

MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE
DE LA REPUBLICA CON EL QUE SE
INICIA UN PROYECTO DE ACUERDO
QUE APRUEBA EL CONVENIO MARCO
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE
LA SALUD PARA EL CONTROL DEL
TABACO, ADOPTADO EN GINEBRA EL
21 DE MAYO DE 2003 Y SUSCRITO
POR CHILE EL 25 DE SEPTIEMBRE
DE 2003.

SANTIAGO, noviembre 10 de 2004

M E N S A J E N° 137-352/

Honorable Cámara de Diputados:

**A S.E. EL

PRESIDENTE

DE LA H.

CAMARA DE

DIPUTADOS.**

Tengo el honor de someter a vuestra consideración el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra el 21 de mayo de 2003 y suscrito por Chile el 25 de septiembre de 2003.

I. ANTECEDENTES.

El consumo de tabaco está asociado con un aumento de la morbilidad, mortalidad y discapacidad humana. La evidencia

científica acumulada a nivel mundial permite afirmar que el consumo de tabaco es hoy la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo, constituyéndose en una verdadera epidemia. Su carácter adictivo hace difícil el abandono del consumo y mantiene a los fumadores recibiendo considerables cantidades de tóxicos, irritantes, mutágenos y carcinógenos para obtener la nicotina que satisfaga su dependencia.

Aunque potencialmente puede afectar a cualquier sistema del organismo humano, las patologías más relevantes asociadas al consumo de tabaco son: diversos tipos de cáncer, enfermedades que afectan al sistema cardiovascular y patologías del sistema respiratorio.

Según estudios del Banco Mundial, se puede atribuir al tabaquismo cuatro millones de muertes al año, correspondiendo el 63% a personas entre 35 y 69 años, con una pérdida de cerca de 22 años de vida normal. Los hombres tienen una mortalidad atribuible al tabaco 3 veces superior a la de las mujeres, lo que se relaciona con la alta prevalencia entre ellos. Dado que el consumo está aumentando en las mujeres, se espera en el futuro un aumento de la mortalidad femenina, hecho que ya se ha evidenciado en los países desarrollados.

En Chile, el Ministerio de Salud, aplicando los índices de riesgo relativo propuestos por la OMS a las estadísticas de mortalidad del año 1999, estimó que un 16.9% de la mortalidad total ocurrida ese año es atribuible al tabaquismo. De este total de muertes (13.888 personas), el 21% de las muertes son por diversos tipos de cáncer, un 15% por enfermedades respiratorias y un 64% por problemas cardiovasculares.

Tabla 1: Muertes atribuibles al Tabaquismo en Chile. Año 1999.

Grupos de Causa	N° de muertes atribuibles*	% de muertes atribuibles en total de muertes del grupo de causa
Cardiovasculares	8.888	64
Respiratorias	2.083	15

Cáncer	2.917	21
--------	-------	----

* Asume un 16.9% de la mortalidad total.

Por otra parte, se estima que el 11% de la mortalidad infantil, de acuerdo a datos nacionales, se originaría en el hábito tabáquico de las madres, debido a que los hijos de las mujeres que fuman durante el embarazo, tienen menor peso de nacimiento y mayor riesgo de prematuridad.

En Chile, en los últimos 30 años el número de fumadores ha ido en aumento a expensas, principalmente, de las mujeres, disminuyendo así la brecha con los varones. Por otra parte, se ha observado un aumento de la prevalencia en los estratos socio-económicos más bajos, constituyéndose en otra fuente de inequidad. Las encuestas del CONACE se están realizando desde 1994, cada dos años, y constituyen una fuente de datos altamente confiable sobre el consumo de drogas en el país.

De acuerdo al último informe del año 2002, la prevalencia del tabaquismo en Chile es de un 42,9%, (hombres 46,4% y mujeres 39,5%), lo cual nos constituye como el país con más alta prevalencia de América Latina, junto con Argentina. Estas cifras son concordantes con la percepción que tiene la población chilena, medida a través de Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (INE-MINSAL).

Dados estos antecedentes y el impacto en la salud pública chilena, el Ministerio de Salud ha incluido entre sus prioridades el control del consumo de tabaco, estableciendo en los objetivos sanitarios para el decenio 2000-2010 las siguientes metas específicas:

- Reducir el consumo de tabaco en la población general en 25%, pasando de una prevalencia del 40% al 30%.
- Reducir el consumo de tabaco en escolares de 8° básico en 26%, pasando de una prevalencia del 27% al 20%.
- Reducir el consumo de tabaco en mujeres en edad fértil en 11%, pasando de una prevalencia del 45% al 40%.

