

**Centro de Cooperación Internacional  
de Control de Tabaco | Uruguay.**

**CCICT: Historia y desafíos de Uruguay  
sobre la cooperación internacional para  
el control del tabaco**



**CENTRO DE COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL  
DE CONTROL DEL TABACO**

**Uruguay**

**CENTRO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE CONTROL DEL TABACO (CCICT)**

**Ministro de Salud Pública  
Dr. Jorge Basso Garrido**

**Director General del CCICT  
Dr. Jorge Quián Rívero**

**COMITÉ ASESOR**

**Ministerio de Salud Pública  
Ministerio de Relaciones Exteriores  
Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional  
Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer  
Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular  
Fondo Nacional de Recursos  
Facultad de Medicina  
Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo  
Sociedad Uruguaya de Tabacología  
Organización Panamericana de la Salud**

## Prólogo CCICT

En el año 2005, con un nuevo gobierno, Uruguay se encaminó a una transformación importante del sistema de salud, modificando la forma de financiación, la forma de gestión y la forma de atención. Se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud. En el marco de esa transformación, se desarrolla una intensa campaña, liderada por el Presidente de la República, el Dr. Tabaré Vazquez, que además es médico oncólogo, contra el tabaco, considerado uno de los principales problemas sanitarios. Desde entonces Uruguay es considerado y reconocido un país de referencia en lo relacionado al control de tabaco.

Los logros alcanzados en la disminución de la prevalencia del consumo tabaco han impactado favorablemente en la salud de la población. En ese marco, en mayo de 2014 se firma un memorándum entre la Secretaría del Convenio Marco para el Control de Tabaco de la OMS y las autoridades del Ministerio de Salud Pública, quedando constituido el Centro de Cooperación Internacional para el Control del Tabaco (CCICT).

Este hecho, sumado a la tradicional disposición de nuestro país en cooperar con aquellos países que soliciten asistencia, ha generado que CCICT se convirtiera en un ámbito destinado a brindar su ayuda especialmente a los países de renta media o baja a los efectos de superar los daños ocasionados por la adicción al tabaco. En este marco se han realizado actividades de las cuales se han beneficiado más de treinta países.

El CCICT de Uruguay se encuentra dentro de los siete centros de conocimiento que existen en el mundo con la finalidad de cooperar en la asistencia técnica para el control de tabaco, esta situación más allá de constituir una distinción para nuestro país en reconocimiento por las políticas implementadas en la materia, significa una gran responsabilidad mediante la cual se deben dar las respuestas que los países solicitan.

El presente trabajo constituye una síntesis de la labor desempeñada por el CCICT así como del taller realizado con las organizaciones vinculadas al mismo, en la cual se ha analizado el trayecto recorrido y se han evaluado a modo de balance los aciertos y dificultades que se han observado y que puedan servir de enseñanza para quienes asuman esta responsabilidad. Del mismo, se expresan las principales líneas de acción sugeridas para desarrollar en el futuro. Deseamos expresar nuestro especial agradecimiento a la OPS, AUCL, Ministerio de Relaciones Exteriores, FNR, SUT, CIET, CHLCC, CHSCV, Cooperación Internacional del Ministerio de Salud y Programa Nacional para Control del Tabaco.

**Dr. Jorge Quian**

Director CCICT

## Prólogo OPS/OMS Uruguay

Las políticas públicas vinculadas al consumo de tabaco en Uruguay son un modelo para seguir. El Estado uruguayo ha sido reconocido internacionalmente por su liderazgo en estrategias para el control de tabaco y sus impactos en la salud.

Nos complace que el Centro de Cooperación Internacional de Control del Tabaco (CCICT) esté radicado en Uruguay, por ser uno de los centros de intercambio de conocimientos de la Secretaría del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS.

A la fecha presta apoyo a los Estados Parte para la implementación de dicho tratado. Es una herramienta de cooperación internacional en salud que cuenta con la experiencia y el conocimiento técnico necesarios; es muy relevante favorecer su desarrollo y fortalecimiento, en beneficio de la salud de la población de la región de las Américas y del resto del mundo.

Mediante nuestro proceso de acompañamiento técnico como OPS/OMS hemos sido testigos de la dedicación y profesionalismo del equipo del CCICT habiendo cooperado con varios países de las Américas y del Mundo.

Estamos conscientes que el consumo de tabaco es uno de los principales problemas de la salud pública en el mundo actual. Es un factor de riesgo relevante y prevenible para las enfermedades no transmisibles (ENT) que configuran la principal causa de muerte a nivel mundial.

La aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) fue incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Es el primer tratado mundial de salud pública. Se basa en pruebas científicas y reafirma el derecho humano de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

La implementación del CMCT de la OMS contribuye a que los países logren los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente el ODS 3 centrado en la salud; se ha indicado que la implementación acelerada del CMCT es uno de “los medios de aplicación” para alcanzar el objetivo de salud y su meta relativa a las enfermedades no transmisibles.

Nos es muy grato para la Representación de OPS/OMS haber contribuido con el desarrollo de este material de sistematización de los avances y las prácticas concretas del CCICT de Uruguay desde su creación. Allí se encontrarán buenas prácticas y lecciones aprendidas, pasibles de ser replicadas en dinámicas de cooperación multilateral, triangular, sur-sur y otras modalidades creativas que el desafío de la salud de las poblaciones nos exige. Tal como nos indicó la Comisión de Alto Nivel de la OMS sobre ENT en 2018, “es hora de actuar”.

**Giovanni Escalante Guzmán.**

Representante de OPS/OMS en Uruguay.





## 1. Introducción

La epidemia de tabaquismo constituye un grave problema de salud pública en el mundo. Ocasiona la muerte de más de 8 millones de personas por año y una importante carga de morbilidad, ya sea por consumo activo de tabaco o por exposición al humo de tabaco ambiental.<sup>(1)</sup>

Por su parte, las enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables del 70% de las muertes a nivel global, de las cuales más del 80% son debidas a enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.<sup>(2)</sup> El consumo de tabaco está ligado a todas ellas y una política de control de tabaco eficiente es una poderosa herramienta para hacer frente a la carga de mortalidad atribuible a estas enfermedades.

La Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible aprobada por la Organización de Naciones Unidas en el año 2015, definió 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).<sup>(3)</sup> El Objetivo 3, “Buena salud y bienestar”, dirigido a garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las personas, incluye la meta 3.a: “fortalecer la aplicación del CMCT-OMS en todos los países”, cuyo indicador, disminuir la prevalencia del consumo actual de tabaco en personas de 15 años y más, refleja la trascendencia que tiene el control de la epidemia de tabaquismo para el logro de salud para todos y un futuro mejor para la humanidad.

La magnitud del problema ocasionado por el consumo de tabaco en el mundo motivó la aprobación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT-OMS),<sup>(4)</sup> vigente desde el 27 de febrero de 2005, que contiene las medidas que han mostrado ser efectivas para el control de la epidemia. Al momento actual, 181 Estados son Partes de este tratado.

