

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**EL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO COMO
RESPUESTA DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL A LA
PROBLEMÁTICA DE SALUD MUNDIAL: CASO TABAQUISMO EN
CANADÁ**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN:
RELACIONES INTERNACIONALES**

PRESENTA:

FABIOLA OLIVARES RODRÍGUEZ

ASESOR: LIC. ALFREDO CÓRDOBA KUTHY

CIUDAD UNIVERSITARIA JUNIO 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

Dedico este trabajo de tesis, el primero de varios, a:

Mis padres,

A mi mamá, Rosalía Rodríguez Cuevas por su ejemplo como mujer y por transmitirme esa pasión por el aprendizaje.

A mi papá, Miguel Olivares Hidalgo por su apoyo y cariño incondicional, fuente de importantes lecciones y aprendizaje.

A mi hermano, Miguel Olivares Rodríguez, presente en todo momento de mi vida, fuente interminable de sonrisas y cariño, ejemplo de lucha constante para la realización de sueños.

A Charly Villanueva Inchaurregui compañero de grandes momentos, de quien siempre he recibido apoyo y que han contribuido grandemente al desarrollo y conclusión de objetivos. ...

A mis amigas cómplices de sueños inagotables, aliadas incondicionales compartiendo risas y llanto en esta búsqueda interminable por vivir; a todas ellas dedico este trabajo:

Ximena, amiga casi hermana de toda la vida,

Lilo, Ardi y Adja, de quienes jamás faltara la honestidad por fuerte que resulte, Lucelly, Gaby y Dan, compañeras de importantes momentos y sueños por realizar.

A Javier, gran amigo, presente a lo largo de mi desarrollo personal y profesional.

A todos ellos, que ha contribuido a hacer de mi una mejor persona, gracias.

Dedico también este trabajo a la Universidad Nacional Autónoma de México sitio de enseñanza profesional y personal.

A mis profesores por compartir sus conocimientos, especialmente a mi asesor Alfredo Córdoba Kuthy por apoyarme en la conclusión de este trabajo.

Finalmente agradezco a todas aquellas personas que contribuyeron a la realización de este trabajo ya sea al facilitar información o contribuir con importantes críticas y opiniones objetivas, especialmente al Dr. Rafael Camacho Solís, por su tiempo en la revisión del mismo.

Fabiola Olivares Rodríguez

México D.F. junio 2006

INDICE

Introducción	6
1. La Salud Pública en las Relaciones Internacionales	13
1.1. Conceptos básicos de las Relaciones Internacionales	13
1.2. La Organización de las Naciones Unidas (ONU)	16
1.3. La Organización Mundial de la Salud	17
1.4. El papel de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en materia de salud	19
1.5. El tabaquismo	21
2. Perspectiva internacional del consumo y comercialización del tabaco	23
2.1. El consumo y comercialización de tabaco en el ámbito internacional	23
2.2. El consumo de tabaco como problema de salud pública	35
2.3. El comercio ilícito de tabaco	48
2.4. Regulación del comercio de tabaco frente a otras drogas	52
2.4.1. La Organización Mundial de la Salud frente al consumo de tabaco	58
3. Las respuestas de la sociedad internacional para la regulación del consumo de tabaco: El Convenio Marco para el Control del Tabaco, límites y alcances.	64
3.1. El Convenio Marco para el Control del Tabaco	65
3.1.1. Antecedentes	65
3.1.2. Conformación del Convenio Marco para el Control del Tabaco	66
3.1.3. Características del Convenio Marco para el Control del Tabaco	68

3.1.3.1.	Medidas relacionadas con la reducción de la oferta y demanda del tabaco.	71
3.1.3.2.	Otras disposiciones contempladas por el Convenio Marco para el Control del Tabaco	73
3.1.4.	El Convenio Marco para el Control del Tabaco a febrero 2006.	77
4.	Perspectivas del alcance del Convenio Marco para el Control del Tabaco: caso Canadá	79
4.1.	Gravamen de productos de tabaco	83
4.2.	Análisis político y social	88
4.3.	La experiencia Canadiense	90
	Conclusiones	100
	Bibliografía	107
	Anexos	
	A. Convenio Marco para el Control de Tabaco	

Introducción

Es evidente que en la actualidad existe una honda preocupación internacional por los efectos a largo plazo del consumo de drogas principalmente debido a las secuelas en los ámbitos económico, político y social, citando entre ellos las enfermedades y mortalidad, los egresos hospitalarios, la baja de productividad, ausentismo y accidentes laborales, así como el aumento en la demanda de los servicios de salud elevando así los costos sociales, solo por mencionar algunos.

En este contexto, debe ponerse especial atención al consumo actual de tabaco en el ámbito mundial, siendo uno de los principales problemas el alto grado de legitimidad y aceptabilidad social al ser concebido como sustancia para el disfrute.

El tabaco representa el único producto legal que causa la muerte de la mitad de sus usuarios regulares. Esto significa que de 1 300 millones de fumadores, 650 millones de personas morirán de forma prematura.

Su consumo representa la segunda causa de muerte a nivel global, con cerca de cinco millones de muertes al año. Se estima que el consumo de tabaco matará de modo prematuro a diez millones de personas en el año 2020 si la tendencia en su consumo no es revertida.

Situado como una de las causas más importantes de mortalidad prevenible y prematura en la historia del ser humano, el tabaquismo resulta una interesante fuente de estudio y por el cual la sociedad internacional ha realizado importantes esfuerzos para su control pretendiendo así disminuir los efectos nocivos que esta epidemia ha provocado a la sociedad en materia económica pero sobre todo social.

Dada la magnitud que ha alcanzado la reciente problemática del consumo de tabaco como materia de salud pública, su control y prevención se han

transformado en componentes de la agenda internacional, al igual que los temas que del mismo derivan.

Lamentablemente, la salud, hoy en día, pareciera un asunto de mercado más que un derecho y un bien público, permitiéndose la ejecución de decisiones políticas desde el mercado.

Al analizar el consumo de tabaco, principalmente a través de cigarrillos, desde la perspectiva de las Relaciones Internacionales permitirá visualizar los esfuerzos que la sociedad internacional ha realizado en el procuramiento de una correcta regulación del mismo.

La prevención del uso indebido de drogas como el tabaco mediante la sensibilización, educación y acción, es fundamental para lograr aminorar la mortalidad asociada al mismo, para lo cual, los programas aplicados serán eficaces siempre que se realicen en todos los niveles de la comunidad internacional (gobiernos, ONG's y ciudadanos) apoyados por el intercambio de información y conocimientos técnicos.

A través del presente trabajo se pretenden rebatir los mitos en torno a la efectividad que la aplicación de los lineamientos de Convenio Marco para el Control del Tabaco que buscan la reducción de la demanda y la disponibilidad de productos de tabaco reflejando el esfuerzo de la sociedad internacional para lograr la correcta regulación y disminución del consumo de tabaco, la exposición al su humo y sus efecto nocivos en materia de salud pública, económica y ecológica.

De esta manera y a fin de brindar una perspectiva integral de la problemática relacionada con la epidemia del tabaco, a lo largo del primer capítulo se analiza el papel de la salud pública desde la perspectiva de las Relaciones Internacionales, así como la reciente incursión del tabaquismo como problema de salud pública en el ámbito mundial.

El segundo capítulo ofrece una perspectiva histórica del consumo de tabaco, desde la época prehispánica hasta nuestros días, brindando información respecto a la magnitud actual alcanzada por el consumo de tabaco y su comercialización. De igual forma, se estudia la regulación del tabaco frente a otras drogas en el marco de las Naciones Unidas hasta la creación del Convenio Marco para el Control del Tabaco por parte de la Organización Mundial de la Salud.

El tercer capítulo brinda una breve reseña de la situación entono a la cual emana el Convenio Marco para el Control del Tabaco, así como un análisis de los métodos de regulación plasmados en el mismo para el logro de su objetivo principal: *“proteger a las generaciones presentes y futuras contra la devastadora consecuencia sanitaria, social, ambiental y económica del tabaco y de la exposición al humo de tabaco ofreciendo un marco apropiado para la aplicación de medidas de lucha antitabáquica.”*

Finalmente el capítulo cuarto detalla la manera en que la aplicación de las medidas plasmadas en el Convenio Marco para el Control de Tabaco resultan en medios exitosos para el combate de su consumo y la exposición a su humo estudiando su efectividad en los entornos económico, político y social, principalmente reflejado en la mejora de la salud de sus habitantes y en la disminución del gasto social en la atención a enfermedades derivadas del tabaquismo.

Partiendo del las cifras arrojadas en la disminución de fumadores activos frente al aumento de nuevos fumadores mayormente jóvenes, resulta indispensable la aplicación de medidas contundentes que prevengan la iniciación del consumo de tabaco mientras se mantienen las campañas preventivas y curativas sobre los actuales fumadores. La experiencia canadiense ofrece un ejemplo palpable que permite desmitificar el alcance de las medidas plasmadas en el Convenio Marco

para el Control del Tabaco siempre que la cooperación internacional mantenga como un hecho prioritario el combate a las drogas “legales” como lo es el tabaco.

Planteamiento del problema

En las últimas décadas, el papel de los organismos internacionales se ha incrementado trayendo nuevos temas de interés a la agenda internacional, como consecuencia, el interés de la sociedad internacional, más allá de centrarse en temas políticos y económicos, abarca actualmente temas que anteriormente no eran considerados de interés primordial en la agenda de los Estados: temas que afectan de diferentes formas a los individuos independientemente de su modo de pensar, sexo estrato social, país de procedencia o continente.

Tal es el caso de las diferentes epidemias que actualmente enfrenta la humanidad como lo son el sida y el tabaquismo.

Por lo que respecta al tabaco, la magnitud de su comercialización indiscriminada debido a las grandes ganancias que trae, tanto a los productores de tabaco y cigarrillos como para el comercio ilícito del los mismos, ha despertado el reciente interés de la sociedad internacional en la aplicación de medidas que ayuden a controlar estos proceso a fin de disminuir los efectos nocivos que su consumo o exposición provocan a la salud de la población mundial.

Para la Organización Mundial de la Salud esta lucha se ha enfatizado a raíz de la entrada de Gro Harlem Brundtland como Directora General de ésta organización hacia finales del siglo pasado.

La realización del Convenio Marco para la Control de Tabaco refleja, éste esfuerzo de la comunidad internacional, por controlar la comercialización, ya se lícita o ilícita, de un producto que ha demostrado ser nocivo para la población mundial, su consumo y la exposición a su humo.

Justificación

Dada la magnitud que ha alcanzado la reciente problemática del consumo de tabaco como materia de salud pública, su control y prevención se han

transformado en componentes de la agenda internacional, al igual que los temas que del mismo derivan.

El analizar el consumo de tabaco, principalmente a través de cigarrillos, desde la perspectiva de las Relaciones Internacionales permitirá visualizar los esfuerzos que la sociedad internacional ha realizado en el procuramiento de una correcta regulación del mismo.

Hipótesis

El creciente consumo de tabaco a nivel mundial ha provocado serios problemas de salud pública y debido a esto, ha propiciado su inserción en la agenda internacional. Esto ha obligado a la Organización Mundial de la Salud a la realización de acciones a través del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

El logro de la regulación del consumo de tabaco representa el primer convenio mundial en materia de salud pública.

A través del estudio de la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en Canadá se puede apreciar la efectividad de las normas sugeridas y sus beneficios en materia de salud pública, así como los de tipo económicos y políticos.

Objetivos

Analizar en papel de la salud pública desde la perspectiva de las Relaciones Internacionales, así como la reciente incursión del tabaquismo como problema de salud pública mundial.

Estudiar las respuestas de la sociedad internacional al consumo de tabaco frente a otras drogas y específicamente, la creación del Convenio Marco del Control de Tabaco y su aportación a la regulación de otros problemas derivados de la comercialización, consumo y exposición el humo del mismo.

Analizar los posibles alcances que el Convenio Marco para el Control del Tabaco brinda en la regulación de la comercialización y disminución de su consumo.

Analizar la experiencia canadiense en la aplicación de políticas antitabáquicas en materia económica, política y social y sus consecuencias.

1. La Salud pública en las relaciones internacionales

1.1. Conceptos básicos de las Relaciones Internacionales

Para dar inicio a la presente investigación, es preciso plantear la definición de diferentes términos utilizados a lo largo de la misma a fin de esclarecer el sentido mismo de los argumentos planteados con referencia a conceptos básicos utilizados en el estudio y explicación de las relaciones internacionales.

De esta manera encontramos que las Relaciones Internacionales, en palabras de Celestino del Arenal, son el “conjunto de relaciones sociales que configuran la sociedad internacional, tanto las de carácter político como las no políticas, sean económicas, culturales, sociales, humanas, religiosas, etc., tanto las que se producen entre los Estados como las que tienen lugar entre otros actores de la sociedad internacional y entre estos y los Estados”¹, siendo la sociedad internacional el objeto de estudio de las relaciones internacionales.

Son los actores los que llevan a cabo procesos de negociación² desarrollado por la creciente solidaridad establecida entre los diversos elementos de la sociedad internacional generada por la solidaridad en los intereses generales de la humanidad lo que ha requerido su ataque de forma comunitaria y simultanea. De igual forma, la solidaridad de los individuos a dado paso al desarrollo de la cultura y la opinión pública.

El fin último que se persigue a través de la negociación es la generación de tratados internacionales resultado de la “manifestación de voluntades concordantes, imputables a dos o más sujetos de derecho internacional, y destinada a producir efectos jurídicos en conformidad con las normas del

¹ Cfr. Celestino del Arenal. *Introducción a las relaciones internacionales*. Ed. Tecnos, Madrid, 1994, p. 23

² Lucia Irene Ruiz Sánchez. *Las negociaciones Internacionales*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM y Secretaria de Relaciones Exteriores, México 1995, p.13

derecho internacional”³ que en muchos de los casos buscan apoyo en los organismos internacionales.

Mediante la cooperación entendida como un proceso de mutua adaptación de políticas en que los gobiernos coordinan sus medidas políticas para facilitar el alcance de sus metas, según la define Keohane,⁴ es que se logran estos acuerdos de voluntades.

Parte de la comprensión de las relaciones internacionales depende del entendimiento mismo de los regímenes internacionales, lo cuales pueden presentarse en una inmensa variedad de formas, definidos como “principios, normas, reglas y procedimientos de toma de decisiones en torno de los cuales las expectativas convergen en una determinada esfera de problemas”⁵ Existe un régimen internacional cuando los estados y otros actores internacionales importantes, para evitar los costos de una acción nacional no coordinada, se ponen de acuerdo (mas o menos explícitamente) en establecer limitaciones normativas o procesales a su soberana libertad de acción en una esfera de problemas, y (al menos en parte) adaptan su conducta a estas normas o procedimientos.

Dichas normas van desde las de carácter internacional obligatorias generalmente aceptadas por los estados, hasta lineamientos internacionales recomendados de palabra pero que rara vez son atendidos de hecho.

Los procedimientos por su parte van desde una plena toma de decisiones internacional hasta procedimientos que alientan a una acción nacional soberana.

³ Paul Reuter. *Introducción al derecho de los Tratados*. Facultad de Derecho UNAM y Fondo de Cultura Económica, México, 1999, p. 45

⁴ Roberto O. Keohane. *After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy*. en Peter H. Smith (compilador), *El Combate a las Drogas en América*, FCE, México, 1992, p. 321

⁵ Stephen D. Krasner. *Structural Causes and Regime Consequences: Regimes as Intervening Variables*. en Peter H. Smith (compilador), *Íbid*, p. 357

Los programas regionales son de particular importancia en la guerra contra las drogas en el establecimiento de normas y procedimientos multilaterales más generales universales en el sentido de que se encuentran abiertos a todos los estados pretendiendo incluirlos a todos.

En lo referente a la definición de los tratados internacionales, “no existe ninguna nomenclatura precisa...los términos como “tratado”, “convenio”, “acuerdo”, o “protocolo” se usan como sinónimos”⁶, siendo tan variables que cambia de un país a otro al igual que de una constitución a otra.

Los organismos internacionales surgen de tratados multilaterales que a su vez adquieren el carácter de actas constitutivas siendo estos un claro ejemplo de la cooperación internacional que genera organismos, normas y mecanismos enfocados a la atención y solución de problemáticas específicas de índole internacional.

Así encontramos temas como la protección de ciertos derechos fundamentales de los seres humanos, sólo por mencionar algunos, históricamente se ha recurrido a los tratados multilaterales buscando así la defensa de intereses comunes.

