenazado.

4. El uso del tabaco se extendió en el mundo y lo seguirá haciendo, sobre todo en los países en desarrollo, gracias a una combinación de bajos precios, publicidad constante y agresiva, falta de conocimiento de la población en general sobre la magnitud del daño que causa el tabaco y la inconsistencia de las políticas públicas para su control. El CMCT OMS fue desarrollado precisamente en respuesta a esta globalización de la epidemia del tabaquismo.

Análisis: Situación en la Región del CMCT OMS

5. El CMCT OMS es el primer tratado internacional de salud pública negociado bajo los auspicios de la OMS. Entró en vigor y adquirió carácter vinculante el 27 de febrero del 2005, 90 días después de que el país número 40 lo ratificara. A la fecha 157 países* lo han ratificado en todo el mundo, 24 de ellos pertenecientes a la Región de las Américas.⁴ Sin embargo, 11 países de la Región no lo han ratificado aún: Argentina, Bahamas, Costa Rica,⁵ Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Haití, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Suriname.

6. En relación a la implementación de las medidas del CMCT,⁶ en los últimos años ha habido avances significativos en la aprobación de medidas sobre el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco (Art. 11 del CMCT OMS). Países como Chile, Jamaica, Panamá, Uruguay y Venezuela en los últimos tres años han prohibido el uso de términos engañosos como “ligeros” o “suaves” que dan la falsa impresión de que un producto de tabaco es menos nocivo que otro y han establecido que las advertencias deben ocupar no menos del 30% de las superficies de los paquetes. Estos países se han sumado a Brasil y Canadá, países pioneros que cuentan desde hace muchos años con este tipo de regulación. Otros países, como Ecuador y México, han avanzado en su regulación aunque aún no cumplen totalmente con los estándares del CMCT OMS. Este artículo tiene como fecha límite tres años para su cumplimiento desde la entrada en vigor del

³ Jóvenes y Tabaco en América Latina y el Caribe. Resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes. http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/emtj_spa2_06062006.pdf

⁴ <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/index.html>.

⁵ Ratificación aprobada por el Congreso, pendiente depósito de instrumento de ratificación en Naciones Unidas.

⁶ WHO Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER package. Pg 8.y cuestionarios GTCR.

CMCT OMS para cada Estado Parte. Para la gran mayoría de los países de la Región la fecha límite se cumple entre el 2008 y el 2009.

7. También ha habido avances en la creación de ambientes libres de humo de tabaco. Panamá y Uruguay son los únicos países en la Región totalmente libres de humo de tabaco en espacios interiores habiendo prohibido (por ley) el fumar en todos los lugares públicos y de trabajo incluyendo bares y restaurantes. A nivel subnacional Canadá y Estados Unidos de América están muy avanzados en este aspecto, de forma tal que al momento, el 80% de la población canadiense y el 50% de la población norteamericana vive en jurisdicciones libres de humo de tabaco. Lo mismo ocurre en las provincias argentinas de Córdoba, Santa Fé y Tucumán.

8. En contraste, una medida que es altamente efectiva y en la que no ha habido aún avances significativos en la Región es el aumento de los impuestos al tabaco y el establecer que la recaudación procedente de ellos tenga fines específicos como, por ejemplo, programas de control de tabaco, prevención de enfermedades crónicas o promoción de la salud. A la fecha, sólo un Estado Miembro aplica impuestos al tabaco que representan más de los dos tercios (66%) del precio final de venta al público y los Estados que tienen establecido fines específicos para los impuestos a los productos de tabaco son minoría.

9. A partir del año 2007 la Filantrópica Bloomberg lanzó la Iniciativa Mundial Bloomberg para reducir el uso del tabaco, enfocada a los 15 países con mayor número absoluto de fumadores. Los países participantes de la Región son Brasil y México. Esta es una excelente oportunidad para poder avanzar la agenda de control de tabaco en estos dos países.

10. Como parte de la Iniciativa Bloomberg, a inicios de este año la OMS lanzó el paquete de medidas MPOWER,⁷ que proporciona una hoja de ruta claramente definida para ayudar a los países a cumplir con las obligaciones asumidas en virtud del CMCT y para que todos los países, independientemente de su condición de Parte o No Parte, combatan la epidemia del tabaquismo preservando millones de vidas humanas.

