



# LUCHANDO LA ÚLTIMA GUERRA:

LA OMS Y EL CONTROL  
INTERNACIONAL DEL TABACO

GLOBAL STATE OF TOBACCO  
HARM REDUCTION

# **LUCHANDO LA ÚLTIMA GUERRA:**

**LA OMS Y EL CONTROL  
INTERNACIONAL DEL TABACO**



**GLOBAL STATE OF TOBACCO  
HARM REDUCTION**

---

***Luchando la Última Guerra: La OMS y el Control Internacional del Tabaco***

©Knowledge•Action•Change 2021

Autor: Harry Shapiro

Editor: Ruth Goldsmith

Compilación de datos: Tomasz Jerzyński

Coordinador de producción: Grzegorz Król

Diseño y maquetación del informe: WEDA sc: Urszula Biskupska

Gestión del proyecto: Profesor Gerry Stimson, David MacKintosh y Paddy Costall

Imagen de portada: 'Platinum' en vectorhq.com

El informe está disponible en: <https://gsth.org>

Knowledge•Action•Change, 8 Northumberland Avenue, London WC2 5BY ©

Knowledge•Action•Change 2021

ISBN: 978-1-7398231-0-8

Cita: *Luchando la Última Guerra: La OMS y el Control Internacional del Tabaco*.

Londres: Knowledge•Action•Change, 2021.

Los derechos de autor del material original pertenecen a K•A•C, salvo que se indique lo contrario. El material puede ser reproducido con sujeción a un uso justo sin necesidad de obtener primero el permiso de K•A•C y con sujeción al reconocimiento utilizando la cita anterior.

La concepción, el diseño, el análisis y la redacción de este informe fueron realizados de forma independiente y exclusiva por Knowledge•Action•Change. Este trabajo fue financiado con una subvención de la Foundation for a Smoke-Free World, Inc. (FSFW), una fundación privada estadounidense sin ánimo de lucro 501(c)(3). La FSFW no tuvo ningún papel en la planificación, ejecución o publicación de este informe.

## Acerca del proyecto Estado Mundial de la Reducción de Daños ante el Tabaquismo (GSTHR)

La reducción de daños es una serie de políticas, normativas y acciones pragmáticas que reducen los riesgos para la salud proporcionando formas más seguras de productos o sustancias o fomentan comportamientos menos arriesgados. La reducción del daño ante el tabaquismo (THR), con productos de nicotina más seguros (SNP), ofrece nuevas opciones a millones de personas en todo el mundo que quieren dejar de fumar o de consumir otras formas peligrosas de tabaco, pero que no han podido hacerlo con las otras opciones disponibles.

Desde 2018, la agencia de salud pública Knowledge•Action•Change (K•A•C), con sede en el Reino Unido, ha elaborado dos informes bienales en los que examina los avances y los obstáculos para la reducción de los daños ante el tabaco en todo el mundo:

*No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018* y *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Los resúmenes ejecutivos de ambos informes están disponibles en varios idiomas, así como las traducciones al chino de las ediciones completas de 2018 y 2020.

Además, K•A•C publica informes más cortos como este, impulsados por los principios clave del proyecto GSTHR. El primero, *Tobacco Harm Reduction and the Right to Health*, se publicó en enero de 2020 y puede leerse en 13 idiomas. El segundo, *Tobacco Harm Reduction: a Burning Issue for Asia*, se publicó en abril de 2021. Todas las publicaciones y traducciones del GSTHR pueden descargarse en el sitio web del GSTHR, <https://gsth.org>.

El sitio web de GSTHR ofrece un importante recurso para los investigadores de la reducción de daños ante el tabaco y el tabaquismo. El sitio permite a los usuarios buscar, comparar y crear visualizaciones de datos a medida utilizando estadísticas actualizadas sobre la reducción del daño ante el tabaco y el tabaquismo en más de 200 países y territorios. También hay una gran cantidad de gráficos e infografías descargables que se pueden utilizar gratuitamente en las presentaciones.

Visite <https://gsth.org> para obtener más información.

### Terminología

Se utilizan varios términos para referirse a los productos THR, como “productos de riesgo reducido” y “sistemas electrónicos de suministro de nicotina” y “sistemas electrónicos de suministro sin nicotina” (ENDS y ENNDS, términos preferidos por la OMS). Este informe utiliza el término productos de nicotina más seguros (SNP) como expresión colectiva para los dispositivos de vapeo de nicotina, los productos de tabaco calentado (HTP) y los productos de nicotina oral más seguros, como el snus pasteurizado de estilo sueco y las bolsas de nicotina sin tabaco.

A menos que citeamos documentos, no utilizamos el término “cigarros electrónicos” para describir los dispositivos de vaporización de nicotina. El término es engañoso para los profesionales de la salud, los políticos y el público en general, ya que asocia estrechamente estos nuevos productos con los cigarros. Sin embargo, los dispositivos de vapeo no queman tabaco y no emiten humo tóxico que dañe a los transeúntes. Muchos dispositivos modernos de vapeo no se parecen físicamente a los cigarros tradicionales.

# Contenido

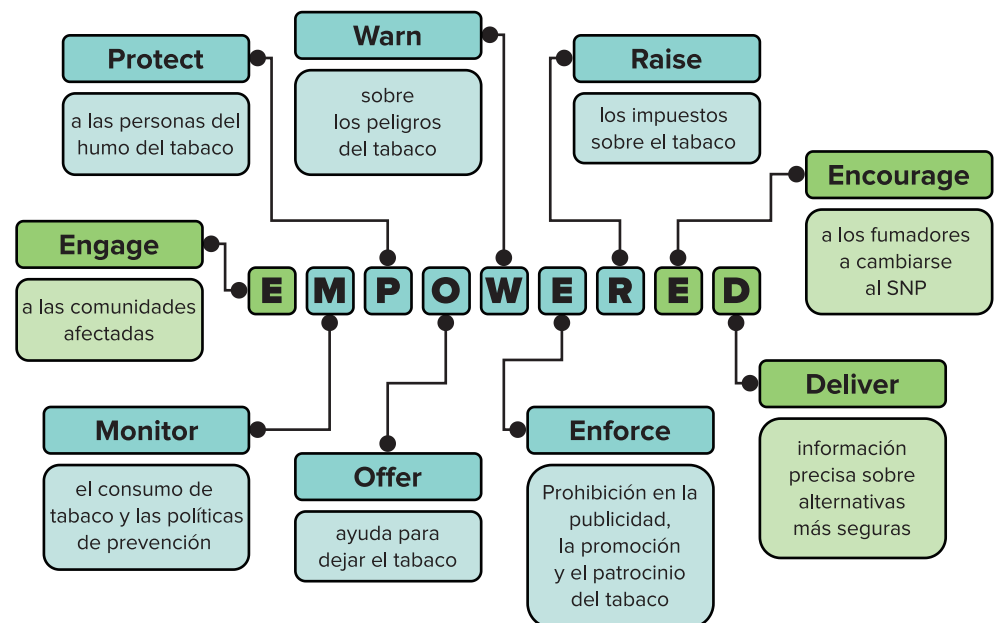
<b>Mensajes clave</b>	<b>5</b>
<b>1: Todavía hay demasiados rezagados: el contexto del informe</b>	<b>7</b>
La ambición	7
La realidad	8
El fracaso de la ambición	10
¿Luchando la última guerra?	12
<b>2: Contraatacar a las grandes tabacaleras: los antecedentes del Convenio Marco para el Control del Tabaco</b>	<b>13</b>
La verdad saldrá a la luz	13
Acción internacional contra una industria transnacional	14
La salud pública por encima de los intereses económicos	15
<b>3: Control internacional del tabaco: estructura y funciones</b>	<b>17</b>
El Convenio Marco para el Control del Tabaco	18
La Conferencia de las Partes	19
Estructura de las reuniones	20
Un mundo de pre-reuniones	20
Información para la toma de decisiones	21
La red de apoyo de la COP	21
El papel de los observadores no estatales de la COP	22
¿Un respiro de aire fresco?	23
<b>4: Reducción del daño ante el tabaquismo</b>	<b>25</b>
Más allá de “dejar de fumar o morir”	25
¿Qué es la reducción de daños?	25
La reducción del daño ante el tabaquismo: de la concepción a la realidad	26
La reducción de daños ante el tabaquismo funciona	28
<b>5: Guerra de trincheras: la OMS, los aliados y los financiadores</b>	<b>30</b>
Se abre un nuevo frente	30
Secretaría del CMCT: el control del tabaco fuera de control	31
La COP y la historia del SNP	32
Productos de nicotina más seguros en la COP 9	33
Directrices	34
Artículo 5.3 - Las consecuencias de las directrices	35
Iniciativa Libre de Tabaco de la OMS	36
Organizaciones no gubernamentales	37
Bloomberg Philanthropies	40
<b>6: ¿Qué se puede hacer? Nuevas ideas para el siglo XXI</b>	<b>43</b>
Un imperativo moral para actuar	43
Avanzar hacia la reducción del daño ante el tabaquismo	43
De MPOWER a EMPOWERED	45
<b>7: Reflexiones finales</b>	<b>46</b>

## Mensajes clave

1. A pesar de todos los esfuerzos de control del tabaco, todavía hay 1.100 millones de fumadores en todo el mundo y muchos cientos de miles de personas que consumen otros productos peligrosos de tabaco. El tabaquismo causa ocho millones de muertes al año y se prevé que se pierdan mil millones de vidas para 2021. El 80% de los fumadores viven en países de ingreso mediano y bajo (PIMB). En ellos recae la mayor parte de las muertes y enfermedades.
2. La OMS afirma que su estrategia de control del tabaco MPOWER “protege” o “cubre” a 5.300 millones de personas de las muertes y enfermedades causadas por el tabaco. En realidad, los procesos burocráticos y políticos de aprobación de la legislación de control del tabaco no protegen a nadie a menos que existan los recursos financieros necesarios para aplicar la legislación, un problema particular en los PIMB, donde los recursos son escasos.
3. Existe un conjunto sustancial de pruebas independientes a nivel mundial que demuestran que los productos de nicotina más seguros (SNP) son significativamente más seguros que cualquier producto de tabaco combustible y muchos tipos de productos de tabaco de uso oral.
4. Muchos fumadores dejarán de fumar con éxito utilizando terapias de apoyo para dejar de fumar o de sustitución de la nicotina. Para aquellos que no quieren dejar la nicotina, el cambio a productos de nicotina más seguros ofrece un beneficio potencial sustancial para la salud pública de los fumadores adultos, sus familias y los transeúntes, a un bajo costo para los gobiernos.
5. La OMS y sus ONG aliadas siguen librando una batalla histórica contra la industria del tabaco a pesar de la aparición de nuevas tecnologías. Las pruebas demuestran que estos productos son significativamente menos arriesgados que el tabaco de combustión y tienen un papel que desempeñar en la reducción de daños.
6. Para la OMS y sus ONG aliadas, el objetivo del control del tabaco ha pasado de la protección contra el tabaco y el tabaquismo a la protección contra la propia nicotina. La tecnología innovadora de la nicotina no combustible y las pruebas que la respaldan han avanzado; la política de control del tabaco está congelada en el tiempo.
7. La salud pública no se ve favorecida por el hecho de disuadir a los fumadores adultos de pasarse al tabaco sin combustión, ni por la aplicación de normativas excesivamente restrictivas que impiden a los consumidores actuales acceder a productos de nicotina más seguros. La industria tabacalera tradicional es la única ganadora, ya que el fin de los cigarrillos combustibles será desaparecer en el futuro.
8. La “misión rastreadora” del control internacional del tabaco, que ha pasado de la protección contra el humo del tabaco a una guerra contra la nicotina en todas sus formas, es particularmente atroz; la campaña mundial contra el tabaco está financiada por intereses filantrópicos occidentales neo-coloniales que persiguen su propia agenda. Los países de ingresos bajos y medios, cuyas poblaciones son las más afectadas por los daños relacionados con el tabaquismo, son los que más pierden.
9. La Secretaría del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y sus ONG acreditadas por la OMS ejercen una influencia indebida y malsana en las deliberaciones previas y durante las reuniones de la Conferencia de las Partes (COP) del CMCT sobre la política internacional en materia de tabaco y nicotina, así como en la aplicación e interpretación posterior a la COP de las decisiones de la reunión.
10. Es inaceptable que la COP, como reunión internacional de funcionarios gubernamentales financiada en última instancia por los impuestos de los ciudadanos, esté envuelta en un secreto comparable al del Consejo de Seguridad de la ONU.
11. Las Directrices del artículo 5.3 del CMCT se interpretan en exceso. El propio artículo 5.3 establece razonablemente que los gobiernos deben ser abiertos

y transparentes en sus relaciones con la industria del tabaco. Las Directrices añaden detalles al respecto. La intención del CMCT nunca fue cerrar del todo el diálogo entre la salud pública y la industria, y mucho menos ser la justificación de la creciente gama de ataques y falta de plataformas que sufren los defensores de la reducción de daños del tabaco.

12. La negativa de la OMS y de otros organismos a respaldar los SNP a pesar de las importantes pruebas internacionales a favor de su papel en la cesación tabáquica sugiere que hay poca preocupación por los actuales fumadores adultos. Los esfuerzos se centran totalmente en el terreno político aceptable de la prevención dirigida a los jóvenes.
13. El control internacional del tabaco debe volver a centrarse en la obtención de resultados tangibles que reduzcan las muertes y enfermedades derivadas del tabaquismo entre los fumadores adultos. Una revisión radical del CMCT es improbable, y tampoco es necesaria. Se puede lograr mucho mediante la recalibración y los cambios en la forma de aplicar el Convenio a nivel nacional.
14. Las Partes deben ejercer su control sobre el CMCT, en lugar de dejar que la Secretaría asuma el liderazgo, y examinar todas las opciones para ampliar la rampa de salida del tabaco. Debería crearse un Grupo de Trabajo sobre la Reducción del Daño ante el Tabaco. Un objetivo primordial sería establecer una clara distinción entre productos de nicotina más seguros, combustibles y no combustibles. El CMCT entró en vigor antes de que se generalizara el consumo de nicotina, por lo que es necesario prestar más atención al elemento de reducción de daños que contiene el CMCT.
15. La estrategia de aplicación de MPOWER debería reconfigurarse para rectificar los actuales déficits de la política internacional de control del tabaco. MPOWER debería convertirse en EMPOWERED.



16. La RDT (reducción de daños ante el tabaquismo) tiene un papel complementario que desempeñar en el control del tabaco y la reducción del consumo de cigarrillos. Su potencial puede hacerse realidad si la comunidad internacional de control del tabaco, liderada por la OMS, puede desglosar los productos de tabaco combustibles de los no combustibles en sus deliberaciones políticas y legislativas.

# 1: Todavía hay demasiados rezagados: el contexto del informe

## La ambición

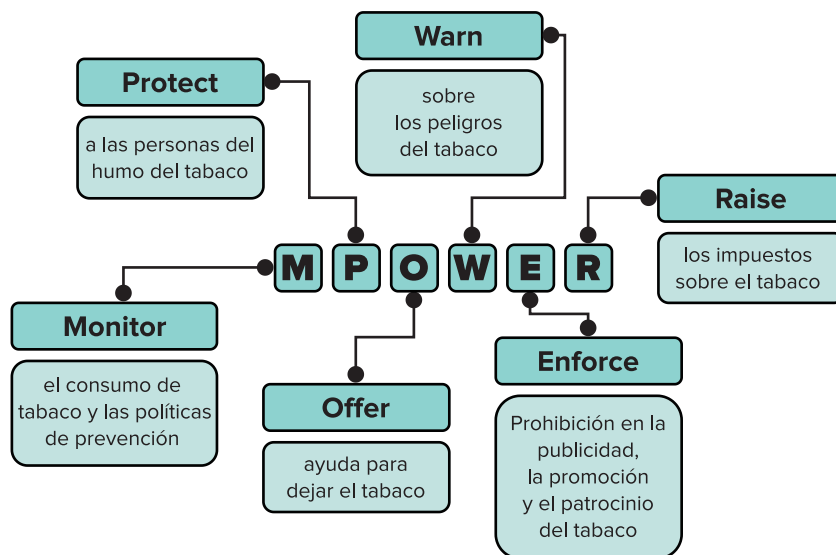
El principal motor político que impulsa el esfuerzo internacional para combatir la epidemia de tabaquismo es el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), que entró en vigor en 2005. Esto permitió la creación de la Conferencia de las Partes (COP), reuniones periódicas que reúnen a delegaciones de representantes gubernamentales que discuten la aplicación de las medidas del CMCT.

‘El “control del tabaco” se define en el artículo 1d:

*Por “control del tabaco” se entiende una serie de estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños que tienen por objeto mejorar la salud de una población eliminando o reduciendo su consumo de productos del tabaco y su exposición al humo del tabaco”<sup>1</sup>*

En cuanto a la forma en que se ha aplicado el control del tabaco desde 2005, es importante señalar que uno de los objetivos declarados y acordados por todas las Partes en el CMCT era proteger a las poblaciones reduciendo los daños causados por la exposición al humo de tabaco. Sea cual sea la intención, en los artículos no se hace ninguna diferenciación en cuanto a los riesgos de la exposición al humo de tabaco entre fumadores o transeúntes, por lo que, según la letra del Convenio, los fumadores no están excluidos de esta definición.

En 2007, la OMS puso en marcha un proceso y un mecanismo de seguimiento para aplicar el CMCT, conocido como MPOWER:



El tabaquismo es la principal causa prevenible de las enfermedades no transmisibles (ENT). También es el único factor de riesgo común a los cuatro grupos principales de ENT: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas y diabetes. Por lo tanto, reducir el consumo de tabaco es fundamental para disminuir la incidencia mundial de muertes por ENT, una ambición que se refleja y cuantifica en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. El Objetivo 3 de la Agenda es “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, con una meta específica (3.4) de “reducir las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030”.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> The Framework Convention on Tobacco Control (2005): [https://www.who.int/fctc/text\\_download/en/](https://www.who.int/fctc/text_download/en/)

<sup>2</sup> United Nations. *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. UN, 2015, p.20. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>

el tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedades no transmisibles

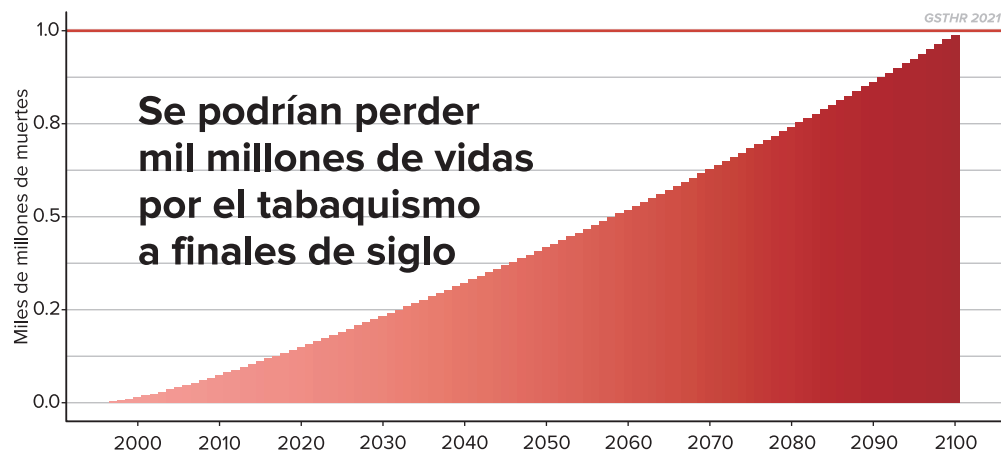


Colillas desechadas.  
Crédito: Pawel Czerwinski en Unsplash

## La realidad

En 1997, el informe sobre la Carga Mundial de Morbilidad (GBD) estimó que alrededor de tres millones de personas morían anualmente por el consumo de tabaco y preveía un fuerte aumento en las décadas siguientes. Este análisis era tristemente correcto. La cifra había aumentado a cinco millones en 2002, con una proyección de la OMS de ocho millones para 2030.<sup>3</sup> En 2021, el número de muertes anuales ya superaba los ocho millones, incluidos los fallecidos por la exposición al humo de segunda mano. En 2001, el profesor Richard Peto, uno de los principales expertos en mortalidad por tabaquismo, calculó que se perderían mil millones de vidas para finales de siglo, una previsión que no ha cambiado.<sup>4</sup> Y aunque hay muchos miles de muertes por productos de tabaco de uso oral, el Instituto de Métrica y Evaluación Sanitaria (IHME) calcula que el 99,9% de todas las muertes relacionadas con el tabaco son causadas por el tabaquismo.<sup>5</sup>

**Suma acumulada de muertes por tabaquismo.  
Proyección asumiendo que la tendencia no cambia**



Referencia: recopilación de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2019). Carga global de enfermedades (GBD 2019). IHME, Universidad de Washington. <http://www.healthdata.org/gbd/2019> y estimación de Peto, R., & López, A. D. (2001). Futuros efectos en la salud mundial de los actuales patrones de tabaquismo. (pp. 154-161). Jossey-Bass. <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:114032>

<sup>3</sup> Mathers, C and Loncar, D. *Updated projections of global mortality and burden of disease 2002-2030: sources, methods and results*. WHO, 2005

<sup>4</sup> Peto R and Lopez AD. *Future worldwide health effects of current smoking patterns*. In: Koop CE, et al. eds. *Critical issues in global health*. San Francisco: Wiley (Jossey-Bass), 2001: 154-61.