- Para alcanzar estos objetivos, se están implementando estrategias sectoriales e intersectoriales, de probada eficacia y efectividad. Dentro de estas estrategias podemos mencionar las siguientes:

- Política de ambientes libres de humo de tabaco. Esta busca reducir tanto la prevalencia del tabaquismo, como el consumo general por parte de los fumadores. Por otra parte, contribuye en el cambio de paradigma social sobre tabaquismo, que de ser un hábito socialmente aceptado pase a ser un hábito socialmente no aceptado.

- Comunicación social de los efectos del tabaquismo en fumadores y no fumadores. De acuerdo a la experiencia internacional es una estrategia de gran impacto, que permitiría al menos tener consumidores informados, revelando ante la opinión pública, la verdadera situación del tabaco como un producto adictivo y dañino para la salud de fumadores y no fumadores.

- Aumento de los impuestos sobre el tabaco. Existe evidencia que esta estrategia incentiva a algunas personas a dejar de fumar, evita que otras comiencen a hacerlo y reduce el número de ex-fumadores que recaen. Por cada 10% que aumenta el precio de los cigarrillos, el consumo disminuye entre un 4% y un 8%.

- Control del contrabando. Es fundamental evitar cigarrillos baratos, que facilitan el acceso a los más pobres y a los jóvenes.

- Control de la publicidad. Cuando este control es parcial, existen experiencias no efectivas. Para que haya un impacto en el consumo de cigarrillos, este control debe ser amplio y total.

- Políticas de ayuda a las personas a dejar de fumar. Es necesario poner a disposición de los fumadores, programas de cesación del tabaquismo, de la mayor cobertura posible y con las metodologías e insumos adecuados, según las evidencias.

Considerando el importante impacto negativo sobre la salud a nivel mundial, y para que las estrategias de su control puedan funcionar globalmente, la OMS lideró la elaboración de un tratado internacional, que

aunara esfuerzos y voluntades de todos sus países miembros. Este trabajo se inició en 1999, culminado en el año 2003, con la aprobación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, primer tratado de salud pública mundial. Este convenio fue adoptado en la 56ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS el 21 de mayo de 2003 y firmado por el Ministro de Salud en Naciones Unidas, Nueva York, el 25 de septiembre de 2003.

Las medidas administrativas requeridas en este Convenio Marco se encuentran incorporadas en los objetivos sanitarios del Ministerio de Salud para el decenio 2000-2010. Sin embargo, si con ocasión de la discusión de este convenio se identificara la necesidad de introducir modificaciones legales para cumplir con éstos u otros requerimientos del Convenio, éstas serán oportunamente presentadas al H. Congreso.

El objetivo del Convenio Marco es "proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias de salud, sociales, medio ambientales y económicas resultantes del uso de tabaco y de la exposición al humo de tabaco". El Convenio Marco reconoce la necesidad de dar prioridad a su derecho de proteger la salud pública, así como la naturaleza única de los productos de tabaco y el daño que causan las compañías que lo producen.

II. ARTICULADO DEL CONVENIO.

El presente Convenio se estructura sobre la base de un Preámbulo -que contiene las razones que motivaron la adopción del Convenio- y 38 artículos. Estos últimos se despliegan a través de XI Partes, que se denominan, respectivamente: introducción; objetivo, principios básicos y obligaciones generales; medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco; medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco; protección del medio ambiente; cuestiones relacionadas con la responsabilidad; cooperación técnica y científica y comunicación de información; arreglos institucionales y recursos financieros; solución de controversias, desarrollo del Convenio; y disposiciones finales.

La Parte introductoria comprende los artículos 1 y 2. El primero consigna las siguientes expresiones que se utilizarán a los efectos del Convenio: "comercio ilícito", "organización de integración económica regional", "publicidad y promoción del tabaco", "control del tabaco", "industria tabacalera", "productos de tabaco" y "patrocinio del tabaco". El segundo, alude a la relación entre el comercio y otros acuerdos e instrumentos jurídicos, de modo que nada impida que una Parte imponga exigencias más estrictas compatibles con sus disposiciones y el derecho internacional, dejando además abierta la posibilidad de concertar acuerdos bilaterales o multilaterales, incluso regionales y subregionales sobre cuestiones relacionadas con el Convenio.