Son precisamente los organismos internacionales los que han dado paso a importantes conciliaciones respecto a temas de interés prioritario tanto para los individuos como para los Estados.

Dentro de los organismos internacionales encontramos los de carácter económico como lo son el Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial, sólo por mencionar algunos, que brindan apoyo mediante el fomento de programas de mejora económica y otros temas para diferentes Estados y regiones.

⁶ Paul Reuter, *Íbid*, p. 44

Encontramos igualmente todos aquellos organismos emanados de la Organización de las Naciones Unidas enfocados a problemáticas más específicas como la Organización Internacional del Trabajo o bien la Organización Mundial de la Salud, siendo ésta última la de central interés para efectos de la investigación en cuestión la cual será tratada más adelante.

1.2. La Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Se funda bajo el principio de unir a lo Estados Miembros en un centro de armonización de la acciones de las naciones en la consecución de objetivos comunes.

Tiene como antecedente a la Sociedad de Naciones, creada durante la Primera Guerra Mundial en 1919, de conformidad con el Tratado de Versalles, con el fin de promover la cooperación internacional y conseguir la paz y seguridad, cesando sus actividades ante la imposibilidad de evitar la Segunda Guerra Mundial.

Posteriormente, el 1º enero de 1942, en plena segunda Guerra Mundial, fue aprobada la Declaración de las Naciones Unidas por 26 naciones en virtud de la cual sus respectivos gobiernos se comprometían a seguir luchando juntos contra las Potencias del Eje.

No fue sino hasta 1945 que representantes de 50 países se reunieron en San Francisco en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, con el fin de redactar la Carta de las Naciones Unidas la cual fue firmada el 26 de junio de 1945 por los 50 países participantes adhiriéndose posteriormente Polonia convirtiéndose así en uno de los 51 Estados Miembros fundadores.

Las Naciones Unidas comenzaron a existir oficialmente a partir del 24 de octubre de 1945 tras la ratificación de China, Francia, la Unión Soviética, el Reino Unido, Estados Unidos y la mayoría de los demás signatarios de la Carta.

La evolución de Naciones Unidas ha ido de la mano de la aparición de nuevas problemáticas mundiales abarcando temas tan diversos yendo desde conflictos internacionales hasta el abasto de alimentos, agua, atención a brotes epidémicos, desastres naturales, enfermedades como el sida y, desde luego, el consumo y tráfico de drogas.

En materia de tráfico ilícito de drogas, desempeña un papel importante en la formulación de una estrategia mundial concertada para hacer frente a ese problema, y es mediante la participación activa y apoyo de todos los Estados Miembros que logra un desempeño eficaz en el cumplimiento de los diversos convenios y órganos.

Realiza una serie de actividades de información pública con respecto a la fiscalización de las drogas como informes de los órganos de las Naciones Unidas, manuales específico para problemas específicos, carta informativa, boletín de estupefaciente y un diccionario multilingüe de estupefaciente y sustancias psicotrópicas sometidos a fiscalización internacional.

Dentro de éstos organismos independientes de la ONU se encuentra la Organización Mundial de la Salud la cual se analiza a continuación.

1.3. La Organización Mundial de la Salud (OMS)

Fundada el 7 de abril de 1948, actualmente constituida por 192 Estados Miembros, busca como objetivo el que todas las personas alcancen el nivel máximo posible de salud y bienestar. Para el logro de dicho objetivo, dirige y coordina el trabajo internacional a través de su Secretaría mediante un sistema

distribuido entre la sede central, 6 Oficinas Regionales y Representaciones en los países.

Adicionalmente, cuenta con una red de expertos internacionales y Centros colaboradores de investigación y que desarrollan proyectos técnicos y científicos además de mantener relaciones de trabajo con Organizaciones No-Gubernamentales y agencias de salud nacionales e internacionales.

Los estudios internacionales realizados son publicados y se encarga de reunir a los Comités de Expertos para presentar al Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de Salud conclusiones y recomendaciones que orienten el trabajo en salud de los Estados Miembros, corresponde a éstos últimos el decidir las prioridades para sus políticas y programas nacionales contemplando los tratados internacionales y el manejo de los problemas de salud prevalentes.

Dentro de sus programas contempla la reducción de riesgos de las consecuencias sanitarias y sociales del uso de drogas como la utilización de nicotina para el reemplazo de cigarrillos en el caso de los fumadores, o la administración de metadona en el de los usuarios de opioides mediante estrategias para el logro de metas intermedias como etapa previa al alcance del ideal de supresión de droga.

Dentro de los programas de reducción de la demanda, enfocados a reducir al mínimo el riesgo, se encuentran los relacionados con el uso de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas teniendo como objetivo el prevenir todo ese daño. “La OMS reconoce implícitamente el derecho de los usuarios de drogas a ser tratados humanitariamente y con respeto por la dignidad inherente a la persona humana”⁷

⁷ Internacional Digest of Health Legislation 1992 en Fundación de Ciencias de la Salud. *Las Drogas a debate: ética y programas de sustitución*. Ediciones Doce Calles, S.L., Madrid, 1999, p. 127

En el marco concerniente al consumo de tabaco cabe mencionar que las consecuencias nocivas del mismo son bien conocidas desde hace alrededor de cinco décadas y han sido las negativas y la antelación a otros intereses los que has rechazado la acción internacional efectiva para el control sobre el consumo de tabaco.

Pese a ello, se han realizado importantes esfuerzos en los que actores como las organizaciones no gubernamentales han sido pilar importante en la generación de conciencia y ejecución de reformas.

1.4. El papel de las Organizaciones No-gubernamentales (ONG) en materia de salud pública

Las organizaciones internacionales no-gubernamentales (asociaciones civiles sin fines de lucro) se han desarrollado fuertemente en las últimas décadas siendo estos uno de los rasgos más llamativos de nuestra época actuando como fuerzas de presión internacional sobre organismos internacionales y gobiernos respecto a temas específicos representando grupos de interés en la esfera internacional.

En algunas regiones han logrado grandes éxitos en la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas porque los gobiernos han sido apoyados por éstas de forma directa o indirecta.

De igual modo desempeñan una función de vital importancia en el fomento de la prevención, la educación y el conocimiento relativos al uso indebido de droga transmitiendo el mensaje de la fiscalización de drogas a las comunidades haciendo el papel de comunicadores consiguiendo así un mayor impacto en la prevención del uso indebido de drogas.

Poseen como medio más eficaz de garantizar el cumplimiento del compromiso internacional a la publicidad.

En este sentido encontramos diversas organizaciones enfocadas a temas de salud como el sida y el tabaquismo.

Dentro de las organizaciones que se encuentran relacionadas con la problemática en el consumo de tabaco encontramos que en su mayoría están lideradas por la Coalición Internacional de organizaciones No Gubernamentales Contra el Tabaco, INGCAT por sus siglas en inglés las cuales han sido de gran importancia en los últimos años siendo pieza fundamental en el desarrollo de las negociaciones encaminadas a la creación y reciente aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco representando un paso enorme en el desarrollo de tratados enfocados a la preservación de la salud de la humanidad.

“La OMS considera a las ONG como un aliado esencial en esta lucha (antitabáquica). En la progresiva preparación de las negociaciones sobre el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica, la OMS cuenta con las ONG para estimular el debate nacional, crear redes, ejercer presión sobre los gobiernos y encargados de tomar decisiones, proporcionar pericia técnica, movilizar apoyo público y desvelar las prácticas de la industria.”⁸

Su labor de consientización de la población respecto a las repercusiones sobre el consumo de tabaco es en gran medida la principal aportación para frenar el avance de la epidemia del tabaquismo.

⁸ Gro Harlem Brundtland. *La OMS y las ONG se unan para el control mundial del tabaquismo, en Juntos contra el tabaco*. Actas Encuentro de la INGCAT para la movilización de las ONG Internacionales, Ginebra 15-16 e Mayo de 1999, p.7

1.5. El Tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad sistémica y progresiva que está asociada a la adicción a la nicotina.

Las causas por las que las personas se vuelven fumadoras y no pueden dejar de fumar o que incluso recaen cuando intentan dejar de fumar es la adicción a la nicotina, la cual se desarrolla en dos fases:

“Dependencia Física: es la necesidad compulsiva por fumar cuando descienden los niveles de nicotina en la sangre. La falta de nicotina se presenta a través de una serie de signos y síntomas a lo que se les denomina síndrome de abstinencia. Dicho síndrome se caracteriza por los trastornos siguientes:

a) Trastornos físicos

1. alteraciones en el sueño (insomnio y/o exceso de sueño)
2. mareo
3. náuseas
4. fatiga
5. malestares estomacales (estreñimiento, dolor, gastritis, etc.)

b) Trastornos emocionales

6. ansiedad
7. depresión
8. irritabilidad

Dichos síntomas no deben su causa a una enfermedad física o mental

Dependencia psicológica: se manifiesta por el deseo compulsivo por fumar a pesar de existir concentración de nicotina a nivel sanguíneo, ya sea por la utilización de terapia de sustitución de nicotina o por haber fumado.

Ante la adicción a la nicotina es importante señalar que ésta, como toda adicción, no se cura, se controla. Es así que, tras un periodo importante de abstinencia, una inhalación resulta de gran riesgo ya que puede reactivar la necesidad inmediata e irresistible de volver a fumar.”⁹

Ante éste problema de salud, con el apoyo de la OMS, en diferentes Estados se han creado clínicas especializadas para la atención a personas que desean eliminar dicha práctica de su vida.

El consumo de tabaco debe su origen, a diferencia de las drogas sintéticas de gran popularidad en la actualidad, a una práctica ancestral proveniente de las culturas prehispánicas de América, por lo que es pertinente abordar el desarrollo histórico de su consumo a fin de comprender de mejor manera la magnitud y perspectiva actual de la enfermedad así como la perspectiva internacional de su consumo.

⁹ Cfr. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Tratamiento de la Adicción a la Nicotina*. INER, Cuaderno de trabajo, México, 2005.

2. Perspectiva internacional del consumo y comercialización de tabaco

2.1. El consumo de tabaco en el ámbito internacional

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, del género nicotina, cuyas hojas anchas convenientemente tratadas pueden ser mascadas, aspiradas o fumadas.

La planta del tabaco es originaria de América, en donde se tienen registros del primer cultivo de tabaco en el año 6000 AC.

Existen igualmente pictogramas como el apreciado en el código Troana en el que se ilustra al dios de los cuatro vientos, Balam, fumando su pipa, como puede apreciarse en la ilustración.



The Codex Troana — An Aztec pictograph found in Guatemala illustrating Balam, the Mayan God of the Four Winds, smoking his pipe. Attributed to the 3rd century A.D.

*Photo from Tobago H.F. & Ph.F. Reemstra Cigarette Makers, Germany, 1960
Reproduced courtesy of Ontario Department of Agriculture and Food*

Fuente: Tait Luan, Tobacco Canada, Trillsonburg, Notario Canadá, 1968, p. 10

Para los mayas el fumar se consideraba como el eterno placer de los dioses, lo que asociaban con los truenos, siendo éstos las señales de que el dios Balam encendía sus tabacos, al igual que un cielo nublado significaban las exhalaciones de humo de tabaco por parte de Tlaloc, dios de la lluvia.

Los indios de las Antillas y México tenían por costumbre el fumar tabaco introduciéndolo en un tubo hecho de hoja de maíz.

En 1492, le fueron ofrecidas hojas de tabaco seco a Cristóbal Colón tras su llegada al “Nuevo Mundo”; entre los relatos plasmados en el Diario a bordo del almirante de las carabelas de Colón, se encuentra el de los exploradores Rodrigo Jerez y Luis Torres:

“...por las calles habían hallado mucha gente que llevaba en la mano un tizón encendido para lumbres y sahumarse después con algunas yerbas que para este efecto llevaban consigo y para tostar aquellas raíces que les dieron, que eran su principal comida.”¹⁰

De igual modo es narrado por Fray Bartolomé de las Casas en su conocida “Historia de las Indias”.

La denominación de tabaco se aplicó tanto al instrumento y tubos con lo que se valían los indios para aspirar el humo, como a la propia planta empleada en las ahumadas.

No fue sino hasta mediados del siglo XVI que el tabaco fue introducido a Europa y subsecuentemente llevado a África y Asia. Esto debido a la afición creada hacia el mismo por elementos de la tripulación y algunos aborígenes llevados por Colón en sus expediciones.

¹⁰ Francisco Camín y Paulo Martín Aceña. *El negocio del tabaco en la historia*. Documento de trabajo 9801, Universidad de Cataluña y Fundación Empresa Pública, España, 1998, p. 3

De los hombres de mar el uso del tabaco pasó a la gente ruda de los puertos, de donde se propagó a las demás clases de la sociedad.¹¹

Adquirió prontamente fama de “gran antídoto” contra las enfermedades contagiosas pestilentes atribuyéndole la fama de dispersar y limpiar el aire del aire los vapores venenosos a los que atribuían la peste.

Su uso “penetró en todas las categorías sociales. Compartieron sus placeres los pobres y los ricos, los ortodoxos y los heterodoxos, si bien el método de consumo –tabaco mascado, inhalado, fumado en pipa- variaba en función de la clase social, el sexo y las costumbres locales... logró superar la fuerte (y en ocasiones violenta) represión iniciada por las autoridades civiles y religiosas”¹²

El tabaco puede utilizarse sin combustión, como el tabaco en polvo y el tabaco de mascar, y con combustión como el cigarro y la picadura para pipa o confección de cigarrillos.

En forma de polvo, más conocido como rapé, fue más ampliamente propagado en Europa durante los siglos XVII y XVIII; éste era absorbido por la nariz hasta provocar un estornudo que, se dice, producía una sensación agradable. Su popularidad era tal que las fábricas europeas de esa época se dedicaban mayoritariamente a su elaboración.

Su introducción a Francia es atribuida a Jean Nicot, embajador francés en Portugal, de quien se atribuye también el nombre científico de nicotina dado a la planta. Fue él mismo quien lo envió a los reyes Francisco de Loera y Catalina de Medicis. La moda francesa de aspirar tabaco se difundió entre aristócratas e intelectuales.

¹¹ Idem, p.5

¹² David T. Courtwright. *Las Drogas y la Formación del Mundo Moderno*. Ediciones Paidós, Buenos Aires 2002, p. 37

A Italia la introdujo el obispo Nicolás Tornabona y a Roma el nuncio apostólico Próspero de Santa Cruz, penetrando de forma análoga por toda Europa.

Por su parte, el tabaco de mascar obtuvo fuerte impacto en Estado Unidos, más no así en Europa debido a que la práctica de escupir fue socialmente rechazado.

El cigarrillo, sin embargo, logró su popularidad a lo largo del siglo XVII hasta acaparar el consumo. La hoja de maíz inicialmente utilizada para esta forma de consumo fue sustituida en Europa por papel.

De manera inicial, el comercio de tabaco fue monopolizado por España al importar la semilla de la planta del tabaco de las provincias españolas de América, concentrando su centro de producción en Castilla y León. De manera simultánea y con igual éxito aparece por primera vez el contrabando de tabaco.

Tras el dominio francés, inglés y holandés de las Islas de la Antilla, el comercio de tabaco se expandió generando nuevos centros de producción en Australia, Italia, Francia y Portugal.

De igual forma, el tabaco en forma de cigarrillos fue difundido de España a Portugal que los transmitió a Japón, atravesando Turquía, el sur de Rusia para ser finalmente difundido por los soldados napoleónicos por el resto de Europa.

Por otra parte, el consumo de tabaco a través de pipas se desarrolló durante el siglo XVII en Europa, acaparando pocas regiones y grupos sociales marginados debido a que las clases altas consumían mayoritariamente el polvo de tabaco, también llamado rapé. No fue sino hasta los siglos XIX y XX que la pipa fue abriendo camino entre los fumadores.

Las restricciones hacia el tabaco no se hicieron esperar desde sus inicios debido a la rápida propagación de la práctica; el rey de Inglaterra Jacobo I, declaró en 1604, que el tabaco era una planta maldita, y en 1619 publicó contra los fumadores unos cuantos prescriptos. De igual modo el papa Urbano VIII excomulgó en 1624 a todos lo que dentro de las iglesias tomaran rapé.

En otros países como Transilvania, en 1689 se emitió un decreto condenando a la confiscación de los bienes de aquellos que plantasen tabaco y a una multa de tres florines a los que tomasen rapé o de dos cientos a quienes fumasen.