En 2008 la Organización Mundial de la Salud presentó el paquete de medidas MPOWER,<sup>(5)</sup> una herramienta que contiene 6 medidas principales del Convenio Marco:

M – Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención (Monitor)

P – Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco (Protect)

O – Ofrecer ayuda para dejar el tabaco (Offer)

W – Advertir de los peligros del tabaco (Warn)

E – Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio (Enforce)

R – Aumentar los impuestos sobre el tabaco (Raise)

Si bien el CMCT-OMS ha registrado importantes avances en su aplicación, el grado de implementación es muy variado entre los distintos países y según la medida de que se trate, siendo las más aplicadas las relativas a empaquetado y etiquetado de los productos, campañas de información y educación a la población, ayuda para abandonar el consumo

de tabaco y protección de los ambientes de la contaminación con humo de tabaco. De acuerdo al Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo del año 2019, el 52% de la población mundial cuenta con advertencias sanitarias en el empaquetado, en 38% se realiza monitoreo y el 22% está protegido a través de los ambientes libres de humo de tabaco. Sin embargo, otras disposiciones como el aumento de impuestos al tabaco presentan el menor grado de aplicación, aunque ésta ha sido la medida que ha mostrado un mayor crecimiento de la cobertura poblacional, de 8% en 2016 a 14% en 2018.<sup>(6)</sup>

Finalmente, es importante señalar la necesidad de estar atento a evitar la interferencia de la industria tabacalera en sus intentos por socavar las políticas de control de tabaco. El uso de tácticas y argumentos similares en los distintos países hace posible la cooperación también en este ámbito, a partir de experiencias exitosas en contrarrestar el accionar de la industria.

## 2. El control del tabaco en Uruguay

Al momento en que Uruguay ratifica el CMCT-OMS en setiembre de 2004, la prevalencia de consumo de tabaco era mayor al 30%, mantenida durante años, y la política de control de tabaco prácticamente inexistente.

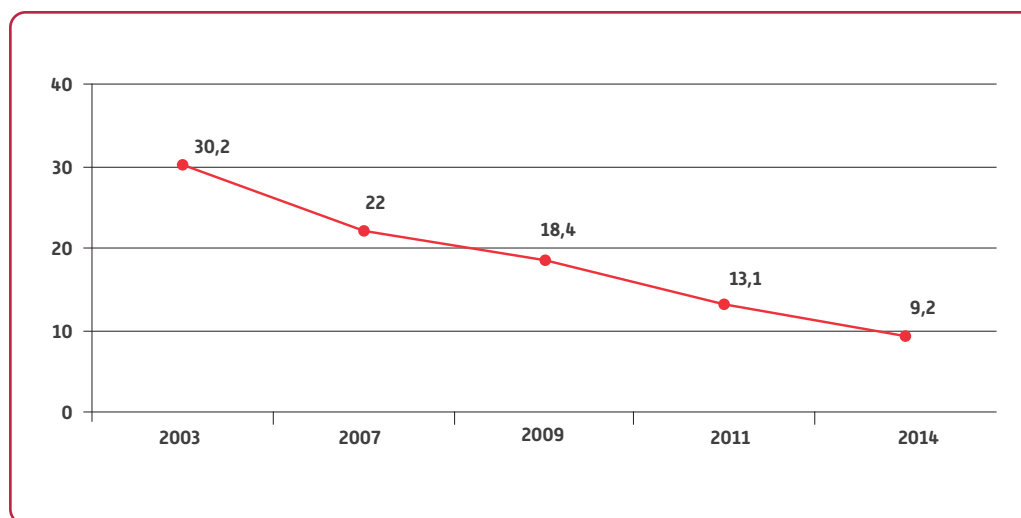
En el año 2000 comenzó a funcionar la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, un grupo informal que reunía a personas provenientes de instituciones gubernamentales, organismos públicos no estatales, Academia y sociedad civil. Este grupo trabajó en primera instancia, para lograr la ratificación del CMCT-OMS por parte de Uruguay, y luego apoyó su implementación pasando sus integrantes a formar parte de un órgano oficial, la Comisión Interinstitucional Asesora para el Control del Tabaco, en la órbita del Ministerio de Salud, en setiembre de 2004.

En marzo de 2005 asume la Presidencia de la República el Dr. Tabaré Vázquez, médico oncólogo comprometido con la lucha contra el tabaco. Al mismo tiempo se crea el Programa Nacional para el Control del Tabaco del Ministerio de Salud, punto focal a nivel nacional. La conjunción de voluntad política y trabajo comprometido y coordinado entre la Comisión Asesora y el Programa Nacional, tuvo como consecuencia la aplicación en forma casi simultánea de un paquete integral de medidas de control de tabaco. Esto tuvo un impacto sin precedentes en la disminución de la prevalencia, observándose un descenso del 23% de fumadores diarios en un período de 3 años (entre 2006 y 2009), considerando el grupo de 25 a 64 años.<sup>(7)</sup> Entre 2009 y 2017 continuó el descenso en la prevalencia, situándose en 18.3% el porcentaje de fumadores diarios de 15 años y más en 2017<sup>(8)</sup>

El descenso es aún mayor si se incluyen las poblaciones más jóvenes. De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, que realiza el Observatorio Uruguayo de Drogas (JND) en población escolarizada de 12 a 17 años, la prevalencia mostró un descenso del 30.2%<sup>(9)</sup> en 2003 al 9.2% en 2014.<sup>(10)</sup>



### Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza media. OUD, JND.



De igual modo, la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, integrante del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaquismo (CDC/OPS-OMS), implementada por el Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud, mostró un descenso en la prevalencia del 20.2% en 2007 al 8.2% en 2014, en el grupo de 13 a 15 años.<sup>(11)</sup>

El impacto positivo que ha tenido el control de tabaco en la población la convierte en una política de salud pública esencial. Luego de la entrada en vigencia de los ambientes 100% libres de humo de tabaco en marzo de 2006, se produjo un descenso del 22% en los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio <sup>(12)</sup> y una disminución del 15% en las consultas en emergencia por broncoespasmo.<sup>(13)</sup>

Asimismo, desde el punto de vista medioambiental, se observó un descenso superior al 90% en la contaminación del aire en los espacios cerrados de uso público, ya sea midiendo la concentración de nicotina o de partículas suspendidas respirables.<sup>(14,15)</sup>

Finalmente, el control del tabaco ha producido un cambio cultural en la sociedad uruguaya, desnormalizando la conducta de fumar en espacios compartidos, a partir de la medida que ha sido eje en esta política, que son los espacios libres de humo de tabaco.

En los años siguientes a la aprobación del grupo de medidas iniciales, se continuó profundizando la política de control de tabaco, como se detalla a continuación:

AÑO				
2005-2006	2007-2008	2009-2013	2014-2015	2016 a 2019
Advertencias sanitarias 50% con imágenes	Prohibición publicidad, promoción y patrocinio, excepto en punto de venta	Advertencias sanitarias al 80% de ambas caras principales del paquete	Se completa la prohibición de PPP, eliminando la excepción del punto de venta	Se prohíbe el uso de dispositivos electrónicos para fumar en espacios cerrados
Ambientes 100% libres de humo de tabaco	Tratamiento de la dependencia en todo centro sanitario	Requisito de única presentación por marca	Prohibición de exhibir los productos en el lugar de venta	Empaquetado neutro o genérico
Aumento de impuestos	Aumento de impuestos	Aumento de impuestos	Aumento de impuestos	Aumento de impuestos
		Se prohíbe la importación y comercialización de dispositivos electrónicos para fumar	Ratificación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de productos de tabaco	

El éxito obtenido en la aplicación de esta política muestra que el Convenio Marco es una herramienta efectiva y que, a pesar de los esfuerzos de la industria tabacalera por interferir con la política de control de tabaco, los países pueden avanzar en la protección de su población de las consecuencias del consumo y de la exposición al humo de tabaco, independientemente de que se trate de países de ingresos altos o bajos.

La industria tabacalera no permaneció inactiva ante la política de control de tabaco implementada por Uruguay. En febrero de 2010 la empresa Philip Morris inició un litigio contra Uruguay ante el Centro Internacional para el Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones (CIADI), aduciendo que el país había incurrido en violación del tratado de protección de inversiones del año 1991, firmado entre Uruguay y Suiza.