<sup>5</sup> Ritchie, Hannah and Roser, Max. 'Smoking'. Our World In Data (updated 2021). <https://ourworldindata.org/smoking>

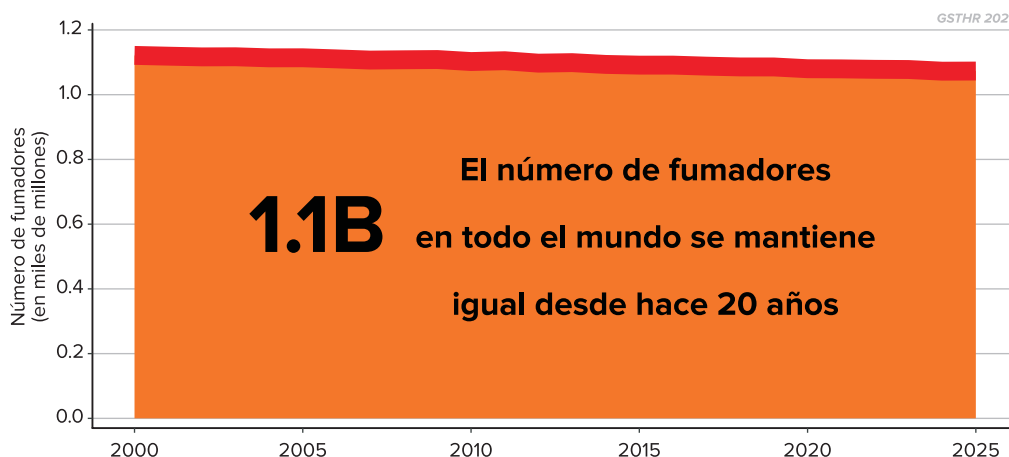


Un hombre fuma en la calle en Karnataka, India.  
Crédito: Vaisakh MV en Unsplash

La prevalencia del tabaquismo y, por lo tanto, las muertes relacionadas con el mismo han disminuido en los países de ingresos altos (PIA) durante varias décadas, pero el crecimiento de la población significa que todavía hay 1.100 millones de fumadores en todo el mundo. Los PIBM soportan la carga de muerte y enfermedad que supone el tabaquismo, ya que suponen alrededor del 50% de todas las muertes relacionadas con el tabaquismo a nivel mundial.<sup>6</sup> Sin embargo, los datos de los PIBM pueden subestimar la magnitud de las pérdidas. Como afirma la OMS, “los países de ingresos altos disponen de sistemas para recopilar información sobre las causas de muerte de la población. Muchos países de ingresos bajos y medios no disponen de tales sistemas, y el número de muertes por causas específicas tiene que estimarse a partir de datos incompletos”<sup>7</sup>

Los países de ingresos medianos y bajos también son los más afectados por las enfermedades no transmisibles. Tres cuartas partes de las muertes por ENT se producen en los PIBM, donde los sistemas sanitarios no suelen contar con los recursos necesarios para ofrecer tratamientos oportunos y adecuados.<sup>8</sup>

**99.9 %**  
de las muertes relacionadas con el tabaco son causadas por el tabaquismo



Fuente de datos: OMS. (2019). Informe mundial de la OMS sobre las tendencias de la prevalencia del consumo de tabaco 2000-2025, tercera edición. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>

<sup>6</sup> Tobacco Harm Reduction: A Burning Issue for Asia. London: Knowledge Action Change (2021), p.9. <https://gsth.org/report/2021/burning-issue-for-asia/chapter-1>

<sup>7</sup> The Global Health Observatory, WHO. Total NCD deaths (in thousands). <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-ncd-deaths-in-thousands>

<sup>8</sup> Factsheet: Noncommunicable diseases, WHO. (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

## El fracaso de la ambición

La OMS alaba a menudo el éxito de MPOWER; el informe más reciente (2021) sobre su progreso afirmaba que 5.300 millones de personas estaban “cubiertas” por al menos un elemento de MPOWER hasta el “máximo nivel de logro”<sup>9</sup>. Pero el elogio de la “cobertura” por “al menos una medida de MPOWER” empieza a parecer menos impresionante dado que MPOWER se lanzó en 2007. Esto se agrava aún más cuando se revela que casi el 30% de los países que han firmado el CMCT no han promulgado ni un solo elemento de MPOWER. Y un análisis más detallado muestra que, de los 49 países que no tienen ningún elemento en vigor, 41 son PIMB.<sup>10</sup> También hay que tener en cuenta que “cubierto” a menudo significa poco más que la promulgación de leyes a menudo inaplicables, especialmente en los PIMB donde los recursos son escasos.



La bandera de la OMS.  
Fuente: Flickr

**la mayoría de los elementos de MPOWER no alivian directamente la muerte y la enfermedad causadas por el tabaquismo**

De manera crítica, la mayoría de los elementos de MPOWER no alivian directamente las muertes y enfermedades causadas por el tabaquismo. Se trata principalmente de medidas legislativas que, por lo demás, son relativamente baratas y fáciles de promulgar. Lo que es mucho más caro, especialmente para los PIBM con sistemas sanitarios frágiles y la necesidad de centrarse en las enfermedades transmisibles, es “O – Ofrecer ayuda a los fumadores para que dejen de fumar”. Y, según admite la propia OMS, la prestación de este elemento es la más débil, ya que el 70% de la población mundial no tiene acceso a servicios completos para dejar de fumar.

Incluso cuando las políticas de los países se citan como “mejores prácticas”, la verdad sobre el terreno puede ser muy diferente. La India es el único país de ingresos bajos que figura en la lista de la OMS como país con mejores prácticas en la prestación de servicios de apoyo. Sin embargo, un estudio sobre la disponibilidad y asequibilidad de la terapia de sustitución de la nicotina y los medicamentos para dejar de fumar en el estado indio de Kerala reveló que no había productos disponibles en los centros sanitarios públicos y que sólo se podían adquirir en algunas farmacias privadas.<sup>11</sup> La situación sería aún más grave para los millones de consumidores de tabaco que viven en zonas rurales.

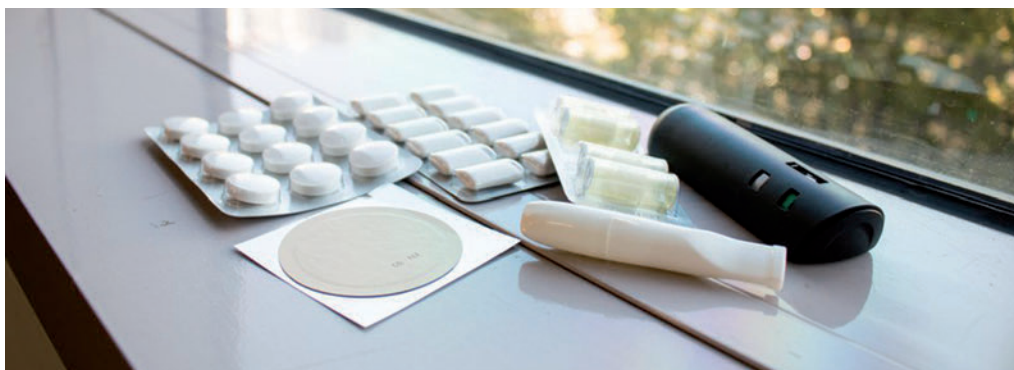
La OMS afirma que la lentitud de los avances en la reducción de los niveles de tabaquismo en los países más pobres se debe a que la introducción de políticas sólidas de control del tabaco se ha visto obstaculizada por los grupos de presión de la industria tabacalera. Es posible que los grupos de presión sean un problema, pero

<sup>9</sup> WHO. *WHO report on global tobacco epidemic: addressing new and emerging products 2021*. WHO, 2021. <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021>

<sup>10</sup> *ibid.*

<sup>11</sup> Sarma Smitha et al. (2017). Availability, Sales, and Affordability of Tobacco Cessation Medicines in Kerala, India. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(11), e004108. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004108>

esta explicación por sí sola no reconoce los importantes problemas que se derivan de la falta de voluntad de los países para financiar las medidas de control del tabaco reconocidas internacionalmente, al menos desde el colapso financiero de 2007-08 y aún más en la era del COVID.

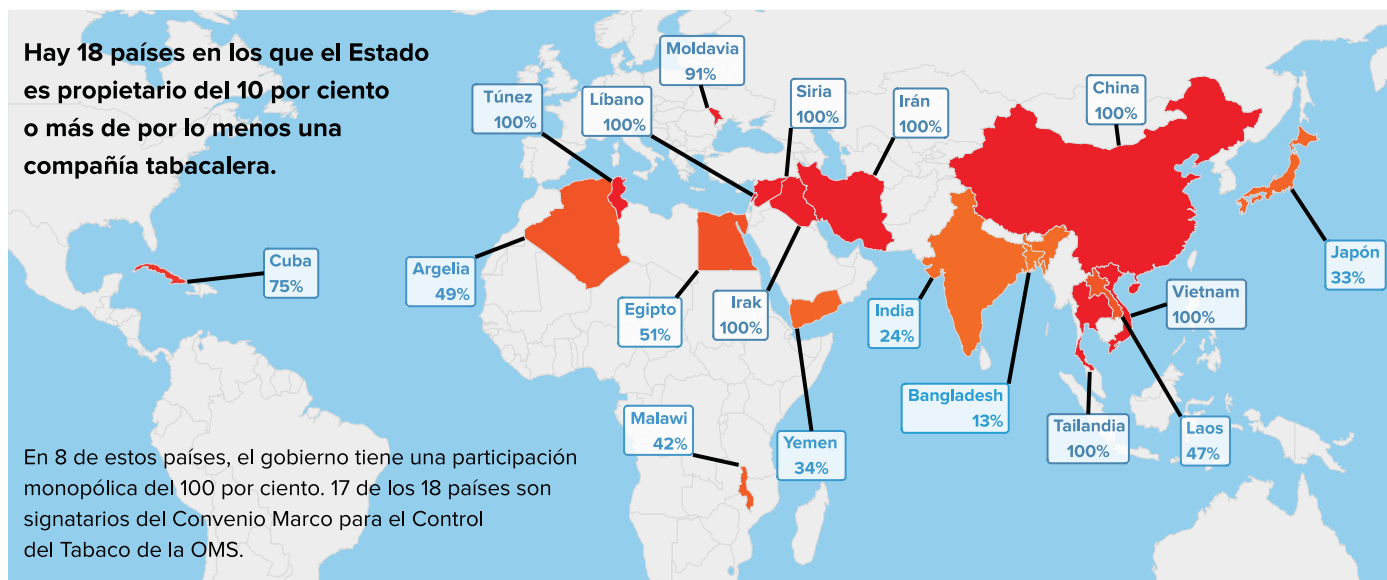


Una gama de productos de sustitución de la nicotina. Fuente: Google

hay **18** países en los que el Estado posee el **10%** o más de al menos una empresa tabacalera

También persisten los conflictos de intereses de muchos países con un lugar en la mesa de la COP que tienen participaciones sustanciales, si no monopólicas, en sus industrias tabacaleras nacionales. Hay 18 países en los que el Estado posee el 10% o más de al menos una empresa tabacalera. Los gobiernos de China, Irak, Irán, Líbano, Siria, Tailandia, Túnez y Vietnam tienen un interés de monopolio del 100%. Todos menos dos son signatarios del CMCT. La Corporación Nacional China del Tabaco (CNTC) supera a todas las demás multinacionales del tabaco con el 44% del mercado mundial de cigarrillos. La tabacalera estatal india ITC está entre las cinco primeras, por detrás de CNTC, British American Tobacco (BAT), Philip Morris International (PMI) y Japan Tobacco International (JTI), y el gobierno japonés posee un tercio de ese negocio.<sup>12</sup>

**8** países tienen un interés de monopolio del **100%** en su empresa tabacalera nacional



En cuanto a la cuestión más amplia de la lucha contra las enfermedades no transmisibles, el panorama es igualmente sombrío. Un informe de la OMS sobre las ENT señalaba que “las acciones de los países contra las ENT son, en el mejor de los casos, desiguales. Las inversiones nacionales siguen siendo lamentablemente escasas y no se movilizan suficientes fondos a nivel internacional... No hay excusa para la inacción, ya que tenemos soluciones basadas en la evidencia”.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Malan, D and Hamilton, B. *Contradictions and conflicts: state ownership of tobacco companies and the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Just Managing Consulting, 2020.

<sup>13</sup> WHO. *Time to deliver: report of the WHO independent high-level commission on non-communicable diseases*. WHO, 2018, p.4 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272710>

## ¿Luchando la última guerra?

¿Qué está fallando? En esencia, la OMS, los gobiernos y las agencias médicas que cumplen, las ONG aliadas y los financiadores están librando la última guerra contra la industria del tabaco. Hay muchos ejemplos históricos, desde el siglo XIX hasta la guerra de Vietnam, en los que los generales asumieron que el entorno político y tecnológico del conflicto actual no cambiaba con respecto al anterior. Invariablemente, esto tuvo resultados mortales para los que estaban en el frente, mientras los generales observaban desde la distancia.



Fotografía que muestra a las tropas británicas utilizando un periscopio de trinchera y un espejo de trinchera para observar la tierra de nadie.

Fuente: Biblioteca Nacional de Escocia

**la OMS, los gobiernos y las agencias médicas que cumplen, las ONG aliadas y los financiadores están librando la última guerra contra la industria del tabaco**

Las estadísticas demuestran que seguir con las mismas estrategias y tácticas de siempre para reducir el tabaquismo en el mundo no es suficiente para cumplir con el imperativo de la salud pública. Repitiendo las palabras de la OMS, “no hay excusa para la inacción, ya que tenemos soluciones basadas en pruebas”.

Los nuevos enfoques para el siglo XXI se basan en el principio de la reducción del daño ante el tabaco (THR), basado en animar a los actuales fumadores a cambiar a productos de nicotina más seguros (SNP). Su aplicación requiere nuevas estrategias y una nueva forma de pensar. En cambio, y por diversas razones, quienes tienen la responsabilidad de mostrar un liderazgo mundial en la lucha contra el problema del tabaquismo están cavando trincheras cada vez más profundas.

## 2: Contraatacar a las grandes tabacaleras: los antecedentes del Convenio Marco para el Control del Tabaco

### La verdad saldrá a la luz

En 1954, tras las primeras investigaciones que sugerían una relación entre el tabaquismo y el cáncer, las principales empresas tabaqueras de EE.UU. publicaron una “Declaración sincera a los fumadores de cigarros” en la que negaban que sus productos fueran peligrosos y afirmaban que sólo tenían en cuenta los intereses de sus clientes.<sup>14</sup>

**A Frank Statement  
to Cigarette Smokers**

RECENT REPORTS on experiments with mice have given wide publicity to a theory that cigarette smoking is in some way linked with lung cancer in human beings.

Although conducted by doctors of professional standing, these experiments are not regarded as conclusive in the field of cancer research. However, we do not believe that any serious medical research, even though its results are inconclusive should be disregarded or lightly dismissed.

At the same time, we feel it is in the public interest to call attention to the fact that eminent doctors and research scientists have publicly questioned the claimed significance of these experiments.

Distinguished authorities point out:

1. That medical research of recent years indicates many possible causes of lung cancer.
2. That there is no agreement among the authorities regarding what the cause is.
3. That there is no proof that cigarette smoking is one of the causes.
4. That statistics purporting to link cigarette smoking with the disease could apply with equal force to any one of many other aspects of modern life. Indeed the validity of the statistics themselves is questioned by numerous scientists.

We accept an interest in people's health as a basic responsibility, paramount to every other consideration in our business. We believe the products we make are not injurious to health.

We always have and always will cooperate closely with those whose task it is to safeguard the public health.

For more than 300 years tobacco has given solace, relaxation, and enjoyment to mankind. At one time or another during those years critics have held it responsible for practically every disease of the human body. One by one these charges have been abandoned for lack of evidence.

Regardless of the record of the past, the fact that cigarette smoking today should even be suspected as a cause of a serious disease is a matter of deep concern to us.

Many people have asked us what we are doing to meet the public's concern aroused by the recent reports. Here is the answer:

1. We are pledging aid and assistance to the research effort into all phases of tobacco use and health. This joint financial aid will of course be in addition to what is already being contributed by individual companies.
2. For this purpose we are establishing a joint industry group consisting initially of the undersigned. This group will be known as TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE.
3. In charge of the research activities of the Committee will be a scientist of unimpeachable integrity and national repute. In addition there will be an Advisory Board of scientists disinterested in the cigarette industry. A group of distinguished men from medicine, science, and education will be invited to serve on this Board. These scientists will advise the Committee on its research activities.

This statement is being issued because we believe the people are entitled to know where we stand on this matter and what we intend to do about it.

**TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE**  
5400 EMPIRE STATE BUILDING, NEW YORK 1, N. Y.

**SPONSORS:**

<b>THE AMERICAN TOBACCO COMPANY, INC.</b> <i>Paul M. Hahn, President</i>	<b>BURLY TOBACCO GROWERS COOPERATIVE ASSOCIATION</b> <i>John W. Jones, President</i>	<b>PHILIP MORRIS &amp; CO., LTD., INC.</b> <i>O. Parker McComas, President</i>
<b>BENSON &amp; HEDGES</b> <i>Joseph F. Cullinan, Jr., President</i>	<b>LARUS &amp; BROTHER COMPANY, INC.</b> <i>W. T. Reed, Jr., President</i>	<b>R. J. REYNOLDS TOBACCO COMPANY</b> <i>E. A. Dyer, President</i>
<b>BRIGHT BELL WAREHOUSE ASSOCIATION</b> <i>F. S. Reyster, President</i>	<b>F. LORILLARD COMPANY</b> <i>Herbert A. Kent, Chairman</i>	<b>STEPHANO BROTHERS, INC.</b> <i>C. S. Stephens, D.D.S., Director of Research</i>
<b>BROWN &amp; WILLIAMS TOBACCO CORPORATION</b> <i>Timothy V. Hartnett, President</i>	<b>HARTLAND TOBACCO GROWERS ASSOCIATION</b> <i>Samuel C. Linton, General Manager</i>	<b>TOBACCO ASSOCIATES, INC.</b> <i>(the operation of several tobacco farms)</i> <i>J. R. Hutton, President</i>
<b>BURLY AUCTION WAREHOUSE ASSOCIATION</b> <i>Albert Clay, President</i>		<b>UNITED STATES TOBACCO COMPANY</b> <i>J. W. Peterson, President</i>

Fuente: Wikimedia

Esta afirmación no se cuestionó seriamente hasta principios de la década de 1960, cuando el Real Colegio de Médicos del Reino Unido<sup>15</sup> (1962) y el US Surgeon General<sup>16</sup> (1964) publicaron sendos informes sobre los efectos nocivos del tabaquismo. La OMS adoptó su primera resolución sobre el tabaquismo en 1970. Durante las tres décadas siguientes, 154 países introdujeron algunas medidas nacionales de control del tabaco.