A pesar de ello, la siembra libre de tabaco permitida en América prevaleció desde 1614, fomentando a su vez su cultivo y comercialización, aunado a los atributos medicinales atribuidos a la planta, usándose para innumerables remedios caseros a lo largo de los siglos XVII y XVIII.

De esta manera el tabaco manufacturado, como es más popularmente conocido en la actualidad, apareció por primera vez a mediados del siglo XIX, más específicamente en la década de 1880, cuando la máquina Bonsack permitió la fabricación de cigarros, con lo que inició su comercialización en serie, extendiéndose la práctica en escala masiva por todo el mundo. Con ello es que se inicia fase formativa de la industria hasta la primera Guerra Mundial, tras lo cual, si bien las ganancias originalmente fueron concentradas por los Estados, pasando posteriormente a manos de grandes empresas internacionales.

En éste momento “las elites políticas consideraron las drogas como fuentes de ingresos muy seguras estableciendo impuestos, gravámenes similares o monopolios sobre el comercio en expansión...Los impuestos sobre las drogas fueron piedra angular del Estado moderno y el pilar financiero de los imperios coloniales europeos.”¹³

¹³ Eyre and Spottiswoode. *Statistical Abstract for the United Kingdom*. no 32, Londres, 1885, p.p. 9 y 12 en David T. Courtwright, *Op. Cit.*, p. 23

El siguiente periodo es el abarcado por los años entre guerras en el cual el consumo de tabaco se disparó, en gran parte debido al rápido progreso tecnológico para su fabricación, siendo éste periodo el de mayor auge para esta industria.

Durante la segunda guerra mundial y la inmediata posguerra, si bien el consumo de cigarrillos incrementó, las dificultades para el aprovisionamiento de la materia prima, obligaron al racionamiento del producto en todos los países europeos.

No obstante, durante los años posteriores, en el desarrollo capitalista de la postguerra, con la desaparición de barreras comerciales al comercio internacional, la expansión del tabaco se vio favorecida particularmente el consumo del tabaco “rubio americano”, y posteriormente se dio el desplazamiento al tabaco con filtro tanto en América como en Europa.

La más reciente etapa en el desarrollo del consumo de tabaco es la abarcada en las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI en donde resalta el consumo a grado de saturación en los países más desarrollados, en donde al parecer éste se ha estancado, con lo que se inició el desplazamiento del consumo en el ámbito global.

El consumo de tabaco se encuentra directamente relacionado con la comercialización del mismo, por lo que, derivado de los excelentes mecanismos de comercialización que sigue éste producto, en las últimas décadas, el consumo de tabaco se ha incrementado de manera vertiginosa en los países denominados en desarrollo.

Esto se debe en gran medida a que su comercialización en forma de cigarrillos lo convierte en “objeto de demanda por los consumidores y forman parte de los hábitos sociales de muchas sociedades. Son bienes rentables que son objeto de un extenso comercio y su producción y consumo forman parte de los

recursos sociales y económicos de muchos países desarrollados y en desarrollo. En consecuencia, los aspectos económicos del consumo de tabaco son factores fundamentales en cualquier debate sobre su control pese a que, hasta hace poco tiempo, apenas han recibido atención en las distintas partes del mundo.”¹⁴

En las poblaciones de los países de ingreso medio y bajo, el incremento del consumo de cigarrillo se ha desarrollado con rapidez, tomando en cuenta que fue introducido en el decenio de 1970 con gran auge entre la población varonil.

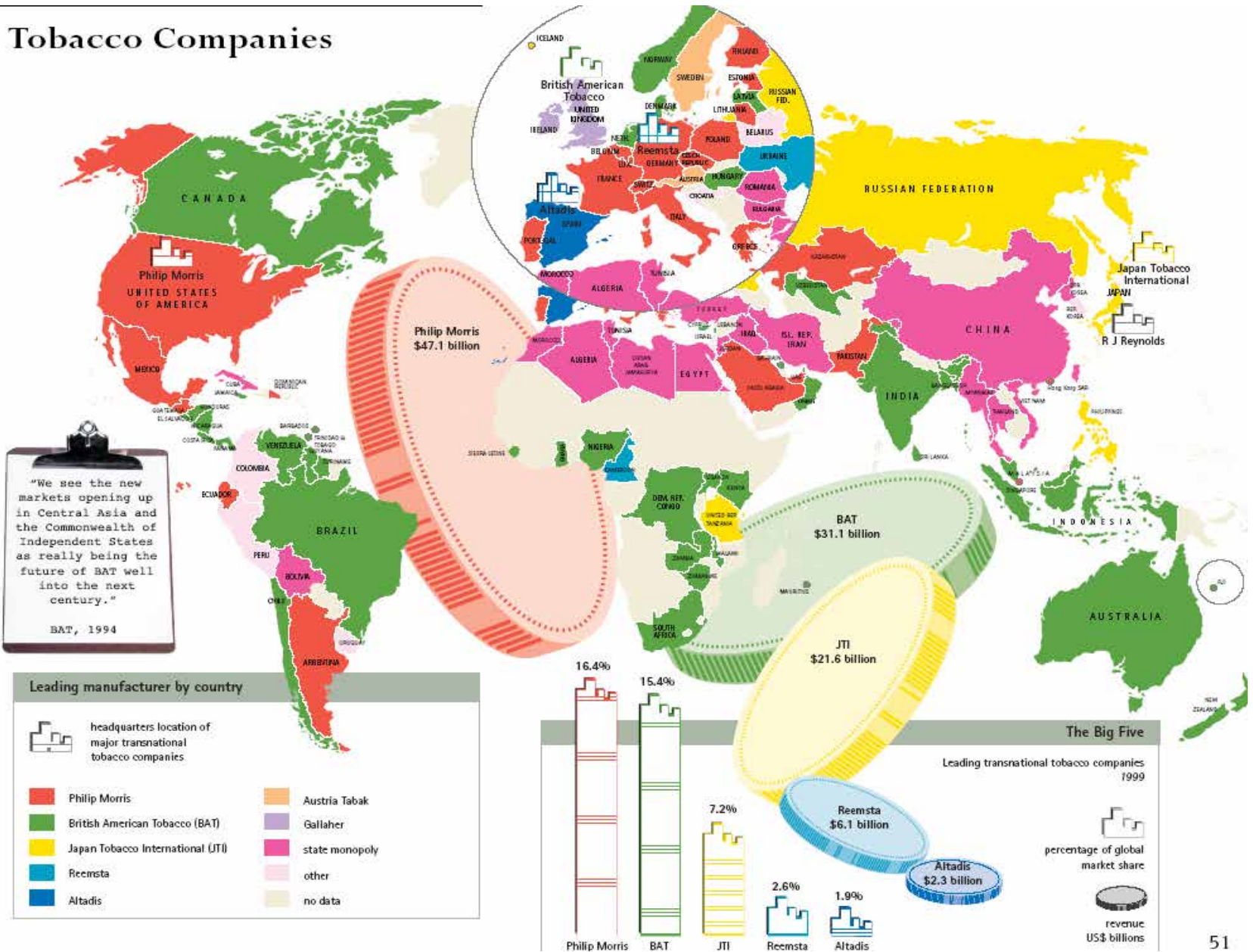
Así pues, la epidemia de tabaquismo se ha extendido desde su foco inicial a los varones de los países de ingreso alto, a las mujeres de esos mismos a países y a los varones de los países con ingresos más bajos.

El nivel de la industria es definido por las ventas de todos los productos de tabaco, que incluye marcas y submarcas de los mismos. En la actualidad, la industria del tabaco se encuentra en manos fundamentalmente de siete compañías transnacionales: British American Tobacco, R.J. Reynolds, Philip Morris, American Brands, Gulf and Western y el conglomerado sudafricano Rupert-Rembrandt-Rothmans, siendo las dos primeras las más grandes a nivel mundial. Estos conglomerados absorben el 40 % de la producción mundial de cigarrillos.

¹⁴ Banco Mundial-OPS. *La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspecto del control del tabaco*. Washington D.C. EUA, 2000, p. IX

Tobacco Companies

Fuente: Judith Mackay & Michel Eriksen, The Tobacco Atlas, WHO, Ginebra, Suiza, pp. 51



15 Tobacco Trade

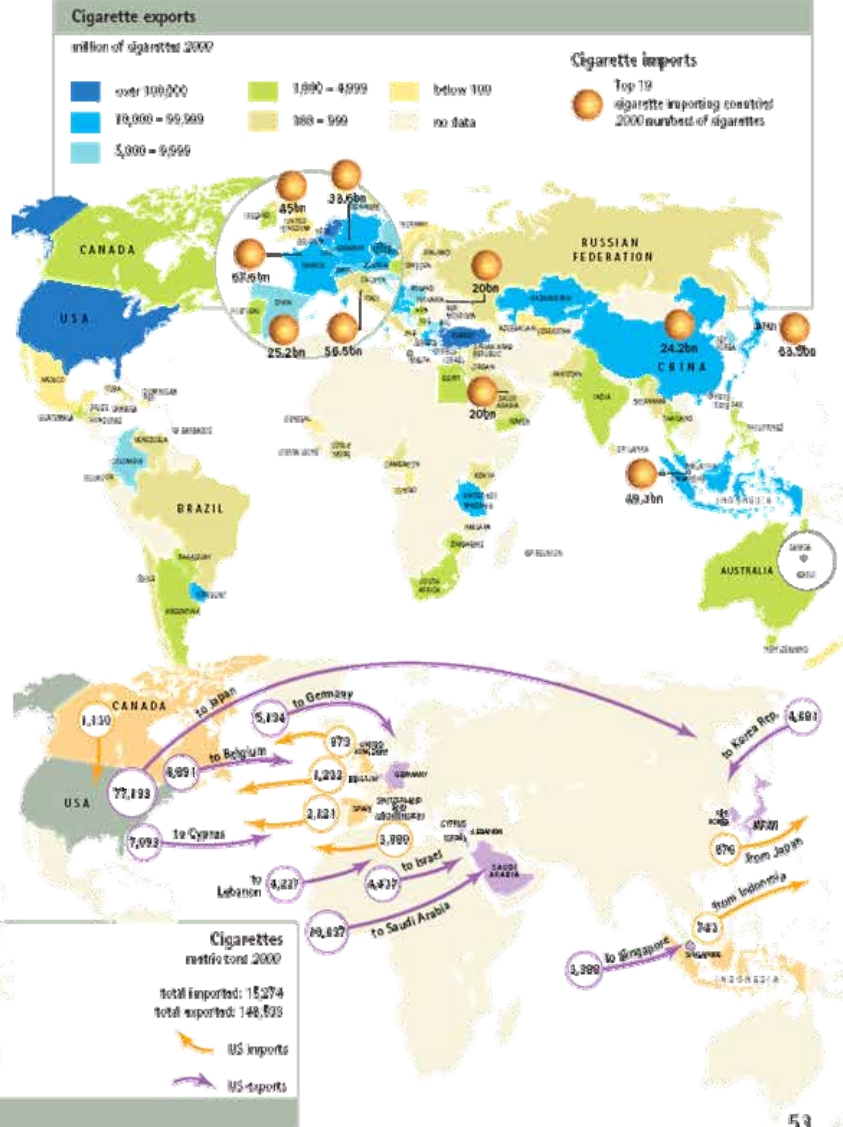
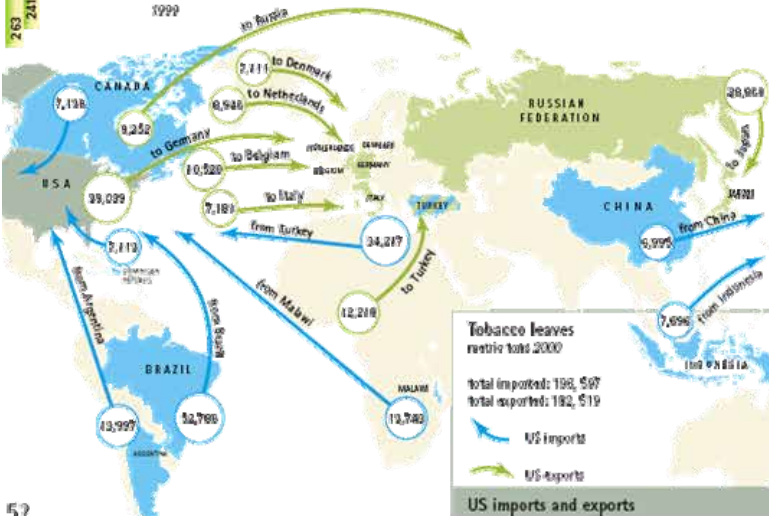
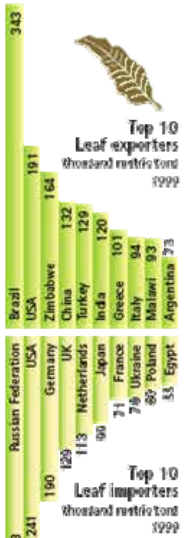
Tobacco trade is big business, for both the raw material (tobacco leaves) and the finished product (manufactured cigarettes).

Brazil is the largest exporter of tobacco leaf, and the Russian Federation and the USA are the largest importers. Some countries that grow tobacco, such as the USA, also import foreign tobacco as well as exporting their own tobacco leaves. Interestingly, the USA exports approximately the same amount of tobacco that it imports. Because US tobacco is popular globally, and tends to be more expensive than tobacco from other countries, the value of US tobacco leaf exports are about double that of the same quantity of imports.

Manufactured-cigarettes are also traded globally. Again, the USA is the largest exporter of manufactured cigarettes, accounting for nearly 20 percent of the world total. Japan is the largest importer of cigarettes.

According to government reports, 846 billion cigarettes were exported, but only 619 billion were reported to be imported. Statistics such as these provide a sense of the size of the cigarette smuggling problem.

China is quickly emerging as a significant cigarette exporter, increasing from virtually no exports in 1980 to over 20 billion cigarettes exported in 2001, worth about US\$320 million. In 2005 the value of China's export trade in cigarettes is predicted to be US\$600 million.



Fuente: Judith Mackay & Michel Eriksen, The Tobacco Atlas, WHO, Ginebra, Suiza, pp. 52

Tras la segunda Guerra Mundial y hasta 1982, con los diversos ajustes a la inflación, el precio real de los cigarros disminuyó, y debido a la rápida expansión de la economía y las ganancias personales, el comercio de tabaco incrementó dramáticamente.¹⁵

En años recientes, a raíz de los acuerdos internacionales que desaparecieron las barreras arancelarias, la competencia se incremento provocando el consiguiente descenso de los precios y el incremento de las actividades de publicidad y promoción así como de otras que tienden a estimular la demanda.¹⁶

Cabe destacar que ningún otro producto a nivel mundial tiene una red de distribución similar, pudiendo adquirirse en prácticamente cualquier lugar del planeta, desde el desierto en la caravanas de camellos, el Ártico y Antártico, suburbios mineros, grandes restaurantes, aviones, barcos y submarinos. El consumo de cigarrillos parece suponer un peligro para la salud muy superior al de las formas más antiguas de consumo.

A continuación puede observarse el cuadro No. 1 en el que se detallan los patrones regionales de consumo de tabaco calculada según genero y número de fumadores en la población de 15 y más años de edad, por regiones del Banco Mundial, 1995.