En julio de 2016, el laudo del Tribunal Arbitral dio la razón a Uruguay. De las conclusiones de dicho fallo, lo expresado en el numeral 393 recoge la importancia de las actividades de cooperación:

“Para un país con recursos técnicos y económicos limitados, tal como Uruguay, la adhesión al CMCT y su participación

en el proceso de cooperación científica y técnica y de presentación de informes e intercambio de información representó un medio importante, si no indispensable, para adquirir el conocimiento científico y la experiencia de mercado relevantes para la correcta implementación de sus obligaciones en virtud del CMCT y para asegurar el cumplimiento con su política de control de tabaco”.<sup>(16)</sup>

### 3. La cooperación internacional

Se entiende por cooperación internacional el esfuerzo entre países para trabajar en los temas de interés común con el objetivo de lograr el desarrollo de capacidades a través del mecanismo de intercambio de conocimientos y tecnología.

Cuando esta cooperación se da entre dos o más países en desarrollo, que trabajan en forma conjunta en planes y proyectos con el objetivo de alcanzar el bienestar de sus habitantes, se denomina Cooperación Sur-Sur. Estas experiencias solidarias de transferencia de habilidades y conocimientos pueden darse a nivel bilateral o regional.

En algunas circunstancias una organización multilateral o un país desarrollado apoyan proyectos de cooperación Sur-Sur y en ese caso se configura lo que se conoce como cooperación Triangular.

Dado que los recursos financieros son finitos y se impone extremar una racionalización de su uso, dado también la diversidad en el grado de aplicación del Convenio entre los distintos países, la necesidad de acelerar y profundizar su implementación, así como el expertise que algunas Partes tienen en determinadas áreas, la Cooperación Internacional y la Cooperación Sur-Sur y Triangular constituyen un mecanismo eficaz para avanzar en la implementación del CMCT-OMS a nivel global.

El Artículo 22 del Convenio Marco establece que “las Partes cooperarán directamente o por conducto de los organismos internacionales competentes a fin de fortalecer su capacidad para cumplir las obligaciones dimanantes de este Convenio, teniendo en cuenta las necesidades de las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición. Esa cooperación promoverá la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología, según se haya decidido de común acuerdo, con objeto de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales de control del tabaco...”<sup>(14)</sup>

En muchas oportunidades, los acuerdos internacionales tales como el CMCT-OMS otorgan un rol importante a la cooperación internacional y a la cooperación Sur-Sur.

La séptima reunión de la Conferencia de las Partes en su documento FCTC/COP/7/17(17) expresa: “La Cooperación Sur-

Sur y la Cooperación Triangular son elementos esenciales de la cooperación internacional para el desarrollo. Como se establece en el documento final de Nairobi y la Conferencia de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Cooperación Sur-Sur estos tipos de cooperación se basan en los principios del respeto de la soberanía nacional, la implicación nacional y la independencia, la igualdad, la no condicionalidad, la no injerencia en los asuntos nacionales y el beneficio mutuo así como en la observancia de los principios rectores siguientes, a saber: la rendición de cuentas mutua y la transparencia, la eficacia del desarrollo, la coordinación de proyectos y programas, los programas basados en las pruebas y los resultados y la participación de múltiples partes interesadas". Agrega más adelante que "La promoción de la Cooperación Sur-Sur y Triangular constituye uno de los pilares fundamentales de la Secretaría del Convenio a favor de la aplicación del Convenio".

Con el fin de poner en práctica lo establecido en el Artículo 22 del CMCT-OMS, maximizar la eficiencia de las actividades de cooperación y difundir las mejores prácticas, el Secretariado del CMCT-OMS propuso la creación de centros de intercambio de conocimientos o Knowledge Hubs.

#### 4. Centros de intercambio de conocimientos (Knowledge Hubs)

La 5ta. reunión de la Conferencia de las Partes (COP5) del CMCT-OMS, realizada en Seúl, Corea, en el año 2012, aprobó la creación de centros de intercambio de conocimientos a nivel internacional, con el objetivo de contribuir a profundizar la implementación de dicho tratado en el mundo a través de la asistencia a las Partes en su aplicación. Los países pueden solicitar esta cooperación a través de la Secretaría del Convenio Marco.

Cada uno de estos centros o "Knowledge Hubs" presenta un espectro de acción determinado, según su área de expertise. Al momento actual existen siete centros de intercambio de conocimientos en el mundo, con presencia en todas las regiones de OMS, según se detalla a continuación:

**a- Australia.** Ubicado en el Centro McCabe en Melbourne, brinda asistencia técnica sobre dos aspectos:

- relación entre el comercio internacional e inversiones y la implementación del CMCT-OMS
- desafíos legales vinculados a la aplicación de las medidas de control de tabaco

**b- Finlandia.** El Instituto Nacional de Salud y Bienestar de Helsinki, organismo gubernamental vinculado al Ministerio de Salud, se ocupa del área de "Vigilancia del tabaco y enfoque de salud en todas las políticas", promoviendo la aplicación del Art. 20 del CMCT (Investigación, vigilancia e intercambio de información).

**c- India.** El Instituto de Citología y Oncología Preventiva en Noida, también vinculado al Ministerio de Salud, trabaja en generar evidencia y compartir conocimientos sobre el tabaco sin humo, comprendiendo los aspectos normativos,

de vigilancia y monitoreo, caracterización de los productos, efectos sobre la salud, economía y marketing y diseño de intervenciones para la prevención y el abandono del consumo de tabaco sin humo.

**d- Líbano.** La Universidad Autónoma de Beirut es la sede del KH sobre consumo de tabaco en pipas de agua: regulaciones, prevalencia e impactos en la salud.

**e- Sudáfrica.** En la Universidad de Ciudad del Cabo se encuentra el KH relativo a impuestos al tabaco y funciona apoyando a los Estados Parte en la capacitación, desarrollo de capacidades, asistencia técnica y difusión de conocimientos acerca de tributación y comercio ilícito de productos de tabaco.

**f- Tailandia.** La Universidad de Thammasat en Bangkok se constituyó en el centro de conocimiento para apoyar la implementación del Artículo 5.3 del CMCT referido a evitar la interferencia de la industria tabacalera en la aplicación de las políticas de control de tabaco.

**g- Uruguay.** El Centro de Cooperación Internacional de Control del Tabaco (CCICT) ubicado en Montevideo, con sede en el Ministerio de Salud, se ocupa de la cooperación internacional para facilitar la aplicación del CMCT-OMS.

## 5. Centro de Cooperación Internacional de Control del Tabaco

El Centro de Cooperación Internacional de Control del Tabaco (CCICT) de Uruguay, es uno de los centros de intercambio de conocimientos (Knowledge Hub) aprobados por La Conferencia de las Partes. Es un instrumento de cooperación que trabaja en coordinación con la Secretaría del CMCT-OMS para dar respuesta a la necesidad de cooperación de los Estados Parte, a fin de alcanzar el mayor nivel de implementación del convenio en el mundo y de esa forma proteger a las personas de la epidemia de tabaquismo.

En abril de 2014 se crea el CCICT en la órbita del Ministerio de Salud Pública. En su estructura cuenta con un Director General y un Comité Asesor, pero podrá asimismo formar los grupos de trabajo técnicos especializados que puedan ser necesarios para dar cumplimiento a los cometidos del Centro. La Dra. Silvina Echarte ocupó la Dirección del CCICT desde mayo de 2014 hasta marzo 2015, siendo sustituida por el Dr. Winston Abascal que ocupó la Dirección en el período marzo 2015 a agosto 2018. El Dr. Jorge Quian, Sub-secretario del Ministerio de Salud, es el actual Director del Centro de Cooperación.