<sup>14</sup> Yach, D (2014). The origins, development, effects, and future of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: a personal perspective. *Lancet*: 383, 1771-79. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62155-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62155-8/fulltext)

<sup>15</sup> The Royal College of Physicians. *Smoking and health: a report of the Royal College of Physicians on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases* (1962). Available at: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-health-1962>

<sup>16</sup> The US Surgeon General. *Smoking and health: report of the advisory committee to the Surgeon General of the public health service* (1964). Available at: <https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/nn/catalog.nlm.nlmuid-101584932X202-doc>

Durante la mayor parte del siglo XX, las muertes y enfermedades relacionadas con el tabaquismo fueron en gran medida un problema de los países de ingresos altos. La OMS consideraba que se trataba de un problema que debían resolver esos países a nivel interno, sobre todo porque la OMS se centraba en la gama de enfermedades transmisibles mortales que asolaban a los países de ingresos bajos y medios. Pero un clima económico mundial cambiante, así como un imperativo de salud pública cada vez mayor, pusieron de relieve la necesidad de una acción más concertada a nivel internacional.

## Acción internacional contra una industria transnacional

Desde 1970 hasta finales de la década de los 90, las principales empresas tabaqueras estadounidenses adquirieron una perspectiva más transnacional. La globalización de la industria tabaquera se vio muy favorecida por la apertura de los mercados de Europa del Este tras el colapso del comunismo, la presión ejercida por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional sobre los países para que liberalizaran las leyes de inversión extranjera y privatizaran las empresas estatales, y la expansión de las zonas de libre comercio en Asia y América Latina.<sup>17</sup>



The World Bank Headquarters in Washington, D.C.  
Credit: Victor Grigas on Wikimedia Commons

**el crecimiento de la industria tabacalera transnacional debe ser contrarrestado por un acuerdo transnacional sobre el control del tabaco**

Durante un periodo de casi treinta años, en lugar de exportar cigarrillos a los PIMB, la industria fue estableciendo gradualmente puntos de apoyo fuera de los Estados Unidos. Mientras que la superficie dedicada al cultivo de tabaco en EE.UU. se redujo en un 50%, se duplicó en Malawi, Tanzania y también en China, donde la industria era y sigue siendo un monopolio estatal.<sup>18</sup> En los círculos de la salud pública se empezó a dar importancia a la necesidad de contrarrestar el crecimiento de una industria tabacalera transnacional con un acuerdo transnacional sobre el control del tabaco.

Desde su creación en 1948, la OMS (en virtud del artículo 19 de la Constitución de la OMS) tenía la autoridad constitucional para elaborar un instrumento jurídico destinado a mejorar la salud de la población. La OMS nunca había actuado en este sentido. Hubo resistencia en el seno de la OMS, cuyos funcionarios -que carecían totalmente de experiencia en la negociación de tratados internacionales- opinaban que un tratado internacional sobre el control del tabaco era demasiado ambicioso y tendría dificultades para conseguir un acuerdo.<sup>19</sup>

<sup>17</sup> Ibid p.19

<sup>18</sup> Wipfli, H. *The Global War on Tobacco: Mapping the world's first public health treaty*. John Hopkins Press, 2015, p.18.

<sup>19</sup> Ibid, p.26

Aun así, en 1994, en la Novena Conferencia Mundial sobre Tabaco y Salud, se aprobó una resolución para emprender acciones legales internacionales para combatir la epidemia mundial de tabaquismo. Para entonces, se reconocía que el tabaquismo no era sólo un problema de los países de ingresos altos. Dos años después, la Asamblea Mundial de la Salud acordó formalmente que la OMS debía iniciar el proceso de formulación de un Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT).

## La salud pública por encima de los intereses económicos

Tres circunstancias impulsaron el proceso. La primera fue el nombramiento de la Dra. Gro Brundtland como Directora General de la OMS. Se trataba de una doctora en medicina que había participado en el control del tabaco en su natal Noruega, donde había sido Primera Ministra durante tres mandatos. Brundtland también había ocupado altos cargos en la ONU en el ámbito del desarrollo sostenible. Tenía la experiencia política que le faltaba a la OMS, que había sufrido “años de disfunción [y] necesitaba desesperadamente un liderazgo fuerte, claro e innovador”.<sup>20</sup> Brundtland nombró un equipo de transición que incluía a Derek Yach, que había sido presidente de la Conferencia Panafricana para el Control del Tabaco y que se convertiría en el director fundador de la Iniciativa Libre de Tabaco (TFI) de la OMS.

En segundo lugar, el Acuerdo General sobre el Tabaco de 1998 en EE.UU. demostró que, por muy poderosa que fuera, la industria del tabaco podía rendir cuentas legalmente. El Acuerdo obligó a la industria a pagar millones de dólares en “reparaciones” a los estados individuales de EE.UU. para evitar enormes cantidades de litigios que consumen mucho tiempo. Además, la divulgación de montones de documentación de la industria reveló la profundidad del engaño y la corrupción al servicio del beneficio.

En tercer lugar, el Banco Mundial, cuya presión sobre los países para que abrieran los canales comerciales había contribuido indirectamente al desarrollo de una

la revelación de montones de documentación de la industria reveló la profundidad del engaño y la corrupción al servicio del beneficio



Portada de la revista Time © después del Acuerdo Marco de Coinciliación (MSA), 1998.  
Crédito: Roberto Brosan

<sup>20</sup> Ibid, p.27

industria tabacalera globalizada, publicó un informe en 1999. Titulado *Curbing the Epidemic*, “ofreció quizás la herramienta más importante en la preparación para las negociaciones del CMCT”.<sup>21</sup> El informe se centraba en el uso de estrategias de reducción de la demanda, como el aumento de los impuestos, la prohibición de la promoción, las etiquetas de advertencia, las restricciones al consumo de tabaco en público y la introducción de servicios para dejar de fumar. Esto ayudó convenientemente a disipar las preocupaciones de los países productores de tabaco de que se hiciera hincapié en la reducción de la oferta.

Sin embargo, mientras crecía el interés por el desarrollo de un acuerdo internacional para el control del tabaco, las negociaciones en sí no fueron nada sencillas. Se creó un Órgano Internacional de Negociación. Entre octubre de 2000 y febrero de 2003 se reunió en seis sesiones, cada una de las cuales duró entre una y dos semanas, para negociar el texto. Aunque aparentemente se trataba de una negociación sobre salud pública, había muchos intereses contrapuestos dentro de las delegaciones gubernamentales, especialmente entre los representantes de los ministerios de finanzas, comercio y asuntos exteriores. Estados Unidos, China, Japón y Alemania fueron los principales baluartes, que intentaron suavizar las disposiciones debido a sus intereses tabacaleros. Además, los Estados Unidos no son tradicionalmente partidarios de comprometerse con ningún tratado internacional.

**el CMCT supuso un reto político multilateral para la industria tabacalera multinacional**

A pesar de un proceso descrito como “tedioso, polémico y a menudo confuso”<sup>22</sup>, finalmente se alcanzó un consenso sobre el texto. El CMCT entró en vigor en febrero de 2005 y fue firmado por 168 países durante su periodo de apertura de 12 meses. Hasta la fecha, 181 países han firmado y ratificado el CMCT, lo que significa que ha sido aprobado por los parlamentos nacionales. Seis países, entre ellos EE.UU., lo han firmado pero no lo han ratificado, mientras que nueve países no han hecho ninguna de las dos cosas.

El CMCT incluyó el control del tabaco en la agenda sanitaria internacional y supuso un reto político multilateral para la industria tabacalera multinacional.

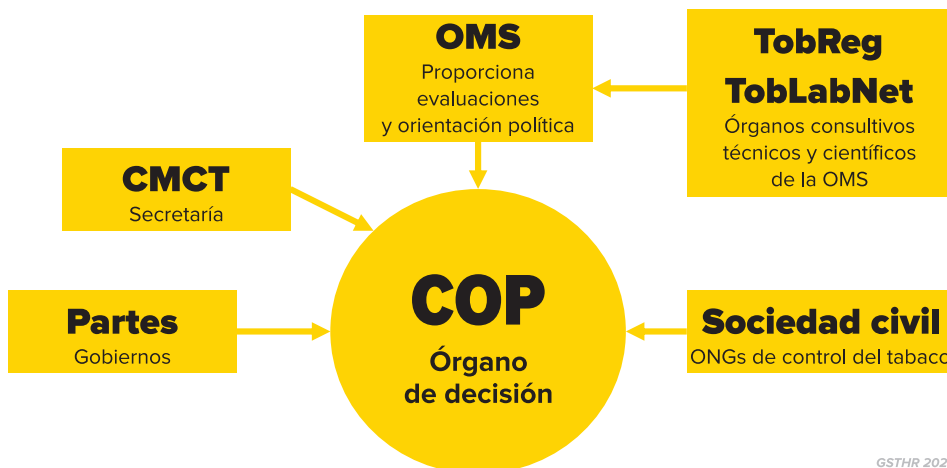
---

<sup>21</sup> Ibid, p.31

<sup>22</sup> Ibid p.43

# 3: Control internacional del tabaco: estructura y funciones

## Actores clave del CMCT



GSTHR 2021

Un convenio marco es un tratado jurídicamente vinculante. Un gobierno que ratifica un convenio marco debe adoptar la aplicación de la legislación. Un convenio marco establece compromisos más amplios para las Partes y deja el establecimiento de objetivos específicos a acuerdos posteriores más detallados (normalmente llamados protocolos) o a la legislación nacional. En esencia, un convenio marco es un documento general que establece los principios, los objetivos y las normas de gobernanza.

Una convención marco se utiliza cuando la cuestión no se limita a intereses específicos, sino que tiene implicaciones globales, cuando no hay consenso para adoptar medidas sustantivas firmes y cuando tanto la comprensión científica como la cuestión que se aborda están en evolución. Sólo hay dos convenciones marco: el ejemplo más conocido es la Convención Marco sobre el Cambio Climático (véase también la página 23).

Los convenios marco no suelen tener obligaciones de duración determinada (aunque el CMCT tiene dos). Esto suele dejarse en manos de las disposiciones detalladas de los protocolos (o subtratados) que profundizan en un aspecto específico dentro de un convenio marco, como el Protocolo de Kioto y el Protocolo de Montreal de la CMCC, y el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito del CMCT. Los protocolos son tratados independientes y tienen sus propios requisitos administrativos para entrar en vigor.

Se dice que un convenio marco es “jurídicamente vinculante”, pero no es lo mismo que un contrato jurídicamente vinculante tal y como la mayoría de la gente entiende el término. Es jurídicamente vinculante para el Estado o el gobierno, que debe incorporar las obligaciones a la legislación interna según la interpretación nacional. En realidad, se trata de un acuerdo entre las naciones para actuar de buena fe en pos de los objetivos de la convención. Dicho esto, la Convención Marco sobre el Cambio Climático se toma muy en serio: todas las naciones son interdependientes en esta cuestión. Las implicaciones transfronterizas para el medio ambiente son enormes cuando un país puede incumplir sus compromisos. También existen importantes presiones políticas para abordar el cambio climático en el ámbito nacional, como el establecimiento de objetivos y metas de reducción de las emisiones de carbono, la inversión en fuentes de energía alternativas, la reducción de la contaminación, etc.

A pesar de la obligación de actuar de buena fe y cumplir las promesas, la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969<sup>23</sup> (que rige las leyes de los tratados y su interpretación) tiene una disposición interesante que podría aplicarse fácilmente

**una convención es un acuerdo entre naciones para actuar de buena fe en pos de los objetivos de la convención**

<sup>23</sup> Vienna Convention on the Law of Treaties (1969) [https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)

a la actual perturbación causada por los nuevos productos de nicotina más seguros. El artículo 62 permite a una nación individual dejar de lado las obligaciones del tratado cuando se produzca un “cambio fundamental de las circunstancias” que no podía preverse en el momento en que se negoció el tratado. El propio preámbulo del CMCT señala los posibles cambios y la determinación de “promover medidas de control del tabaco basadas en consideraciones científicas, técnicas y económicas actuales y pertinentes”.<sup>24</sup>



Una señal de “no fumar” en medio de las cuadras de oficinas de la ciudad.  
Crédito: Possessed Photography en Unsplash

## El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)<sup>25</sup>

El CMCT consta de 38 artículos y de directrices no vinculantes para algunos de los artículos con el fin de ayudar a las Partes a cumplir sus obligaciones nacionales. Hay directrices que cubren el artículo 5.3 (protección de las políticas sanitarias frente a los intereses comerciales); los artículos 8, 9 y 10 (protección contra el humo de tabaco; contenido y pruebas de los productos de tabaco); y los artículos 11 a 14 (empaquetado de los productos; sensibilización del público; publicidad; y reducción de la demanda, incluidos los servicios para dejar de fumar).

Actualmente existe un Protocolo, el Protocolo para eliminar el comercio ilegal de productos de tabaco, que complementa el artículo 15, Comercio ilícito de Productos de Tabaco.

El preámbulo del CMCT contiene varios considerandos que reconocen de forma inequívoca la necesidad de reducir las muertes y enfermedades derivadas del consumo de tabaco. Estos considerandos se enmarcan en el contexto del derecho universal a la salud sin dejar a nadie atrás e incluyen;

*“Decidido a dar prioridad a la protección de la salud pública”.*

*“Reflejando... las devastadoras consecuencias a nivel mundial... de la exposición al humo del tabaco”.*

*“Seriamente preocupados por el aumento del consumo mundial... en particular en los países en desarrollo... y la carga que esto supone para las familias, los pobres y los sistemas nacionales de salud”.*

<sup>23</sup> Vienna Convention on the Law of Treaties (1969) [https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)

<sup>24</sup> Op cit, ref 4, p.3

<sup>25</sup> The Framework Convention on Tobacco Control (2005): [https://www.who.int/fctc/text\\_download/en/](https://www.who.int/fctc/text_download/en/)

*“Recordando el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales... que establece que es el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.*

*“Recordando... la Constitución de la [OMS], que establece que [el derecho mencionado] es un ‘derecho fundamental de todo ser humano’*

*“Decididos a promover medidas de control del tabaco basadas en consideraciones científicas, técnicas y económicas actuales y pertinentes”.*

## La Conferencia de las Partes (COP)

El centro del proceso de toma de decisiones del CMCT es la reunión bienal de las naciones que son Partes del CMCT, conocida como la Conferencia de las Partes (COP). Los representantes de las Partes (o de las naciones) pueden firmar el CMCT como indicación de su intención, pero la firma no será ratificada a menos que sea acordada por el Parlamento del país. Esto indica que la Parte ha aceptado formalmente cumplir el CMCT, aunque no hay “sanciones” por su incumplimiento.

Las Partes que han firmado y ratificado el CMCT o que se han adherido a él pueden participar activamente en las discusiones y decisiones de la COP. Las que sólo han firmado (como Estados Unidos) tienen estatus de observador y sólo pueden intervenir cuando todas las demás Partes han hablado. Las opiniones de los que sólo han firmado no tienen que ser consideradas formalmente.



La sala del Consejo Ejecutivo de la OMS.  
Fuente: Wikimedia Commons

Desde la primera COP en 2006, se han celebrado ocho reuniones en diferentes lugares del mundo y la novena está prevista para noviembre de 2021, aplazada desde 2020 debido a la COVID.<sup>26</sup>

Las delegaciones estarán compuestas principalmente por funcionarios de sanidad, aunque también podrían asistir otros intereses departamentales nacionales relacionados, por ejemplo, con las empresas y el comercio. Las delegaciones también pueden incluir representantes de ONG y especialistas en la materia.

<sup>26</sup> Se puede acceder a información sobre la COP 9, celebrada virtualmente en noviembre de 2021, aquí: <https://fctc.who.int/who-fctc/governance/conference-of-the-parties/ninth-session-of-the-conference-of-the-parties>

En las reuniones de la COP, las decisiones se toman por consenso; las votaciones son muy poco frecuentes. Si sólo un país se opone a una disposición, o bien el país cede, o bien hay una enmienda al texto que todos deben acordar. Todas las Partes tienen el mismo peso.

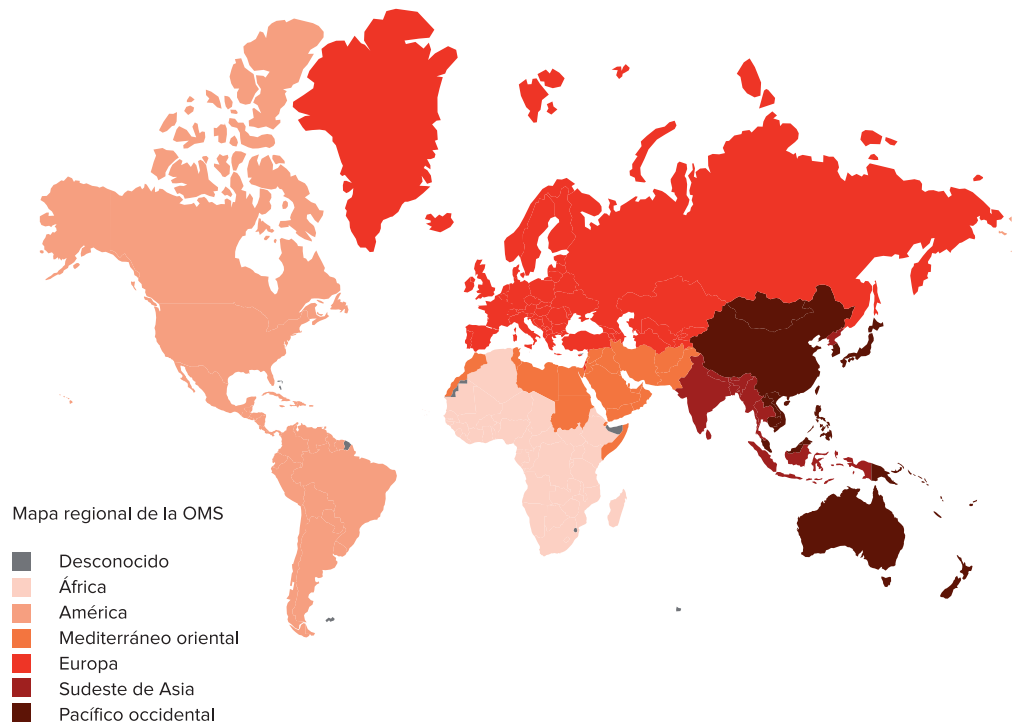
## Estructura de las reuniones

Además de las sesiones plenarias principales, en las que participan todas las Partes, la COP se divide en dos comités: el Comité A y el Comité B. El Comité A se ocupa de las cuestiones políticas y el Comité B de asuntos como la financiación. Los comités se encargan de debatir los puntos del orden del día, como las propuestas presentadas por las Partes, y a veces de redactar decisiones que permitan alcanzar un consenso en las sesiones plenarias. Se pueden convocar grupos de sub-proyección si no se puede alcanzar un consenso en el Comité.

