



Declaración de Cape Town sobre derechos humanos y un mundo libre de tabaco

Nosotros, participantes de la 17ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, reunión de Cape Town, Sudáfrica, del 7 al 9 de marzo de 2018, y organizaciones de la sociedad civil como también individuos de todo el mundo, nos comprometemos firmemente a promover y proteger la salud pública y los derechos humanos en relación con la epidemia del tabaco, que mata 7 millones de personas cada año mundialmente, y aceptamos los siguientes principios generales y llamamos a la acción para lograr un mundo libre de tabaco.

I. Principios generales relacionados con los derechos humanos y el control del tabaco

A. Derechos humanos aplicables al control del tabaco

1. Acordamos que la manufactura, el marketing y la venta de tabaco son incompatibles con el derecho humano a la salud. En este sentido, reafirmamos el valor del preámbulo del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, en el cual las partes expresan su determinación "de dar prioridad al derecho a proteger la salud pública", y respetar el derecho de todas las personas a gozar del máximo nivel alcanzable de salud física y mental, según se establece en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, por sus siglas en inglés).
2. Reafirmamos la postura tomada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Comentario General nº. 14 que sostiene que "el hecho de no desalentar la producción, el marketing y el consumo de tabaco" constituye una violación a la obligación de proteger en virtud del Artículo 12 (derecho a la salud) del ICESCR.
3. El concepto del derecho a un mundo libre de tabaco como componente de los derechos humanos implica la obligación de los Estados de abordar las implicancias de los derechos humanos sobre todo el ciclo de cosecha, manufactura, marketing, distribución, consumo y postconsumo de tabaco, incluido trabajo de menores, violaciones de los derechos de los trabajadores y los derechos de poblaciones especiales como también la destrucción ambiental.

B. Relevancia de los derechos humanos del CMCT

4. Asimismo, acordamos que la manufactura, el marketing y la venta de tabaco son incompatibles con otras obligaciones de derechos humanos que los Estados han aceptado ratificando el CMCT y varios tratados mundiales y regionales de derechos humanos, como también en virtud de sus propias constituciones, en particular los derechos a la vida; a la salud, incluidas las condiciones de trabajo seguras y saludables; derechos de los niños, incluida la protección de los niños en la producción del tabaco y la publicidad; y derechos de las mujeres, incluida la protección del impacto del consumo de tabaco en el embarazo.



5. Recibimos con agrado la Decisión 26 de COP7 sobre "Cooperación internacional para la implementación del CMCT de la OMS, incluido sobre derechos humanos" y los esfuerzos de los Estados Parte para mejorar la cooperación sobre la base de esa decisión.
6. Apoyamos las *Directrices de la OMS para la implementación del CMCT*, que afirman expresamente que las obligaciones en virtud de los Artículos 8 y 12 se basan en derechos y libertades humanas básicas, incluido el "derecho a la vida, derecho al máximo nivel alcanzable de salud y derecho a la educación".

C. Litigio contra la industria tabacalera basado en los derechos humanos

7. Recibimos con agrado las sentencias de tribunales nacionales, regionales, e internacionales que buscan proteger los derechos humanos de la gente contra los efectos del tabaco y las acciones de las empresas tabacaleras.
8. En particular, recibimos con agrado la postura tomada por la Corte Suprema de India al admitir una petición de apelación de la decisión del Tribunal Superior de Karnataka en el caso de *Umesh Narain vs. El Instituto de Tabaco de India*, y su exhaustiva revisión de la evidencia del impacto del empaquetado genérico y las advertencias de salud, su evaluación de las obligaciones del CMCT, las posturas tomadas en la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud (WCTOH, por sus siglas en inglés), y especialmente su análisis del Artículo 21 de la Constitución de India, que afirma el derecho a una vida saludable, incluido el derecho a la salud, agregando que "el tabaco en sí mismo es un producto peligroso que solo implica muerte y enfermedad ... [y] daña y perjudica gravemente la salud y el bienestar de las personas" y que "la implementación de medidas para disminuir el consumo de tabaco es en cumplimiento de la obligación del Estado". El razonamiento es similar al de la División del Tribunal de la Reina del Tribunal Superior de Justicia Inglés, en 2016, que determinó que la industria tabacalera "facilita y promueve, de forma totalmente deliberada, una epidemia de salud".