El Comité Asesor del CCICT se reúne en forma semanal y actualmente está integrado con las siguientes instituciones gubernamentales, públicas no estatales, Academia y sociedad civil: Ministerio de Salud Pública, Ministerio

de Relaciones Exteriores, Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional, Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, Fondo Nacional de Recursos, Facultad de Medicina, Centro de Investigación de la Epidemia de Tabaquismo, Sociedad Uruguaya de Tabacología y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).



El Centro de Cooperación Internacional para Control del Tabaco, KH de Uruguay, se ocupa de la cooperación internacional a través de la Cooperación Sur-Sur y Triangular. Igualmente, busca impulsar el desarrollo de capacidades, la generación de conocimientos y recursos, para alcanzar los objetivos del Convenio y de sus protocolos.

Su visión es que el CCICT es un instrumento para contribuir al máximo nivel de implementación del CMCT en el mundo y de esta manera reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, y sus consecuencias.

Su misión es cooperar y promover el intercambio de competencias, conocimientos y experiencias entre los países, así como proveer asistencia cuando corresponda, impulsar el desarrollo de capacidades, la generación de conocimiento y de recurso y la integración de otras políticas públicas para alcanzar los objetivos del Convenio y de sus protocolos, así como promover el perfeccionamiento continuo del CMCT como instrumento para enfrentar la epidemia de tabaquismo.

### 5.1. Objetivos del CCICT

- Identificar y facilitar el acceso a los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles para implementar el CMCT.
- Coordinar la participación de organismos, agencias e instituciones nacionales, regionales e internacionales involucrados en el tema, no relacionados con la industria tabacalera.

- Proveer asistencia, facilitar el intercambio de conocimiento y compartir experiencias sobre la implementación del CMCT entre los países.
- Elaborar, recopilar y disseminar materiales y documentos para el intercambio y la construcción de capacidades.

## **5.2. Actividades desarrolladas**

A continuación, se enumeran las actividades que, desde su creación, ha llevado a cabo el CCICT de Uruguay.

**Agosto de 2014.** Foro de cooperación para países de América Latina, sobre implementación del CMCT-OMS.

**Febrero de 2015.** Taller sobre Ambientes Libres de Humo de Tabaco y advertencias sanitarias, dirigido a países integrantes de CARICOM, con el objetivo de aumentar el conocimiento y el desarrollo de capacidades para el personal de los programas de control de tabaco de los países participantes.

**Setiembre de 2015.** Asesoramiento a Costa Rica para la elaboración de una Estrategia Nacional de Cesación del consumo de tabaco.

**Noviembre de 2015.** A solicitud del Secretariado del CMCT el CCICT asumió su representación en el Taller realizado en Quito, Ecuador sobre implementación de ambientes libres de humo de tabaco y Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de productos de tabaco.

**Marzo de 2016.** con el apoyo de OPS se coordinó la participación de 3 representantes de Uruguay en el "Taller sobre alternativas económicamente viables al cultivo de tabaco" en Santa Catarina, Brasil.

**Mayo de 2016.** Asesoramiento al Ministerio de Salud de Colombia en la utilización efectiva de las advertencias sanitarias en el empaquetado de productos de tabaco. Durante esta visita se realizó una exposición ante la Comisión de Salud del Senado de ese país sobre regulación del cigarrillo electrónico.

**Julio de 2016.** Asesoramiento al Ministerio de Salud de Colombia sobre la política de impuestos como medida de control de tabaco.

**Agosto de 2016.** Organización del taller brindado por la Unión sobre Artículo 5.3 del CMCT-OMS en Montevideo, al cual asistieron representantes de México, Colombia, Argentina, Bolivia, Chile y Brasil.

**Setiembre de 2016.** Taller de capacitación para la elaboración de una “Estrategia Nacional de Cesación” en Panamá, como parte de un proyecto de Cooperación Sur-Sur. Fueron receptores de esta actividad de cooperación 6 países: Bolivia, Colombia, Chile, Jamaica, Surinam y Georgia.

#### **Taller para la elaboración de una Estrategia Nacional de Cesación - Panamá**



**Setiembre de 2016.** el CCICT participó en el taller en Brasilia, Brasil, sobre implementación del Protocolo de Comercio Ilícito, organizado por el Secretariado del CMCT-OMS, OPS y el Instituto Nacional del Cáncer de Brasil, al cual asistieron varios países de la región de las Américas.

**Octubre de 2016.** el CCICT participa en un panel de la Conferencia Global sobre Cooperación Sur-Sur y Triangular organizada por Naciones Unidas, sobre la experiencia de Cooperación Sur-Sur en políticas de control de tabaco a nivel mundial.

**Octubre de 2017.** el CCICT coordinó un encuentro sobre empaquetado neutro del cual participaron representantes de Brasil, Chile, Ecuador, Panamá y Colombia.

**Octubre de 2017.** Taller en Montevideo en conjunto con Panamá y La Fundación Interamericana del Corazón en que se brindó cooperación sobre implementación de las Directrices del Artículo 14 del Convenio, referido a cesación del consumo de tabaco, a El Salvador y Perú.



**Noviembre de 2017.** Taller sobre implementación de etiquetado de productos de tabaco, realizado junto a Panamá y la Oficina Regional de OPS, dirigido a los países del Caribe. Los países receptores de cooperación fueron Antigua y Barbuda, Guyana y Santa Lucía.

**Noviembre de 2017.** Cooperación con la República de El Salvador en la aplicación del Artículo 5.2, en el marco del proyecto "FCTC 2030", con financiamiento del Reino Unido. Participaron funcionarios de distintos Ministerios, Academia, sociedad civil y comunidad indígena de El Salvador. Se trabajó en el diseño y elaboración de un mecanismo nacional de coordinación de políticas de control de tabaco.

**Diciembre de 2017.** Taller sobre "Implementación de las Directrices del Artículo 14 del CMCT-OMS". Países receptores de cooperación: Ghana, Mauritania, Togo y Maldivas.

**Diciembre de 2017.** el CCICT coordinó y fue proveedor de cooperación junto a India y Fiji en el taller sobre "Cumplimiento de la normativa de ambientes libres de humo de tabaco", al cual asistieron representantes de Surinam, Gambia, Iraq, Afganistán y Ghana.

**Enero de 2018.** Actividad de capacitación en "Intervención Mínima en Cesación de Tabaquismo" en Ecuador.

**Marzo de 2018.** Se brindó cooperación a Colombia, dentro del acuerdo bilateral de cooperación entre ambos países, a través de una actividad de capacitación sobre el Artículo 14 del CMCT-OMS (tratamiento de la dependencia al tabaco) y elaboración de una estrategia nacional de cesación del consumo de tabaco para Colombia.

#### **Implementación del Art. 14 del CMCT - Colombia**



Diciembre 2018 a Agosto 2019: Se realizó el proyecto “Aplicación del Artículo 14 del CMCT-OMS en población que vive con VIH y/o tuberculosis”, con el objetivo de elaborar una estrategia para integrar la cesación del consumo de tabaco en el tratamiento de la población portadora de dichas patologías en países de bajos y medianos ingresos. El proyecto se aplicó a dos países, Gambia y Ucrania, como un proyecto Piloto de Cooperación Sur-Sur. La metodología aplicada fue la de talleres de trabajo vía internet (Webinars), en número de 4 por cada país seleccionado para participar en el proyecto. Noviembre de 2019: Actividad de cooperación Sur-Sur en base a un taller diseñado por OMS, orientado a capacitar a integrantes del equipo de salud en la implementación de estrategias de abordaje de la dependencia al tabaco en el primer nivel de atención, por medio de la cual se capacitó a 102 técnicos de los equipos de salud de FOSALUD y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en El Salvador.