## Un mundo de reuniones previas

Las Partes que deseen presentar propuestas para su inclusión en el orden del día de la COP lo harán unos meses antes de que se distribuya el orden del día. Las posiciones que adoptarán los gobiernos suelen decidirse mucho antes de la reunión. Esto significa que las sesiones de la COP son en gran medida un ejercicio de aprobación. Sin embargo, en las reuniones del Comité puede haber cierto grado de negociación.

Gran parte de los debates y el posicionamiento previos a las reuniones se llevan a cabo en las Reuniones Regionales de la OMS antes de una COP. Hay seis regiones de la OMS: África (AFRO), las Américas (AMRO), el Sudeste Asiático (SEARO), el Pacífico Occidental (WPRO), Europa (EURO) y el Mediterráneo Oriental (EMRO). Las partes pueden hablar por sí mismas en la COP, pero se les anima a dejar que el país elegido para la región sea el que hable, para ahorrar tiempo y consolidar los temas.



Crédito: Atlas of MS toolkit

## Informar sobre la toma de decisiones

Una COP puede decidir que necesita explorar temas específicos para un informe a la siguiente COP. Esto puede ocurrir a través de dos canales:

### 1. Grupos de trabajo

Están formados por delegados de la COP (hasta un número aproximado de 40) con igual representación de las seis regiones de la OMS que podrían, por ejemplo, trabajar en la elaboración de directrices para artículos específicos del CMCT.

### 2. Grupos de expertos

Son convocados por la Secretaría del CMCT (véase más adelante) a petición de la COP para informar sobre cuestiones técnicas específicas, como las jurídicas.

También hay grupos permanentes de expertos, como la Red de Laboratorios del Tabaco (TobLabNet), que elabora métodos normalizados de ensayo y medición de los productos del tabaco, y el Grupo de Estudio de la OMS sobre la Reglamentación de los Productos del Tabaco (TobReg), que se centra en la ciencia y la política del tabaco y la nicotina.

## La red de apoyo de la COP

### 1. La OMS

Las reuniones de la COP son acogidas por la OMS. Sin embargo, la OMS no tiene voz oficial en las negociaciones. No puede proponer enmiendas al texto. No obstante, la OMS puede intervenir para ayudar en las negociaciones y animar a los gobiernos a respaldar los puntos de vista de la OMS sobre el control del tabaco. Tiene una influencia considerable, ya que la mayoría de los países son pasivos y no dicen ni inician nada. La mayoría se dejará llevar por la corriente, lo que difiere de otras cuestiones mundiales sustantivas como el comercio y el clima, en las que los gobiernos nacionales luchan con fuerza por las posiciones y el liderazgo nacionales.

### 2. La Secretaría del CMCT

Es el órgano administrativo que apoya a la COP. Está financiado por las Partes, tanto en forma de cuotas para el trabajo principal de la Secretaría como de contribuciones voluntarias para proyectos específicos. Aunque se encuentra en la sede de la OMS en Ginebra, la OMS no tiene una gestión directa de la Secretaría ni participa directamente en los debates y decisiones de la COP.

**el jefe de la Secretaría depende de la Conferencia de las Partes, pero la relación no es de supervisión ni de gestión directa**



Ginebra, sede de la OMS.  
Crédito: Lukas Blaskevicius en Unsplash

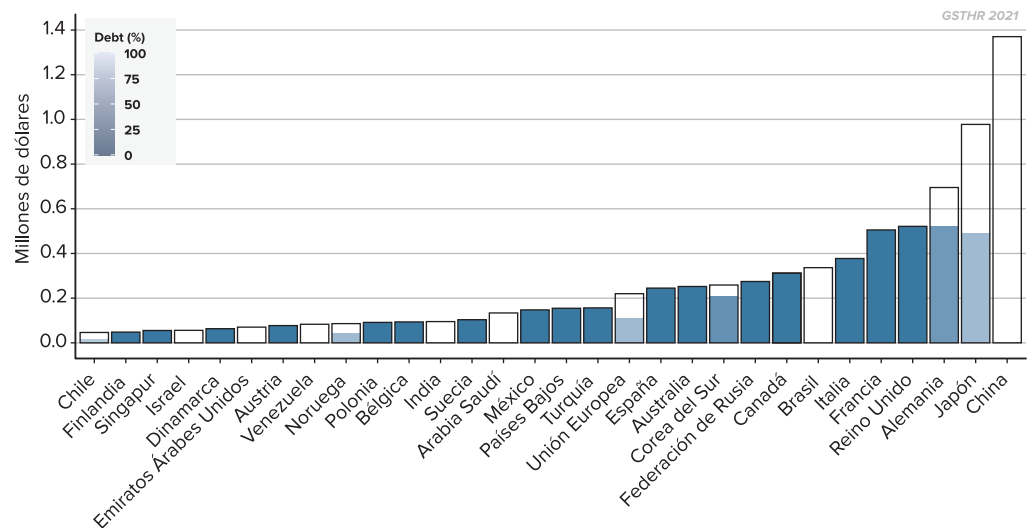
La Secretaría coordina todo el trabajo que se realiza en las reuniones de la COP y entre ellas, y produce toda la documentación necesaria, incluidas las propuestas para la agenda de la COP. El CMCT debe actuar de acuerdo con los deseos y propuestas de las Partes. Además de los funcionarios designados, existe un grupo interno de asesores dentro de la Secretaría conocido como “La Mesa”, compuesto por

## pocos países pagan lo que deben

un presidente, cinco vicepresidentes y seis coordinadores regionales. Son elegidos al final de cada COP y terminan su mandato al concluir la siguiente.

Al parecer, el Director General de la OMS nombra al jefe de la Secretaría, normalmente de la “familia” de la OMS. El jefe de la Secretaría depende de la COP, pero la relación no es de supervisión ni de gestión directa.

El CMCT se financia mediante una combinación de cuotas y contribuciones voluntarias de las Partes. Las cuotas se calculan a partir de una fórmula relacionada con el Producto Interior Bruto (PIB). Pocos países pagan la cantidad que deben, incluyendo varias de las Partes con las cuotas más altas.



Contribuciones evaluadas y pagadas al CMCT.

Fuente del dato: FCTC/COP/9/14. (2021). Pago de las cuotas y medidas para reducir las Partes en mora. Punto 6.3 de la orden del día provisional. [https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC\\_COP9\\_14\\_EN.pdf](https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_14_EN.pdf)

### 3. La Iniciativa Libre de Tabaco (TFI) de la OMS

Es el brazo de la OMS para el control del tabaco, que proporciona asesoramiento político y jurídico a las Partes, prepara proyectos de disposiciones y negocia compromisos. También es la cara pública de las políticas y programas de control del tabaco de la OMS. El TFI solía ser un departamento por derecho propio, con su propio director. Desde entonces, se ha integrado en el departamento de la OMS que se ocupa de las enfermedades no transmisibles.

## El papel de los observadores no-estatales de la COP

Hasta ahora, hemos esbozado una red interior de reuniones, información y apoyo técnico proporcionado a las Partes y organizado por funcionarios de la OMS y expertos designados. Pero la influencia en las deliberaciones de la COP no termina ahí.

El preámbulo del CMCT reconoce la “especial contribución de las organizaciones no gubernamentales y otros miembros de la sociedad civil... a los esfuerzos de control del tabaco a nivel nacional e internacional...” Las ONG pueden estar presentes en la COP, pero sólo aquellas que estén específicamente acreditadas por la OMS. Las organizaciones no gubernamentales internacionales pueden solicitar la acreditación de la OMS. Las ONG más pequeñas pueden participar como miembros del organismo paraguas de las ONG para el control del tabaco conocido como la Alianza del Convenio Marco (FCA), pero la adhesión depende de la aceptación de la FCA.

Las ONG acreditadas en el CMCT pueden participar en las negociaciones y realizar intervenciones cuando sean invitadas por el presidente de la sesión una vez que las Partes hayan concluido. También pueden asistir a las reuniones del Comité A o B, pero no a los pequeños grupos de trabajo. En estas reuniones es donde se lleva a cabo todo el trabajo serio, si todavía hay asuntos conflictivos que no se han resuelto en todas las reuniones que han tenido lugar en el periodo transcurrido desde la anterior COP.

La acreditación de la FCA sólo está abierta a las que no tienen conexiones con la industria del tabaco, por tangenciales o históricas que sean. También están excluidas las ONG de defensa que representan a las personas directamente afectadas por los regímenes de control del tabaco, que incluyen a los fumadores y, ahora, a los usuarios de productos de nicotina más seguros.



Lamentablemente, muchas partes interesadas influyentes creen que cualquiera que abogue por la reducción de los daños ante el tabaco utilizando SNP debe estar vinculado a la industria tabacalera, estar financiado por esta o hacer apología de la misma. Esto se debe a la participación de la industria tabacalera en la producción de algunos (pero no todos) de los productos de nicotina más seguros del mercado. Las organizaciones de defensa de la reducción de los daños del tabaco, incluidas numerosas organizaciones de defensa de los consumidores de vapeo o snus, están por tanto excluidas de facto y no tienen asiento en la mesa.

se excluyen las ONGs que representan a las personas directamente afectadas por los regímenes de control del tabaco, entre las que se encuentran los fumadores y, ahora, los usuarios de productos de nicotina más seguros

## ¿Un respiro de aire fresco?

La COP del CMCT, una reunión internacional de ministros y funcionarios gubernamentales financiada en última instancia con los impuestos de los ciudadanos, está envuelta en un secretismo comparable al del Consejo de Seguridad de la ONU.

Esto contrasta con la reunión de la COP de la Convención Marco sobre el Cambio Climático (CMCC). La COP 26 de la CMCC se celebrará en noviembre de 2021, el mismo mes que la COP 9 del CMCT. Los medios de comunicación de todo el mundo están ya muy comprometidos con la reunión de la COP 26 de la CMCC y con su potencial para provocar cambios. Los medios de comunicación convencionales apenas han hecho eco de la COP 9 del CMCT.

En la COP de la CMCC se admiten observadores que representen una amplia gama de intereses: medio ambiente, agricultura, comunidades indígenas, asuntos de la mujer, cuestiones de género y grupos de jóvenes, junto con intereses de investigación y académicos, sindicatos y representantes de empresas. Los solicitantes sólo tienen que demostrar que representan a un organismo nacional o internacional y que tienen conocimientos y experiencia relevantes.<sup>27</sup>

El tipo, el número y el impacto de la representación empresarial en la COP de Cambio Climático no está exento de polémica. Asisten delegados de industrias heredadas muy contaminantes, como el carbón, el petróleo, el gas, la automotriz y la minería. Según las propias normas de la convención, se permite que los organismos comerciales que representan al petróleo y al gas asistan a las conversaciones anuales y a las reuniones entre sesiones como observadores. En algunas COP anteriores, los principales contaminadores han podido incluso patrocinar las reuniones, y los fabricantes de

<sup>27</sup> Para obtener más detalles sobre la diferencia entre los criterios de asistencia de las COP del CMCT y las COP de Control del Clima, consulte <https://www.clivebates.com/documents/APPGVapingFeb2021.pdf>, p.12-13



Una protesta contra la inactividad política ante el cambio climático.  
Crédito: Marcus Spiske en Unsplash

**las decisiones de la COP pueden afectar a la vida de millones de personas en todo el mundo, incluidos los aproximadamente 100 millones de personas que ya han dejado de fumar para utilizar productos de nicotina más seguros**

automóviles, las empresas energéticas y los productores de carbón han pagado millones para que sus marcas ocupen un lugar destacado. En la COP 26, el gobierno del Reino Unido ha declarado que los patrocinadores deben “tener un plan creíble para reducir sus emisiones a cero neto para 2050”.<sup>28</sup>

Dejando a un lado los acuerdos de patrocinio, puede resultar interesante que estas industrias estén “en la sala” de las reuniones de la COP. Para hacer frente a la emergencia climática es necesario comprometerse con las mismas industrias que han contribuido de forma tan significativa a la crisis. Si no se transforman estas empresas y su forma de operar, sólo se obstaculizará el progreso hacia los objetivos finales de la Convención Marco sobre el Cambio Climático. Las reuniones y el consiguiente foco de atención de los medios de comunicación y de la política se ponen en el progreso o la falta de progreso en la transición hacia tecnologías, procesos y productos más ecológicos. Sin embargo, los fabricantes de automóviles presentes en la COP 26 para demostrar sus nuevos vehículos eléctricos siguen vendiendo activamente vehículos con motores de combustión.

El contraste con la COP del CMCT no podría ser más marcado. Las decisiones de la COP pueden afectar a la vida de millones de personas en todo el mundo, incluidos los aproximadamente 100 millones de personas<sup>29</sup> que ya han dejado de fumar para utilizar productos de nicotina más seguros, los 1.100 millones de personas que siguen fumando, sus familias y otras personas que corren el riesgo de inhalar el humo de segunda mano. Hay un gran número de organizaciones que deben estar de acuerdo con la aplicación de los cambios significativos necesarios para poner fin a las muertes y enfermedades causadas por el tabaquismo y, desde un punto de vista pragmático, esto incluye a los fabricantes.

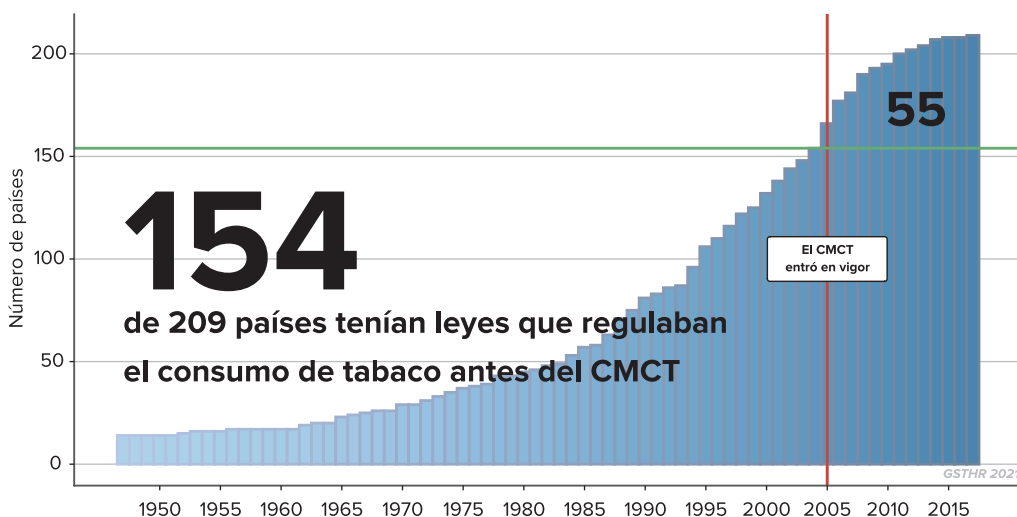
<sup>28</sup> *Climate Change News* (18/08/20) 'Big oil need not apply'. Accessed August 2021. <https://www.climatechangenews.com/2020/08/18/big-oil-need-not-apply-uk-raises-bar-un-climate-summit-sponsorship/>

<sup>29</sup> *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.54 <https://gsthr.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#unrealisedpublichealth>

# 4: Reducción del daño ante el tabaco

## Más allá del “renuncia o muere”

La forma en que se desarrolla el control del tabaco a nivel internacional deja al fumador adulto dos opciones – de manera cruda: “dejar de fumar o morir”. Muchos de los avances en la reducción de las muertes y enfermedades causadas por el tabaquismo en los países de ingresos altos se lograron antes de que se promulgara el CMCT. Además, 154 países habían aplicado algunas medidas de control del tabaco antes de 2005. Sería erróneo sugerir que, por ejemplo, las prohibiciones de fumar en público o las subidas de precios no han tenido ningún impacto en la prevalencia y, por tanto, en las muertes y enfermedades. Sin embargo, desde la década de 1970, se ha producido una disminución en el consumo de tabaco en los países de ingresos altos, como parte de un movimiento gradual hacia “estilos de vida más saludables”, en gran medida entre las personas de los grupos socioeconómicos más altos (con altas tasas de tabaquismo todavía presentes en muchas comunidades marginadas y más pobres de los países de ingresos altos).<sup>30</sup>



Fuente de datos: Leyes de control del tabaco. (2021). Recuperado el 2 de septiembre de 2021, de <https://www.tobaccocontrol.org/>

Como hemos señalado anteriormente, la realidad es que los actuales esfuerzos internacionales de control del tabaco simplemente no son suficientes. A partir de 2021, incluso en los países de ingresos altos, los gráficos de prevalencia del tabaquismo se están estabilizando, mientras que se prevé que el crecimiento de la población provoque un aumento de la prevalencia del tabaquismo en los PIB.

Sin embargo, existe una intervención complementaria que puede salvar vidas y que se puede llevar a cabo con poco costo para los gobiernos. Ofrece una tercera opción más aceptable para los actuales fumadores adultos. Se trata de la reducción del daño ante el tabaco con productos de nicotina más seguros.

## ¿Qué es la reducción de daños?

La reducción de daños es una serie de políticas, normativas y acciones pragmáticas que reducen los riesgos para la salud proporcionando formas más seguras de productos o sustancias o fomentan comportamientos menos arriesgados, con un importante papel en la defensa de la justicia social y los derechos humanos de las personas que a menudo se encuentran entre las más marginadas de la sociedad.

la reducción de daños es una serie de políticas, normativas y acciones pragmáticas que reducen los riesgos para la salud proporcionando formas más seguras de productos o sustancias o que fomentan comportamientos menos arriesgados

<sup>30</sup> Ibid, p. 140–146. Chapter 7: The right to health and the people left behind <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-7>

las personas que consumen nicotina tienen el mismo derecho fundamental a disfrutar del más alto nivel posible de salud que las que no lo hacen

la posibilidad de nuevos desarrollos fue reconocida en el Recital 21 del Preámbulo del CMCT

Los defensores de la reducción de daños sostienen que las personas no deben renunciar a su derecho a la salud si realizan actividades potencialmente arriesgadas, como el consumo de drogas o alcohol, la actividad sexual o el tabaquismo.

Aunque la reducción de daños como movimiento social es relativamente nueva, lo que las comunidades afectadas siempre han luchado -el derecho a la salud, sin dejar a nadie atrás- está consagrado desde hace tiempo en los convenios internacionales y sigue estándolo. La OMS ha suscrito la reducción de daños en muchas de sus actividades.

Las personas que consumen nicotina tienen el mismo derecho fundamental a disfrutar del más alto nivel posible de salud que las que no lo hacen. Por tanto, las personas que fuman para obtener nicotina tienen derecho a acceder a información precisa y a productos que les ayuden a conseguirlo.

## Reducción del daño ante el tabaco: de la concepción a la realidad

Aunque se menciona específicamente en el artículo 1d del CMCT, no se define la reducción del daño per se. Se incluyó porque el equipo de transición del CMCT se sentó con la industria para conocer sus planes para fabricar productos más seguros.

El 13 de octubre de 2000, la Directora General de la OMS, la Dra. Gro Brundtland, hizo una declaración en la que reconocía las claras diferencias que existían entre las prioridades de la salud pública y las de la industria, pero que, aun así, “nos comprometemos a escuchar cómo se proponen las empresas tabaqueras para reducir los daños que causan sus productos”.<sup>31</sup>

Pasarían años antes de que se dispusiera de productos más seguros, pero la posibilidad de nuevos desarrollos se reconoció en el *Recital 21* del preámbulo del CMCT, según el cual las Partes están “decididas a promover medidas de control del tabaco basadas en consideraciones científicas, técnicas y económicas actuales y pertinentes”. Incluso en 2014, en un documento sobre los nuevos productos de nicotina preparado para la COP 6, la OMS declaró que “la mayor responsabilidad de probar las afirmaciones sobre los ENDS científicamente debe seguir siendo de la industria”.<sup>32</sup>

Quince años después de la aparición de los productos de vapeo en el mercado, ¿qué pruebas hay de que los productos de nicotina más seguros son exactamente eso?