D. Uso de la Agenda de Desarrollo 2030 para promover el control del tabaco

9. Recibimos con agrado la inclusión dentro del Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ("Garantizar vidas saludables y fomentar el bienestar para todos en todas las edades") de la Meta 3.a ("Reforzar la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud en todos los países, según corresponda) y de la prevalencia estandarizada por edad como indicador de progreso hacia esa meta. Sin embargo, la incorporación de "según corresponda" parece ser una concesión para la industria tabacalera que no debe ser interpretada como que reduce la aplicación rigurosa del CMCT para alcanzar el Objetivo 3.
10. Damos especial importancia en este sentido a la adopción por parte del Consejo de Derechos Humanos de la Resolución 35/23 sobre el derecho a la salud en la implementación de la agenda de 2030 para el Desarrollo Sostenible y para el informe que el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU está preparando en respuesta a esa resolución.



E. Justificación de derechos humanos para un accionar firme contra la industria tabacalera

11. Consideramos que los Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos de las Naciones Unidas y su marco para respetar, proteger y remediar requiere el cese de la manufactura y marketing del tabaco. La naturaleza fundamentalmente nociva de la industria tabacalera es tal que no puede ser socia en estos esfuerzos. La experiencia reciente con la Fundación para un mundo libre de tabaco financiada por Philip Morris International constituye evidencia de la necesidad de considerar iniciativas por parte de la industria tabacalera como estrategias de relaciones públicas para fomentar sus intereses empresariales contrarios a los derechos humanos del público.
12. Recibimos con agrado la cooperación entre el *Grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta (OEIGWG, por sus siglas en inglés) sobre las empresas transnacionales y otras empresas con respecto a los derechos humanos* y la Secretaría del CMCT para aclarar la obligación de proteger los derechos humanos contra la influencia de la industria tabacalera y enfocarse en cómo estas empresas ponen a las ganancias por delante del interés público.
13. Apoyamos los esfuerzos -como parte de salvaguardar el derecho humano a la salud - para excluir a la industria tabacalera de los beneficios en virtud de los tratados internacionales de comercio, a la luz del hecho de que las ventajas de la inversión internacional, el empleo y marketing por parte de compañías tabacaleras internacionales se ven superados ampliamente por el daño a la salud y las vidas de la gente que trabaja en la producción de productos de tabaco y quienes lo consumen.

II. Llamado a la acción para fomentar y proteger el derecho a un mundo libre de tabaco

14. Convocamos a los Estados Parte de todos los tratados que afirman el derecho a la salud a que incluyan en sus informes para los órganos de control del tratado una referencia explícita sobre las medidas tomadas y los desafíos que se enfrentan en el control del tabaco que afectan ese derecho.
15. También convocamos a los Estados Parte del CMCT para que incluyan en sus informes de implementación una referencia explícita sobre sus esfuerzos para fomentar y proteger los derechos humanos durante la implementación del Convenio.
16. Instamos a las instituciones de salud pública, organizaciones de la sociedad civil, e instituciones de control de los derechos humanos a proporcionar información sobre las medidas de control del tabaco de los Estados Parte en virtud de los procedimientos de informes de los tratados de derechos humanos, en particular el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, por sus siglas en inglés), la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidades (CRPD, por sus siglas en inglés).