La Parte II, que contiene los artículos 3 a 5, establece los objetivos, principios básicos y obligaciones generales, que, en síntesis, expresan el marco conceptual que orienta sus disposiciones, empezando por la protección de las generaciones presentes y venideras contra las devastadoras consecuencias, sanitarias, ambientales, sociales y económicas del consumo de tabaco, la exposición al humo del tabaco y la necesidad de un compromiso político firme para establecer medidas de protección eficaces.

Este marco referencial consagra el compromiso general de diseñar políticas, planes y programas para el control del tabaco y de participar coordinadamente en el esfuerzo colectivo que orienta el Convenio.

La Parte III, que reúne los artículos 6 a 14, alude a las medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, la necesidad de protección contra la exposición al humo del tabaco, la reglamentación del contenido de los productos de tabaco, de la divulgación de información sobre dichos productos, el empaquetado y etiquetado de los mismos, la necesidad de educación, comunicación, formación y concienciación del público, la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, y las medidas de reducción de la demanda relativa a la dependencia y al abandono del tabaco.

En particular, el artículo 8 dispone la aplicación, conforme a la legislación nacional,

de medida legislativas, administrativas u otras que resulten eficaces, para controlar el humo del tabaco en los lugares de trabajo interiores, en los medios transporte públicos, en los lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos.

En nuestro país esta protección se encuentra establecida en el artículo 7 de la Ley N° 19.419 y en los artículos 91 y 92 de la Ley de Tránsito, todo ello en términos que satisfacen la recomendación del Convenio.

En cuanto al contenido de los productos del tabaco, el Convenio entrega a la Conferencia de las Partes la misión de proponer directrices sobre análisis y medición del contenido y emisiones de los productos del tabaco y sobre su reglamentación y encarga a las partes la adopción de medidas conducentes a poner en práctica dicha mediciones y la reglamentación, reconociendo en todo caso que ello se debe hacer previa aprobación de las autoridades nacionales competentes.

En Chile, el artículo 6 de la Ley N° 19.419 faculta a la autoridad sanitaria para requerir información sobre los aditivos y sustancias utilizadas para el tratamiento del tabaco y al Ministerio de salud, para prohibir el uso de las sustancias y aditivos que aumenten el daño o el riesgo del consumidor de dichos productos.

A su vez, el artículo 10 establece la obligación de las partes de adoptar medidas eficaces para que se revele al público la información relativa a los componentes tóxicos de los productos del tabaco y de las emisiones que puede producir.

Se trata, según puede apreciarse, de una obligación directa que no está supeditada a ninguna condicionante, lo que significa que podrá hacerse exigible inmediatamente que el Convenio entre en vigor internacional.

En relación con este punto no puede olvidarse que el artículo 3° letra b) de la Ley N° 19.496, sobre protección de los artículos del consumidor, consagra, como tal, "el derecho a una información veraz y oportuna sobre los bienes y servicios ofrecidos, su precio, condiciones de contratación y otras características relevantes de los mismos".

En lo relativo al empaquetado y etiquetado, el artículo 11 adopta una redacción más imperativa para establecer las medidas relacionadas con el empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco, ya que de hecho tales medidas vienen a ser obligatorias pues la conformidad con la legislación nacional, que exige la norma, sólo significa no pasar por encima de dicha legislación. En este entendido el Convenio exige en definitiva que el empaquetado o etiquetado no se utilice para promocionar un producto de tabaco de manera falsa; que en el empaquetado y etiquetado externo figuren advertencias sanitarias que cumplan una serie de exigencias que se detallan, y que además contengan información sobre los componentes pertinentes.

Esos requerimientos son congruentes con la legislación del país en cuanto regula la advertencia sanitaria que debe llevar todo envase de productos del tabaco y toda acción publicitaria de los mismos (art. 4 Ley N° 19.419 y art. 20 del D.L. N° 828/74). También en este punto deben tenerse presente las normas sobre publicidad falsa o engañosa que sanciona la Ley N° 19.496.

En el terreno de la educación y concientización el Convenio también dispone un compromiso general dirigido a promover una gran variedad de medidas educativas, tales como programas de educación y concientización sobre los riesgos del tabaco y cuestiones similares.

El artículo 13 aborda el tema de la publicidad y lo hace imponiendo dos obligaciones alternativas: a) una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción o patrocinio si la preceptiva constitucional interna permite dicha prohibición; y b) solo la aplicación de restricciones si el respectivo Estado no está en condiciones de proceder a una prohibición total.

La Parte IV, titulada medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco, comprende los artículos 15 a 17, en los cuales se aborda el comercio ilícito de productos de tabaco, la venta a menores y por menores, el apoyo a actividades alternativas económicamente viables para los trabajadores, cultivadores y, eventualmente, los pequeños vendedores de tabaco, contemplándose en todos esos casos la necesidad de adoptar y aplicar medidas

legislativas efectivas, administrativas y otras medidas eficaces a ese respecto.