⁷ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/> **MPOWER**: acrónimo en inglés para las seis medidas claves para el control del tabaco. **Monitor**= Monitoreo del uso de tabaco y de las políticas de prevención; **Protect**= Proteger a la población del humo de tabaco ajeno; **Offer**= Ofrecer ayuda para dejar de fumar; **Warn**= Advertir sobre los peligros del tabaco; **Enforce**= Hacer cumplir las prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; **Raise**= Aumentar los impuestos al tabaco.

El paquete de seis medidas claves del CMCT OMS y la hoja de ruta definida por el MPOWER

- a) *Conocer la evolución de la epidemia y de las políticas para combatirla: implementar sistemas de vigilancia y monitoreo y una unidad de coordinación nacional.* Esto es fundamental para que los gobiernos, los líderes de opinión y la sociedad civil puedan lograr el desarrollo de las políticas de control del tabaco, crear capacidad para la efectiva implementación y cumplimiento de estas políticas, y controlar la eficacia de las mismas. Los buenos sistemas de monitoreo deben dar seguimiento a varios indicadores, incluyendo:
- prevalencia de uso del tabaco
 - impacto de la implementación de las medidas
 - mercadeo y cabildeo de la industria del tabaco
- b) *Proteger a la población del humo de tabaco: prohibir fumar en todos los ambientes cerrados públicos y de trabajo.* La evidencia científica muestra que no existe un nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno. La Conferencia de las Partes (COP) al CMCT,⁸ la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer de la OMS,⁹ el Cirujano General de los Estados Unidos¹⁰ y el Comité Científico sobre Tabaco o Salud del Reino Unido¹¹ todos coinciden en que la exposición al humo de tabaco ajeno contribuye a una amplia variedad de enfermedades en adultos y niños, incluyendo enfermedades cardíacas, cánceres y síndrome de muerte súbita del recién nacido. La única medida efectiva para proteger a la población del humo de tabaco ajeno es la prohibición total del consumo del tabaco en lugares públicos y lugares de trabajo cerrados. Ni la ventilación ni la separación de fumadores y no fumadores en lugares compartidos son efectivas. En este sentido, la OMS y la COP han delineado recomendaciones¹² y directrices¹³ específicas para la implementación de esta medida. Cada vez es mayor la cantidad de evidencia científica que muestra rápidos beneficios para la salud como resultado de los ambientes libres de humo de tabaco, fundamentalmente en lo que refiere a la disminución de la incidencia de eventos

⁸ http://www.who.int/gb/ftc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf. Último acceso 7 de Abril 2008.

⁹ <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>. Último acceso 7 de Abril 2008.

¹⁰ <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>. Último acceso 7 de Abril 2008

¹¹ http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101475.pdf
Último acceso 7 de Abril 2008.

¹² http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol_recommendations/en/index.html. Último acceso mayo 2008.

¹³ http://www.who.int/gb/ftc/PDF/cop2/FCTC_COP2_7-sp.pdf. Último acceso mayo 2008.

cardiovasculares agudos y problemas respiratorios.^{14,15} Por último es importante destacar que contrariamente a lo que afirma la industria tabacalera, estas medidas no generan un impacto negativo en el beneficio comercial de bares y restaurantes.¹⁶

c) *Ayudar a quienes quieren dejar de consumir tabaco: ofrecer servicios de cesación del tabaquismo.* La nicotina contenida en el tabaco es una droga altamente adictiva. Entre aquellos fumadores que están concientes de los daños, tres de cada cuatro quieren dejar de fumar, pero como sucede con la mayoría de las adicciones, para la mayoría es difícil lograrlo. Si bien la prevención es fundamental, debe recordarse que la mayor carga de mortalidad a corto y mediano plazo se dará en aquellos que actualmente son fumadores. Por esta razón, dentro de un programa de control del tabaco deberían tenerse en cuenta tres tipos de intervenciones:

- consejería para la cesación del tabaquismo incluido en los servicios de atención primaria de la salud;
- líneas telefónicas fácilmente accesibles y gratuitas para cesaciones;
- acceso a terapias farmacológicas a bajo costo.