17. Incentivamos a las organizaciones de apoyo legal a trabajar con los individuos y las organizaciones afectadas por la industria tabacalera a presentar demandas para apoyar los esfuerzos para limitar la manufactura, la publicidad, y el marketing de productos de tabaco como violaciones del derecho a la salud. En este sentido, expresamos la esperanza de que la Corte Suprema de India pronto falle que la industria tabacalera es "res extra commercium" (cosa que se encuentra fuera del comercio), limitando los derechos legales de la industria tabacalera a objetar medidas que desalientan el marketing y consumo de productos de tabaco.
18. Invitamos al Reportero Especial sobre el derecho de todas las personas al máximo nivel alcanzable de salud física y mental a que incluya el derecho a un mundo libre de tabaco como componente del derecho a la salud en sus informes temáticos y de país.
19. Invitamos a la sociedad civil a proporcionar aportes adecuados al informe que el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU preparará para el Consejo de Derechos Humanos en su 38ª sesión en junio de 2018, de acuerdo con la Resolución del Consejo 35/23.
20. Convocamos a los Estados Miembro del Consejo de Derechos Humanos para que afirmen el derecho a un mundo libre de tabaco como componente del derecho a la salud en una resolución o declaración antes de 2021.
21. Incentivamos a todos los Estados y otras partes interesadas a incluir el control del tabaco en la información que proporcionan en relación con el derecho a la salud al enviar informes en virtud de la Revisión Periódica Universal.
22. Instamos a las instituciones nacionales, regionales e intergubernamentales de derechos humanos a apoyar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 y su meta 3.a fomentando activamente la implementación del CMCT y otras medidas que procuren eliminar las muertes por tabaco.
23. Convocamos al Grupo Interagencial de Expertos sobre Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (IAEG-SDG, por sus siglas en inglés) a priorizar la Meta 3.a, ignorar la calificación "según corresponda", y agregar otros indicadores relevantes de progreso hacia esta meta.
24. Convocamos al Grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta (OEIGWG) sobre las empresas transnacionales (TNC) y otras empresas con respecto a los derechos humanos a continuar trabajando con la Secretaría del CMCT en medidas concretas para eliminar la protección extraordinaria que la industria tabacalera ha tenido durante más de medio siglo, y hacer referencia explícita al tabaco en el nuevo tratado, para fomentar el refuerzo mutuo entre el nuevo tratado y el CMCT. La industria tabacalera es un ejemplo de medidas de subversión empresarial de salud pública y derechos humanos y el Artículo 5.3 del CMCT que protege la formulación de políticas de control del tabaco contra la influencia de la industria tabacalera puede servir como modelo para el tratado negociado por OEIGWG.

25. Convocamos a los gobiernos participantes en las negociaciones de G7 y G20 y en las negociaciones de comercio multilateral a excluir explícitamente a la industria tabacalera de los beneficios de cualquier tratado de comercio.
26. Convocamos a los gobiernos, científicos, entidades de investigación, fundaciones, y organizaciones de la sociedad civil a rechazar o cesar la colaboración con la Fundación para un mundo libre de humo financiada por Philip Morris International e iniciativas de relaciones públicas similares de la industria tabacalera.
27. Sugerimos que las medidas que se tomen para implementar los componentes de este llamado a la acción enumerados anteriormente sean revisadas en la 18ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud.



Organizaciones Signatarias

1. Action on Smoking and Health (ASH USA)
2. Action on Smoking and Health Foundation Thailand (ASH Thailand)
3. Aer Pur Romania

4. Africa Coalition on TB Swaziland
5. Africa Tobacco-Free Initiative
6. AID Foundation
7. Airspace Action on Smoking and Health
8. Aktionsbündnis Nichtraucher e.V. (ABNR)
9. Alianza Dominicana Antitabaquismo (ADAT)
10. Alianza Nacional para el Control del Tabaco ALIENTO (México)
11. Alliance Contre le Tabac (ACT)
12. Alliance for FCTC Implementation Bangladesh
13. Alternatives Durables pour le Développement
14. American Cancer Society, Inc.
15. ASH Finland
16. Asociación Canaria para la Prevención del Riesgo Cardiovascular (AS.CA.RI.CA.)
17. Associació D'Infermeria Familiar I Comunitària de Catalunya (AIFICC)
18. Association of Tanzania Health Journalists (THJ)
19. Association PROI (Bosnia and Herzegovina)
20. African Tobacco Control Alliance (ATCA)
21. Bangladesh Anti Tobacco Alliance (BATA)
22. Building Capacities for Better Health in Africa (Cameroon)
23. Cameroon Public Health Association (CAMPHA, ACASAP)
24. Cameroonian Coalition for Tobacco Control
25. Campaign for Tobacco-Free Kids
26. Cancer Society of Finland
27. Centre for Critical Inquiry into Society and Culture
28. CIET Uruguay
29. Cigarette Butt Pollution Project
30. Coalición México Salud-Hable
31. Coalition for Tobacco Control – Pakistan
32. Comité/Club Unesco Universitaire pour la Lutte Contre la drogue et les autres pandémies (CLUCOD)
33. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)
34. Comité National Contre le Tabagisme (CNCT)
35. Community Nursing Association (Asociación Enfermería Comunitaria, AEC)
36. Corporate Accountability International
37. Danish Cancer Society
38. Danish Heart Foundation
39. Danish Society of Public Health
40. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
41. Doctors against Tobacco (Läkare mot Tobak)
42. Dutch Cancer Society (KWF Kankerbestrijding)
43. Dutch Heart Foundation (Hartstichting)
44. Dutch Lung Foundation (Longfonds)
45. Egypt Health Foundation
46. Environmental Rights Action/Friends of the Earth Nigeria
47. Ethical Shareholders Germany (Dachverband der Kritischen Aktionärinnen und Aktionäre)
48. European Association of Dental Public Health
49. European Network for Smoking Prevention (ENSP)