La Parte V, sobre protección del medio ambiente, prevé en su único artículo, el 18, que las Partes en cumplimiento de sus obligaciones deberán prestar atención a la protección ambiental y a la solicitud de las personas en relación con el medio ambiente por lo que respecta al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco en sus territorios.

La Parte VI, reservada a las cuestiones relacionadas con la responsabilidad, se abarca únicamente en el artículo 19 y, a los efectos de control del tabaco, las Partes considerarán la adopción de medidas legislativas o la promoción de sus leyes vigentes para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación cuando proceda.

Asimismo, deberán cooperar entre sí en el intercambio de información, tanto sobre los efectos en la salud del consumo de productos del tabaco y la exposición al humo del tabaco, como sobre la legislación y reglamentos vigentes y la jurisprudencia pertinente, debiendo, además, prestarse recíprocamente ayuda en los procedimientos judiciales relativos a la responsabilidad civil y penal. Este último deber, en la medida que lo hayan acordado y dentro de los límites de la legislación, las políticas y prácticas jurídicas nacionales, así como los tratados vigentes aplicables.

La Parte VII se refiere a la cooperación técnica y científica y comunicación de información, aspectos que se tratan en los artículos 20, 21 y 22. Se regula en tales disposiciones el compromiso de elaborar y promover investigaciones nacionales y coordinar programas de investigación regionales e internacionales sobre control del tabaco, también de vigilancia nacional, regional y mundial de la magnitud, pautas, las determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco. Igualmente, reconocerán la importancia de la asistencia financiera y técnica de las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, debiendo también promover y facilitar el intercambio de información

científica, técnica, socioeconómica, comercial y jurídica de dominio público, así como la información sobre las prácticas de la industria tabacalera y sobre el cultivo de tabaco.

En dicho contexto, cada Parte presentará a la Conferencia de Estados Partes, informes periódicos sobre la aplicación del Convenio.

La Parte VIII, se refiere, a través de los artículos 23, 24, 25 y 26, a los arreglos institucionales y recursos financieros, básicamente al establecimiento de una Conferencia de las Partes, encargada de examinar la aplicación del convenio y promover su aplicación, a la Secretaría, a las relaciones entre la Conferencia de las Partes y las organizaciones internacionales y a los recursos financieros. Respecto de éstos últimos, cada Parte deberá prestar apoyo financiero para sus actividades nacionales destinadas a alcanzar el objetivo del Convenio, de conformidad con sus planes, prioridades y programas nacionales.

La Parte IX contempla en su artículo 27 un mecanismo de solución de las controversias que pudieren surgir entre dos o más Partes respecto de la interpretación o la aplicación del Convenio, debiendo resolver éstas en primer lugar mediante negociaciones o cualquier otro medio pacífico de su elección. Además, podrán aceptar, como obligatorio, un arbitraje especial.

La Parte X, alude, en los artículos 28 y 29, a los procedimientos de enmiendas al Convenio y a la adopción y enmiendas a los anexos.

A su turno, la Parte XI, trata de las disposiciones finales en los artículos 30, 31, 32, 33, 34 35, 36, 37 y 38, los que refieren respectivamente a las reservas, que no se admiten, y a los mecanismos de denuncia, de derecho a voto, protocolos, firma, ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión, entrada en vigor, depositarios y autenticidad de sus textos, disposiciones de común uso en esta clase de instrumentos internacionales.

En mérito de lo precedentemente expuesto y teniendo en cuenta la necesidad de que el Estado de Chile se haga partícipe del esfuerzo mundial para enfrentar coordinadamente el problema del tabaco, someto a vuestra consideración, para ser tratado en el actual Legislatura Extraordinaria de Sesiones del H. Congreso Nacional, el siguiente

P R O Y E C T O D E A C U E R D O :

"ARTICULO UNICO.- Apruébase el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra el 21 de mayo de 2003 y suscrito por Chile el 25 de septiembre de 2003."

Dios guarde a V.E.,

RICARDO LAGOS ESCOBAR
Presidente de la República

IGNACIO WALKER PRIETO
Ministro de Relaciones Exteriores

PEDRO GARCIA ASPILLAGA
Ministro de Salud

NICOLÁS EYZAGUIRRE GUZMÁN
Ministro de Hacienda

JORGE RODRÍGUEZ GROSSI
Ministro de Economía,
Fomento y Reconstrucción