Además de las actividades descritas, el CCICT diseñó un modelo de intervención para la aplicación de las Directrices de los Artículos 8 y 14 del CMCT-OMS, en base al cual se realizan las actividades de cooperación sobre estos artículos. Actualmente está siendo programada una asistencia técnica a Honduras, a llevarse a cabo en el primer semestre de 2020. Los temas a abordar son: a) Capacitación en “Intervención mínima en el primer nivel de atención” en base a metodología desarrollada por OPS/OMS y ambientes libres de humo de tabaco.

### **5.3. Encuentros de Cooperación Sur-Sur y Triangular**

En el marco de sus actividades, el CCICT coordinó la realización y participó activamente en dos encuentros de Cooperación Sur-Sur y Triangular realizados en Montevideo, el primero en el año 2015 y el segundo en 2017. Las reuniones fueron organizadas por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Secretariado del CMCT-OMS con la coordinación del CCICT.

Ambos encuentros se desarrollaron con una metodología similar y con el mismo objetivo, que consistió en poner en contacto a potenciales proveedores de asistencia con aquellos países que solicitaban cooperación para fortalecer la implementación del Convenio Marco. Se trabajó en un formato que permitió la comunicación y el intercambio entre los asistentes y finalmente se acordaron una serie de proyectos, cada uno de ellos basado en los artículos de Convenio para los cuales se solicitaba asistencia. Se estableció cuáles serían los países proveedores y receptores de cooperación en cada uno de ellos, así como un plan de acción para su puesta en práctica.

Tal como fuera señalado en el informe presentado al Secretariado del Convenio, se detallan los proyectos implementados en ambos encuentros de cooperación.

#### **5.3.1 Encuentro de cooperación Sur-Sur y Triangular del año 2015**

Esta actividad tuvo lugar en setiembre de 2015 en Montevideo. Asistieron representantes de 22 países de las 6 regiones de OMS y contó con la participación de los 6 Knowledge Hubs establecidos hasta ese momento.



Como producto del encuentro se llevaron a cabo los siguientes 6 proyectos sobre los correspondientes artículos del tratado:

#### 5.3.1.1. Art. 5.2 del CMCT-OMS: Mecanismo de coordinación nacional

Se realizó a través de webinar, por medio de la que expertos de los países proveedores de cooperación junto a UNDP expusieron sobre experiencias exitosas y realizaron recomendaciones para el establecimiento de un mecanismo de coordinación nacional.

En la evaluación final más de la mitad de los países receptores participantes expresaron su satisfacción con los temas tratados y también con respecto a la utilidad de los conocimientos adquiridos para el diseño e instalación de un mecanismo de coordinación nacional en sus países.

#### 5.3.1.2. Art. 5.3 del CMCT-OMS: Interferencia de la industria tabacalera

Los proveedores de cooperación en este proyecto fueron Brasil, Filipinas y Tailandia. Se realizó un taller de 3 días de duración en Río de Janeiro, Brasil, durante los cuales cada país presentó su situación en relación al art. 5.3 que fue analizada y cada país receptor elaboró un plan de acción.

Como producto del trabajo conjunto se creó un repositorio de documentos en internet, donde compartir herramientas disponibles, documentos e información útil, se formó un grupo de trabajo dentro de la plataforma Ecollab y se invitó a los países a enviar documentos sobre las estrategias de la industria del tabaco al Observatorio de Actividades de la industria que funciona en Brasil, para que puedan servir como fuente de información para todos los Estados Parte. Se cumplió totalmente con el objetivo planteado para esta actividad, que consistió en facilitar el acceso de los países a las herramientas disponibles.

#### 5.3.1.3. Art. 6 del CMCT-OMS: Aumento de los impuestos al tabaco

Se llevó a cabo esta actividad en Manila, Filipinas. Se presentó la legislación vigente en Filipinas y, junto a expertos del Knowledge Hub de Cape Town, se procedió a analizar y realizar recomendaciones a los países receptores de cooperación, Mongolia y Malasia, para la elaboración de un proyecto de sistema tributario, en base a distintas opciones y el impacto que éstas podrían tener en caso de aprobarse su aplicación.

Ambos países receptores elaboraron un plan de impuestos para ser presentado en los respectivos países para su consideración.

#### 5.3.1.4. Art. 11 del CMCT-OMS: Asistencia técnica en empaquetado y etiquetado

Realizado en Bogotá, Colombia, con el objetivo de brindar asesoramiento en aspectos normativos y en el proceso de diseño, implementación y evaluación de advertencias sanitarias para su uso en el empaquetado de productos de tabaco.

La actividad permitió transmitir la experiencia de Uruguay a representantes del Ministerio de Salud y del Instituto de Cáncer de Colombia, así como compartir información tendiente a lograr una mejora en las advertencias sanitarias en Colombia, dado que en ese momento transcurría un proceso legislativo dirigido a aumentar su tamaño. En la misma instancia fue posible realizar una intervención para compartir e intercambiar acerca de la normativa sobre dispositivos electrónicos para fumar en Uruguay.

Como resultado no esperado, se logró reiniciar el trabajo institucional con la participación de diferentes organismos gubernamentales. Al mismo tiempo, se recibió una solicitud de cooperación en relación al tema impuestos, que fue apoyada por el CCICT a través del asesoramiento de un economista experto en política de impuestos y comercio ilícito de productos de tabaco.

#### 5.3.1.5. Art. 14 del CMCT-OMS: Tratamiento de la dependencia al tabaco

Los países proveedores fueron Panamá y Uruguay y se contó con la cooperación Triangular del Secretariado y de OPS/OMS. El objetivo del proyecto fue la elaboración de un plan de acción para la implementación de las Directrices del Artículo 14 del CMCT-OMS. Durante la actividad los 6 países receptores confeccionaron dicho plan y se logró un fortalecimiento de las capacidades de cada país para avanzar en la aplicación de este artículo.

Al momento de realizar un seguimiento de las actuaciones se evidenció un cambio en 3 de ellos como consecuencia de la cooperación recibida, a saber:

- elaboración de un protocolo para tratamiento de alcohol y tabaco en Surinam, en el cual se prioriza el tratamiento en el Primer Nivel de Atención.
- inclusión del tratamiento del tabaquismo en una ley integral, sometida a discusión en el Parlamento, en el caso de Bolivia.
- elaboración de un Plan Nacional de Cesación para Colombia, que incluyó capacitación en consejo breve de cesación.

#### 5.3.1.6. Art. 17 del CMCT-OMS: Cultivos alternativos al tabaco

Brasil tiene una vasta experiencia en medios alternativos al cultivo de tabaco en la zona de Río Grande do Sul, con un plan exitoso de que ha incluido la diversificación de miles de familias de agricultores.

A través de este proyecto, 3 países receptores realizaron un viaje de estudio a Brasil a fin de conocer la experiencia y tomar contacto con los cultivadores que han diversificado su producción. Asimismo, se trabajó en el análisis de la situación de cada país, sus fortalezas y debilidades, y sus propias posibilidades de diversificación.

Al finalizar se estableció una plataforma en internet para el intercambio de información y se elaboró un video que podrá ser usado en futuras actividades relacionadas con los Artículos 17 y 18 del CMCT-OMS.

Como consecuencia de la actividad, en Uruguay se formó un grupo de trabajo con distintos sectores de la sociedad en el departamento de Artigas, uno de los departamentos en que existe producción de tabaco, con el fin de analizar la posibilidad de elaborar un proyecto de reconversión para nuestro país. El grupo se integró con representantes de técnicos del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Ganadería y Agricultura, Ministerio de Desarrollo Social, Intendencia de Artigas y cultivadores de tabaco.