La combustión del tabaco es la diferencia clave.  
Crédito: Gary Ellis en Unsplash

<sup>31</sup> WHO Director-General's response to the tobacco hearings. 13 October 2000, p.3.

<sup>32</sup> WHO. *Electronic nicotine delivery systems: report by the WHO*. WHO, 2014, FCTC/COP6/10-21 July 2014, para 35, p.10

Hay un simple hecho científico que sustenta la relativa seguridad del SNP: no hay combustión del tabaco.

Cuando se enciende un cigarro, se liberan unas 7.000 sustancias químicas que son responsables de todos los perjuicios del tabaquismo: cáncer, enfermedades cardíacas y respiratorias. Los fumadores fuman tabaco porque buscan experimentar los efectos de la nicotina, pero sufren enfermedades y pueden morir a causa de las toxinas del humo que se libera cuando se quema el tabaco.

Los productos de nicotina más seguros suministran nicotina al usuario sin la combustión del tabaco. Pero, ¿qué pasa con la nicotina en sí? Sigue habiendo problemas de “analfabetismo sobre la nicotina” entre los profesionales de la salud y el público. Muchos creen erróneamente que la nicotina en sí misma es cancerígena<sup>33,34,35</sup>; de hecho, como ha declarado el Real Colegio de Médicos del Reino Unido, “se acepta ampliamente que cualquier peligro a largo plazo de la nicotina es probablemente de consecuencias mínimas en relación con los asociados al consumo continuo de tabaco”.<sup>36</sup>

La “adicción a la nicotina” también se cita a menudo como una preocupación. Sin embargo, “adicción” es un término exagerado, que puede recordar el daño que causan los problemas graves de drogas ilícitas a las personas, las familias y la sociedad en general. La nicotina en sí es una sustancia relativamente benigna, utilizada en las terapias farmacéuticas de sustitución de la nicotina, que no causa ninguna de las enfermedades asociadas al tabaquismo. El consumo de nicotina no es el problema físico o psicológico que suele transmitir la imagen pública de la palabra “adicción”.<sup>37</sup>

El profesor Michael Russell, investigador británico sobre tabaquismo, ya se dio cuenta del potencial de reducción de daños de los productos de nicotina no combustibles en 1976, pero los productos que cumplían esta promesa no estaban disponibles en una forma aceptable para los fumadores. Ahora ya lo están y las pruebas son cada vez más numerosas.

hay un simple hecho científico que sustenta la relativa seguridad de los productos de nicotina más seguros. No hay combustión del tabaco



Dispositivo de vapeo mostrando resistencias calentadas.  
Crédito: Boukaih on Unsplash

<sup>33</sup> Moysidou, A. et al. (2016). Knowledge and Perceptions about Nicotine, Nicotine Replacement Therapies and Electronic Cigarettes among Healthcare Professionals in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph13050514>

<sup>34</sup> Ratschen, E. et al. (2009). Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 576–582. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.08.003>

<sup>35</sup> Ramesh Patwardhan, S., & Murphy, M. A. (2013). Survey of GPs' understanding of tobacco and nicotine products. *Drugs and Alcohol Today*, 13(2), 119–150. <https://doi.org/10.1108/DAT-02-2013-0010>

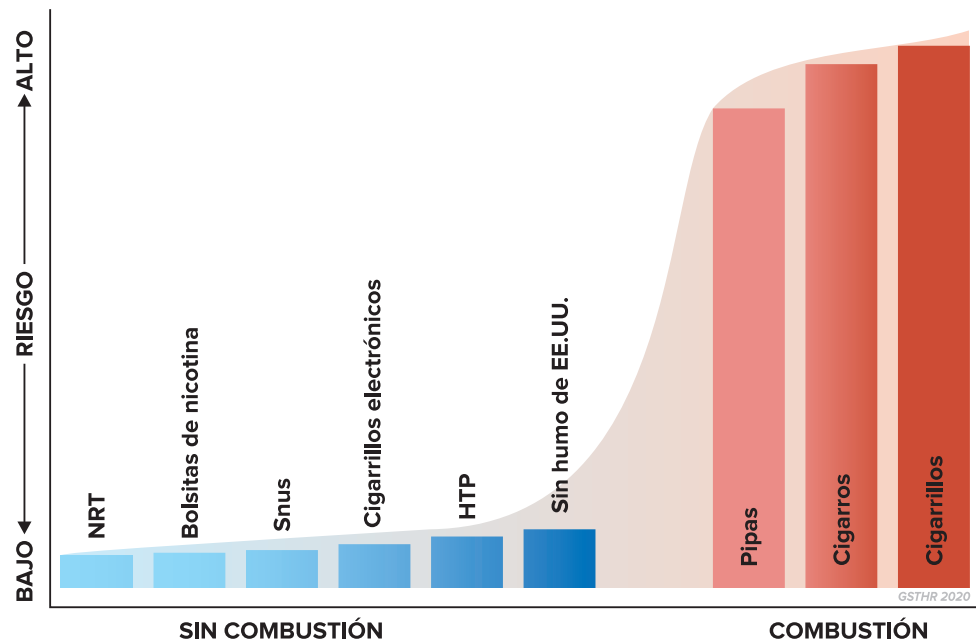
<sup>36</sup> Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

<sup>37</sup> *Tobacco Harm Reduction: A Burning Issue for Asia*. London: Knowledge Action Change (2021), p.18. <https://gsth.org/report/2021/burning-issue-for-asia/chapter-3>

La reducción del daño ante el tabaco fue defendida por el Real Colegio de Médicos del Reino Unido (RCP) en el informe de 2007 *Harm reduction in nicotine addiction*.<sup>38</sup> El informe sostenía que “la reducción de daños en el tabaquismo puede lograrse proporcionando a los fumadores fuentes de nicotina más seguras que sean sustitutos aceptables y eficaces de los cigarrillos” y sugería la posibilidad de reequilibrar el mercado a favor de los productos de nicotina más seguros.<sup>39</sup>

En 2017, en una declaración de posición sobre los productos de vapeo, el Royal College of General Practitioners del Reino Unido dijo: “La evidencia hasta ahora muestra que los cigarrillos electrónicos tienen niveles significativamente reducidos de tóxicos clave en comparación con los cigarrillos, con niveles promedio de exposición que caen muy por debajo de los umbrales de preocupación”.<sup>40</sup>

En 2020, Public Health England reafirmó su anterior conclusión de que “el vapeo es al menos un 95% menos dañino que fumar”.<sup>41</sup>



en 2020, *Global State of Tobacco Harm Reduction* calculó que había casi 100 millones de usuarios de productos de nicotina más seguros

No sólo está creciendo la base de pruebas, sino que el mercado mundial demuestra que si los fumadores tienen la opción de productos de nicotina más seguros que estén disponibles, sean asequibles, accesibles y adecuados, harán el cambio. Para 2020, *Global State of Tobacco Harm Reduction* calculó que había casi 100 millones de usuarios de productos de nicotina más seguros, principalmente productos de vapeo, pero también productos de tabaco calentado y productos orales como el snus de estilo sueco.<sup>42</sup>

## La reducción de daño ante el tabaco funciona

En *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*, ofrecemos fuertes pruebas epidemiológicas de un efecto de sustitución, en el que los fumadores están cambiando a una nicotina más segura, en cuatro países.

En Suecia, la tradición de consumir snus, un tabaco de uso oral, ha estado presente durante siglos. Sin embargo, fue en el siglo XX cuando los procesos de fabricación del snus se volvieron mucho más seguros. En 1996, el uso de este nuevo snus pasteurizado, más seguro, superó al tabaquismo entre los hombres. En la actualidad,

<sup>38</sup> Tobacco Advisory Group, Royal College of Physicians. *Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit*. London, RCP, 2007.

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Royal College of General Practitioners *Position Statement on the use of electronic nicotine vapour products* (September 2017). <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/2017/RCGP-E-cig-position-statement-sept-2017.ashx?la=en>

<sup>41</sup> Public Health England (2020) *Vaping in England – 2020 evidence update summary*. <https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-march-2020/vaping-in-england-2020-evidence-update-summary>

<sup>42</sup> *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.51–53. <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#windowsopportunity>

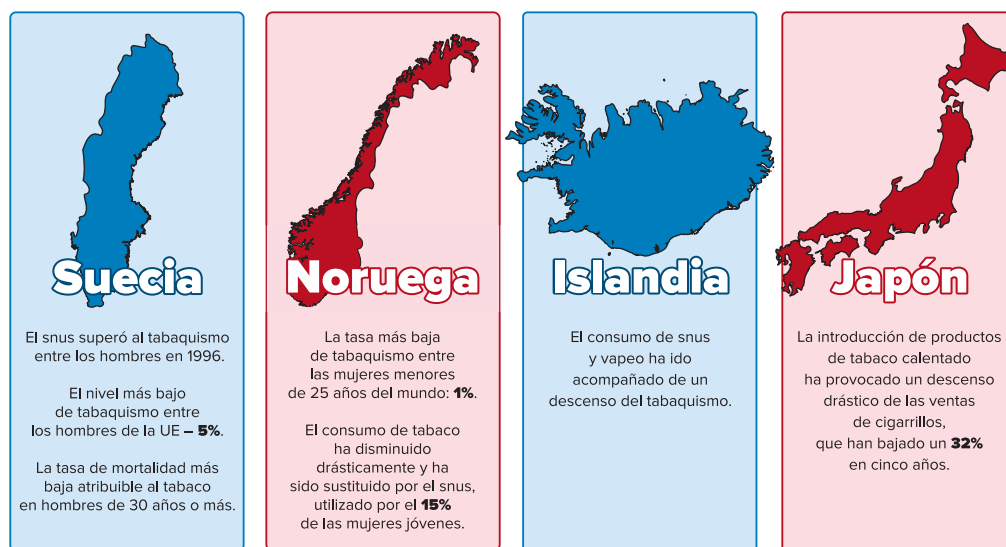
Suecia tiene el nivel más bajo de tabaquismo entre los hombres de la UE: un 5%, frente al 24% de media de la UE. Suecia también cuenta con la menor tasa de mortalidad por 100.000 atribuible al tabaco en hombres de 30 años o más. Si se revocara la prohibición del snus en la UE, se calcula que se podrían evitar cada año unas 320.000 muertes prematuras relacionadas con el tabaco entre los hombres de 30 años o más.<sup>43</sup>

Con un escaso 1%, Noruega tiene la tasa más baja de tabaquismo en el mundo entre las mujeres menores de 25 años; esto ha sido logrado por la sustitución de los cigarrillos por el snus: el 15% de las mujeres jóvenes utilizan snus. En general, el uso del snus está sustituyendo al consumo de cigarrillos en el país.

En Islandia se observa un panorama similar, ya que el consumo de snus y productos de vapeo ha ido acompañado de un descenso en el consumo de tabaco.

En Japón, la introducción de los productos de tabaco calentado ha provocado un drástico descenso de las ventas de cigarrillos, que se han reducido en un 32% en cinco años. Los productos de tabaco calentado representan ahora un tercio de todas las ventas de tabaco.<sup>44</sup>

### Reducción del daño del tabaco en el trabajo



Fuente de datos: Comisión Europea. (2021). Eurobarómetro especial 506: Actitudes de los europeos hacia el tabaco y los cigarrillos electrónicos (S2240\_506\_ENG). Comisión Europea; [http://data.europa.eu/88u/dataset/S2240\\_506\\_ENG](http://data.europa.eu/88u/dataset/S2240_506_ENG); Estadísticas de Noruega. (2021). Tabaco, alcohol y otras drogas. SSB; <https://www.ssb.no/en/helse/helseforhold-og-levevare/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>; Resultados de las ventas mensuales de cigarrillos domésticos en Japón (Información por segmento de negocio). (2020). Japan Tobacco Inc. [https://www.jt.com/investors/results/S\\_information/domestic\\_cigarette/index.html](https://www.jt.com/investors/results/S_information/domestic_cigarette/index.html)

Así pues, ¿cómo han respondido la OMS, sus ONG y sus aliados en materia de financiación a estas tecnologías disruptivas y a las oportunidades que presentan para realizar avances más tangibles en la reducción de las muertes y enfermedades causadas por el tabaquismo?

<sup>43</sup> Lars Ramström, Institute for Tobacco Studies, Sweden. Poster for the Global Forum on Nicotine 2017, quoted in *No Fire, No Smoke: Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*. KAC: 2018, p.50 <https://gsth.org/resources/item/no-fire-no-smoke-global-state-tobacco-harm-reduction-2018>

<sup>44</sup> Para obtener más detalles y referencias completas, consulte: Knowledge-Action-Change. *No Fire, No Smoke: Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*. KAC: 2018, pp.45-50 <https://gsth.org/resources/item/no-fire-no-smoke-global-state-tobacco-harm-reduction-2018>, Knowledge-Action-Change. *Burning Issues: Global State of Tobacco Harm Reduction, 2020*. KAC: 2020, pp.51-53 <https://gsth.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#windowsopportunity>

## 5: Guerra de trincheras: la OMS, los aliados y los financiadores

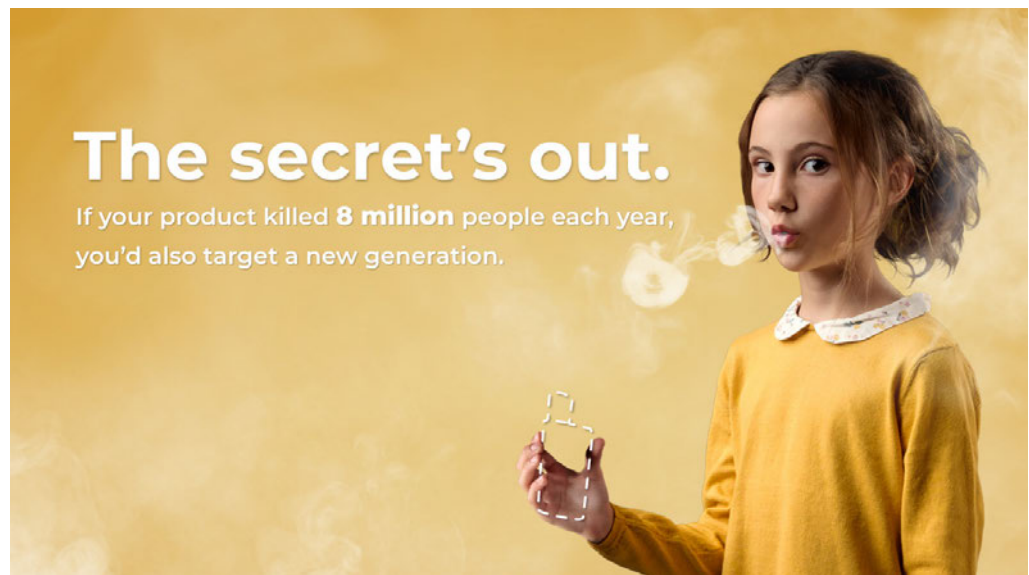
### Se abre un nuevo frente

La historia del control del tabaco a nivel nacional e internacional ha estado dominada por los intentos de frenar el poder de la industria tabacalera y sacar a la luz sus múltiples estrategias para socavar las leyes y reglamentos. El consumo de cigarrillos ha disminuido en los países de renta media en las últimas décadas. Sin embargo, se prevé que el valor global del mercado de cigarrillos siga aumentando considerablemente, sobre todo a través de las ventas en los PBMI. La batalla contra los productos combustibles está lejos de haber terminado y nadie sugeriría dar un paso atrás. Pero ahora hay estrategias alternativas que desplegar.

el THR puede llegar a buen puerto si la comunidad internacional de control del tabaco, liderada por la OMS, puede desglosar los productos de tabaco combustibles de los no combustibles en sus deliberaciones políticas y legislativas

El THR tiene un papel complementario que desempeñar en el control del tabaco y la reducción del consumo de cigarrillos. Su potencial puede hacerse realidad si la comunidad internacional de control del tabaco, liderada por la OMS, puede desglosar los productos de tabaco combustibles de los no combustibles en sus deliberaciones políticas y legislativas.

En la actualidad, muchas de las poderosas fuerzas del control internacional del tabaco consideran que todos los productos de nicotina son igualmente peligrosos, lo que justifica su prohibición total o su regulación estricta como si fueran productos de tabaco combustible. Este enfoque evita que el control del tabaco cambie una mentalidad política muy arraigada. También permite que se abra un nuevo frente en la guerra contra la industria del tabaco, al servicio de ciertos intereses morales y financieros.



La imagen muestra a un niño supuestamente fumando. Véase la página 37 para ver más ejemplos de cómo la OMS utiliza a los niños en sus campañas.

Fuente: Día Mundial sin Tabaco 2020 de la OMS

A pesar de las fallas generales de las estrategias actuales para frenar el tabaquismo, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, y de la escasez de servicios globales para dejar de fumar, cada vez es más evidente que:

- » A pesar de la redacción y la intención originales del CMCT, los objetivos políticos y legislativos se han desplazado desde el tabaco y el tabaquismo, y ahora hacia una postura totalmente prohibicionista dirigida a la nicotina, independientemente del mecanismo de suministro.
- » Las campañas y la financiación contra el THR se centran en evitar que los jóvenes se inicien en el consumo de nicotina. Esto tiene la ventaja de estar más allá

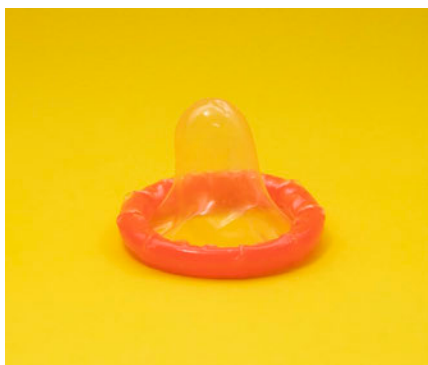
de las críticas políticas. Al mismo tiempo, es imposible de evaluar sin estudios longitudinales caros y a largo plazo. Se pueden marcar las casillas del proceso y la actividad, mientras que los resultados medibles en materia de salud se olvidan convenientemente.

- » La agenda prohibicionista habla de una conclusión moral según la cual los fumadores adultos actuales sólo pueden culparse a sí mismos, dejándoles la dura elección de “dejarlo o morir”.
- » Al sembrar la duda y la confusión en las mentes de los fumadores, los profesionales de la salud, los medios de comunicación y la sociedad en general sobre la seguridad relativa de los SNP y su potencial para ayudar a los fumadores adultos a dejar de fumar, la OMS y sus aliados han tomado una hoja del viejo libro de estrategias de la industria del tabaco.

¿Cómo se desarrolla esto en la realidad? Hay cuatro actores clave: la Secretaría del CMCT, el IFT de la OMS, las ONG que luchan contra el THR y Bloomberg Philanthropies. Aunque a continuación se mencionan de forma individual, forman una estrecha red de influencia interdependiente y superpuesta sobre las Partes del CMCT y sus políticas de control del tabaco.

## Secretaría del CMCT: el control del tabaco fuera de control

Para cualquiera que conozca la reducción de daños y su aplicación en otros ámbitos de la política sanitaria, la oposición frontal de la Secretaría del CMCT a la reducción de daños ante el tabaco es una fuente de considerable frustración. La reducción de daños se encuentra en el centro de la política de la OMS para reducir el riesgo de muerte y enfermedad causado por el VIH y el uso de drogas inyectables. La OMS apoya explícitamente la aplicación de programas de reducción de daños, que incluyen la distribución de preservativos y agujas limpias, o la provisión de terapia de sustitución de opiáceos para personas dependientes de la heroína u otros opiáceos.<sup>45</sup>



Un condón. Crédito: Reproductive Health Supplies Coalition en Unsplash Jeringuillas. Crédito: John Cameron en Unsplash Terapia de sustitución de opiáceos. Crédito: Josh Estey, AusAID en Wikimedia Commons

La OMS calcula que hay 11 millones de personas que se inyectan drogas en todo el mundo y que el consumo de drogas inyectables representa el 10% de todas las nuevas infecciones por el VIH.<sup>46</sup> Hay 1.100 millones de personas que fuman en todo el mundo, 8 millones de personas al año mueren por enfermedades relacionadas con el tabaquismo y se calcula que el 14% de todas las muertes por ENT entre adultos de 30 años o más están relacionadas con el tabaco.