¹⁵ Joy de Beber & Linda Waverley Brinden. *Tobacco Control Policy. Strategies, successes & setbacks*. The World Bank, Washington, DC, USA, p. 72

¹⁶ Banco Mundial, OPS. Op. Cit, p.16

<i>Región del Banco Mundial</i>	<i>Prevalencia de fumadores (%)</i>			<i>Total de fumadores</i>	
	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>(Millones)</i>	<i>(% de todos los fumadores)</i>
Asia Oriental y Pacífico	59	4	32	401	35
Europa Oriental y Asia Central	59	26	41	148	13
América Latina y el Caribe	40	21	30	95	8
Oriente Medio y Norte de África	44	5	25	40	3
Asia Meridional (cigarrillos)	20	1	11	86	8
Asia Meridional (<i>bidis</i>)	20	3	12	96	8
África al sur del Sahara	33	10	21	67	6
Ingreso bajo/medio	49	9	29	933	82
Ingreso alto	39	22	30	209	18
Todo el mundo	47	12	29	1.142	100

Nota: Las cifras fueron redondeadas
Fuente: Cálculos del autor basados en la OMS. Tabaco o salud: informe sobre la situación mundial . Ginebra, Suiza; 1997.
En: Banco Mundial, La epidemia de tabaquismo, Washington DC, 2000, p. 17

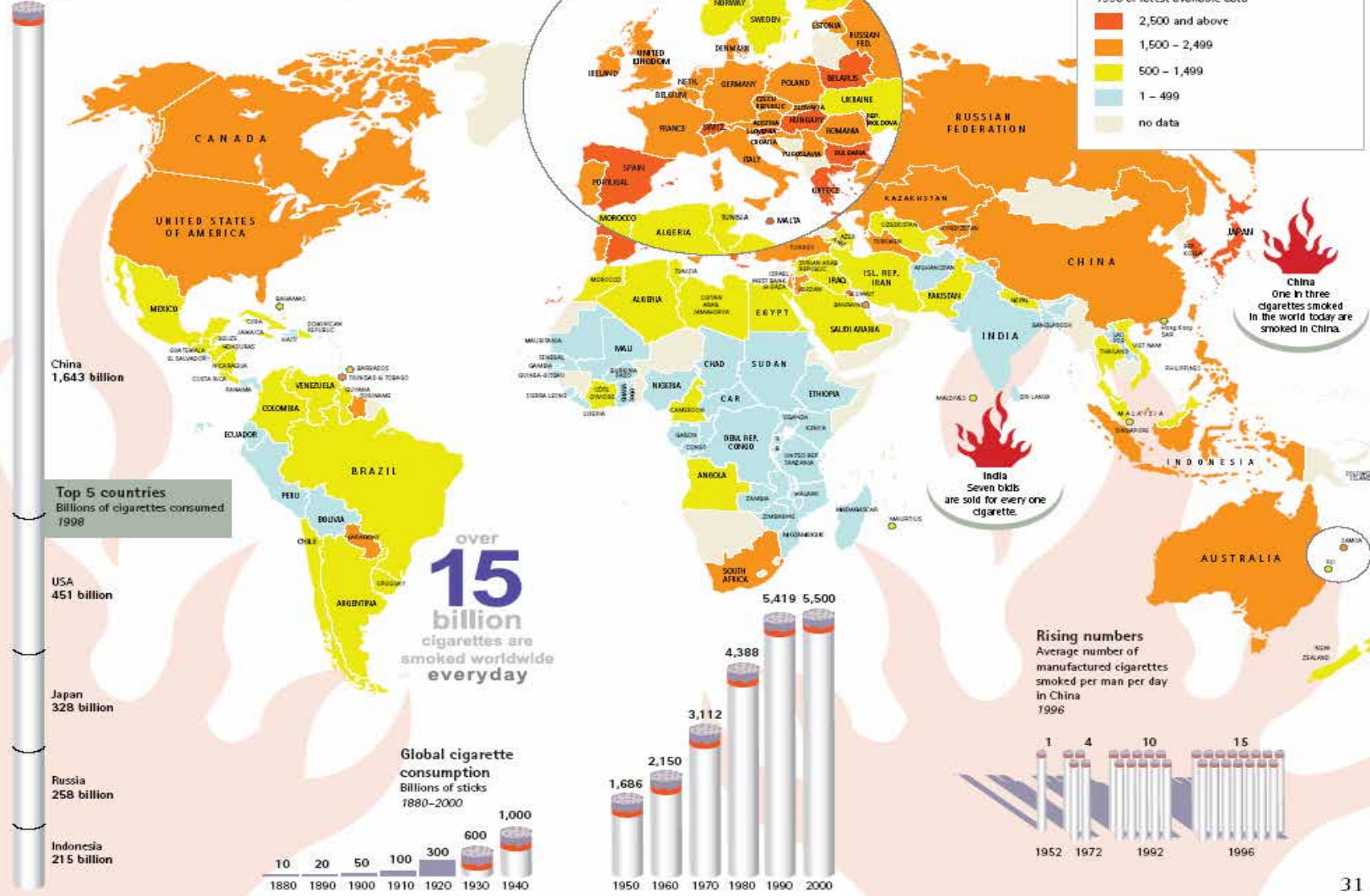
Es durante ese mismo año, 1995, que se produce la mayor evidencia de la peligrosidad del tabaco “cuando los científicos equipararon su poder de adicción al de la cocaína: “La nicotina es un activo tan potente como la cocaína y la morfina...”¹⁷

A continuación puede apreciarse un mapa que detalla el consumo por persona por país a nivel mundial de 15 años o más, así como los países que, por su porcentaje de consumo de hombres y mujeres, conforman los diez primeros lugares.

¹⁷ Congreso de Neumología. Palacio de Congreso de Barcelona. Septiembre 1995. en: Eulalia Solé, *El peso de la droga un reto para la humanidad*. Flor de Viento Ediciones, España 1996, p. 195

Fuente: Judith Mackay & Michel Eriksen, The Tobacco Atlas, WHO, Ginebra, Suiza, pp. 31

Cigarette Consumption



2.2. El Consumo de tabaco como problema de salud pública

Desde la introducción del tabaco a Europa, éste fue causa de grandes controversias, tras lo cual numerosas naciones adoptaron leyes para prohibir la venta y consumo público del tabaco, al tiempo de que ya era considerado como una amenaza social.¹⁸

Es precisamente durante los años correspondientes al desarrollo capitalista de la postguerra, que se comienzan a dar a conocer los primeros estudios sobre los efectos del consumo de tabaco para la salud.

En 1951 se dio inicio al estudio más importante en el tema por los doctores Doll y Hill denominado coherente prospectivo realizado a médicos británicos centrados en la preocupación por el incremento de muertes a causa del cáncer de pulmón.

Partieron de la hipótesis de que dicho fenómeno podía deberse al incremento de la contaminación ambiental. Dentro del estudio, se les enviaba un cuestionario sobre el consumo de cigarrillos, dato que acabó por eliminar la hipótesis inicial y otras para identificar al consumo de tabaco como el responsable del incremento de muertes por cáncer de pulmón.

La importancia de ésta estudio radica en que desde la primera fecha de aplicación ha mantenido un seguimiento periódico del consumo de cigarrillos y mortalidad publicándose los hallazgos cada 20 años.

A través de su largo seguimiento ha proporcionado una visión mas clara de los riesgos del consumo del cigarrillo a través del tiempo así como la variación de los mismos.

¹⁸ Prabhat Jha, Frank J. Chaloupka. *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford University, 2000 pp. 237 y 238

El estudio arroja datos como que después de 35 años de edad la curva de supervivencia de los fumadores, tras 20 años continuos de consumo, una pérdida en promedio de 5 a 8 años de esperanza de vida.¹⁹

En conclusión, el estudio arroja que alrededor del 50% de los fumadores morirá por culpa de ésta práctica variando la esperanza de vida en proporción inversa a la cantidad fumada.

La reacción internacional a raíz de los datos arrojados por el estudio Doll detonó el interés por la investigación en relación al la inhalación voluntaria e involuntaria del humo de tabaco con gran impacto tras la publicación de los resultados obtenidos en diferentes partes del mundo.

Por ejemplo, en Estados Unidos en 1952 es publicado el artículo “Cancer by the Carton” en Reader’s Digest, tras el cual, la Sloan-Kettering Cancer Institute publicó sus resultados definitivos mostrando la relación entre el consumo de tabaco y el cáncer.²⁰

A raíz de lo expuesto en dichos artículos, en el caso específico de Estados Unidos, los ataques hacia la industria tabacalera se intensificaron y para 1964 la Asociación de Cirugía de Estados Unidos comenzó a publicar investigaciones vinculando el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón y con otras enfermedades coronarias.

Así, la década de los 60s se caracterizó por el desarrollo de gran cantidad de estudios, alentándose de esta manera la investigación científica basada en la mortalidad causada por el consumo de cigarrillos, la difusión de los resultados obtenidos y las consecuencias reales del consumo de tabaco sobre la salud de los fumadores.

¹⁹ Cfr. Doll R & Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations of male British doctors. British Medical Journal 1976 en www.tobacoupdate.com.ar, 30 marzo 2006, 17.46.

²⁰ Francisco Camin y Paulo Martín Aceña, Op. Cit, p. 46

Es en la década de los 70s cuando, a raíz del interés de la OMS por informar a la población e implementar medidas económicas y legislativas para atacar su consumo, se inician las acciones internacionales cobrando cada vez mayor fuerza.

Las consecuencias del tabaco para la salud se clasifican en dos grandes tipos. En primer lugar, el fumador rápidamente se vuelve adicto a la nicotina, sustancia la cual es reconocida como adictiva por las organizaciones médicas de todo el mundo, colocando a la dependencia del tabaco en la Clasificación Internacional de Enfermedades, aunque esto a menudo es despreciado por el consumidor.

La nicotina es considerada un alcaloide del tabaco productor de adicción, encontrado en un porcentaje de 1 a 2 % en los cigarrillos, el cual es introducido al cuerpo a través de humo en cantidades de 1 a 2 miligramos por cigarro.²¹

Ésta es absorbida por el cuerpo entre 79 a 90 % por los pulmones, y en menor medida por la mucosa bucal, plexos sublinguales y piel. Al pasar a la sangre tarda únicamente 7 segundos en llegar al cerebro y entre 7 y 10 minutos al resto del organismo.²²

Además de la nicotina, los cigarros contienen más de 4000 compuestos químicos entre los cuales se han encontrado: isocianato metílico, acetona, amoníaco, arsénico, benceno, butano, monóxido de carbono, cianuro, DDT, formaldehído, metanol y naftaleno.²³

Cabe mencionar que el tabaco posee también una intensa radiactividad debido a radiaciones alfa emitidas por el polonio-210 utilizado en los fertilizantes y plomo-210, lo que equivale a 300 radiografías de torax por año para el caso de

²¹ Cfr. Cifras del tabaquismo, www.tabaquismo.freehosting.net, junio 2004, 12.24hrs

²² Cfr. Idem

²³ Cfr. Idem

un fumador de paquete y medio de cigarros por día, aunado a la cantidad de papel que igualmente es consumida por cada cigarro (16 cm² por cigarro).²⁴

En segundo lugar tenemos gran gama de enfermedades mortales y discapacidades que produce, lo que, en comparación con otras conductas de riesgo, supone un riesgo de muerte prematura extraordinariamente alto.

Las consecuencias médicas son bien conocidas y comprenden los cánceres de pulmón y otros órganos, la cardiopatía isquémica y otros trastornos circulatorias y diversas enfermedades respiratorias como el enfisema pulmonar.

En este punto, resulta importante entender al consumo compulsivo pese al deseo y los repetidos intentos de dejar de fumar como una enfermedad denominada tabaquismo debido a la dependencia psico-social y los efectos psicoactivos por la acción en el encéfalo y el comportamiento motivado por los efectos “de refuerzo” de la nicotina.

“El tabaco también afecta a la salud de los no fumadores. Los hijos de madres fumadoras nacen con peso más bajo, enfrentan mayores riesgos de enfermedad respiratoria y muestran mayor tendencia a sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante que los hijos de no fumadores. Los no fumadores adultos corren un riesgo, pequeño pero creciente, de enfermedad crónica discapacitante o mortal por exposición al humo de los fumadores”²⁵, con ello la adicción al consumo de productos de tabaco amplía los daños descritos anteriormente de los consumidores a todas aquellas personas que de modo voluntario o involuntario son expuestas al humo del mismo.

De conformidad con la OMS, el tabaco se encuentra clasificado dentro de las drogas que producen tanto dependencia psíquica²⁶ como física²⁷ y

²⁴ Cfr. Idem

²⁵ Banco Mundial-OPS, Op.Cit. p. 3

²⁶ Creada por el uso de la droga

tolerancia²⁸, al mismo nivel que el opio, la morfina, heroína, metadona, barbitúricos, alcohol y ciertos tranquilizantes.²⁹

Cabe mencionar que ante las evidencias derivadas de las consecuencias del consumo de productos de tabaco, y en específico del consumo de cigarrillos, la industria tabacalera había negado terminantemente la adictividad de la nicotina jurando en 1994 en las auditorias sobre la Reglamentación de los productos tabacaleros ante el Congreso de Estados Unidos.

En todo el mundo, hoy día fuman alrededor de 1 100 millones de personas y se prevé que en el año 2025 el número supere los 1 600 millones. En los países con mayores niveles de ingreso, la práctica de fumar experimenta un descenso paulatino desde hace decenios, aun que sigue aumentando en algunos grupos de población. En los países de ingreso medio y bajo, por el contrario, el consumo de cigarrillos aumenta cada vez más.

Lo anterior es debido, en gran parte a que a nivel mundial los fumadores inician su adicción al tabaco desde niños, gracias a la facilidad de acceso que estos encuentran a través de los cigarrillos, los cuales, “a diferencia del tabaco mascado, hacen posible que la nicotina alcance rápidamente el cerebro, tan sólo pocos segundos después de inhalar el humo, de manera que el fumador puede regular la dosis inhalación tras inhalación.”³⁰

Mas allá de las cuestiones médicas anteriormente mencionadas, los efectos económicos derivados de los gastos en salud pública que provocan dichas enfermedades, día con día van cobrando mayor importancia en perjuicio de las economías estatales.

²⁷ Cambio fisiológico causado por el consumo repetido de la droga a lo largo de un período más o menos prolongado

²⁸ Disminución de los efectos de la droga a medida que se persiste en su uso

²⁹ Cfr. Op cit. Eulalia Solé, p. 38

³⁰ Banco Mundial-OPS, Op. Cit. P. 23

Estos efectos sobre la salud pública se han incrementado principalmente en los países denominados en desarrollo debido al desplazamiento del mercado de productos de tabaco tras la aplicación de programas de prevención de tabaquismo aplicados en los países desarrollados, donde ha sido exitosamente difundida una cultura antitabáquica.

A escala global, el tabaquismo cuesta a las instituciones de salud más de 200 mil millones de dólares por año y origina al menos siete muertes por minuto debido a las enfermedades asociadas a su consumo.³¹

Actualmente, el tabaco mata a 1 de cada 10 adultos en todo el mundo proyectándose esta cifra a 1 de cada 6 para el 2030 o antes. Esto equivale a un total de 10 millones de defunciones anuales, superando con esto a cualquier otra cifra similar. Tan sólo en la Unión Europea ésta cifra es de 440 muertes.³²

Sin embargo, debido al desplazamiento del mercado de tabaco, se prevé que para el 2020 que 7 de cada 10 muertes producidas por el tabaco ocurrirán en los países de ingresos medio y bajo.³³

³¹ Carolina Gómez MENA. "Entró en vigor el convenio global contra el tabaquismo", en La Jornada, Sociedad y Justicia, México D.F. Lunes 28 de febrero de 2005, p. 46.

³² Banco Mundial-OPS, Op. Cit. p. 1

³³ Idem

ESTIMACIÓN DE MUERTES ACTUALES Y FUTURAS PROVOCADAS POR EL TABACO (millones por año)		
	<i>Número de muertes por el tabaco en el año 2000</i>	<i>Número de muertes por el tabaco previstas para el año 2003</i>
Países desarrollados	2	3
Países en desarrollo	2	7

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Make a Difference*. Informe sobre la Salud Mundial. Ginebra, Suiza; 1999.
En: Banco Mundial, *La epidemia de tabaquismo*, Washington DC, 2000, p. 25

A modo de ejemplo puede citarse el caso de Estados Unidos en el cual el alza en el gasto de salud pública por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en el año 1999 cobró alrededor de 6% del total de dicho gasto, representando un total de 76 mil millones de dólares.³⁴

En China, lugar en donde habitan la cuarta parte de todos los fumadores del mundo, hoy en día se calcula que el tabaquismo es responsable de alrededor del 12% de las muertes anuales reportadas de varones de edad madura, estimándose que en algunos años las estadísticas lleguen a 1 de cada 3 muertes a consecuencia del tabaco.³⁵

Deben considerarse, además, los daños que la exposición de humo trae a los llamados fumadores pasivos, sin dejar de mencionar los gastos a razón de incendios causados por el cigarrillo (27 mil millones), las pérdidas por horas laborales no productivas por fumar (47 mil millones) ó los problemas ecológicos en donde, por ejemplo, 20% de la basura recolectada en 43 estados de la

³⁴ Judith Mackay & Michael Eriksen, *The Tobacco Atlas*, WHO, Ginebra, Suiza, p. 40

³⁵ Cfr. Banco Mundial, OPS. P. 26

unión americana en 1996 correspondió a colillas de cigarrillos, además de las áreas deforestadas o zonas fértiles mal utilizadas.³⁶

A pesar de lo anterior, todavía no se tiene conciencia de la carga de muerte e incapacidad debida a la práctica de fumar, excepto en los países con mayores niveles de ingreso, lo que explica el desplazamiento de la epidemia, lo cual se evidencia tomando en cuenta las enfermedades causadas por esta práctica que suelen tardar varios decenios en desarrollarse.