### 5.3.2 Encuentro de cooperación Sur-Sur y Triangular del año 2017

En mayo de 2017 tuvo lugar un segundo encuentro en Montevideo, denominado “Reunión de Cooperación Sur-Sur y Triangular para promover la implementación del CMCT-OMS en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, con la misma organización y metodología aplicada para en encuentro del año 2015.

#### Participantes del Encuentro de Cooperación S-S y Triangular – Año 2017



Contó con la presencia de delegaciones de 24 países de las distintas regiones, representantes de los Knowledge Hubs de Filipinas, Finlandia, Sud África y Uruguay, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Framework Convention Alliance (FCA), Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), la Unión Internacional contra la Tuberculosis

y Enfermedades Respiratorias (la Unión), Oficinas Regionales de OMS de América (OPS) y África (AFRO) y de la Oficina de país de OPS/OMS de Uruguay, así como del Secretariado del CMCT.

Se acordaron 8 proyectos de cooperación, en tres de los cuales Uruguay fue proveedor de cooperación: “Empaquetado y etiquetado de productos de tabaco”, “Cumplimiento de los ambientes libres de humo de tabaco” y “Capacitación en la implementación del Artículo 14 del CMCT-OMS”.

#### 5.3.2.1 Artículo 5.2 del CMCT-OMS – Mecanismo de coordinación nacional

Estuvo dirigido a 3 países solicitantes de cooperación y se desarrolló en 2 etapas. La primera parte comprendió 4 teleconferencias, una con cada país receptor y una cuarta en conjunto, a fin presentar y analizar la estructura de gobernanza y mecanismos de coordinación existentes en cada país. Brasil, como país proveedor, presentó la exitosa experiencia de su Comisión Interinstitucional para la Implementación del Convenio Marco (CONICQ).

La segunda fue presencial y tuvo lugar en Filipinas en abril de 2018 con la participación del Ministerio de Salud, Ministerio de Finanzas, Federal and Drug Administration (FDA), Comisión del Servicio Civil y la oficina local de OMS. Se intercambiaron experiencias en coordinación nacional en relación a la política de control de tabaco y capacitación práctica en técnicas de negociación.

#### 5.3.2.2 Artículo 5.3 del CMCT-OMS – Protección de las políticas de control de tabaco de la interferencia de la industria tabacalera

Con el objetivo de adquirir capacidades en el desarrollo de estrategias para contrarrestar la interferencia de la industria, se desarrolló esta actividad en Bangkok, Tailandia, en la cual fueron receptores de cooperación tres países: Burkina Faso, Gabón y Mauritania.

El trabajo se centró en el desarrollo de un código de conducta y en la definición de medidas para la solicitud de información a la industria del tabaco, priorizando los aspectos de salud pública sobre los de comercio.

#### 5.3.2.3 Artículo 6 – Impuestos al tabaco y Artículo 15 – Seguimiento y localización de acuerdo a lo establecido en el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabacología

Se trabajaron en conjunto los proyectos referidos a los Artículos 6 y 15 del Convenio, dado la relación entre ambas temáticas, lo cual resultó muy positivo.

La actividad comprendió tres talleres presenciales que tuvieron lugar en Ecuador, Sudáfrica y Filipinas, a través de los cuales se brindó asistencia a 12 países receptores. El apoyo triangular fue provisto, considerando los distintos talleres, por el Secretariado del CMCT, OPS/OMS, el KH de Cape Town, Cancer Research de Reino Unido, Southeast Asia Tobacco

Control Alliance, la Unión y la Oficina Regional de OMS (Western Pacific).

El objetivo fue aumentar la capacidad de los países para implementar un sistema de trazabilidad de los productos de tabaco y analizar la estructura tributaria. A lo largo de las 3 instancias se trabajó sobre un modelo de simulación de impuestos (TaxSim) así como el tema de impuestos al tabaco como un tema de salud, los sistemas de “seguimiento y localización” de productos y el problema del comercio ilícito.

#### 5.3.2.4 Artículos 9 y 10 – Laboratorio Nacional de Testeo del Tabacología.

Este proyecto no se llevó a cabo.

#### 5.3.2.5 Artículo 11 – Apoyo para la adopción del empaquetado neutro

El objetivo de la actividad fue fortalecer la capacidad de los países para desarrollar legislación sobre empaquetado neutro o genérico de los productos de tabaco así como difundir información sobre la evidencia existente.

De acuerdo a lo solicitado por los países receptores, Uruguay compartió la evidencia sobre empaquetado neutro, la legislación de los países que ya lo aprobaron y los aspectos a destacar del litigio “Philip Morris contra Uruguay” a través de un repositorio creado en internet. Se abordó el tema de las dificultades u obstáculos que enfrentan los países para avanzar en esta regulación. La asistencia triangular fue provista por OPS/OMS, el KH de Uruguay y el Secretariado del Convenio Marco.

#### 5.3.2.6 Artículo 14 – Capacitación en la implementación de las Directrices del Art.14 CMCT

En el marco de este proyecto se desarrollaron dos talleres con el objetivo de fortalecer la capacidad de los países para avanzar en la implementación del Artículo 14 del Convenio. Los países proveedores fueron Uruguay y Panamá. El apoyo triangular provino del Secretariado del CMCT, el CCICT de Uruguay y, en el caso del primer taller realizado en Montevideo, la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) y el International Tobacco Control Center del Reino Unido.

Cuatro de los 6 países receptores definieron una Estrategia Nacional de Cesación y todos adquirieron el conocimiento de herramientas para su elaboración. Se creó un repositorio de documentos e información.

### Taller sobre aplicación de las Directrices de Art. 14 del CMCT



#### 5.3.2.7 Artículo 8 – Cumplimiento de los espacios libres de humo de tabaco

Se realizó un encuentro presencial de tres días, con el objetivo de brindar herramientas para mejorar el cumplimiento con la legislación de control de tabaco, en especial la referida a ambientes libres de humo de tabaco.

Los países receptores de cooperación procedieron a una revisión de las Directrices del Artículo 8 y posterior comparación con su legislación, identificando sus carencias, en base a lo cual definieron objetivos y líneas de acción para la elaboración de un plan de acción y una estrategia para mejorar el cumplimiento de la normativa. Asimismo, se abordó el tema de fiscalización de la normativa y se presentaron las experiencias de Fiji, India y Uruguay, cada uno con sus características particulares.



### Taller sobre cumplimiento de la normativa de control de tabaco - Jaipur



#### 5.3.3. Recomendaciones surgidas de los encuentros de cooperación

El desarrollo y productos de los 14 proyectos de cooperación acordados en los encuentros de cooperación Sur-Sur y Triangular de 2015 y 2017 fueron analizados en el seno del CCICT y las conclusiones elevadas al Secretariado del CMCT-OMS en un documento que recogió las siguientes recomendaciones que surgen de las lecciones aprendidas tras la implementación del conjunto de proyectos:

- La falta de información acerca de los mecanismos de asistencia y recursos disponibles ha sido señalado por los Estados Parte del CMCT-OMS como uno de los obstáculos para avanzar en la implementación de sus disposiciones. (18) Las diferentes instancias de cooperación son una oportunidad para disminuir esa brecha, pero dado los recursos humanos y financieros que implican, debería generar un compromiso para las Partes tanto proveedoras como receptoras, cuando acuerdan participar en un proyecto.

- Del análisis surge que se trabajó sobre 9 artículos del CMCT-OMS en los 14 proyectos, ya que en algunos casos se solicitó asistencia para los mismos artículos tanto en 2015 como en 2017.