A pesar del enorme potencial para conseguir importantes logros en materia de salud pública en la lucha por reducir las muertes y enfermedades relacionadas con el tabaquismo que afectan a millones de personas en todo el mundo, parece que no se establecen conexiones entre el enfoque político pragmático y no moralista de la OMS para la reducción de los daños del VIH y el consumo de drogas inyectables y el del tabaco.

**no hay conexiones entre el enfoque político pragmático y no moralista de la OMS para la reducción de los daños del VIH y del consumo de drogas inyectables y el del tabaco**

<sup>45</sup> WHO Regional Office For Europe, Policy guidance by HIV intervention area: harm reduction <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>

<sup>46</sup> WHO, Global HIV, Hepatitis and STI Programmes: People who inject drugs <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>

¿Cómo ha ocurrido esto? Independientemente de cómo sean las estructuras formales, en realidad la Secretaría tiene mucha influencia en el flujo de información que llega a la COP desde fuentes externas. Orienta las propuestas que se incluyen en el orden del día y su formulación.

**aunque la OMS alberga la Secretaría del CMCT, no tiene ningún control de gestión directa, ni está claro quién lo tiene**

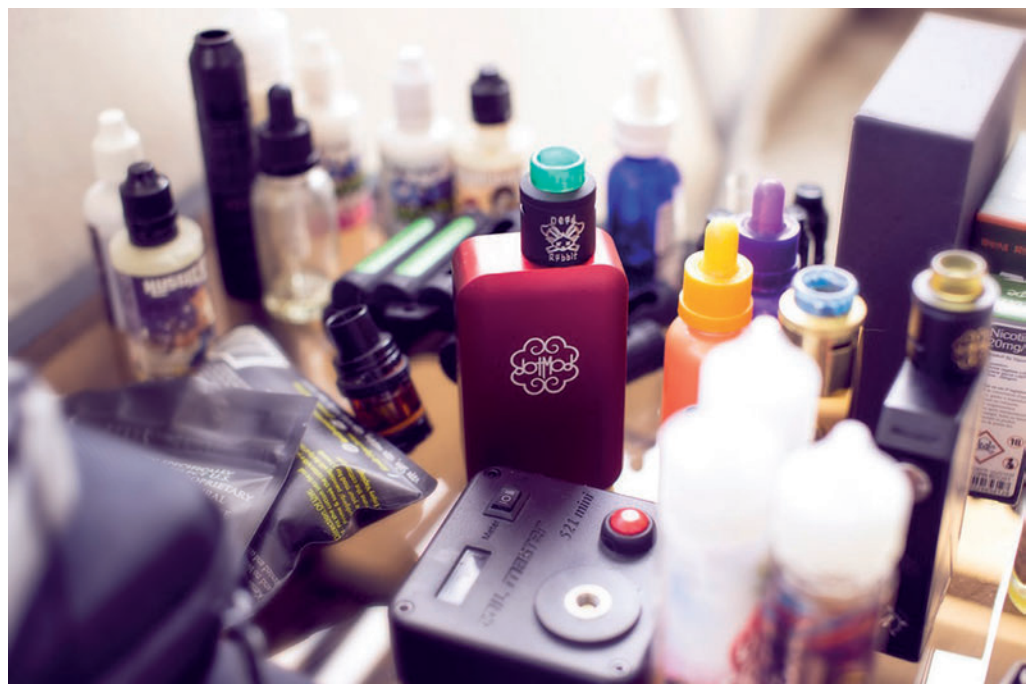
Para reiterar, si bien la OMS alberga la Secretaría del CMCT, no tiene ningún control de gestión directa, ni está claro quién lo tiene. Esto, combinado con un menor interés en el control del tabaco por parte de las Partes y, más recientemente, con el enfoque de la OMS en el COVID, ha permitido que lo que un corresponsal ha llamado “elementos deshonestos” dentro del CMCT tejan una agenda prohibicionista y contraria al THR en las deliberaciones del Convenio. Esto se pone de manifiesto en los documentos presentados en las diferentes reuniones de la COP a lo largo de los años.

## La COP y la historia del SNP

La OMS consideró por primera vez los “ENDS” en 2010 con un ejercicio de consulta sobre la regulación antes de la COP 4. El informe que se presentó a la COP recomendaba extremar la precaución en relación con estos nuevos productos.

Se encargó otro informe para la COP 5 en 2012. En él se recomendaba que los nuevos productos no se consideraran alternativas más seguras a los productos de tabaco combustible.

Cuando se preparó el siguiente documento para la reunión de la COP de 2014, estaba claro que el informe encargado por la Secretaría del CMCT no veía ningún beneficio en fomentar el cambio a los productos de vapeo. Se consideró que esto estaría totalmente fuera del espíritu y letra del CMCT, en la medida en que “mientras que el uso medicinal de la nicotina es una opción de salud pública bajo el tratado, el uso recreativo no lo es”.<sup>47</sup>



Una gama de dispositivos y líquidos para vapear.  
Crédito: Antonin FELS en Unsplash

La reunión de la COP de 2016 tuvo comentarios más positivos sobre el THR y el potencial de los ENDS. Basándose en gran medida en un informe de TobReg<sup>48</sup>, la

<sup>47</sup> WHO. *Electronic nicotine delivery systems: report by WHO*. Prepared for FCTC/COP 6, September 2014, p. 10. See also: [https://www.who.int/publications/m/item/background-papers-to-the-who-report-on-electronic-nicotine-delivery-systems-and-electronic-non-nicotine-delivery-systems-\(ends-ennds\)](https://www.who.int/publications/m/item/background-papers-to-the-who-report-on-electronic-nicotine-delivery-systems-and-electronic-non-nicotine-delivery-systems-(ends-ennds)) (2016); [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC\\_COP8\(22\).pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf) (2018)

<sup>48</sup> FCTC/COP/7/11 Report: *Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNS): Report by WHO* [https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC\\_COP\\_7\\_11\\_EN.pdf](https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_EN.pdf)

decisión de la COP 7 fue “acoger” el informe, que incluía la siguiente declaración: “Si la gran mayoría de los fumadores de tabaco que no pueden o no quieren dejar de fumar cambiaran sin demora al uso de una fuente alternativa de nicotina con menores riesgos para la salud, y eventualmente dejaran de usarla, esto representaría un importante logro de salud pública contemporánea”.<sup>49</sup> La Decisión pasó a describir una serie de opciones para regular los ENDS.

Lamentablemente, estas recomendaciones fueron precedidas por una declaración sobre la prohibición de productos, con la implicación de que esta era la opción política preferida. Un documento muy ligero de 2018 se limitó a reiterar los puntos a considerar por los partidos en el documento anterior.

## Productos de nicotina más seguros en la COP 9

Para la COP 9 se presentaron dos nuevos documentos relacionados con productos de nicotina más seguros, que se publicaron con pocos días de diferencia en julio de 2021. El primero, elaborado por la OMS, se titula “Informe exhaustivo sobre la investigación y las pruebas de los productos del tabaco nuevos y emergentes, en particular los productos del tabaco calentado”.<sup>50</sup> El segundo, elaborado por la Secretaría del Convenio, examina los “Desafíos que plantean los productos del tabaco nuevos y emergentes y su clasificación”.<sup>51</sup> Ambos informes se centran en el tabaco calentado y los ENDS (sin mencionar el snus o las bolsas de nicotina).



Un dispositivo de tabaco calentado.  
Fuente: Wikimedia Commons

Sin embargo, cuando se publicó la orden del día provisional de la COP 9, se reveló que “la Mesa [había] decidido que [estos dos] informes [...] se presentaran a título informativo y que los debates de fondo relacionados se aplazaran hasta la COP 10.”<sup>52</sup> Si una o varias Partes desean debatir los documentos, pueden decidir plantearlos, pero es muy posible que el debate tenga que esperar hasta la COP 10 de 2023.

<sup>49</sup> FCTC/COP7/9 Decision: *Electronic nicotine delivery systems and electronic non nicotine delivery systems* [https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC\\_COP7\\_9\\_EN.pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7_9_EN.pdf?ua=1)

<sup>50</sup> FCTC/COP9/9 *Comprehensive report on research and evidence on novel and emerging tobacco products, in particular heated tobacco products, in response to paragraphs 2(a)–(d) of decision FCTC/COP8(22): report by WHO.* [https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC\\_COP9\\_9\\_EN.pdf](https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_9_EN.pdf)

<sup>51</sup> FCTC/COP9/10 *Challenges posed by and classification of novel and emerging tobacco products: report by Convention Secretariat* [https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC\\_COP9\\_10\\_EN.pdf](https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP9_10_EN.pdf)

<sup>52</sup> FCTC COP 9 *Provisional agenda annotated* [https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC\\_COP\\_9\\_1\\_annotated\\_EN.pdf](https://untobaccocontrol.org/downloads/cop9/main-documents/FCTC_COP_9_1_annotated_EN.pdf)

Ninguno de estos documentos admite en ningún momento que alguno de los productos discutidos pueda tener un papel en la reducción de la carga de la muerte y la enfermedad del tabaquismo.

También merece la pena destacar aquí al grupo de estudio de la OMS sobre la regulación de los productos del tabaco, conocido comúnmente como TobReg. Se trata de un comité científico asesor que ha estado mucho tiempo en el tema y ha elaborado algunos informes útiles. Sin embargo, su último informe (2021)<sup>53</sup> contenía una docena de recomendaciones que apuntalan la intransigencia general de la OMS con respecto a los SNP y son hostiles a la idea de que los SNP ofrecen beneficios para la salud pública en la lucha contra la epidemia de tabaquismo. El texto pone la reducción de daños entre comillas. Se refiere a “afirmaciones” de menos daño y a la “supuesta creencia” de menos daño. La palabra “puede” se utiliza con frecuencia, por ejemplo, cuando se afirma que los jóvenes “pueden” sentirse atraídos por los sabores de los e-líquidos o “pueden” pasar a fumar cigarrillos de combustible, sin ofrecer ninguna prueba sustantiva que apoye las afirmaciones. También hay referencias burlescas a las “elegantes” tiendas de concepto IQOS.<sup>54</sup>

## Directrices

El método de ataque más polémico y deliberado contra los partidarios del THR es la sobreinterpretación de las directrices del artículo 5.3. Teniendo en cuenta el periodo de tiempo en el que se redactó el CMCT y el historial de la industria, la redacción del artículo original era perfectamente razonable:

*“Al establecer y aplicar sus políticas de salud pública con respecto al control del tabaco, las Partes actuarán para proteger esas políticas de los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.”*

Es importante señalar que, incluso en el contexto de un convenio de “buena fe”, las Directrices del CMCT son propuestas no vinculantes: son meras guías para ayudar a las Partes a aplicar sus obligaciones en varios artículos. No amplían las obligaciones del CMCT ni constituyen una interpretación posterior del mismo. Esta es la base sobre la que las Partes acuerdan la adopción de las Directrices.

Se constituyó un Grupo de Trabajo de la COP sobre el artículo 5.3, compuesto por dos representantes de cada región de la OMS, como parte del proceso de proporcionar orientación no vinculante sobre cómo las Partes pueden interpretar el artículo 5.3. El Grupo de Trabajo debía presentar propuestas en la reunión de la COP 3 de 2008 en Durban. Al igual que gran parte del CMCT, las Directrices sobre el 5.3 estaban destinadas principalmente a ayudar a los países de ingresos bajos y medios. En la UE, por ejemplo, ya existían principios y directrices.

**nunca se pretendió que las Directrices se utilizaran para excluir a la industria de los debates relacionados con el consumo de tabaco y los productos del tabaco a nivel nacional o internacional**

La idea principal era establecer con más detalle el objetivo de limitar en la medida de lo posible los contactos entre los gobiernos y la industria, y garantizar que cualquier trato con la industria fuera lo más abierto y transparente posible. Mientras que algunas Partes querían disposiciones más estrictas y otras presionaban para que se suavizaran, el Facilitador Clave pretendía que el documento fuera equilibrado y proporcionado. Nunca se pretendió que las Directrices se utilizaran para excluir a la industria -o a cualquier otra persona- de los debates relacionados con el consumo de tabaco y los productos del tabaco a nivel nacional o internacional.

Sin embargo, aunque las disposiciones de las Directrices 5.3 siguen siendo razonables, el Principio Rector inicial ahora es anticuado:

*“Existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria del tabaco y los intereses de la política de salud pública”.*

A la luz de una nueva generación de productos de nicotina manifiestamente más seguros, producidos tanto por empresas multinacionales como por un importante

<sup>53</sup> WHO. WHO study group on tobacco product regulation. WHO, 2021. <https://www.who.int/publications/item/9789240022720>

<sup>54</sup> Ibid. p54. See also a summary of the group's recommendations on SNP to the WHO Executive Board which are highly damaging to the progress of THR. <https://www.clivebates.com/documents/APPGVapingFeb2021.pdf> p.19

contingente de medianos y pequeños fabricantes de todo el mundo, este principio ya no es sostenible.



Imagen de porción de snus.  
Fuente: Wikimedia Commons

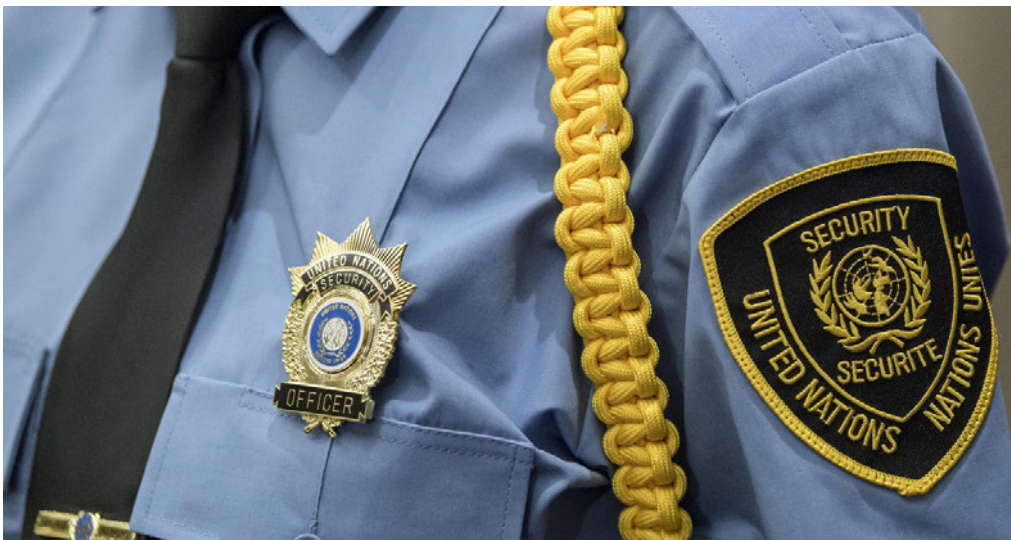
El pensamiento tradicional de la guerra contra el tabaco no puede sostenerse a la luz de este trastorno. ¿Cómo ha respondido el control internacional del tabaco? Sobreinterpretando y subvirtiendo deliberadamente el artículo 5.3 para ampliar la noción de “industria del tabaco”, de modo que cualquier empresa, organización, ONG, académico, grupo de consumidores o médico que apoye la THR quede incluido por defecto. Las Directrices han sido invocadas por organismos estatales y no estatales de todo el mundo para realizar ataques ad hominem y sin plataformas para expresarse.

## Artículo 5.3 – Las Directrices caen

Irónicamente, mientras que las Directrices exigen que los tratos con la industria sean responsables y transparentes, no se puede decir lo mismo de la conducta de la reunión de la COP. Con el tiempo, la COP se ha convertido en una cámara de eco autorreferencial en la que las voces discrepantes son sofocadas por la sobreinterpretación de las Directrices 5.3.

Durante las primeras reuniones de negociación del CMCT, celebradas entre 2000 y 2003, la tribuna pública estaba abierta para que cualquiera pudiera presenciar las deliberaciones. Lo mismo ocurrió en las tres primeras reuniones de la COP. Con el tiempo, el público en general -incluidos los medios de comunicación- ha sido excluido de todas las reuniones, excepto de la sesión plenaria del día de apertura, por decisión de las Partes. Esto está en total desacuerdo con la forma en que se celebran las reuniones de otros organismos de la ONU, como la Comisión de Derechos Humanos, la Comisión de Narcóticos y, como se ha mencionado anteriormente, la reunión de la COP sobre el Cambio Climático.

**las Directrices han sido invocadas por organismos estatales y no estatales de todo el mundo para llevar a cabo ataques contra la reducción del daño ante el tabaco tabaco y sus defensores con ataques ad hominem y sin plataformas para expresarse**



Un guardia de seguridad uniformado en las Naciones Unidas.  
Crédito: Manuel Elias, vía UN Photo en Flickr

**cualquier intento de llevar a cabo reuniones de la ONU como esta, fuera del consejo de seguridad de la ONU, no sería tolerado por los diplomáticos y funcionarios del gobierno**

Cualquier intento de llevar a cabo reuniones de la ONU como ésta, al margen del Consejo de Seguridad de la ONU, no sería tolerado por los diplomáticos y funcionarios del gobierno. La financiación de las reuniones de la ONU y la OMS depende del dinero público donado por las Partes. De ello se desprende que es necesario que haya responsabilidad y transparencia públicas. La falta de transparencia en la COP debe plantearse a los departamentos de responsabilidad de los gobiernos.

El nivel de paranoia e inseguridad que envuelve a la COP alcanzó un punto máximo de absurdo en 2014, cuando se negó la entrada a un representante de la Organización Internacional de Policía Criminal (Interpol) alegando que ésta había recibido dinero de una empresa tabaquera para hacer frente al mercado ilícito de cigarrillos.<sup>55</sup>

Existe la opinión de que parte de esta demanda de secretismo proviene de las delegaciones de los ministerios de sanidad que pretenden sortear la oposición nacional al control del tabaco y están ansiosas por evitar la publicidad. Pero también responde a una actitud paternalista hacia los países de ingresos bajos y medios, en el sentido de que sus delegados necesitan una “protección” especial frente a la influencia de la industria.

Una vez establecido que la Secretaría del CMCT ejerce un poder insalubre dentro del universo del CMCT/COP, queda la cuestión de cómo opera la OMS contra el THR en el mundo en general.

## Iniciativa Libre de Tabaco de la OMS (TFI)

**la OMS es una fuente de información sanitaria de confianza, por lo que es muy preocupante que haya sido la proveedora de información totalmente inventada sobre productos de nicotina más seguros**

El TFI es la cara pública de los esfuerzos de control del tabaco de la OMS. Impulsa el esfuerzo combinado de la OMS y de la Secretaría del CMCT contra el tabaquismo, que incluye discursos, informes, canales de redes sociales, premios, eventos y recursos en línea. La OMS es una fuente de información sanitaria de confianza, por lo que es muy preocupante que, a través de todos estos medios, haya sido el proveedor de información totalmente inventada sobre el SNP, carente de cualquier base de evidencia sólida. Se pueden dar varios ejemplos, pero tres serán suficientes.