d) *Advertir a la población sobre los peligros del tabaco: establecer advertencias sanitarias gráficas enérgicas.* Muchas personas desconocen que no existe un nivel mínimo de consumo de tabaco que no sea dañino para la salud, ya que este no es el caso para otras conductas de riesgo. La mayoría de los consumidores de tabaco solo identifican al cáncer de pulmón como enfermedad asociada al tabaquismo, e ignoran su relación con otras enfermedades como infarto de miocardio, enfermedad respiratoria crónica y otros tipos de cánceres. Para la industria del tabaco, el empaquetado es un importante medio de comunicación con sus clientes, tanto más importante cuanto más restringida estén la publicidad y promoción. La experiencia en países como Brasil y Canadá que han adoptado los pictogramas desde hace muchos años demuestra que más de la mitad de los fumadores en ambos países han pensado más o han cambiado su actitud en relación a las consecuencias para la salud de fumar como consecuencia de las advertencias. En Brasil, el 67% de los fumadores afirman que las advertencias les

¹⁴ Patrick Goodman¹, Michelle Agnew², Marie McCaffrey³, Gillian Paul⁴, and Luke Clancy⁵. Effects of the Irish Smoking Ban on Respiratory Health of Bar Workers and Air Quality in Dublin Pubs AJRCCM Articles in Press. Published on January 4, 2007 as doi:10.1164/rccm.200608-1085OC.

¹⁵ Carl Bartecchi, Robert N. Alsever, Christine Nevin-Woods, William M. Thomas, Raymond O. Estacio, Becki Bucher Bartelson and Mori J. Krantz Reduction in the Incidence of Acute Myocardial Infarction Associated With a Citywide Smoking Ordinance DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.615245.

¹⁶ Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of the Smoke Free policies on the hospitality industry. Tob. Control 2003, 14 (2):73-74.

- ha hecho pensar en dejar de fumar y en Canadá, el 27% de los fumadores fuman menos en sus hogares al estar más concientizados de los daños a los otros.¹⁷
- e) *Proteger a la población de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.* Vender un producto que mata hasta la mitad de sus consumidores requiere una habilidad de mercadeo extraordinaria. Públicamente la industria tabacalera afirma que sus esfuerzos de mercadeo no están dirigidos a atraer nuevos consumidores, sino a ganar mayores porciones de mercado lo cual es claramente desmentido por sus propios documentos internos salidos a luz por orden judicial. El mensaje del Día Mundial Sin Tabaco de este año está centrado justamente en esto: “romper la red de promoción de los productos de tabaco” a fin de proteger a los jóvenes de esta amenaza. Para ser efectivas, las prohibiciones deben ser amplias, incluyendo todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio por cualquier medio. Estudios realizados a nivel nacional han mostrado que luego de una prohibición amplia de la publicidad del tabaco, el consumo cae hasta en un 16%.^{18,19,20}
- f) *Disminuir la asequibilidad del tabaco principalmente para los jóvenes: aumentar los impuestos.* El aumento de los impuestos al tabaco es una de las formas más efectivas para disminuir el uso de tabaco especialmente entre los jóvenes y las personas más pobres. Asignar la recaudación por concepto de estos impuestos a programas de control del tabaco y/u otros programas sociales o de salud, aumenta aún más su popularidad y contrarresta cualquier efecto “recesivo” que se quiera adjudicar a la medida. En el pasado se pensaba que la naturaleza adictiva del tabaco haría que los fumadores siguieran fumando en igual medida independientemente del precio del producto. Sin embargo, cada vez más estudios demuestran que la demanda de tabaco se ve fuertemente influenciada por los precios. En general puede decirse que en los países de ingreso medio y bajo, un aumento de precios del 10% generará una caída del consumo del 8%. Esta caída del consumo, contrariamente a lo afirmado por la industria del tabaco, no alcanza para disminuir la recaudación fiscal. Tampoco el aumento de precios necesariamente aumenta el contrabando de estos productos.²¹ Esto ha sido

¹⁷ http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/tab_paq_principal.htm último acceso mayo 2008.

¹⁸ Smee C et al. Effect of tobacco advertising on tobacco consumption : a discussion document reviewing the evidence. London. Economic and Operational Research Division, Department of Health, 1992. Citado en WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

¹⁹ Country profiles. Fifth WHO seminar for a Tobacco-Free Europe. WHO Regional Office for Europe Warsaw, 26-28 October 1995 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. Citado en The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

²⁰ Jha, P, Chaloupka FJ. Curbing the Epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington DC World Bank, 1999 . Citado en WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.