Se observó que la falta de conocimiento acerca del Convenio y sus Directrices en algunos casos afectó en forma negativa la efectividad del proyecto. Al mismo tiempo, la falta de información sobre la situación del país en materia de control del tabaco fue un obstáculo para la elaboración de planes de acción adaptados a su realidad nacional. Por lo expuesto, el CCICT elaboró un formulario de “Diagnóstico de situación nacional”.

Antes de llevar a cabo una actividad de cooperación se recomienda la realización de un trabajo preparatorio que incluya el estudio de la situación nacional en relación a la demanda de asistencia, así como la expresión de las necesidades específicas en relación a los artículos para los cuales se solicita cooperación, lo que permitirá la definición de objetivos claros y precisos.

- Es igualmente necesario un trabajo previo por parte de el/los países proveedores de asistencia a fin de coordinar un plan de trabajo, contenido de la actividad y los objetivos a alcanzar. Podría ser de utilidad, cuando sea posible, protocolizar la asistencia. En ese sentido, desde el CCICT se ha definido un modelo de intervención para la cooperación referida a los artículos 8 y 14 del Convenio Marco.
- Luego de cumplida la actividad, la sistematización de la información facilitará la necesaria evaluación del proyecto en cuanto a logro de los objetivos, resultados obtenidos, dificultades u obstáculos y lecciones aprendidas. Se recomienda el uso de un formato estandarizado para la presentación del informe de la actividad.
- Finalmente, la actividad de cooperación no es un fin en sí misma, sino un medio o herramienta para lograr un cambio en los países receptores de asistencia. El seguimiento permitirá estar informados acerca de los progresos alcanzados, eventuales obstáculos para la puesta en práctica del plan de acción elaborado o incluso, de ser necesario, acordar una cooperación adicional. Por lo tanto, durante la realización del proyecto de cooperación y como parte del mismo, se recomienda planificar la forma y momento en que se hará un seguimiento país a país.

La recomendación final del documento de análisis expresa: “Debería existir una secuencia lógica de eventos en la cooperación que van desde: revisión del CMCT-OMS y sus Directrices, análisis de la situación nacional, adquirir experiencias y conocimientos a través de la actividad de cooperación, diseñar o elaborar un borrador de plan de acción para avanzar en la implementación de las medidas para las cuales se solicitó cooperación, seguimiento y acompañamiento en la evolución del proceso”.

- Del análisis surge que se trabajó sobre 9 artículos del CMCT-OMS en los 14 proyectos, ya que en algunos casos se solicitó asistencia para los mismos artículos tanto en 2015 como en 2017.

Se observó que la falta de conocimiento acerca del Convenio y sus Directrices en algunos casos afectó en forma negativa la efectividad del proyecto. Al mismo tiempo, la falta de información sobre la situación del país en materia de control del tabaco fue un obstáculo para la elaboración de planes de acción adaptados a su realidad nacional. Por lo expuesto, el CCICT elaboró un formulario de “Diagnóstico de situación nacional”.

Antes de llevar a cabo una actividad de cooperación se recomienda la realización de un trabajo preparatorio que incluya el estudio de la situación nacional en relación a la demanda de asistencia, así como la expresión de las necesidades específicas en relación a los artículos para los cuales se solicita cooperación, lo que permitirá la definición de objetivos claros y precisos.

- Es igualmente necesario un trabajo previo por parte de el/los países proveedores de asistencia a fin de coordinar un plan de trabajo, contenido de la actividad y los objetivos a alcanzar. Podría ser de utilidad, cuando sea posible, protocolizar la asistencia. En ese sentido, desde el CCICT se ha definido un modelo de intervención para la cooperación referida a los artículos 8 y 14 del Convenio Marco.
- Luego de cumplida la actividad, la sistematización de la información facilitará la necesaria evaluación del proyecto en cuanto a logro de los objetivos, resultados obtenidos, dificultades u obstáculos y lecciones aprendidas. Se recomienda el uso de un formato estandarizado para la presentación del informe de la actividad.
- Finalmente, la actividad de cooperación no es un fin en sí misma, sino un medio o herramienta para lograr un cambio en los países receptores de asistencia. El seguimiento permitirá estar informados acerca de los progresos alcanzados, eventuales obstáculos para la puesta en práctica del plan de acción elaborado o incluso, de ser necesario, acordar una cooperación adicional. Por lo tanto, durante la realización del proyecto de cooperación y como parte del mismo, se recomienda planificar la forma y momento en que se hará un seguimiento país a país.

La recomendación final del documento de análisis expresa: “Debería existir una secuencia lógica de eventos en la cooperación que van desde: revisión del CMCT-OMS y sus Directrices, análisis de la situación nacional, adquirir experiencias y conocimientos a través de la actividad de cooperación, diseñar o elaborar un borrador de plan de acción para avanzar en la implementación de las medidas para las cuales se solicitó cooperación, seguimiento y acompañamiento en la evolución del proceso”.

## 6. Acciones futuras

Para un desarrollo eficiente de la labor del CCICT, se hace necesario identificar las líneas estratégicas prioritarias en las que centrar las futuras líneas de acción, a partir del intercambio de aportes de los distintos sectores participantes del Comité Asesor, y en base a los planes elaborados y acordados con el Secretariado del CMCT-OMS.

A tales efectos, en noviembre de 2019 se organizó una jornada de trabajo en el Comité Asesor, con la finalidad de revisar la actividad del CCICT y establecer recomendaciones hacia el futuro.

Al analizar las dificultades que han obstaculizado en los años previos el desempeño del Centro surgen como principales las siguientes:

- Falta de estructura propia, no sólo en cuanto al equipamiento sino también recursos humanos técnicos y administrativos.
- Carencia de financiamiento que dificulta la sostenibilidad del Centro.
- A pesar de que el CCICT está reconocido a nivel internacional, y es un compromiso del país con el Convenio Marco, el reconocimiento político específico a nivel nacional no fue el esperado, lo que probablemente está en la base de los dos puntos anteriores. Este es un punto que ha mejorado recientemente, con la designación del Dr. Jorge Quian como su Director General.
- Falta de visualización de la importancia estratégica del CCICT a nivel nacional.
- Carencia de mecanismos ágiles para el manejo de los fondos que recibe el CCICT para la ejecución de proyectos.
- Ausencia de alianzas con otros organismos nacionales, regionales o internacionales que pudieran actuar como socios en la prestación de cooperación.

A pesar de lo expuesto, el Centro ha desempeñado importantes actividades de cooperación, brindando asistencia a más de 30 países sobre distintos artículos del CMCT-OMS. El CCICT ha cooperado también en conjunto con agencias internacionales como OPS y PNUD, en la coordinación y organización de actividades.

La posición de Uruguay en el mundo en el tema de control de tabaco, así como los conocimientos, experiencia y buenas prácticas generadas vuelven necesario la adopción de medidas tendientes a subsanar las dificultades expresadas y garantizar la permanencia del CCICT.

El Centro de Cooperación debe verse como una herramienta de cooperación internacional en salud y, por lo tanto, constituye un elemento significativo para AUCL, dado que Uruguay recibe frecuentemente solicitudes de cooperación en salud, y representa uno de los elementos que posiciona a Uruguay en el sistema internacional.

Un análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas permite realizar un diagnóstico de la situación, a fin de planificar futuras líneas de acción.