50. European Respiratory Society (ERS)
51. Faculty of Public Health
52. FCTC Implementation and Monitoring Center
53. Filha (Finnish Lung Health Association)
54. French Addiction Network (RESPADD)
55. French League Against Cancer
56. Fundación Española del Corazón (FEC)
57. Fundación Interamericana del Corazón México
58. Fundación Salud Dr. Augusto Turenne
59. Gesundheitseinrichtung Josefhof (Josefhof health care facility)
60. Global Bridges
61. Global Network for Tobacco Free Healthcare Services
62. Healix - Sekhsaria Institute for Public Health
63. Health and Trade Network
64. Health Promotion Foundation
65. Health Related Information Dissemination Amongst Youth (HRIDAY)
66. Healthy Latin America Coalition/ Coalición Latinoamérica Saludable CLAS (250organization network)
67. Human Rights and Tobacco Control Network (HRTCN)
68. Indian Cancer Society, Delhi
69. Indonesia Smoke-Free Agents (SFA)
70. Institute of Leadership and Development (INSLA)
71. Interamerican Heart Foundation (IAHF)
72. International Network of Women Against Tobacco (INWAT)
73. IOGT International (151 member organizations from 60 countries)
74. Israel Medical Association for Smoking Cessation and Prevention
75. Jamaica Coalition for Tobacco Control
76. Japan Society for Tobacco Control
77. Jeewaka Foundation
78. Jogja Sehat Tanpa Tembakau (JSTT)
79. Kenya Tobacco Control Alliance (KETCA)
80. Kosovo Advocacy and Development Center (KADC)
81. l'Alliance Congolaise pour le Contrôle du Tabac
82. l'Association Togolaise de Lutte contre l'Alcoolisme et les Autres Toxicomanies (A.T.L.A.T)
83. Les Droits des Non-Fumeurs (DNF)
84. Lina and Green Hands Society
85. Lithuanian Tobacco and Alcohol Control Coalition (NTAKK)
86. Madok Drabya O Neshu Birodhi Council (MANOBIK)
87. Mexican Society of Public Health
88. Ministry of Health of the Region of Murcia (Consejería de Salud de la Región de Murcia)
89. New Vois Association of the Philippines
90. Norwegian Cancer Society
91. Norwegian Public Health Association (NOPAH)
92. Nurses Network against Tobacco and Substance Abuse in Thailand
93. NY SAHY
94. OxySuisse
95. Peter Tatchell Foundation
96. Physicians for a Smoke-Free Canada