En 2019, la revista *The Lancet* publicó un artículo con el nombre del director general de la OMS, lleno de información errónea basada en estudios defectuosos elegidos a dedo en relación con las “emisiones tóxicas” de los dispositivos de vapeo, los riesgos de ataque cardíaco y daño pulmonar, las anomalías fetales y el deterioro del desarrollo cerebral, haciendo la afirmación general de que “los ENDS son indudablemente perjudiciales” y deben ser regulados a la enésima potencia.<sup>56</sup>

El 20 de enero de 2020, la OMS publicó una página de preguntas y respuestas sobre el ENDS. Las respuestas a las nueve preguntas fueron muy criticadas en las redes sociales. Unos diez días más tarde, las FAQs se actualizaron de forma marginal, sin ninguna notificación de cambios o reconocimiento de errores. Incluso la



Estante de tubos de ensayo con una gama de dispositivos de vapeo. Crédito: CDC en Unsplash

<sup>55</sup> WHO (2014). *Report of the sixth session of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Section 2.20, page 7. [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/COP6\\_report\\_FINAL\\_04122014.pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/COP6_report_FINAL_04122014.pdf)

<sup>56</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus (2019) Progress in beating the tobacco epidemic. *Lancet* July 26, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31730-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31730-1)

versión actualizada estaba llena de información falsa o engañosa, errores de hecho, exageraciones y simplificaciones excesivas que cubrían los riesgos generales, la adicción, el daño pulmonar, los peligros de segunda mano y la ayuda para dejar de fumar.<sup>57</sup>

Quizás el ejemplo más atroz fue el último informe de la serie de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, publicado en julio de 2021. Este informe llevaba el subtítulo de “Abordar los productos nuevos y emergentes” y por primera vez dedicaba un capítulo entero a los ENDS. Al principio del documento había grandes citas en las que se declaraba que “los ENDS deberían estar estrictamente regulados para proteger al máximo la salud pública” y la afirmación, igualmente falsa, de que “los niños y adolescentes que utilizan ENDS pueden duplicar su riesgo de fumar”. Es la representación visual de los “niños” lo que resulta especialmente inquietante. Todas las fotos en color del informe de 200 páginas, excepto una, muestran a un niño pequeño. Peor aún, las capturas de pantalla tomadas del lanzamiento del informe de la OMS mostraban a dos jóvenes supuestamente vapeando, mientras que una tercera parece mostrar a un bebé alcanzando un dispositivo de vapeo.

las capturas de pantalla muestran a dos jóvenes vapeando mientras que una tercera parece mostrar a un bebé alcanzando un dispositivo de vapeo



Capturas de pantalla tomadas de la presentación pública en línea del Informe de la OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaco 2021.

En relación con el trabajo infantil y el cultivo de tabaco, la OMS hace referencia regularmente a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Haría bien en poner en orden su propia casa con referencia al artículo 36, que establece que “los gobiernos deben proteger a los niños contra todas... las formas de explotación, por ejemplo la explotación de los niños para actividades políticas, por los medios de comunicación o para la investigación médica”.<sup>58</sup>

Este énfasis en los niños y jóvenes es el ejemplo más evidente de la influencia de un tercer grupo de actores: Las ONG y, en particular, la Campaña para Niños Libres de Tabaco (CTFK), con sede en Estados Unidos.

## Organizaciones no gubernamentales (ONG)

Históricamente, los defensores de la lucha contra el tabaco en EE.UU. han tenido un éxito considerable contra la industria tabacalera. Se han aliado con los gobiernos estatales para lograr el Acuerdo Marco de Conciliación (Master Settlement Agreement) y han hecho campaña por todos los elementos que vemos en las políticas de control del tabaco en todo el mundo: publicidad, promoción y prohibición de fumar en público, etiquetas de advertencia, etc.

Los activistas antitabaco también ejercieron una gran influencia durante el proceso de negociación del CMCT. Esto provocó la inquietud de al menos un miembro de la delegación estadounidense, Greg Jacob, que posteriormente describió el proceso de negociación del CMCT como “profundamente defectuoso”.<sup>59</sup>

La negociación del CMCT era la primera vez que la OMS participaba en la redacción de un tratado sanitario internacional. Muchos de los delegados eran ministros de sanidad, entre ellos varios médicos. Sin embargo, en conjunto, sabían poco o nada sobre el derecho internacional y el proceso de negociación de tratados. En la brecha,

<sup>57</sup> Para leer el relato completo y la mordaz crítica resultante, véase: <https://www.clivebates.com/world-health-organisation-fails-at-science-and-fails-at-propaganda-the-sad-case-of-whos-anti-vaping-qa/>

<sup>58</sup> The United Nations Convention on the Rights of the Child (1989), p.10, accessed at UNICEF website: [https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2010/05/UNCRC\\_united\\_nations\\_convention\\_on\\_the\\_rights\\_of\\_the\\_child.pdf](https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2010/05/UNCRC_united_nations_convention_on_the_rights_of_the_child.pdf),

<sup>59</sup> Jacob, G. (2018). *Administering the mark of Cain: secrecy and exclusion in the FCTC implementation process*. *Fordham International Law Journal*: 41 (3), p.669-696

escribió Jacob, entraron los de CTFK y la organización estadounidense Action on Smoking and Health (ASH). Se unieron a otras ONG para formar la Alianza del Convenio Marco (FCA). Jacob sostenía,

*“...los asesores de las ONG no actuaron como asesores jurídicos desinteresados y, por el camino, más de una delegación fue engañada para que creyera la versión de la verdad de las ONG, demasiado a menudo distorsionada”.*

En un presagio de los escándalos de la 5.3 que se avecinan, Jacob informó sobre los debates en torno a la definición de “publicidad y promoción del tabaco”. Para Jacob y la mayoría de los delegados presentes en las reuniones estaba claro que la definición era ridículamente amplia:

*“Se necesitó un pequeño milagro sólo para conseguir insertar la palabra ‘comercial’ en la definición... ya que muchos miembros de los [grupos regionales de la OMS] querían que la definición cubriera el discurso no comercial de actores ajenos a la industria del tabaco”.*

**los representantes  
siguieron tratando  
de espiar sus  
conversaciones  
telefónicas**

Fue durante estas negociaciones cuando las ONG se entregaron a lo que sólo puede describirse como la política del patio. Jacob alega que los representantes le siguieron a todas partes intentando espiar sus conversaciones telefónicas. En las siguientes reuniones de la COP continuaron con estas payasadas, haciendo “click y corre” para fotografiar a cualquier representante de la industria que se encontrara en el edificio y colocando estas fotos en un cartel. Un observador de la industria fue literalmente seguido hasta el baño. Se avergonzaron y públicamente se mencionaron a las delegaciones que se consideraba que obstruían el progreso y se les concedió el “premio al cenicero sucio”.

Pero, dejando a un lado la política de gestos, desde la llegada del SNP, la influencia de las ONG occidentales, en general, en el control internacional del tabaco es cada vez más contraria a los intereses de la salud pública mundial.

**desde la aparición del  
SNP, la influencia de las  
ONG occidentales en el  
control internacional del  
tabaco es cada vez más  
contraria a los intereses  
de la salud pública  
mundial**

Al menos en Estados Unidos, las ONG como CTFK se estaban convirtiendo en víctimas de su propio éxito. Las victorias legales sobre la industria tabacalera, el aumento de las normas y regulaciones sobre el tabaquismo y el descenso del número de fumadores, tanto adultos como adolescentes, dejaron a CTFK en peligro de ser una ONG sin misión.

La llegada de los dispositivos de vapeo en 2006-07 fue un maná caído del cielo para quienes querían seguir luchando contra el viejo enemigo. Para mantener viva la agencia, era imperativo que la nueva situación se enmarcara por completo a través del prisma de las batallas pasadas. ¿La mejor manera de hacerlo? Afirmar que los nuevos productos no eran más seguros que los cigarros, e incluso más peligrosos. Las grandes tabacaleras seguían intentando enganchar a los niños, pero ahora lo hacían para compensar la caída de las ventas de cigarros. Se podría argumentar que, en términos de su misión, CTFK no necesitaba preocuparse por los fumadores adultos. Pero sus actividades no se limitaban a impartir información falsa a los jóvenes. Su poderosa capacidad de presión estaba haciendo oídos sordos a los políticos para que tomaran medidas, en detrimento de la comunidad de fumadores adultos en situación de riesgo.



Un montón de billetes de 100 dólares.  
Crédito: Giorgio Trovato en Unsplash

Aun así, una campaña basada exclusivamente en Estados Unidos corría el riesgo de agotarse. Pero entonces, con una enorme inyección de fondos de Bloomberg Philanthropies (véase más abajo), CTFK se encontró de repente en posición de obtener un alcance global. La organización podía conquistar el mundo, abogando por prohibiciones y regulaciones estrictas y utilizando su bien perfeccionado programa de “infantificación” para socavar la base de pruebas del SNP como opción de reducción de daños para los fumadores adultos.

Muchos países de ingresos altos, como los de la UE (vinculados a la Directiva sobre productos del tabaco de la UE), los EE.UU., Australia, Nueva Zelanda, Japón, Canadá y otros países, ya contaban con normativas. Las ONG occidentales, como CTFK y La Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (La Unión), se dirigían a los países de mediano y bajo ingreso. El mensaje central transmitido a través de seminarios web, comunicados de prensa y otros medios de comunicación fue: “No se molesten en intentar tomar sus propias decisiones sobre estos productos. La OMS dice que ninguno de ellos tiene valor. Todos son malos, así que prohibidlos”. Esta fue una tarjeta de “salida de la cárcel” para que muchos ministerios de salud promulgaran algunas leyes con pocos recursos para su aplicación y consideraran que el tema estaba resuelto.

gracias a una enorme inyección de fondos de Bloomberg Philanthropies, CTFK se encontró de repente en posición de obtener un alcance global



Documento de posición de la Unión sobre la venta de cigarrillos electrónicos y HTP en los PIBM. (n.d.). La Unión. Recuperado el 20 de julio de 2020 <https://theunion.org/technical-publications/union-position-paper-on-e-cigarettes-and-htp-sales-in-lmics>

Este enfoque es problemático en al menos dos niveles:

1. La introducción de políticas de control del tabaco “pre-cocidas” no tiene en cuenta los intereses de la salud pública de la población (y podría compararse con las políticas exteriores neoconservadoras de EE.UU. destinadas a “construir la democracia”). Esto se aplica especialmente a los países de ingresos mediano y bajo, donde viven y mueren la mayoría de los fumadores. Estas personas podrían beneficiarse claramente del acceso a un SNP accesible, asequible, apropiado y aceptable.
2. Ganar batallas políticas y presionar para que se modifiquen las leyes parece haberse convertido en el centro de atención, sin tener en cuenta si esto supusiera alguna diferencia material en cuanto a las muertes y enfermedades causadas por el tabaquismo en esos países. Lo más probable es que no lo hagan. El único elemento que parece tener un impacto en el consumo es la fiscalidad, pero eso hace que los que tienen menos ingresos y más riesgo de fumar se dirijan al mercado ilícito.

las políticas de control del tabaco “pre-cocidas” no tienen en cuenta los mejores intereses de la salud pública de la población

Los documentos filtrados de CTFK revelaron toda una estrategia global que incluye la promoción política, la realización de campañas, la asistencia jurídica, la salud pública y la formación de los medios de comunicación. La estrategia parece establecer el objetivo de controlar las políticas de control del tabaco de muchos países de ingresos mediano y bajo, en lugar de simplemente apoyarlas.<sup>60</sup>

<sup>60</sup> Minton, M. (2021), *Exposed: Bloomberg's anti-tobacco meddling in developing countries*. <https://cei.org/blog/exposed-bloombergs-anti-tobacco-meddling-in-developing-countries/>. However, the full extent of CTFK involvement was revealed by documents leaked to Minton.

una ONG con sede en EE.UU., cuyo objetivo es prevenir el tabaquismo entre los adolescentes de ese país, ha logrado llevar a cabo una amplia actividad de control del tabaco en vastas franjas de América Latina, Asia y África

Así, una ONG con sede en EE.UU., cuyo objetivo es prevenir el tabaquismo entre los adolescentes estadounidenses, ha conseguido llevar a cabo una amplia actividad de control del tabaco en vastas franjas de América Latina, Asia y África. ¿Cómo? ¿Y cómo ha seguido funcionando el TFI de la OMS con las reducidas contribuciones de los donantes tras el colapso financiero de 2007-08 y ahora la pandemia mundial?

Esto nos lleva a nuestro cuarto actor: Bloomberg Philanthropies.

## Bloomberg Philanthropies

Desde principios del siglo XX, fundaciones millonarias privadas estadounidenses como Rockefeller, Carnegie y Ford aportaron millones de dólares para financiar actividades en toda la sociedad, como la investigación científica y médica, la innovación técnica, la educación y los dotes artísticos y culturales.

Actualmente, la más rica y famosa de estas fundaciones es la creada por Bill y Melinda Gates (BMGF). El BMGF ha hecho donaciones a programas educativos nacionales de Estados Unidos, pero es más conocido por su trabajo en el extranjero para combatir enfermedades contagiosas como la malaria.

La diferencia del BMGF es que, a diferencia de sus predecesores, ha estado en el primer plano de lo que los economistas Matthew Bishop y Michael Green llaman “filantropocapitalismo”.<sup>61</sup> Esto tiene dos elementos. El primero es que la organización se gestiona de forma más parecida a una empresa con ánimo de lucro, por ejemplo, con la fijación de objetivos de los programas y, a menudo, con la microgestión de los procesos. El segundo es, por decirlo crudamente, “si sacamos a la gente de la pobreza y la hacemos saludable, comprarán más de nuestras cosas”. Bill Gates lo dijo en un artículo para la revista Time en 2008.<sup>62</sup>

si sacamos a la gente de la pobreza y la hacemos saludable, comprarán más de nuestros productos

Sea cual sea el modelo de negocio, se ha expresado una preocupación general sobre la naturaleza de estas fundaciones privadas estadounidenses. La primera gira en torno a cuestiones de responsabilidad y transparencia. Están obligadas a presentar formularios fiscales con información básica, pero no tienen que rendir cuentas a nadie más que a un puñado de administradores. En las páginas web hay algunos detalles sobre las sumas de dinero entregadas, pero el proceso de toma de decisiones sobre las subvenciones permanece oculto a la vista del público. La segunda preocupación es el grado en que los fondos están erosionando el apoyo del gobierno al bienestar público y a la educación. En tercer lugar, la preocupación por la procedencia del dinero de las fundaciones. Por ejemplo, Microsoft fue objeto de varias demandas antimonopolio en las décadas de 1980 y 1990.

Algunas de estas preocupaciones se reflejan en el caso de Bloomberg Philanthropies (BP), pero no todas. Como alcalde de Nueva York, Bloomberg, exfumador, supervisó algunas políticas radicales de control del tabaco en la ciudad. Combinado con su odio a la industria tabacalera, fue convencido por su asesor en materia de control del tabaco, Tom Frieden, para que pusiera su considerable riqueza al servicio del esfuerzo mundial para reducir las muertes y enfermedades causadas por el tabaquismo.

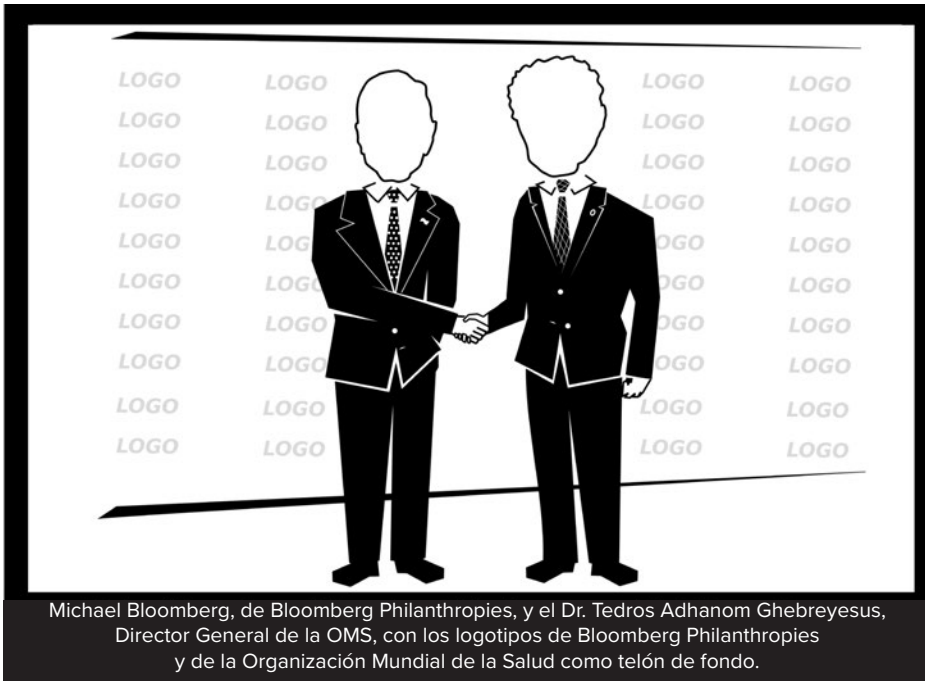
Una vez que el CMCT entró en vigor en 2005, las Partes empezaron a aplicarlo, pero no había dinero para el tipo de recopilación de datos y el seguimiento necesario para determinar el progreso en el cumplimiento de las ambiciones del CMCT.

Bloomberg no ocultó que tenía poca confianza en que las Naciones Unidas y sus agencias pudieran cumplir con sus objetivos en un plazo razonable. En un ejercicio paralelo al de la Secretaría del CMCT, que recogía sus propios datos de las Partes, la ahora rebautizada Iniciativa Bloomberg elaboró la estrategia de seguimiento MPOWER.

El personal del TFI de la OMS estaba descontento con el enfoque prepotente adoptado por Bloomberg Philanthropies al tratar de dictar al personal del TFI cómo llevar a cabo MPOWER. Pero sus apelaciones a la directora general de la OMS cayeron en saco roto. Al personal se le dijo que aceptara el dinero y se pusiera manos a la

<sup>61</sup> Knowledge-Action-Change. *Burning Issues: Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. KAC, 2020, p.100.