## Fortalezas

- La institucionalidad derivada de la creación del CCICT como unidad de asesoría en cooperación dentro del Ministerio de Salud Pública.
- La composición interinstitucional de su integración, definida expresamente en la resolución ministerial que lo crea, en la que se integran organismos gubernamentales, instituciones públicas no estatales, la Academia y la sociedad civil.
- El CCICT dispone de un grupo técnico de buen nivel de formación y experiencia, constituido por personas e instituciones, muy comprometido con el control del tabaco, que ha posibilitado llevar adelante las actividades de cooperación.
- La imagen de país que presenta Uruguay en lo internacional en función de los avances en la implementación de la política de control de tabaco, que lo sitúan como un referente mundial.
- La trayectoria en la provisión de cooperación en el período 2014-2019, con la concreción de distintos proyectos a pesar de los obstáculos mencionados.
- La existencia de recursos humanos capacitados y reconocidos internacionalmente desde el punto de vista técnico, lo posiciona para ofrecer, además de cooperación, capacitación o entrenamiento en políticas de control de tabaco.

## Oportunidades

- La imagen de Uruguay a nivel internacional puede facilitar el acceso a proyectos y fuentes de financiamiento.
- La necesidad de asistencia y de capacitación que existe tanto a nivel nacional como internacional, que implica una oportunidad de demanda de cooperación para el CCICT.
- El Marco Estratégico a Mediana Plazo aprobado por la 8va. Conferencia de las Partes en 2018, que establece la importancia de la cooperación internacional para asistir a las Partes y de esa forma avanzar en la implementación del CMCT-OMS a nivel global. A tales efectos, el Marco Estratégico llama a fortalecer los centros de intercambio de conocimientos.
- Asimismo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 constituyen también un marco para la acción del CCICT, e incorpora miradas específicas a cuestiones como los derechos humanos y la visión de género, entre otros.
- La posibilidad de la formación de nuevos centros de conocimiento o Knowledge Hubs con los que coordinar acciones.
- La existencia de recursos financieros gestionados por AUCI destinados a cooperación Sur-Sur, así como recursos provenientes de distintas organizaciones internacionales interesadas en apoyar la cooperación internacional, en especial la cooperación Sur-Sur, como OPS/OMS, Unión Europea y otros países de altos ingresos.

## Debilidades

- Carencia de una estructura propia tanto administrativa como para el gerenciamiento técnico de las actividades.
- Escasez de recursos humanos técnicos y administrativos propios, y de recursos materiales incluido equipamiento.
- Falta de recursos financieros apropiados destinados al fortalecimiento del CCICT.
- Dificultades para explorar y acceder a fuentes de financiamiento externos.
- Falta de visibilidad del Centro a nivel nacional.
- Ausencia de alianzas estratégicas a nivel nacional.
- Necesidad de generar nuevos recursos humanos formados adecuadamente para desarrollar tanto cooperación técnica como capacitación.

## Amenazas

- El interés de otros países, con recursos económicos y financieros, de liderar la cooperación en control de tabaco.
- La incertidumbre respecto a la prioridad que se dará a las políticas públicas en salud y en especial al entendimiento de la potencialidad del CCICT como herramienta de cooperación internacional, debido al cambio de Administración que se está transitando.
- El accionar de la industria tabacalera en el marco de las actividades de comercio internacional.

De lo expuesto surgen algunas líneas de acción o recomendaciones con el fin de impulsar un mayor desarrollo del CCICT:

- Dotar al CCICT de una estructura con perfil de gestión y fuerte liderazgo, que deberá incluir personal técnico de control de tabaco, administrativo y de manejo de plataformas de comunicación, que deberá ser independiente del Programa Nacional para Control del Tabaco del Ministerio de Salud, aunque debe trabajar en forma coordinada con él.
- Dotar al CCICT de equipamiento adecuado que garantice la comunicación y el intercambio fluido con el Secretario del Convenio, los otros centros de intercambio de conocimientos, socios actuales o potenciales y los Estados Parte del Convenio.
- Dotar al CCICT de financiamiento que permita su sostenibilidad, independientemente de los fondos que puedan recibirse para la ejecución de proyectos concretos.
- Establecer un mecanismo que, con las garantías de transparencia debidas, permita la ejecución más ágil de los recursos financieros.
- Brindar al CCICT la posibilidad de convocar de una manera flexible a distintos expertos en control de tabaco de otras instituciones, cuyo perfil técnico dependerá de las necesidades de cooperación solicitadas.



- Realizar una sistematización de la información en cuanto a recursos financieros, expertise de las Partes y buenas prácticas.
- Elaboración de alianzas con organismos a nivel nacional, regional e internacional para la provisión de cooperación, según corresponda, buscando que dichas instituciones se involucren incluyendo el control del tabaco en sus planes o programas.
- Establecer un plan de capacitación con actividades periódicas a ser instrumentado por el CCICT como parte de la cooperación, que incluirá actividades tanto presenciales como a distancia, que permita entrenar puntos focales de otros países.
- Establecer un plan de capacitación interna a nuevos colaboradores, como forma de estandarizar y actualizar conocimientos y destrezas, y de esta forma generar una masa crítica de técnicos expertos en control de tabaco.
- Dar continuidad a la agenda elaborada en concordancia con los objetivos del CCICT, comunicada al Secretariado y sobre la cual se está trabajando.
- Aumentar la visibilización del CCICT a nivel nacional, a través de la difusión de sus planes de acción y logros obtenidos, no sólo a las autoridades sino a la población en general.
- Explorar la posibilidad de realizar un encuentro presencial bi o trianual en Uruguay, con el objetivo de poner en contacto al CCICT con referentes de la región y de esa forma aumentar la eficiencia en el uso de los recursos financieros para cooperación.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Datos y cifras. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Ver en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Objetivos de Desarrollo Sostenible. En: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
4. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Disponible en: [https://www.who.int/fctc/text\\_download/es/](https://www.who.int/fctc/text_download/es/)
5. MPOWER [https://www.who.int/fctc/text\\_download/](https://www.who.int/fctc/text_download/). Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. OMS. 2008. En: [https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf?ua=1)
6. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. 2019. Ofrecer ayuda para dejar el tabaco. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326072/WHO-NMH-PND-2019.5-spa.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro para el Control de Enfermedades y Prevención, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2009.
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro para el Control de Enfermedades y Prevención, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2017.
9. Observatorio Uruguayo de Drogas. Junta Nacional de Drogas. OEA-SIDUC. Primera Encuesta Nacional y Segunda de Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media JND / OEA - SIDUC. 2003.
10. Observatorio de Drogas. Junta Nacional de Drogas. Sexta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Uruguay 2014. 2014.
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro para el Control de Enfermedades y Prevención, Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Salud Pública. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS). Fact Sheet. Uruguay. 2014.
12. Sebríé E, Sandoya E, Hyland A, Bianco E, Glantz S, Cummings KM. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tob Control*. 2013;22(0):1-13.
13. Kalkhoran S, Sebríé E, Sandoya E, Glantz S. Effect of Uruguay's National 100% Smokefree Law on Emergency visits for bronchospasm. *Am J Prev Med*. 2015;49(1):85-8.
14. Blanco-Marquizo A, Goja B, Peruga A, Jones MR, Yuan J, Samet JM, et al. Reduction of secondhand tobacco smoke in public places following national smoke-free legislation in Uruguay. *Tob Control*. 2010;19(3):231-4.
15. Hyland A, Travers MJ, Dresler C, Higbee C, Cummings KM. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tob Control*. 2008;17(3):159-65.
16. Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones. Laudo Arbitral Philips Morris contra Uruguay. 2016.
17. FCTC/COP/7/17. En: <https://www.who.int/fctc/cop/cop7/Documentation-Main-documents/es/>
18. FCTC/COP/7/18. En: <https://www.who.int/fctc/cop/cop7/Documentation-Main-documents/es/>