²¹ Curbing the epidemic cit up supra Capítulo 4.

comprobado en varios países del mundo, incluyendo estudios en al menos seis países en las Américas.²²

Intervención del Consejo Directivo

11. Se invita al Consejo Directivo a que, una vez examinado el informe, considere las recomendaciones formuladas por el Comité Ejecutivo en su 142.^a sesión en la resolución CE142.R11 (véase anexo B).

Anexos

²² http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/tab_estudios_Mercosur.htm. Último acceso 7 de abril de 2008.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD48/12 (Esp.)
Anexo A

**PLANILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA CON LAS
ÁREAS ORGÁNICAS CORRESPONDIENTES**

1. Punto del orden del día: 4.8

2. Título del punto del orden del día: El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas

3. Unidad a cargo: SDE, Equipo de Control del Tabaco

4. Funcionarios a cargo: Adriana Blanco y Rosa Sandoval

5. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:

1. Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, Instituto para el Control Mundial del Tabaco (Estados Unidos)
2. Universidad de California en San Francisco, Centro para el Control, la Investigación y la Educación con respecto al Tabaco (Estados Unidos)
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Oficina de Tabaquismo y Salud (Estados Unidos)
4. Instituto Nacional de Cancer (INCA) (Brasil)

Otros asociados:

1. Bloomberg Philanthropies por medio de la Iniciativa "Liberarse del tabaco" de la OMS
2. La Campaña Niños sin Tabaco y la Asociación Mundial del Pulmón (asociados de la OMS para ejecutar la Iniciativa Mundial Bloomberg para reducir el consumo de tabaco)

6. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas:

Áreas de acción: Una Agenda de Salud para las Américas:

Principalmente:

- Punto e), párrafos 58 y 59

Además

- Punto a), párrafos 36 y 37
- Punto b), párrafos 40 y 41

7. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012:

Principalmente:

- OE 6.3 (6.3.1, 6.3.2, 6.3.3, 6.3.4)
- OE 6.2 (6.2.3)
- OE 6.1 (6.1.1)

OE 3.6 (3.6.5)

Además,

OE 2.6 (2.6.1)

OE 8.2 (8.2.1)

8. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de otros países dentro de la Región de las Américas:

1. Veintitrés Estados Miembros han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
2. Algunos países han logrado un avance importante en la ejecución de sus disposiciones:
 - a. Uruguay ha puesto en marcha entornos sin humo de tabaco; el envasado y la rotulación de los productos de tabaco; y prohibiciones relacionadas con la publicidad, la promoción y el patrocinio.
 - b. Brasil ha aplicado medidas en cuanto al envasado y la rotulación de los productos de tabaco, prohibiciones relacionadas con la publicidad, la promoción y el patrocinio, y ha creado una unidad de coordinación nacional para el control del tabaco.
 - c. Canadá y los Estados Unidos han puesto en marcha entornos sin humo de tabaco (aunque a nivel estadual) y Canadá además ha aplicado medidas en cuanto al envasado y la rotulación de los productos de tabaco.
 - d. Chile, Jamaica y Panamá han ejecutado medidas en cuanto al envasado y la rotulación de los productos de tabaco.
 - e. Algunas provincias de la Argentina (Santa Fe, Córdoba y Tucumán) han puesto en marcha entornos sin humo de tabaco.

9. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

1. Los ministerios de salud deberán asignar fondos para establecer una unidad mínima o un punto focal (de tiempo completo) para trabajar exclusivamente en el control del tabaco y en la ejecución de los mandatos impuestos por el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
2. Los fondos necesarios pueden provenir de un aumento en los impuestos al tabaco que se destine a este fin. Se trata de una situación beneficiosa: se reduce el consumo de tabaco y se obtienen fondos para fortalecer el control del tabaco.
3. Por conducto de la OMS se están movilizando recursos suplementarios que se agregarán a los ya incluidos en el presupuesto bienal 2008-2009 y en el plan estratégico para el período 2008-2012.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



142.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 23 al 27 de junio del 2008

CD48/12 (Esp.)
Anexo B

ORIGINAL: ESPAÑOL

RESOLUCIÓN

CE142.R11

EL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO: OPORTUNIDADES Y RETOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

LA 142^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas* (documento CE142/23);