97. Polish Association of Public Health (PTZP)
98. Positive Women Together in Action
99. PROGGA (Knowledge for Progress)
100. Public Health Association of Australia
101. Public Health Law Center
102. Public Health Society of Catalonia and the Balearic Islands
103. Resource Centre for Primary Health Care (Nepal)
104. ROCAT
105. School of Health Systems and Public Health University of Pretoria
106. School of Public Health & Family Medicine at the University of Cape Town
107. SERAC-Bangladesh
108. Slovenian Coalition for Public Health, Environment and Tobacco control (SCTC)
108. Smoke Free Israel
110. Socidrogalcohol (Spanish Cientific Society for the Study of Alcohol, Alcoholism and other Drugs)
111. Sociedad Uruguaya de Tabacologia
112. Sociedad Española de Cirugía Bucal
113. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
114. Society for Alternative Media and Research
115. SOS Tabagisme
116. Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA)
117. Spanish Health Economics Association (Asociación de Economía de la Salud, AES)
118. Spanish Society of Public Health and Health Administration Society (SESPAS)
119. Spanish Society of Epidemiology
120. Swarna Hansa Foundation
121. TABINAJ (Alliance of Women against Tobacco), Bangladesh
122. Tanzania Tobacco Control Forum
123. TB Proof
124. The Asian Consultancy on Tobacco Control
125. The Austrian Council on Smoking and Health
126. The Belgian Foundation Against Cancer
127. The Brazilian Association of Collective Health (ABRASCO)
128. The Fondation Cancer
129. The Heart Foundation of Jamaica
130. The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
131. The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)
132. The NCD Coalition in Latin America
133. The School of Public Health, University of the Western Cape
134. The Spanish Federation of Associations of Community Nursing and Primary Care (FAECAP)
135. The Public Health Advocacy Institute at Northeastern University School of Law
136. The Public Health Association of South Africa (PHASA)
137. The Swiss Association for Smoking Prevention
138. The World Federation of Public Health Associations
139. Tobacco Free Association of Zambia
140. Tobacco-Free Finland 2030 Network
141. TobaccoFree Research Institute Ireland
142. Truth Initiative
143. UBINIG

144. Uganda National Health Consumers' Organization (UNHCO)
145. Ukrainian NGO Advocacy Center "Life"
146. Unfairtobacco
147. Università del Terzo Settore (UniTS)
148. Vietnam Public Health Association
149. Vision for Alternative Development (VALD)
150. Vital Strategies
151. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
152. Youth against Alcoholism and Drug Dependency
153. Youth Network No Excuse Slovenia
154. Zambia Consumer Association (ZACA)

Experts Signing as Individuals

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 1. Albert Hirsch | 37. Michael Moore |
| 2. Aminul Islam | 38. Mihaela Lovse |
| 3. Amit Yadav | 39. Mike Daube |
| 4. Benjamin Mason Meier | 40. Pascal Diethelm |
| 5. Clémence Cagnat-Lardeau | 41. Per Haglind |
| 6. Cornel Radu-Loghin | 42. Regina Dalmau |
| 7. Dominique Kondji | 43. Richard Thode |
| 8. Dr. Alain Rigaud | 44. Robyn Johnston |
| 9. Dr. Joanna E. Cohen | 45. Ronald Labonté |
| 10. Dr. Mira B. Aghi | 46. Ruth Malone |
| 11. Dr. Muhammad Aziz Rahman | 47. Satu Lipponen |
| 12. Dr. Pongsri Srimoragot | 48. Shahzad Alam Khan |
| 13. Dr. Prakash Gupta | 49. Stanton A. Glantz |
| 14. Dra. Elba Esteves Di Carlo | 50. Stephen LeQuet |
| 15. Eduardo Bianco | 51. Valentina Sri Wijiyati |
| 16. Farida Akhter | 52. Winnie Botha |
| 17. Ferdaous Ouni | 53. Yumiko Mochizuki |
| 18. Fikreab Kebede | 54. Zachary Taylor Smith |
| 19. Francisco Rodriguez Lozano | |
| 20. Gallege Punyawardana Alwis | |
| 21. Gérard Dubois | |
| 22. Julio Bobes | |
| 23. Khurram Hashmi | |
| 24. Kuku Vovi | |
| 25. Laura Graen | |
| 26. Laura Llambi | |
| 27. Laurent Huber | |
| 28. Lina Hammad | |
| 29. Loïc Josseran | |
| 30. Mafayo Phiri | |
| 31. Mark Levin | |
| 32. Maria Espinosa | |
| 33. Maria Paz Corvalan Barros | |
| 34. Maryam Rumaney | |
| 35. Mawya al Zawawi | |
| 36. Mervi Hara | |