“Si recordamos el atentado y destrucción de las Torres Gemelas de EE.UU., podemos graficar la magnitud del daño, porque esa destrucción produjo alrededor de 10,000 víctimas y grandes perjuicios económicos que paralizaron al mundo; el tabaco se calcula que produce en el mundo 10,000 muertes por día (más de 4,900,000 por año) y también grandes daños a la salud y a la economía. De manera que mantener el consumo de tabaco como un producto libre y legal la cuesta al mundo tanto como una destrucción diaria de las Torres Gemelas. Con la particularidad de no ser tan notable y tomarse su tiempo...”³⁷

Las actividades de control de tabaco generalmente no son correctamente desarrolladas, los riesgos a la salud por el tabaco no son bien comprendidos, y existe un soporte político y público relativamente menor para la instrumentación de políticas efectivas para su control.

Del comercio y consumo del tabaco se desprenden otras problemáticas fuentes de temas de interés debido a las repercusiones que actualmente tienen en el ámbito global, tal es el caso de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, la venta a menores y pormenores, la protección del medio ambiente, la responsabilidad de productores y el comercio ilícito y contrabando de tabaco.

³⁶ Judith Mackay & Michael Eriksen, Op. cit., p. 40 y 41

³⁷ Banco Mundial-OPS. “Epidemia de Tabaquismo”, en www.who.tabaquismo.freehosting.net/EPIDEMIOLOGIA/EPIDEMIATABACO.html 12.24 hrs, 9 de junio de 2004

Reglamentación del contenido de los productos de tabaco: Este tema se encuentra relacionado directamente con el contrabando de los productos de tabaco, debido a la mezcla de ingredientes que son vendidos como tabaco y que en realidad no lo son.

De igual forma, encuentra su fundamento en el derecho a la información del producto que se consume.

La reglamentación del contenido de los productos de tabaco plantea una descripción neta del producto adquirido desde su origen, manufactura y empaquetado, hasta alguna especie de logotipo a sello de control de calidad de mayor elaboración para un control más adecuado de garantía del producto adquirido, proporcionando su vez cierta protección sanitaria.

Los puntos que se proponen para su reglamentación serán analizados en el siguiente capítulo.

Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco: El empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco resulta uno de los más citados dentro de los esfuerzos planteados para el logro de la disminución del consumo, basando su origen en la importancia que representa el que los consumidores finales de tabaco y cigarrillos el que sean debidamente informados de los efectos dañinos y consecuencias de la regularidad de su consumo, así como de la adicción producida por la nicotina.

Durante las últimas décadas esta ha sido la medida más implementada por varios Estados pasando de breves leyendas respecto a lo nocivo del producto, hasta imágenes claras que revelan casos específicos de daños a la salud causados por el consumo de tabaco.

Esta medida comenzó a utilizarse desde principios de los años sesenta por numerosos gobiernos solicitando a los fabricantes de cigarrillos imprimieran advertencias sanitarias en sus productos. Para 1991 los países que implementaban esta medida ascendió a 77.³⁸

Este tipo de medidas han sido implementadas debido a que, incluso en los países donde los consumidores tienen un acceso razonable a la información sobre los efectos del consumo de tabaco para la salud, persisten amplias concepciones erróneas sobre estos efectos.

Otro de los motivos por los que se ha recurrido a este tipo acciones deriva de que muchos fabricantes han implementado etiquetas de cigarrillos “bajos en alquitrán” y “bajos en nicotina” transmitiendo una idea errónea del producto respecto a su nocividad.

A pesar de esta clase de esfuerzos por transmitir la información adecuada a los consumidores respecto a los productos de tabaco y sus efectos, “distintos estudios indican que muchos consumidores se sienten confundidos acerca de los componentes del humo de tabaco y que el etiquetado no proporciona una información suficiente sobre el producto adquirido”³⁹.

Publicidad, promoción y patrocinio: Partiendo de la premisa de que el consumo de tabaco responde a diferentes estímulos siendo éste un fenómeno artificial provocado y promovido, la publicidad resulta un importante método para la competencia entre industrias altamente concentradas, tal como lo es la industria tabacalera. Una industria altamente concentrada se caracteriza por un relativamente pequeño número de grandes firmas. Las firmas dedicadas a industrias de éste tipo no tienden a competir en precio, sino a incrementar ventas mediante el uso de la publicidad.

³⁸ Cfr. Banco Mundial, OPS, Op. Cit., p. 54

³⁹ Idem

La publicidad puede ser definida como el uso de los medios para crear una imagen positiva de un producto o efectos positivos relacionados al mismo o bien pretende interrelacionar el producto con perfiles idealizados, actividades o logros.

La publicidad de los cigarrillos, particularmente esta diseñada para crear una fantasía de sofisticación, placer y éxito social. Esto debido a la “personalidad” del producto mismo, la cual se enfoca a sectores específicos del mercado, específicamente en los jóvenes ya que es en ésta etapa en la que la práctica de fumar suele adquirirse.

De conformidad con algunos estudios de mercado, para las nuevas marcas, la publicidad durante los dos primeros años debe ser del 150% de las ventas deseadas. Tras los primeros dos años, la publicidad debe mantenerse a los niveles a los que se requieran mantener las ventas.

Por otra parte, la promoción o también llamada marketing, puede definirse como la mezcla de todas las actividades diseñadas con el propósito de incrementar las ventas.

El debate sobre el impacto de la publicidad de los cigarrillos en los consumidores ha sido y continua siendo fuerte, sin embargo, “se ha demostrado que la prohibición de la publicidad y la promoción es efectiva solo cuando abarca la totalidad de los medios de comunicación, las marcas y los logotipos.”⁴⁰ Esto es mayormente comprensible cuando se observa el comportamiento de la industria tabacalera, la cual al ver prohibida la publicidad del tabaco en un medio, sustituye esta publicidad por la efectuada en otros medios de comunicación, con escasa o nula repercusión en sus gastos globales de comercialización.

⁴⁰ *Íbid*, Op. Cit., p. 56

Al implementar una prohibición total de la publicidad en todos los medios, las alternativas de la industria son relativamente escasas se observa consecuentemente una disminución en el consumo del producto.

Este tipo de medidas fueron introducidas en la mayoría de los países de ingreso alto desde 1972 en los cuales actualmente puede observarse una disminución importante en el consumo.

Protección del medio ambiente y salud de las personas: A pesar de la extensión de la práctica de fumar en el ámbito global se encuentra muy extendido, el daño ambiental y sanitario puede no ser aún visible.

Los costos ambientales asociados a la producción del tabaco son básicamente de tres tipos:

El primero se relaciona con la degradación del suelo, la cual ocurre debido al alto requerimiento de nutrientes, lo cual puede facilitar la propagación de plagas y la consecuente contaminación del uso excesivo de fertilizantes.

El segundo tiene que ver con la deforestación por el uso excesivo de madera utilizada en el curado y procesamiento de la hoja de tabaco.

Y por último, el tercero relacionado con la alta necesidad de utilización de pesticidas que se desprenden de los campos de tabaco los cuales causan importantes niveles de contaminación de la tierra y aguas, además de enfermedades a los trabajadores, incluidos niños, menores y mujeres, debido al manejo de la planta de tabaco.

Debido a que los fumadores no solo influyen en su propia salud sino también en la de los que los rodea, los esfuerzos correspondiente al cuidado de la salud de las personas se ha enfocado a los no fumadores considerado la promoción

de lugares libres de humo de tabaco y políticas restrictivas al acceso a menores.

Diversos estudios han demostrado que la aplicación de políticas de lugares libres de humo de tabaco contribuyen a la reducción significativa de la prevalencia del consumo de cigarrillos entre consumidores, a la vez que los riesgos por enfermedades atribuidas a la exposición del humo de tabaco se ven igualmente disminuidos.

Por su parte, las políticas para la restricción del acceso de tabaco a menores comprenden la asimilación de los jóvenes de los riesgos sobre el consumo de productos de tabaco

Responsabilidad: El tema de la responsabilidad se enfoca a la indemnización por gastos y daños ocasionados derivados de la producción del tabaco y consumo de cigarrillos, partiendo del entendido de la carga social y sanitaria hacia los productores al continuar con la promoción del consumo del mismo debido a sus consecuencias nocivas reflejadas tanto en la salud de la población mundial y economía, como en el medio ambiente.

Resulta por ende un tema de mucho debate principalmente para aquellos países en donde la producción de tabaco representa importantes entradas económicas que a su vez mantienen cierta estabilidad en los procesos económicos nacionales.

Las sugerencias respecto a este tema por parte de la Organización Mundial de la salud serán abarcadas en el siguiente capítulo.

2.3. Comercio ilícito de tabaco.

“El contrabando de alcohol y tabaco se hizo muy habitual en el siglo XVIII y comienzos XIX, Los impuestos sobre estos artículos a diferencia del té, continuaron siendo significativos después de 1784. Los contrabandistas de tabaco y alcohol eran muy numerosos, estaban bien organizados y recurrían si era necesario a la violencia para proteger su comercio oculto”⁴¹

La problemática del comercio ilícito de tabaco se centra no sólo en la sustitución del tabaco mismo incluido en los cigarrillos (falsificación), sino también en la comercialización de fraudulenta de cigarrillos “genuinos” caducos, refiriéndonos al producto que ha sido retirado de los estantes por haber pasado las fechas de mantenimiento de frescor, la fabricación ilegal. Se calcula que “30% de los cigarrillos que se exportan internacionalmente, es decir unos 355 000 millones de unidades, derivan hacia el contrabando.”⁴²

De acuerdo con algunos estudios realizados por Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud no sólo la diferencia de precios del tabaco entre las naciones favorecen el contrabando, sino también otros factores tales como la corrupción junto con la cual crece en paralelo el contrabando.

La manera en que opera el contrabando de cigarrillos generalmente comienza en el tránsito del país de origen al país del destino final del producto, siendo en este punto en el que es contrabando se ve beneficiado por el llamado sistema de tránsito que suspende en forma temporal los derechos de aduana, los impuestos al consumo y el IVA.

Durante éste último tránsito en el que los productos son interceptados y no llegan a su destino final siendo comprados y vendidos por comerciantes no oficiales.

⁴¹ David T. Courtwright, Op. Cit., p. 236

⁴² Banco Mundial-OPS, Op. Cit., p. 72

Debido a que los cigarrillos pasan por una gran cantidad de manos en un corto tiempo, el rastreo de sus movimientos se vuelve casi imposible, aunado a la escasa lucha contra las ventas ilegales y su dificultad para distinguirlas de las ventas legales.

Por el contrario a lo supuesto por la teoría económica en la que el contrabando tendería a favorecer la venta de los productos de tabaco ilegales, esta se ve afectada al incrementar la oferta disminuyendo con ello los precios tanto de los productos legales como de los adquiridos de manera ilegal incrementando las ventas en su conjunto.

La presencia de los cigarrillos de contrabando en un mercado que hasta entonces había permanecido cerrado a las marcas de importación favorece el crecimiento de la demanda de dichas marcas, con el consiguiente incremento de su cuota de mercado. Además todo ello influye para que el gobierno mantenga bajos los impuestos.⁴³

Tan sólo en España, una de cada diez cajetillas de tabaco es de contrabando estimándose un monto anual de 200 a 300 millones de cajetillas al año ubicándose por debajo de Italia en donde las tasas llegan a 30 de cada 100 cajetillas.

El principal beneficio del control del contrabando no es que con ello desciende el suministro, sino que ayuda a la ejecución efectiva de los incrementos de precio que reducen la demanda.⁴⁴

Sin embargo, el principal problema a afrontar en el logro de una lucha efectiva contra el contrabando es la corrupción. Según estudio basados en el Índice de Transparencia Internacional de los Países, se llegó a la conclusión de que con

⁴³Banco Mundial, OPS, Op. Cit, p. 74

⁴⁴ Íbid, p. 72

notables excepciones, el nivel de contrabando de tabaco tiende a aumentar en paralelo con el grado de corrupción de un país.⁴⁵

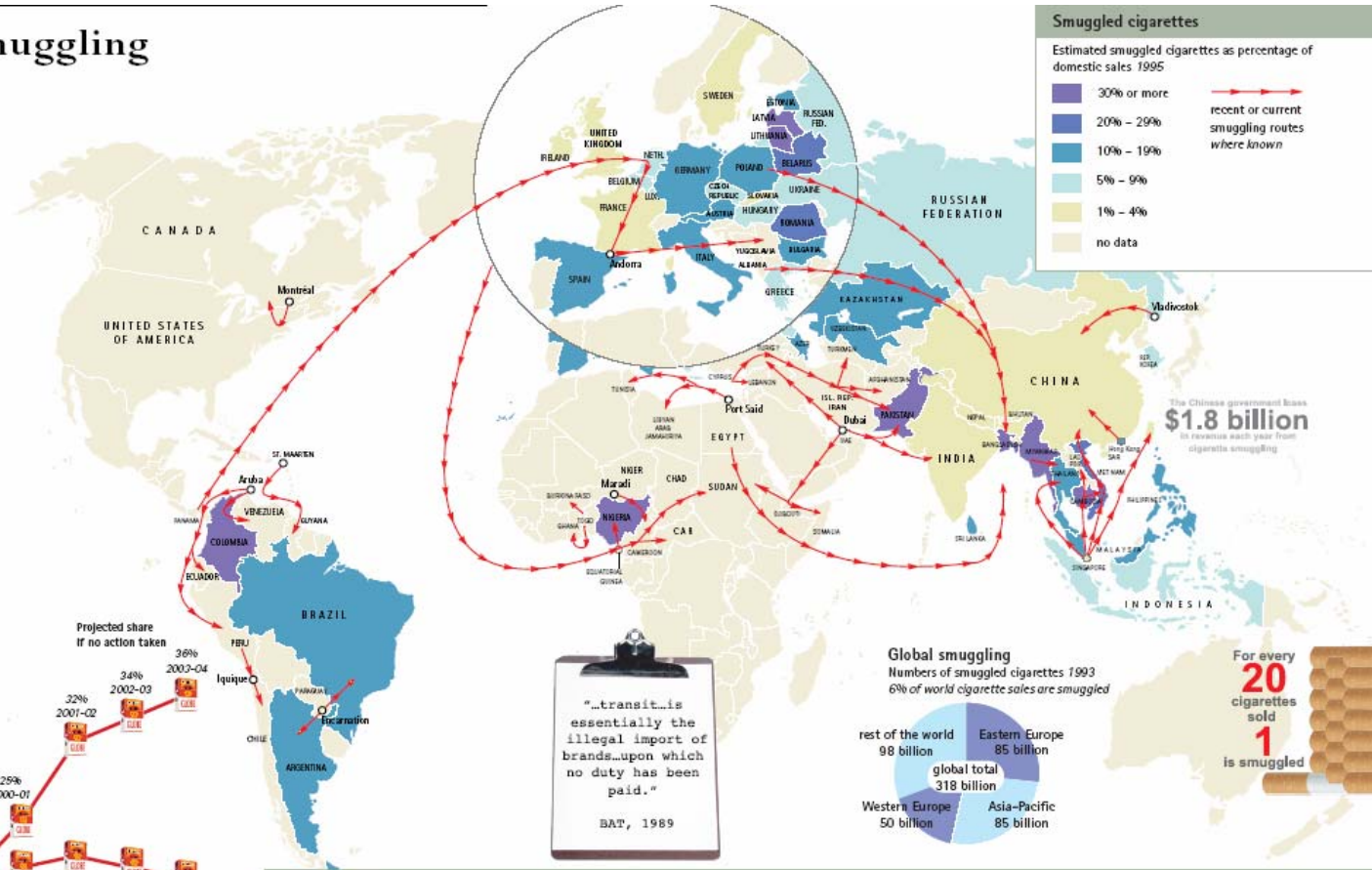
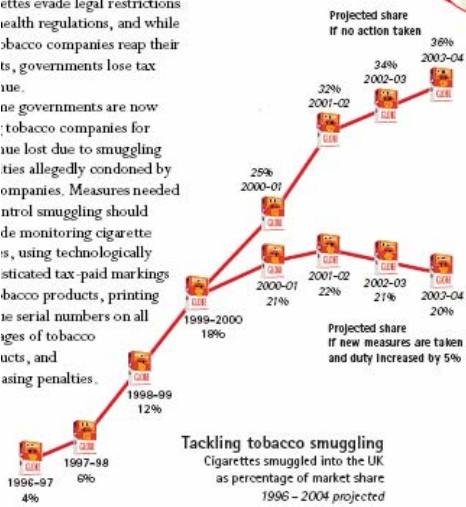
⁴⁵ Idem

16 Smuggling

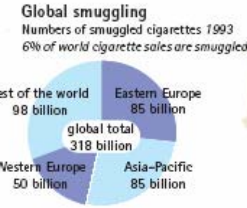
...rice is only one of many factors that influence smuggling rates. Other more important factors include: the tobacco industry's own role in facilitating smuggling; the lack of appropriate controls on tobacco products in national trade; and the existence of entrenched smuggling networks, unlicensed distribution, lax anti-smuggling laws, weak enforcement and official corruption." WHO, 2000

...een 300 and 400 billion cigarettes were smuggled in 1999, equal to about one third of the legally imported cigarettes. Cigarettes are the world's most widely smuggled legal consumer product. They are smuggled in almost every national territory by constantly changing routes. Cigarette smuggling causes considerable economic and social harm. International trade in cigarettes has become affordable to low-income consumers and to imaginative young people in developing countries. Illegal cigarettes evade legal restrictions on health regulations, and while tobacco companies reap their profits, governments lose tax revenue. In some countries, tobacco companies have allegedly condoned by governments the use of smuggling routes to avoid duties. Measures needed to control smuggling should include: monitoring cigarette smuggling, using technologically sophisticated tax-paid markings on tobacco products, printing unique serial numbers on all cigarettes, and imposing penalties.