Reconociendo que la evidencia científica ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad y concientes de la carga que ello impone en las familias y en los sistemas de salud nacionales;

Profundamente preocupados por el inicio del consumo de un producto altamente adictivo como el tabaco a edades cada vez más tempranas, así como por la alta prevalencia del tabaquismo en los adolescentes de los países de la Región, y especialmente preocupados por el aumento desproporcionado del tabaquismo en las adolescentes en algunos países de América Latina;

Reconociendo que existen iniciativas exitosas en la Región con respecto al control del tabaco, y

Teniendo en cuenta que, aunque ha habido logros importantes en algunos países, este progreso no es uniforme en la Región y es necesario que los países que aún no lo han hecho consideren la conveniencia de seguir los pasos necesarios para ratificar el Convenio, y que los Estados Parte del Convenio sigan avanzando a fin de incorporar las medidas del Convenio en su legislación nacional,

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 48.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo analizado el documento presentado por la Directora, *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas* (documento CD48/12);

Reconociendo que la evidencia científica ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad y concientes de la carga que ello impone en las familias y en los sistemas de salud nacionales;

Profundamente preocupados por el inicio del consumo de un producto altamente adictivo como el tabaco a edades cada vez más tempranas, así como por la alta prevalencia del tabaquismo en los adolescentes de los países de la Región, y especialmente preocupados por el aumento desproporcionado del tabaquismo en las adolescentes en algunos países de América Latina;

Reconociendo que existen iniciativas exitosas en la Región con respecto al control del tabaco, y

Teniendo en cuenta que, aunque ha habido logros importantes en algunos países, este progreso no es uniforme en la Región y es necesario que los países que aún no lo han hecho consideren la conveniencia de seguir los pasos necesarios para ratificar el Convenio, y que los Estados Parte del Convenio sigan avanzando a fin de incorporar las medidas del Convenio en su legislación nacional,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

- a) a que consideren la ratificación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco si aún no lo han hecho e, independientemente de su condición de Parte o No Parte al Convenio, consideren la conveniencia de implementar, según corresponda, el paquete de seis medidas clave contenidas en el MPOWER de la OMS;
 - b) a que compartan experiencias exitosas con respecto a la ratificación y a la implementación por parte de los Estados Parte de las medidas del Convenio por medio de los organismos existentes como la Secretaría del Convenio;
 - c) a que en los casos en que corresponda, creen o fortalezcan una unidad coordinadora nacional a cargo de la coordinación necesaria entre los ministerios y dentro de ellos para la implementación del Convenio, como se describe en el artículo 5, Obligaciones generales, del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco;
 - d) a que estimulen la inclusión del tema del control del tabaco en la agenda de los organismos de integración subregional y participen activamente de la Red Ibero-Americana de Control del Tabaco y las redes existentes de habla inglesa con respecto a este tema;
 - e) a que aprovechen las nuevas oportunidades de financiamiento por parte de donantes privados a fin de brindar apoyo a las iniciativas de control del tabaco en la Región.
2. Solicitar a la Directora que apoye la articulación de alianzas intersectoriales y la convocatoria a socios financieros internacionales en apoyo a la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y específicamente del paquete de seis medidas clave, MPOWER de la OMS, en todos los países de la Región, según corresponda, independientemente de su condición de Parte o No Parte al Convenio.

(Novena reunión, 27 de junio del 2008)



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO 60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

CD48/12 (Esp.)
Anexo C

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto al Consejo Directivo

<p>1. Resolución: El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas</p>
<p>2. Relación con el presupuesto por programas</p> <p>Área de trabajo: SDE Resultados previstos: OE6</p>
<p>3. Repercusiones financieras: La ejecución de las medidas propuestas no entraña repercusiones financieras nuevas, a menos que los Estados Miembros soliciten que la Oficina tenga una participación más activa con respecto al control del tabaco.</p> <p>a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</p> <p>b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeando a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</p> <p>c) Del costo estimado que se indica en el apartado b, ¿que parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?</p>
<p>4. Repercusiones administrativas</p> <p>a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué subregiones, cuando corresponda):</p> <p>b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):</p>

No hay necesidades adicionales de personal para la ejecución de las medidas propuestas, a menos que los Estados Miembros soliciten que la Oficina tenga una participación más activa con respecto al control del tabaco.

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación) :

Fines del bienio 2008-2009.