<sup>62</sup> *Ibid.*

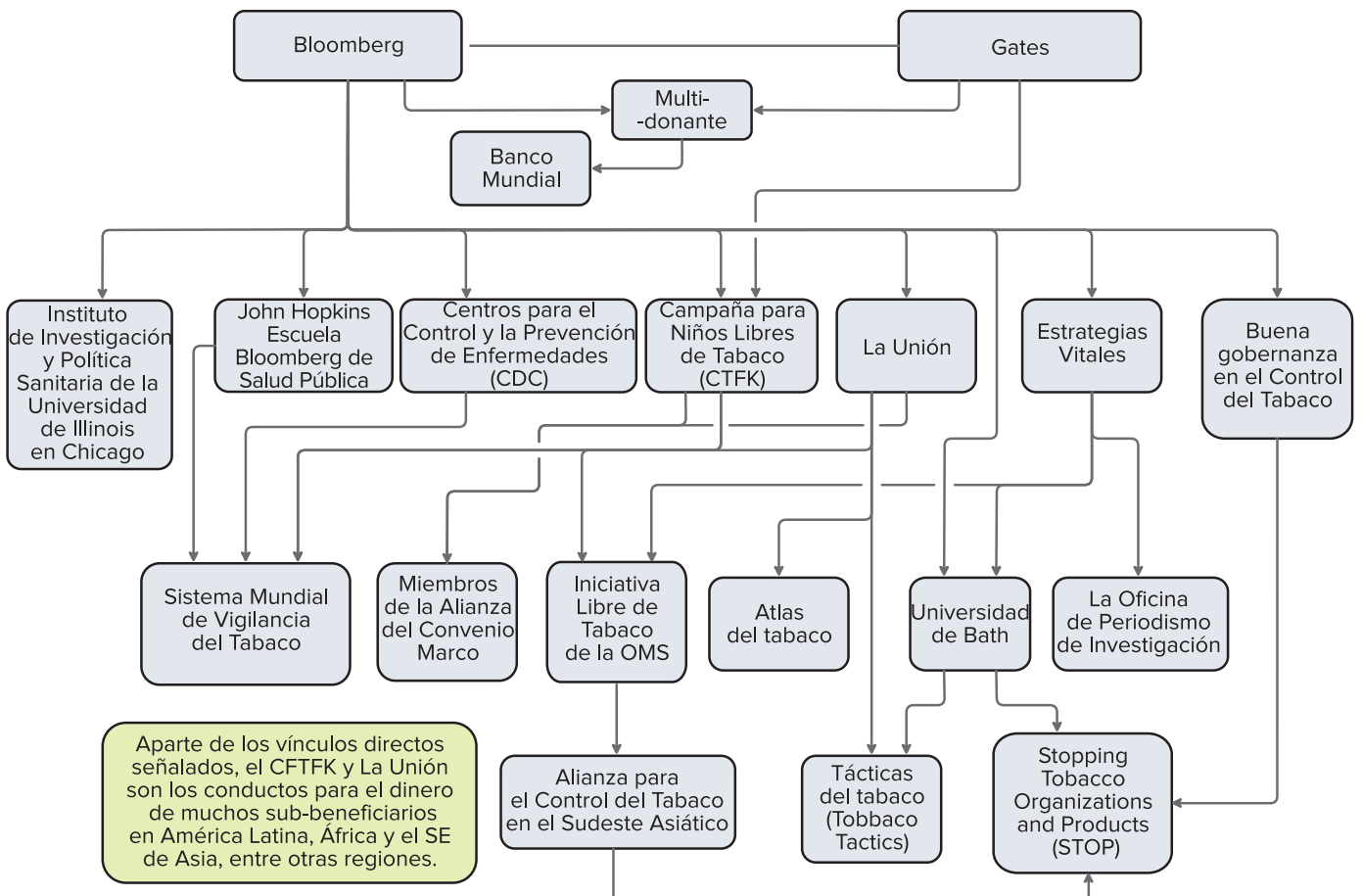


La imagen original fue retirada bajo la amenaza de acciones legales por parte de los abogados de Bloomberg Philanthropies. <https://twitter.com/who/status/1356948447077814274>

obra, porque no había fondos de ninguna otra parte. El dinero que Bloomberg ofreció a la Secretaría del CMCT fue rechazado, no por motivos éticos, sino más bien para subrayar la aparente animosidad entre los responsables del TFI y la Secretaría del CMCT en aquel momento.

al personal se le dijo que tomara el dinero y se pusiera a trabajar

Desde entonces, Bloomberg Philanthropies ha canalizado unos mil millones de dólares a través de una red de beneficiarios encabezada por CTFK y La Unión. Debido a la



opacidad de los flujos de financiación, es imposible determinar qué porcentaje se dedica a actividades contra la THR. Pero dado el grado de coordinación entre el TFI de la OMS y todos los demás beneficiarios de Bloomberg Philanthropies en torno a la lucha contra la THR de diversas maneras, es razonable suponer que ésta es una de las principales directrices de la financiación. Para demostrar lo estrechamente que la OMS está vinculada a Bloomberg Philanthropies, Michael Bloomberg es ahora el embajador mundial de la OMS para las enfermedades no transmisibles.

El flujo de dinero de Bloomberg Philanthropies plantea varios problemas:

1. Los fondos de Bloomberg Philanthropies se están utilizando para llevar a cabo una guerra contra la nicotina y el THR que es diametralmente opuesta a los mejores intereses de la salud pública mundial.
2. Los fondos de Bloomberg Philanthropies se destinan principalmente a los países de ingresos mediano y bajo. En estos países se concentra el mayor número de fumadores y las tasas más elevadas de mortalidad y morbilidad por tabaquismo, y son lugares donde las políticas de THR podrían ser más eficaces.
3. No hay beneficios materiales obvios para los intereses empresariales de Bloomberg por el éxito de las políticas de control del tabaco en los PIBM. Esto lo convierte más bien en un caso de filantropía-colonialismo. Se están desviando millones de dólares a través de los beneficiarios de las subvenciones para interferir en las políticas nacionales de control del tabaco de los países soberanos.
4. Las expectativas de “estilo corporativo” que Bloomberg Philanthropies tiene de sus beneficiarios es donde entra el filantropocapitalismo. Las empresas con ánimo de lucro funcionan sobre la base de ciclos de planificación a corto plazo. Los mundos de los negocios, las finanzas y el consumo se mueven al ritmo. La cultura de auditoría de Bloomberg Philanthropies espera obtener ganancias rápidas; en el mundo de la lucha contra el tabaco, eso significa conseguir que las leyes y los reglamentos entren en las constituciones sin pensar en la evaluación a largo plazo. Parece que no se ha pensado en el asunto, mucho más caro y complicado, de establecer servicios eficaces y accesibles para abandonar el tabaquismo.
5. Todo el humo y los espejos de la actividad mundial bien financiada y altamente organizada – principalmente dirigida a la prevención del tabaquismo entre los jóvenes – oculta la desagradable verdad. Los esfuerzos para hacer frente a la epidemia de tabaquismo están fracasando en los países de ingresos mediano y bajo, e incluso se están estancando en los países de ingresos altos, ya que el descenso de la prevalencia del tabaquismo comienza a estabilizarse.

**la desagradable verdad es que los esfuerzos para hacer frente a la epidemia de tabaquismo están fracasando en los países de ingresos mediano y bajo e incluso se están estancando en los países de ingresos altos**

Aparte de las ONG occidentales que ejercen presión en los países de ingresos bajos y medios contra el THR, estas ONG y los funcionarios de la OMS ejercen una influencia indebida sobre los flujos de información a las Partes del CMCT. Es el deber de las Partes del CMCT ejercer el control que tienen y hacer avanzar la agenda de control del tabaco, y reconocer el potencial del SNP para hacer realidad las ambiciones del CMCT.

# 6: ¿Qué se puede hacer? Nuevas ideas para el siglo XXI

## Un imperativo moral para actuar

Ya no se puede negar seriamente la evidencia a favor de adoptar el THR y el SNP como intervenciones válidas de salud pública. Para añadir al creciente conjunto de pruebas de grupos de expertos independientes, no menos de quince ex presidentes de la Sociedad para la Investigación sobre la Nicotina y el Tabaco escribieron un artículo para el *American Journal of Public Health* en agosto de 2021 en el que decían,

*“Dado que las pruebas indican que el uso del cigarro electrónico puede aumentar las probabilidades de dejar de fumar, muchos científicos, incluidos los autores de este ensayo, animan a la comunidad sanitaria, a los medios de comunicación y a los responsables políticos a sopesar con más cuidado el potencial del vapeo para reducir la mortalidad atribuible al tabaquismo en adultos”<sup>63</sup>*

Ahora es un imperativo moral que la OMS y sus aliados abandonen su actual posición intransigente y obstructiva de no sólo negarse a aceptar cualquier beneficio positivo para la salud del SNP, sino de hacer una campaña activa contra su uso.

El FCTC no se está adaptando a la nueva realidad del SNP porque son los elementos anti-THR dentro de la OMS y en otros lugares los que llevan la batuta. No reconocen la creciente demanda de estos productos en todo el mundo por parte de los fumadores que quieren abandonar la forma más mortífera de consumir nicotina.

**son los elementos anti-THR dentro de la OMS los que llevan la batuta**

## Avanzar hacia la reducción de los daños ante el tabaco

Las Partes deberían presionar ahora para que se celebren más debates basados en la evidencia sobre el THR y el SNP, recurriendo a la más amplia gama de conocimientos científicos, clínicos y epidemiológicos junto con los que participan en la industria de los productos más seguros de nicotina, y teniendo en cuenta la experiencia vivida por los consumidores. Hay que animar a las Partes que han introducido con éxito políticas de reducción del daño ante el tabaco junto con sus regímenes de control del tabaco -países como el Reino Unido y Nueva Zelanda- a que lideren el camino, compartiendo las pruebas y las mejores prácticas desde sus perspectivas nacionales. Deben prepararse ahora para que la reducción del daño del tabaco esté en la agenda de la COP10 en 2023. Corresponde a las Partes proponerlo, ya que son ellas las que determinan la orden del día, no la OMS ni la Secretaría.

Una vía pragmática para avanzar podría ser la creación de un Grupo de Trabajo sobre la Reducción del Daño ante el Tabaco para llevar el CMCT al siglo XXI en un mundo en el que ya se dispone de productos de nicotina más seguros. La modificación de los convenios internacionales es difícil de conseguir y, en realidad, muchos de los problemas del CMCT se deben a la interpretación y la aplicación, incluido el olvido de la reducción del daño a pesar de que ocupa un lugar destacado en el texto del CMCT. Un Grupo de Trabajo para elaborar la reducción del daño ante el tabaco podría abordar el CMCT con una nueva perspectiva, en la que los productos de nicotina más seguros tienen un papel que desempeñar para acabar con el tabaquismo, y con un enfoque renovado en la obtención de resultados tangibles que reduzcan las muertes y enfermedades derivadas del tabaquismo. El Grupo de Trabajo tendría que desarrollar una interpretación y una orientación que:

1. Desglose los productos de tabaco de uso oral más peligrosos de los productos no combustibles más seguros como punto de partida clave. Todos los artículos del CMCT tendrían que ser examinados según este criterio. El texto del CMCT se

<sup>63</sup> Balfour, D et al. (2021) Balancing the risks and benefits of e-cigarettes. *American Journal of Public Health* <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2021.306416>



“Nada sobre nosotros sin nosotros” es un concepto importante para la reducción del daño ante el tabaquismo.  
Imagen: Google

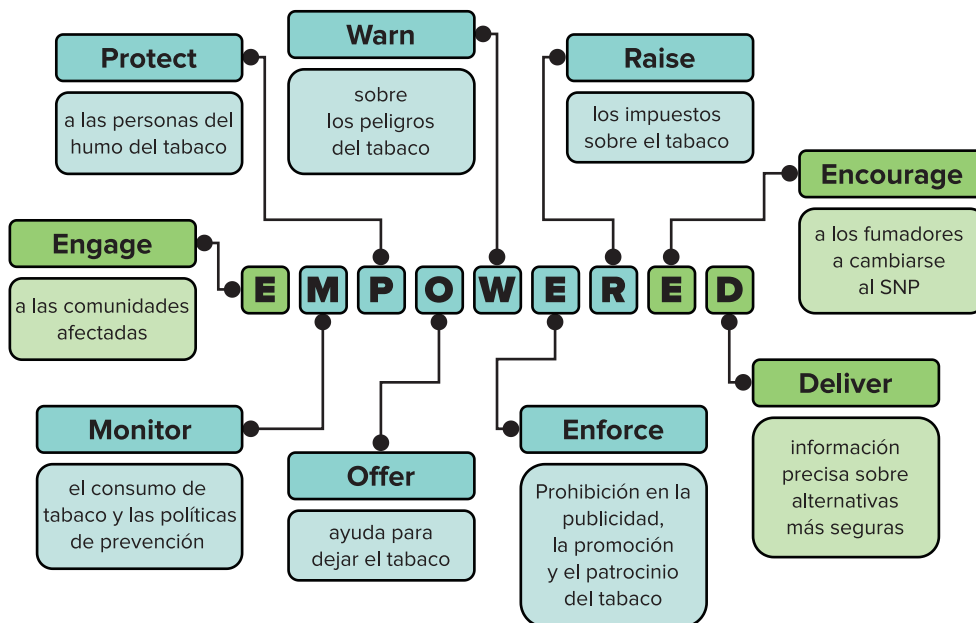
adoptó antes de que se generalizara la disponibilidad de los SNP, por lo que es necesario reevaluarlo a la luz de su aparición en el mercado. El propio CMCT deja claro en su preámbulo que las políticas de control del tabaco deben basarse en “consideraciones científicas, técnicas y económicas actuales y pertinentes”.

2. Garantice que el CMCT se aleja de la desviación de la misión y reitera que, junto con la reducción de la oferta y la demanda, uno de los primeros principios del CMCT es “reducir el daño” del humo del tabaco.
3. Ofrece una definición clara de la reducción de daños en el marco del CMCT, tal y como la OMS establece, por ejemplo, una definición en relación con las drogas y el VIH: “La reducción de daños es un conjunto de políticas, programas, servicios y acciones que tienen como objetivo reducir el daño a las personas, las comunidades y la sociedad relacionado con las drogas, incluida la infección por el VIH. La reducción del daño es clave en la prevención de la infección por el VIH entre las personas que se inyectan drogas (PWID) y sus parejas sexuales”.<sup>64</sup>
4. Garantice que, en consonancia con los tratados internacionales de salud y derechos humanos de larga duración, los representantes de todas las comunidades afectadas, incluidos los fumadores y los usuarios de productos de nicotina más seguros, sean reconocidos como partes interesadas legítimas a efectos de las deliberaciones políticas nacionales e internacionales.
5. Pide que se ponga fin a la sobreinterpretación de las directrices del artículo 5.3, que actualmente no sólo impide que se escuchen otros puntos de vista sobre el control del tabaco, sino que también excluye a la COP del legítimo escrutinio público.

<sup>64</sup> WHO Regional Office For Europe, Policy guidance by HIV intervention area: harm reduction <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>

## De MPOWER a EMPOWERED

Además, el Grupo de Trabajo también podría destacar que la OMS tiene el deber de garantizar que todos los fumadores puedan acceder a una información precisa sobre los beneficios potenciales del consumo de productos de nicotina más seguros, para que puedan tomar decisiones con conocimiento de causa. El TFI de la OMS debería reformular MPOWER por EMPOWERED:



Un comienzo hacer participar a la comunidad sería involucrar a una gama más amplia de representación de la sociedad civil en la COP y otras reuniones – principalmente aquellos con experiencia de hacer el cambio de fumar al uso de SNP. Como se estimó en *Global State of Tobacco Harm Reduction in 2020*, actualmente hay 100 millones de usuarios de SNP en todo el mundo<sup>65</sup> cuyas voces no se escuchan en la elaboración de políticas sobre el tabaco y la nicotina que afectan directamente sus vidas.

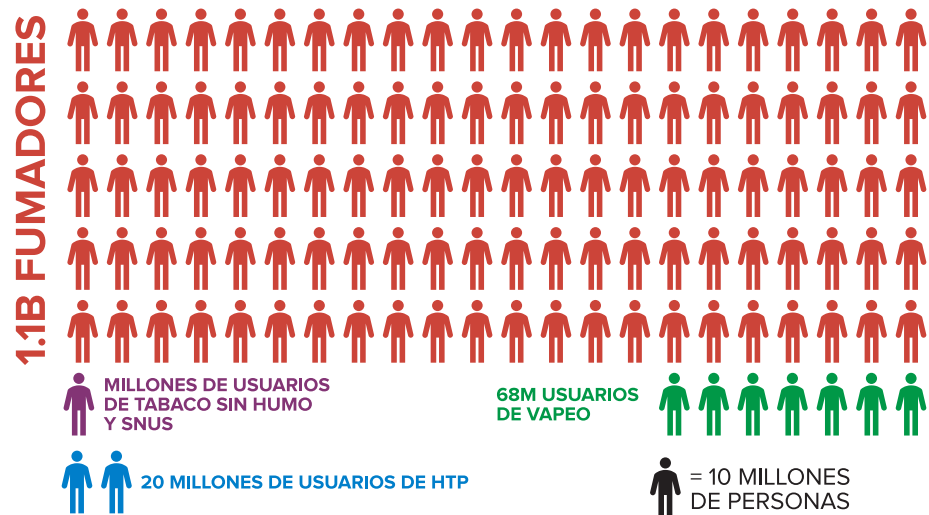
**la Iniciativa Libre de Tabaco de la OMS debería reformular MPOWER a EMPOWERED**

<sup>65</sup> *Burning Issues: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2020*. Knowledge-Action-Change, 2020, p.54 <https://gsthr.org/report/2020/burning-issues/chapter-2#unrealisedpublichealth>

## 7: Reflexiones finales

la estrategia de la OMS, sus aliados y su principal financiador privado es seguir librando la guerra de siempre contra la industria del tabaco

A pesar de la promulgación del CMCT y de la herramienta de seguimiento y evaluación MPOWER que lo acompaña, el número de muertes previsto por el tabaquismo no ha cambiado durante una década. Durante ese periodo, las tecnologías nuevas y disruptivas han producido formas más seguras de consumir nicotina, mientras que investigaciones recientes han establecido la relativa seguridad de un producto oral llamado snus. Se ha establecido la prueba de concepto y el mercado de consumo de productos de nicotina más seguros ha crecido hasta casi 100 millones de personas.



se les acusa de desplegar las mismas tácticas que la industria del tabaco: sembrar la confusión y la duda mediante la desinformación y la interferencia

Sin embargo, en lugar de aceptar y adaptarse a la nueva realidad, la estrategia de la OMS, sus aliados y su principal financiador privado es seguir librando la guerra de siempre contra la industria del tabaco. Al hacerlo, se les acusa de desplegar las mismas tácticas que su enemigo jurado, la industria del tabaco: sembrar la confusión y la duda sobre la seguridad y la eficacia del SNP mediante la desinformación y la interferencia. Hay pocas pruebas de que se preocupe por el bienestar de los actuales fumadores adultos; en su lugar, se hace hincapié en las estrategias de prevención para jóvenes, políticamente aceptables.

Las pruebas a favor del THR y el SNP como intervención complementaria para ayudar a reducir las muertes y enfermedades derivadas del tabaquismo son sólidas. Es lo suficientemente sólida como para que las Partes del CMCT retomen el control del Convenio y examinen políticas alternativas a las defendidas por la OMS, según las cuales todos los productos deberían estar prohibidos o fuertemente regulados. El aspecto más importante de esta revisión política y legislativa es separar los productos combustibles de los no combustibles. Para ello, es necesario involucrar a todas las partes interesadas, incluyendo tanto a la industria (en todas sus formas) como a los consumidores con experiencia que han hecho el cambio a productos de nicotina más seguros. Los gobiernos nacionales deben comprometerse más con los consumidores para poder representarlos eficazmente en la COP.

el imperativo de la política internacional de control del tabaco en el siglo xxi es presidir los últimos atisbos de la combustión

El imperativo de la política internacional de control del tabaco en el siglo XXI es presidir los últimos atisbos de la combustión. No debe utilizar una nueva lucha contra la nicotina para avivar las llamas de la última guerra contra la industria del tabaco.

# Luchando la última guerra:

## 47 La OMS y el Control Internacional del Tabaco

Puedes ver los vídeos de las presentaciones del lanzamiento del informe, celebrado el 27 de octubre de 2021, en <https://gsthr.org/events/ftlw/>

### SESSION 1 – FCTC Past, present and future

Tema	Panelistas
<b>Welcome to the day and introduction to the session</b>	<b>Will Godfrey</b> (Session host) Editor-in-chief of the Filter Magazine, USA
<b>‘From Hope to Despair – Tobacco control loses its way’</b>	<b>Harry Shapiro</b> The author of the report K•A•C, UK
<b>‘The origins and decline of the FCTC’</b>	<b>Derek Yach</b> Executive Director of the Foundation for a Smoke-Free World, USA
<b>‘Our Health – Consumers the often forgotten majority’</b>	<b>Tom Gleeson</b> New Nicotine Alliance Ireland
<b>Sesión de preguntas y respuestas</b>	

### SESSION 2 – Challenges in making the FCTC an inclusive international framework convention

Tema	Panelistas
<b>Introduction to the session</b>	<b>Jeannie Cameron</b> (Session host) JCIC International, UK
<b>‘Under the influence: The politics of international drug control’</b>	<b>Ethan Nadelmann</b> Founder and former-Executive Director of the Drug Policy Alliance, USA
<b>From Tobacco Control to HR advocacy: A Professional and Personal Journey</b>	<b>Nataliia Toropova</b> Healthy Initiatives, Ukraine
<b>‘What have we learnt and what next for tobacco harm reduction’</b>	<b>Gerry Stimson</b> Director K•A•C, UK
<b>Sesión de preguntas y respuestas y observaciones finales</b>	





**GSTHR.ORG**