Tackling tobacco smuggling
Cigarettes smuggled into the UK as percentage of market share 1996 - 2004 projected



"...transit...is essentially the illegal import of brands...upon which no duty has been paid."
BAT, 1989



The Chinese government loses \$1.8 billion in revenue each year from cigarette smuggling

For every 20 cigarettes sold 1 is smuggled



Cabe mencionar que la industria misma utiliza el contrabando como medida para socavar la efectividad de las políticas de control basadas en el incremento de impuestos.

2.4. Regulación del comercio de tabaco frente a otras drogas

<<Vivimos en una sociedad cuya única norma consiste en excitar todo nervio del cuerpo humano y mantenerlo en el grado mas alto posible de tensión artificial para extender el deseo humano hasta el límite y crear tanto deseos nuevos y pasiones sintéticas como sea posible, con el fin de suministrarles productos de nuestras fábricas, imprenta, estudios de cine y todo lo demás>>⁴⁶

Resulta contradictorio el conocer que en general existen penalizaciones para las personas que conducen a velocidad excesiva, con multas cuantiosas e incluso anulación del permiso de conducir en algunos países, al igual que algunos otras conductas peligrosas asociadas al consumo de otras drogas y al alcohol y que, considerando la totalidad de la vida de la persona, la práctica de fumar siendo, en mucho, más peligroso que muchas otras conductas de riesgo, mantenga una regulación notablemente más laxa.

Históricamente “el uso generalizado no medicinal del alcohol, el tabaco, las anfetaminas y otras sustancias psicoactivas fue causa de controversia, alarma e intervención oficial. Todas las sociedades complejas diferenciaron de algún modo el uso médico del abuso no médico y con el tiempo establecieron las bases legales y morales del sistema de control internacional de las drogas”⁴⁷

Para entrar en el tema de la regulación del comercio de tabaco, debe iniciarse por definir una droga, aun que el término resulta problemática debido en parte a sus connotaciones de abuso y adicción, de acuerdo con la Organización

⁴⁶ Thomas Merton. “The Seven Storey Mountain (1933)”, San Diego, Harcourt Brace Jovanovich, 1976 en David T. Courtwright, Op. Cit. p. 165

⁴⁷ *Ibid.* p. 22

Mundial de la Salud, como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o mas funciones de éste”.

Desde hace más de medio siglo, los esfuerzos internacionales por erradicar el uso indebido de drogas se ha orientado hacia el establecimiento de un sistema universal y eficaz de tratados basado en la fiscalización nacional de las drogas por cada Estado.⁴⁸

La acción internacional y multilateral tiene como primer antecedente la conferencia del opio en Shangay de 1909, iniciada con la campaña de China contra el opio en 1906, motivo por el cual en dos años mas tarde Estados Unidos propone el establecimiento de una conferencia internacional, la cual a su vez dio paso a la conferencia del a Haya de 1912.⁴⁹

Ésta última pretendía eliminar gradualmente el comercio del opio en el Lejano Oriente. Sus estipulaciones carecían de obligatoriedad y resultaban vagas, sin embargo fue un avance importante al formular los principios generales que siguen siendo la guía para el actual control internacional de la droga.

Tras la primera Guerra Mundial, con el Acuerdo de la Sociedad de Naciones. A través de su artículo 23 (c) se otorga a ésta la “supervisión general sobre la aplicación de acuerdos son respecto a...el tráfico de opio y de otras drogas peligrosas”.⁵⁰

En lo referente al consumo y tráfico de drogas como la marihuana, cocaína, heroína y éxtasis, por mencionar sólo a las más “populares”,se encuentra regulado principalmente por la Organización de las Naciones Unidas, a través de la Comisión de las Naciones Unidas Contre el Narcotráfico, los cual se

⁴⁸ Naciones Unidas. *Las Naciones Unidas y la Fiscalización Internacional de Drogas*. Nueva York, 1990, p. 60

⁴⁹ Cfr. Jack Donelly, *Las Naciones Unidas y el régimen global de control de drogas* en Peter H. Smith, (compilador), *Op. Cit.* p. 359-360

⁵⁰ Cfr. Jack Donelly, *Idem*

encuentra plasmado en Tratados y Convenios como la Conferencia de Viena de 1988 que entró en vigor el 11 de noviembre de 1990 en los cuales el tráfico de éstas es penalizado y perseguido al igual que su consumo.

Los antecedentes históricos de la Convención de Viena de 1988 inician con la creación del comité consultivo sobre el tráfico de opio y otras “drogas nocivas” desde la primera asamblea de la Sociedad de Naciones en 1920, la cual generó tres convenciones: La Convención internacional del opio, en 1925, la Convención para limitar la fabricación y regular la distribución de estupefacientes de 1931 y la Convención de 1936 para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas.

En 1946 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) asumió las responsabilidades de fiscalización de estupefacientes que tenía la Sociedad de Naciones, transfiriendo las funciones del Comité Consultivo de la Sociedad de Naciones a la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, establecida en 1946 como comisión orgánica del Consejo Económico y Social, entrando en vigor el protocolo en octubre de 1947.⁵¹

Para 1949, el protocolo aprobado el año anterior incluyó dentro de la fiscalización internacional nuevos productos como el arbusto de coca, la planta de *cannabis* y otros no contemplados en las Convención de 1931.

En 1961 es convocada en Nueva York la Convención única sobre estupefacientes, del 24 de enero al 25 de marzo, con el fin de fundir en un solo instrumento los tratados multilaterales existentes en la materia, reducir el número de órganos internacionales ocupados en la fiscalización internacional y adoptar nuevas medidas para vigilar la producción de las materia primas de los estupefacientes.

⁵¹ Pedro Pablo Camargo. *La Convención de las Naciones Unidas contra el Narcotráfico*. Bogotá Colombia, 1995. pp. 39-40

A fin de examinar todas las enmiendas propuestas a la Convención de 1961 sobre estupefacientes, es convocada en Ginebra en 1976 una conferencia plenipotenciaria de la que se desprenden tres resoluciones: 1. sobre Secretaría de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2. sobre asistencia para la fiscalización de estupefacientes y 3. sobre condiciones sociales y protección contra la toxicomanía, siendo esta última atribuida con frecuencia al resultado de una atmósfera social malsana en la que viven quienes están expuestos al peligro del abuso de los estupefacientes.

Cabe destacar el hecho de que nada fue mencionado respecto al alcohol y el tabaco por ser calificadas como “drogas legales” que tiene como característica el ser medicamentos psicoactivos dispensados en farmacias y disponibles en establecimientos públicos.

Diez años más tarde, en 1971 se realizó el Convenio sobre sustancias psicotrópicas, dentro de las cuales se consideraron las anfetaminas, sustancias hipnótico-sedantes y alucinógenos, todos artificiales, capaces de alterar el comportamiento y el ánimo de crear dependencia, celebrado en Viena.

Para 1981, Naciones Unidas formuló la estrategia internacional para la fiscalización de uso indebido de drogas que abarcó todos los aspectos de la fiscalización, el uso indebido, el tráfico, el tratamiento, la rehabilitación y la sustancias de cultivos, excluyendo nuevamente de entre estas listas al alcohol y al tabaco.

En 1987, a solicitud de la Asamblea General de las Naciones Unidas, tuvo lugar en Viena la Conferencia Internacional sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, emanando de ésta dos documentos:

I. la declaración de la Conferencia Internacional sobre el uso indebido y tráfico ilícito de drogas que contempla la prevención y reducción de la demanda, el control de la oferta, eliminación del tráfico ilícito y el tratamiento y rehabilitación, y

II. el Plan amplio multidisciplinario de actividades futuras en materia de fiscalización del uso indebido de drogas que contempla la prevención y reducción de la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, control de la oferta, supresión del tráfico ilícito y el tratamiento y rehabilitación.

Finalmente en 1988 se lleva a cabo la Conferencia de Viena con el fin de controlar y reprimir el consumo de drogas ilícitas, así como su distribución, financiamiento, tráfico, procesamiento y producción de narcóticos; entrando en vigor el 11 de noviembre de 1990.

Es durante la década de los 90 que las Naciones Unidas, a través del Sistema de las Naciones Unidas-Plan General de Acción, señalado por el secretario general en su informe de 1990, detalla la participación de la considerable variedad de organismos creados para el control de la droga.

Entre éstos se encuentra la Junta Internacional de Control de Narcóticos, la División de Drogas Narcóticas y el Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas, además de la cooperación regional patrocinada por la ONU y las llamadas Agencias especializadas y otras organizaciones internacionales que son formalmente independientes de las Naciones Unidas afiliadas a la ONU formando parte del vasto sistema de Naciones Unidas. De entre ellas, destaca la Organización Mundial de la Salud, que a su vez cuenta con centros de investigación. Cabe mencionar que las diferentes organizaciones se mantienen en comunicación continua fomentando trabajos e investigaciones que enriquecen sus diferentes labores.

A este respecto, y tras un breve recuento, se observa con claridad que el tabaco no ha sido considerada dentro de los tratados y convenios anteriormente mencionados, debido, principalmente, a que no es catalogado como droga ilícita al ser socialmente aceptada en todo el mundo, a pesar de su naturaleza adictiva, efectos psicotrópicos y sus repercusiones en materia económica y de salud pública, lo cual favorece el mantenimiento de una doble moral en materia legislativa.

Por ello, es necesario que los esfuerzos internacionales para la regulación del tabaco sean cada vez más multilaterales mediante un mayor hincapié en el concepto de responsabilidad compartida entre los países.

Ante esto, las agencias de la ONU como el Programa Internacional para el Control de Drogas (UNDCP) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes (INCB), así como la Organización de Estados Americanos (OEA) y el Pacto Andino ofrecen importantes oportunidades para el desarrollo de la cooperación en control de drogas bajo el concepto de responsabilidad compartida, lo cual podría ampliarse el control mismo del tabaco.

Respecto al comercio ilícito del tabaco, en 2002 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre el Comercio Ilícito del Tabaco, auspiciada por la Oficina del Alcohol, Tabaco y Armas de Fuego (ATF, por sus siglas en inglés) con la colaboración de la OMS, en el marco de las Naciones Unidas a fin de determinar acciones que conlleven al control de esta actividad mediante controles aduanales e imposición de impuestos y la facilitación del intercambio de información y cooperación internacional.

2.4.1. La Organización Mundial de la Salud frente al consumo de tabaco

Como ya fue mencionado con anterioridad, la preocupación de la Organización Mundial de la Salud respecto a los daños a la salud a causa del consumo de tabaco y los datos recabados en el ámbito internacional iniciaron en la década de los 70.

Es en esa década de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) comenzó a solicitar a los comités evitar fumar en las salas de discusión e introducir el tema sobre las consecuencias del consumo de tabaco en la salud. De igual modo, se planteo a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO por sus siglas en inglés) la necesidad de sustituir las plantaciones de tabaco por otros cultivos.

Así mismo recomendó a promover la cooperación técnica a lo gobiernos sobre el desarrollo y evaluación de políticas y estrategias contra el tabaco y convocó comités de expertos para revisar y evaluar la situación mundial en relación al control del tabaco, el fortalecimiento de actividades de educación para la salud, la adopción de medida fiscales y restricción de todas las formas de publicidad y promoción y la protección de derechos de los no fumadores.

Ante todo, la OMS se propuso el asegurar la coordinación de actividades internacionales y reforzamiento de la colaboración con otras agencias del Sistema de Naciones Unida, así como la movilización de recursos financieros y otros recursos para la instrumentación del programa de control del tabaco.

Durante la década de los 80 la AMS a convoca adoptar el enfoque y la acción de salud pública global con objeto de combatir la pandemia del tabaco y deplora toda práctica directa o indirecta que promueva el consumo de tabaco debido a su alto grado adictivo y propone la instrumentación de estrategias para controlar el tabaco contemplando como mínimo 9 puntos:

- ✓ Protección a los no fumadores de la exposición involuntaria al humo de tabaco;
- ✓ Promoción de la abstinencia con el fin de proteger a niños y jóvenes para que no se hagan adictos;
- ✓ Aseguramiento de que en los establecimientos y el personal de salud se da el buen ejemplo;
- ✓ Eliminación progresiva de todos los incentivos socioeconómicos y conductuales que mantengan y promuevan el uso de tabaco;
- ✓ Alerta prominente que indique que el tabaco es adictivo en los paquetes y contenedores;
- ✓ Establecimiento de progreso de educación y de información pública sobre tabaco y problemas de salud, incluyendo programas de cesación;
- ✓ Seguimiento de tendencia número de fumadores de tabaco y otras formas de uso, enfermedades atribuibles al tabaco y efectividad de las acciones de control;
- ✓ Promoción de alternativas viables para la producción, comercio e impuestos a tabaco;
- ✓ Establecimiento de un punto focal nacional para estimular, apoyar y coordinar las actividades mencionadas arriba.

Convoca a otras organizaciones del sistema de Naciones Unidas para promover alternativas económicas viables a la producción y el comercio del tabaco y en el aumento de las tasas impositivas.

Plantea el fortalecimiento del programa Tabaco o Salud, así como la movilización de fondo y fuerza laboral que asegure una adecuada continuidad del programa a largo plazo al tiempo que continúa fortaleciendo la colaboración con ONGs.

Entre la década de los 90 y los primeros años del siglo XXI, la AMS urge a los estados miembros a instrumentar estrategias de control integrado del tabaco.

Fortalece su estrategia haciendo notar al Consejo Económico y Social y a la Asamblea General de Naciones Unidas los problemas relacionados con la producción de tabaco. Logra la prohibición de las ventas y consumo de productos de tabaco en todos los edificios poseídos, operados y controlados por agencias de la ONU y ayuda a los empleados a dejar de fumar si así lo desean.

Se adopta la estrategia internacional para el control de tabaco cubriendo la política diseñada por la OMS: eliminación de la promoción de los productos de tabaco, reducción de la demanda particularmente en mujeres y jóvenes, programas de cesación, políticas económicas, alertas de salud, regularización del contenido de alquitrán y nicotina, aire libre de humo de tabaco, mercadeo y seguimiento.

La intensificación de éstas medidas a finales del siglo XX, específicamente en 1998, tras la entrada de Gro Harlem Brundtland a la organización como Secretaria ese mismo año.

Como primera medida Gro Harlem Brundtland anunció el comienzo de la Iniciativa Liberarse del Tabaco (Free Tobacco Initiative), dando inicio al desarrollo del Convenio Marco para el Control del Tabaco siendo esta una importante ofensiva contra el tabaquismo a nivel mundial propiciando la movilización de los Estados miembros hacia la adopción de políticas de control integrado del tabaco y aspectos que trasciendan las fronteras nacionales.

Se ha calificado al tabaquismo como la epidemia⁵² del siglo XX y de principios del siglo XXI, debido a que la cantidad de muertes que el tabaquismo genera al

⁵² Es la existencia de un grupo de casos que presentan síntomas similares, superiores a la frecuencia normal y derivados de una fuente común o por diseminación.

año supera las causadas por VIH, la mortalidad materna, los accidentes de vehículo, el suicidio y el homicidio combinados.

Debido a las cifras que arroja, el tabaco es considerado por la OMS como el agente productor de la epidemia actual más importante y tenaz, transmitido por la publicidad y los ejemplos, cuya fuente de contagio en la industria transnacional de tabaco. Este se mantiene por los comportamientos que responden a modo de vida, como es la práctica de fumar. Por ello además de considerarse el tabaquismo como epidemia, es además una endemia⁵³ y una verdadera pandemia⁵⁴.

En palabras de la Dra. Gro Harlem Bruntland, Directora de la OMS en ese entonces, “la epidemia de tabaquismo no ha perdonado a ningún país y, al igual que otras crisis sanitarias mundiales, necesita una respuesta coordinada. Sin embargo a diferencia de las epidemias de enfermedades transmisibles, la adicción al tabaco ha sido transmitida. Dado que la epidemia del tabaquismo ha sido creada y está mantenida por personas –algunas de las cuales obtienen grandes ganancias como resultado- su desaceleración también exigirá el compromiso oficial de cada nación con un convenio integral y a largo plazo sobre cuestiones que comprendan desde la publicidad hasta el comercio ilícito”⁵⁵

El 24 de mayo de 1999, la Asamblea Mundial de la Salud, órgano deliberante de la OMS, allanó el camino para emprender las negociaciones encaminadas a establecer normas y reglamentos destinados a contener el aumento y la difusión mundiales del tabaco y de sus productos derivados.

De esta forma, la OMS como organismo especializado de Naciones Unidas convocó el 24 de mayo 1999 a la realización de un Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLAT) a través de la Asamblea Mundial de la Salud,

⁵³ Es la presencia continua de una enfermedad o de un agente infeccioso en una zona determinada. En otras palabras, es una enfermedad crónica en una zona determinada.

⁵⁴ Epidemia de una enfermedad que afecta a las personas en muchos países y continentes

⁵⁵ CONADIC. “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, en Conadic Informa Boletín, Mayo 2003, p. 3

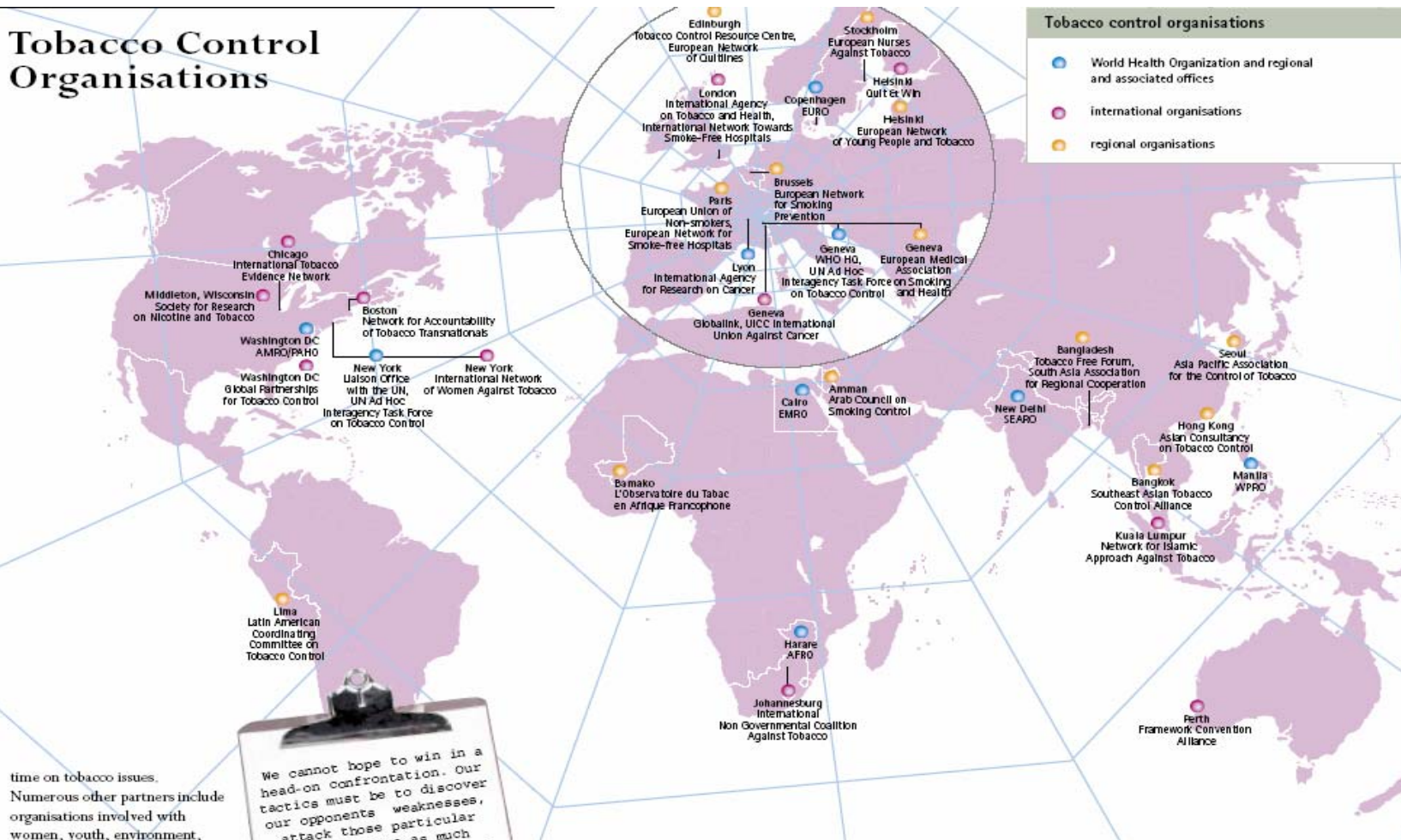
órgano deliberante de la OMS, a los países miembros de la organización para la lucha contra el consumo de tabaco con el propósito de reunir las mejores pruebas que sustenten los argumentos de esta lucha del ámbito científico económico y jurídico, siendo esta la primera ocasión en la que dicha organización ejerce su mando constitutivo para negociar convenios.

En este proceso las ONGs fueron pieza fundamental en las negociaciones del CMLAT estableciendo redes, formulando solicitudes procedentes de los estados miembros, proporcionando pericia técnica sobre los temas, controlando y exponiendo los abusos.

De esta manera, tras un acuerdo entre los países participantes respecto al nombre, surge el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) que representa la prueba más importante de la sociedad internacional para el logro de la regulación del consumo de tabaco propiciando la participación de los diferentes actores a fin de lograr una disminución efectiva de los efectos nocivos mundiales del mismo.

Fuente: Judith Mackay & Michel Eriksen, The Tobacco Atlas, WHO, Ginebra, Suiza, pp. 72

Tobacco Control Organisations



time on tobacco issues. Numerous other partners include organisations involved with women, youth, environment, law, economics, human rights, religion and development. Most tobacco control organisations are seriously under-funded given the scope of the tobacco epidemic. The better financed, such as ThaiHealth, are

We cannot hope to win in a head-on confrontation. Our tactics must be to discover our opponents weaknesses, attack those particular points, cause as much confusion as possible, and attack somewhere else while their attention is distracted. Surprise is a key element.
Philip Morris, 1978

World conferences on tobacco or health											
1st	2nd	3rd	4th	5th	6th	7th	8th	9th	10th	11th	12th
1967 New York USA	1971 London UK	1975 New York USA	1979 Stockholm Sweden	1983 Winnipeg Canada	1987 Tokyo Japan	1990 Perth Australia	1992 Buenos Aires Argentina	1994 Paris France	1997 Beijing China	2000 Chicago USA	2003 Helsinki Finland

3. Las respuestas de la sociedad internacional para la regulación del consumo de tabaco: El Convenio Marco para el Control del Tabaco, límites y alcances

Dada la magnitud de daños a la salud que el tabaco aporta, algunos organismos de salud pública y ONGs defienden su prohibición achacando el problema del tabaco no en su consumo, sino en su producción, argumentando la reducción en las enfermedades relacionadas con el alcohol en períodos de restricción de su oferta a principios del siglo XX.

Pese a ello, su prohibición resulta poco efectiva debido a lo amplio de su consumo y a los problemas derivados de este tipo de decisiones como la proliferación de actividades delictivas y su correspondiente costo policial, además de que políticamente resulta poco aceptable en la mayor parte de los países.

Por todos estos motivos, la Organización Mundial de la Salud, como principal organismo de promoción y cuidado de la salud a nivel mundial, enfocó esfuerzos en la creación de una normatividad internacional que propone el control del consumo y comercialización del tabaco, mediante la creación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, utilizando por primera vez en 55 años su derecho constitucional, plasmado en el artículo 19, para elaborar y adoptar un acuerdo mundial con respecto al tabaquismo, justificado a través de sus características de epidemia-pandemia, siendo éste el primer tratado mundial de negociación multilateral sobre la salud pública.

3.1. El Convenio Marco para el Control del Tabaco

3.1.1. Antecedentes

En 1998, en vísperas de entrada del nuevo milenio, en un periodo de hostilidad diplomática mundial centrada en juicios políticos en el caso de Pinochet y conflictos como el desarrollado en Kosovo, resultaba difícil dirigir la atención pública hacia otros temas que no fueran los contemplados en los ámbitos económicos y político dentro del tan mencionado nuevo orden multipolar.

Es en este contexto que comienza a maquinarse la idea de un Convenio internacional en materia de salud que protegiera a la población mundial sobre poniendo la salud pública internacional a los intereses económicos y políticos de los países.

Gro Harlem Brundtland al entrar en funciones como Secretaria General de la Organización Mundial de la salud en 1998, genera ésta iniciativa estableciendo como prioridad la recopilación de evidencia que llevara a respaldar los efectos nocivos del consumo de tabaco para la población, para de esta manera respaldar la creación de un Convenio Marco que involucre las voluntades de sus 192 Estados Miembros a fin de establecer normas que regulen la producción, distribución, consumo y propagación de este producto responsable de millones de muerte anuales en todo el mundo, representando la segunda causa de muerte prevenible.

3.1.2. Conformación del Convenio Marco para el Control del Tabaco

La Asamblea Mundial de la Salud en 1999, a través de la resolución WHA52.18, estableció dos órganos encargados de redactar el convenio marco con el fin de someter el texto final al examen de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud.

El Grupo de Trabajo de la OMS, propuso las bases científicas y normativas de un Convenio Marco y de los protocolos conexos, acordó en esta primera reunión de octubre 1999 que los compromisos deberían concentrarse básicamente en estrategias de reducción de la demanda, en lo relativo a impuestos y precios del tabaco, publicidad y promoción, medios de comunicación y contrapublicidad, mensajes de advertencia en el etiquetado, políticas de restricción del consumo de tabaco en espacios cerrados, tratamientos para dejar el tabaco y acciones coordinadas contra el contrabando.

En una segunda reunión, en marzo 2000, el Grupo de Trabajo preparó un informe para la 53ª Asamblea Mundial de la Salud, quien tras su estudio adoptó la Resolución WHA53.16, que establece un proceso para elaborar el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLAT) y los posibles protocolos conexos, es decir, que lanzaba oficialmente las negociaciones políticas para octubre 2000 en Ginebra. En dicha resolución, adoptada por unanimidad en mayo de 2000 por la Asamblea Mundial de la Salud, se prevé que ésta adopte el Convenio y los posibles protocolos conexos a más tardar en mayo de 2003.

A esta resolución “se adjuntó un esquema de las actividades previstas para el desarrollo del Convenio de la OMS, que se divide en dos etapas:

- Un grupo de trabajo técnico, abierto a todos los Estados Miembros, que celebrará dos sesiones en 1999 y en 2000 (entre la 52ª y la 53ª Asamblea Mundial de la Salud) a fin de preparar los "proyectos de elementos" del Convenio de la OMS.
- Un Órgano de Negociación Intergubernamental, abierto a todos los Estados Miembros, para redactar y negociar el CMLAT propuesto y los posibles protocolos conexos.⁵⁶

Además, pide a la Directora General que convoque la primera sesión del órgano de negociación en octubre de 2000.

Para marzo de 2000, la Directora General, Dra. Gro Harlem Brundtland, convocó a audiencias públicas sobre cuestiones relativas al Convenio Marco. Las audiencias se realizaron los días 12 y 13 de octubre de 2000 siendo las primeras de esa índole en la historia de la OMS. En las mismas, se permitió que la comunidad de interesados en la salud pública, la industria tabacalera y los cultivadores defendieran sus argumentos en público.

En octubre de 2000, los Estados Miembros de la OMS se reunieron para comenzar formalmente las negociaciones sobre el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica, basadas en la evidencia recabada.

Los avances dados a lo largo de la negociación del CMLAT dieron lugar al Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) el 21 de mayo, tras cuatro años de debates, donde los 192 estados miembros de la OMS votaron por unanimidad la aprobación del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

⁵⁶ Ibid, p.

Las 40 primeras partes contratantes necesarias para su entrada en vigor fueron Armenia, Australia, Bangladesh, Bhutan, Brunei Darussalam, Canadá, Islas Cook, Fiji, Francia, Ghana, Hungría, Islandia, India, Japón, Jordania, Kenya, Madagascar, Maldivas, Malta, Mauricio, México, Mongolia, Myanmar, Nauru, Nueva Zelandia, Noruega, Pakistan, Palau, Panamá, Perú, Qatar, San Marino, Seychelles, Singapur, Eslovaquia, Islas Salomón, Sri Lanka, Tailandia, Trinidad y Tobago y Uruguay.

3.1.3. Características del Convenio Marco para el Control del Tabaco

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) consta de 24 páginas con un preámbulo y 38 artículos contenidos en 11 capítulos que enmarcan las acciones esenciales a seguir para controlar el consumo del tabaco al interior de los diversos estados, permitiendo de esta manera bloquear la difusión que realizan las compañías tabacaleras sobre el consumo del tabaco desde un marco legal internacional que no interfiera con las leyes internas de cada Estado.

El tratado adoptado establece estándares mínimos para el control del tabaco en temas como los impuestos a los productos del tabaco, contrabando, publicidad, promoción, patrocinio y regulación del producto, actividades de investigación, educación e intercambio de informaciones.

El proceso fundamental del CMCT se dio tras la ratificación por parte 40 países, siendo Perú el país No. 40, que tras su depósito en las Naciones Unidas, constituyó la Conferencia de las partes con la entrada en vigor del tratado el 27 de febrero de 2005, 90 días después de depósito de la 40 ratificación.

Con su entrada en vigor, los Estados Parte del Convenio, informarán los primeros dos años y tendrán de tres a cinco años para generar adecuaciones a

sus leyes nacionales y regulaciones a fin de implementar diversas medidas que controlen el consumo de tabaco.

El objetivo del CMCT es proteger a las generaciones presentes y futuras contra la devastadora consecuencia sanitaria, social, ambiental y económica del tabaco y de la exposición al humo de tabaco ofreciendo un marco apropiado para la aplicación de medidas de lucha antitabáquica. Dichas medidas deben ser aplicadas por las Partes en los niveles nacional, regional e internacional con el afán de limitar, regular y documentar la prevalencia del tabaco así como la exposición al humo del mismo.

Busca como finalidad:

- a) *reducir de manera continua y sustancial el número de fumadores activos e involuntarios de tabaco y adictos a la nicotina;*
- b) *prevenir, hasta eliminar, la fracción de enfermedades y muertes prematuras atribuibles a la exposición al humo de tabaco, de los fumadores y de la población;*
- c) *proteger a los no fumadores de tabaco de la exposición involuntaria;*
- d) *promover la abstención con el fin de proteger a los niños y jóvenes para que no sean adictos;*
- e) *asegurar que en los establecimientos y en el personal de salud se da el buen ejemplo;*
- f) *eliminar progresivamente todos los incentivos socioeconómicos y conductuales que mantengan y promuevan el uso del tabaco;*
- g) *alertar en las cajetillas que el tabaco es adictivo y causa daños severos a la salud;*
- h) *establecer programas de educación de información pública sobre Tabaco o Salud;*
- i) *Incluir programas de cesación;*
- j) *Vigilar las tendencias en el número de fumadores atribuibles al consumo y la efectividad de las acciones de control;*

- k) *Instrumentar alternativas viables para la producción, comercio e impuestos al tabaco y;*
- l) *Establecer puntos focales (nacionales, estatales y municipales) para estimular, apoyar y coordinar las actividades mencionadas arriba y aplicar el conocimiento generado por la investigación.*⁵⁷

Al inicio, como todo tratado, enlista y define una serie de expresiones utilizadas, de donde se destacan las siguientes:

Comercio ilícito: toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución venta o compra, incluida toda práctica destinada a facilitar esa actividad.

Publicidad y promoción del tabaco como toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco.

Control del tabaco como las diversas estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo su consumo de productos de tabaco y su exposición al humo de tabaco.

Industria tabacalera que abarca a los fabricantes, distribuidores mayoristas e importadores de productos de tabaco.

Productos de tabaco que abarca los productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé, y

⁵⁷ Ibid, p. 156

Patrocinio del tabaco entendido como toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco.

Sólo por mencionar los de mayor relevancia para efectos de ésta investigación.

De igual forma detalla la relación entre el Convenio y otros acuerdos e instrumentos jurídicos, exhortando a las Partes a la aplicación de medidas más allá de las estipuladas en el Convenio y sus protocolos siempre que sean compatibles con las disposiciones de las mismas y conformes al derecho internacional.

Afirma también el libre derecho de las Partes a concertar acuerdos bilaterales y multilaterales, e incluso regionales o subregionales, sobre cuestiones relacionadas con el Convenio y sus protocolos o sobre cuestiones adicionales, siempre de dichos acuerdos sean compatibles con las obligaciones establecidas en el Convenio y sus protocolos. De darse éste tipo de acuerdo, deberán notificarse a la Conferencia de las Partes por conducto de la Secretaría.

3.1.3.1 Medidas relacionadas con la reducción de la oferta y de la demanda de tabaco

Contrariamente a muchos tratados de lucha contra las drogas, como los anteriormente expuestos, la Convención afirma la importancia de estrategias enfocadas a la reducción de la demanda así como a los problemas ligados a la oferta.

Las disposiciones relativas a la reducción de la demanda comprenden medidas financieras y fiscales al igual que otras medidas como la indicación de la nocividad del tabaco para la salud, la promoción de nuevos condicionamientos y el etiquetado de productos de tabaco, la promoción a favor de la instauración

de lugares libres de humo de tabaco, la prohibición de la publicidad a favor del tabaco, y del patrocinio o la instauración en materia de restricciones, así como la sensibilización al público de los daños del tabaco y de la exposición el humo en si.

El Convenio plantea las medidas para la reducción de la demanda se contemplan en la parte III, en los artículos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 siendo los descritos a continuación respectivamente:

- ✓ *Medidas relacionada con los precios e impuestos para reducir la demanda del tabaco,*
- ✓ *Medidas no relacionadas con los precios para la demanda de tabaco,*
- ✓ *Protección contra la exposición al humo de tabaco,*
- ✓ *Reglamentación de al divulgación de información sobre los productos de tabaco,*
- ✓ *Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco,*
- ✓ *Educación, comunicación, formación y concientización del público,*
- ✓ *Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y,*
- ✓ *Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco*⁵⁸

Respecto a las disposiciones relativas a la reducción de la oferta, exige a las Partes el tomar diversas medidas para eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, comprendiendo el contrabando, la fabricación ilícita, falsificación y la venta de estos productos.

Dichas medidas son contempladas en la parte IV del Convenio en los artículos 15, 16 y 17 de la siguiente manera:

- ✓ *Comercio ilícito de productos de tabaco,*

⁵⁸ *Íbid*, pp. 11-14

- ✓ *Ventas a menores y por menores y,*
- ✓ *Apoyo a actividades alternativas económicamente viables.*⁵⁹

3.1.3.2. Otras disposiciones contempladas por el Convenio

La protección del medio ambiente es contemplada en la parte V del Convenio, a través del artículo 18 en el cual las Partes acuerdan prestar debida atención a la protección ambiental y a la salud de las personas, en sus respectivos territorios, en relación al cultivo de tabaco y a la fabricación de productos de tabaco, en sus respectivos territorios.

Uno de los temas de mayor controversia tanto en el momento de la negociación del Convenio como en lo correspondiente a su aplicación son sin duda las cuestiones relacionadas con la responsabilidad.

El Convenio plantea la adopción de las Partes de medidas legislativas o la promoción de leyes vigentes para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, en caso necesario, o bien de la compensación cuando proceda. Con este fin plantea la cooperación para el intercambio de información y la ayuda recíproca para la aplicación de medidas relacionadas con la responsabilidad.

Enuncia igualmente la obligación de elaborar y promover la investigación científica y técnica para lo cual plantea la cooperación en organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y en las instituciones financieras y de desarrollo a que pertenezcan, a fin de fomentar y alentar el suministro de recursos técnicos y financieros a la Secretaría de la Convención para el apoyo a Partes en desarrollo en el cumplimiento de estos compromisos.

⁵⁹ *Íbid.* pp. 14-16

De igual modo, las Partes se obligan a presentar informes periódicos sobre su aplicación del Convenio sujetos a la legislación nacional relativa a la confidencialidad y la privacidad. Así mismo, la información que sea intercambiada será protegida según decidan de común acuerdo las Partes.

Hacia el final del Convenio se detallan los procedimientos de solución de controversias (artículo 27), enmiendas (artículo 28), adopción y enmienda de los anexos (artículo 29), reservas (artículo 30) respecto al cual cabe destacar que no admite reserva alguna, denuncia (artículo 31), derecho al voto (artículo 32), protocolos (artículo 33), firma (artículo 34), ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión (artículo 35), entrada en vigor (artículo 36) depositario (artículo 37) y textos auténticos (artículo 38); respecto a los cuales, en algunos casos, ya he hablado con anterioridad y en otros omitiré la transcripción debido a lo extenso de los mismos, adicionalmente a que pueden ser consultados en el Anexo 1 del presente trabajo.

A fin de fomentar un adecuado proceso de toma de decisiones, el Convenio establece la creación de una Conferencia de la Partes siendo esta el cuerpo gobernante de la Convención que decidirá en cuestiones técnicas, procedimentales y financieras relativas a la implementación del Convenio, cuya primera reunión fue convocada por la Organización Mundial de la Salud llevándose a cabo del 6 al 17 febrero de 2006 siendo presidida por el embajador de Chile, Juan Martabit. Los 113 países que ratificaron el Convenio antes de noviembre de 2005 tuvieron voto para las Partes Contratantes durante ésta primera Conferencia de la Partes.

De igual modo, dentro de ésta primera reunión que se determinaron las fechas y el lugar de subsiguientes reuniones y se realizaron reuniones extraordinarias cuando la Conferencia lo considere necesario o cuando sea solicitud por escrito por alguna de las partes y cuente con el apoyo de cuando menos un tercio de las Partes.

En ésta primera reunión, se estableció su Reglamento Interior, así como sus normas de gestión financiera para consigo y cualquier órgano subsidiario que pueda establecer, además de las relacionadas con la Secretaría. En cada reunión ordinaria se adoptará el presupuesto a ejercer hasta la siguiente reunión ordinaria.

En dicha sesión se adoptaron las decisiones necesarias a fin de promover la aplicación eficaz del Convenio y podrá adoptar protocolos anexos y enmiendas, resaltando en esta primera ocasión la publicidad transfronteriza y el comercio ilegal del tabaco. Dentro de lo concerniente a la publicidad transfronteriza se hace referencia a los anuncios a través de Internet de la televisión vía satélite, al considerarse como forma publicitarios muy difíciles de controlar al salirse del dominio nacional de cada país.⁶⁰

La Secretaría votada tendrá un carácter permanente y será designada por la Conferencia de las Partes, así como las disposiciones para su funcionamiento. Sus funciones se describen en el artículo 24 del Convenio, siendo las descritas a continuación:

- a) adoptar disposiciones para las reuniones de la Conferencia de las Partes y de cualquiera de sus órganos subsidiarios y prestarles los servicios necesarios.*
- b) Transmitir los informes que haya recibido en virtud del Convenio;*
- c) Prestar apoyo a las Partes en particular a las que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, cuando así lo soliciten, en la recopilación y transmisión requerida de conformidad con las disposiciones del Convenio;*

⁶⁰ Cfr. María Sainz. "Más de cien países evalúan la estrategia global de la OMS frente al tabaco". *El Mundo*, 22 febrero 2006. www.ianet.com/index.html

- d) *Preparar informes sobre sus actividades en el marco de este Convenio, siguiendo las orientaciones de la Conferencia de las Partes, y someterlos ala Conferencia de las Partes;*
- e) *Asegurar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, la coordinación necesaria con la organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros organismos competentes;*
- f) *Concertar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, los arreglos administrativos y contractuales que sean necesarios para el ejercicio eficaz de sus funciones; y*
- g) *Desempeñar otras funciones de secretaría específicas en el Convenio y en cualquiera de sus protocolos, y las que determine la Conferencia de las Partes.*

La Conferencia de las Partes, podrá solicitar la cooperación de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes e incluso las instituciones de financiamiento y desarrollo, a fin de prestar cooperación técnica y financiera a fin de alcanzar el objetivo del Convenio.

El plan de acción a seguir fue planteado durante la primera reunión de la Conferencia de las Partes, en donde, los éxitos obtenidos por las naciones que cuentan ya con la aplicación de algunas de las disposiciones del Convenio, formaron parte central de los temas a fin de incentivar y apoyar a las Partes que así lo requieran en el inicio, continuidad y financiamiento para su eficaz aplicación, así como el fomento a la investigación e intercambio de información recabada.

“Desde ahora, la Conferencia de las Partes controlará la aplicación de las medidas presentes en el tratado y se establecerá un grupo de expertos que analizará las opciones alternativas económicamente viables al cultivo y la producción”⁶¹

⁶¹ Idem

En todo momento, para el buen logro del Convenio, será especialmente importante el que las Partes protejan sus políticas de lucha antitabáquica contra la acción de la industria del tabaco y de los intereses comerciales y que de igual modo se mantengan informados de las actividades de ésta industria.

3.1.4 El Convenio Marco para el Control del Tabaco a febrero de 2006

A febrero de 2006, el CMCT ha sido ratificado los siguientes 124 países: Alemania, Árabe libio Jamahiriya, Arabia Saudita, Armenia, Australia, Austria, Azarbaijan, Bangladesh, Barbados, Belarus, Bélgica, Belice, Benin, Bhutan, Bolivia, Botswana, Brasil, Brunei, Bulgaria, Burundi, Cambodia, Cameroon, Canadá, Cape Verde, Chad, Chile, China, Chipre, Comoros, Dinamarca, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Fiji, Filipinas, Finlandia, Francia, Georgia, Ghana, Grecia, Guinea Ecuatorial, Guatemala, Guyana, Honduras, Hungría, India, Iran, Irlanda, Islandia, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Israel, Jamaica, Japón, Jordania, Kenya, Kiribati, Latvia, Letonia, Líbano, Lithuania, Lesotho, Lituania, Luxemburgo, Madagascar, Malasia, Maldivas, Mali, Malta, Mauricio, Mauritania, México, Micronesia, Mongolia, Myanmar, Namibia, Nauru, Nueva Zelandia, Níger, Nigeria, Niue, Noruega, Oman, Países Bajos, Pakistan, Palau, Panamá, Perú, Portugal, Qatar, República Arabica de Siria, Reino Unido, República de Centro África, República de Korea, República Democrática del Congo, Republica Popular Democrática de Korea, Rumania, Ruanda, Samoa, Santa Lucia, San Marino, Senegal, Servia y Montenegro, Seychelles, Singapur, Sudáfrica, Suecia, Sri Lanka, Sudan, Suiza, Swasilandia, Tailandia, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinidad y Tobago, Timor-Leste, Turquía, Tuvalu, Uruguay, Vanuatu y Vietnam, representando en conjunto al 74% de la población mundial.

Derivado de su entrada en vigor, los Estados parte tendrán un plazo de tres años para adoptar medidas que garanticen que los paquetes de tabaco lleven duras advertencias sanitarias y cinco años para establecer la prohibición total

de la publicidad, la promoción y patrocinio del tabaco entre otras disposiciones.⁶²

El Convenio continua abierto para su ratificación, aceptación y aprobación para aquellos países que lo han firmado, y para su adhesión para aquellos que no lo han hecho. No existe fecha límite para los países para que no se conviertan en Partes Contratantes del CMCT de la OMS.

A continuación se analiza desde la perspectiva económica, política y social, la eficacia en la utilización de métodos conjunto como los planteados por el Convenio Marco para el Control de Tabaco, así como los resultados actualmente palpables en una de las naciones pioneras en la implantación de norma de control de consumo de productos de tabaco, Canadá.

⁶² Carolina Gómez Mena, Op. Cit, p. 46

4. Perspectivas del alcance del Convenio Marco para el Control del Tabaco: caso Canadá

Tras la firma y puesta en marcha del CMCT, la perspectiva de su alcance continúa siendo, ante muchos, un mito respecto a la respuesta positiva derivada de su correcta aplicación desde las perspectivas económico, político y social, para lo cual, el caso de Canadá resulta sumamente ilustrativo al contar con la experiencia necesaria para rebatirlos, tras la aplicación de diversos puntos plasmado en el Convenio.

Derivado de los grandes efectos nocivos a la salud atribuidos al tabaco es que diversos organismos de salud pública atribuyen la problemática a la producción más que al consumo, promoviendo su prohibición.

Sin embargo, la prohibición no resulta ser la mejor forma de afrontar esta problemática debido a la amplitud del consumo y a la cantidad de problemas sociales que la prohibición trae consigo, como la delincuencia y las cuestiones políticas propia de cada país.

Es por ello que la utilización conjunta de normas resulta ser más efectiva que la prohibición misma, al buscar debilitar el consumo.

Es evidente que los fumadores obtienen beneficios del hecho de fumar, tales como sentir placer y soslayar las consecuencias de la abstinencia, y que ponderan estos beneficios en relación con los costos privados de su elección.

Sin embargo, no resulta plenamente equivalente a la elección de comprar cualquier bien de consumo basándose en el hecho, como ya lo he mencionado anteriormente, de que muchos fumadores no conocen plenamente los altos riesgos de enfermedades y muerte prematura asociados a su elección. Además de que, tomando en cuenta la edad de inicio, la elección de no consumo no es del

todo consiente incluso teniendo información respecto a las repercusiones, sin mencionar las que caen sobre las personas que los rodean.

Para el estado, los gastos sanitarios de los fumadores superan en promedio todos los casos de los generados por los no fumadores. Esta afirmación se prueba con estudios documentados por Banco Mundial en países de altos ingresos, en los cuales los gastos sanitarios de los fumadores son mayores que los de los no fumadores pese a la menor duración de vida de los primeros.⁶³

Pese al alza de los gastos sanitarios, la intervención estatal para el control del consumo de tabaco trae consigo la idea de que, al momento de ser implementadas, traigan consigo una pérdida permanente de puestos de trabajo, sin embargo diversos estudios han comprobado que “el descenso de la demanda de tabaco no supone una disminución de la tasa global de empleo en el país”⁶⁴

Lo anterior se explica si consideramos que el dinero que los fumadores solían destinar en el consumo de tabaco, termina siendo empleado en la adquisición de otros bienes y servicios que incrementan su demanda generando a su vez fuentes de empleo que sustituirán a los perdidos en la industria tabacalera, traduciéndose, en algunos países, en ganancia netas.

Estas afirmaciones aplican para la mayoría de los países excepto para aquellos del sur de África cuyas economías están fuertemente vinculadas con la producción de tabaco, para los cuales podrían implantarse políticas que facilitarían su reconversión aplicables paulatinamente con forma a la demanda del tabaco disminuye a escala mundial.

El tabaco ha sido un cultivo muy atractivo a través de la historia proporcionando ingresos netos más elevados por unidad de tierra cultivada que la mayoría de los

⁶³ Cfr. Banco Mundial-OPS, Op Cit., p. 38

⁶⁴ Ibid, p. 9

cultivos comerciales y sustancialmente más elevados que los cultivos de tipo alimentario, lo que ha favorecido la elevación de su producción.

Costs to the Economy

Smoking accounted for over **6%** of total health care expenses in the USA in 1999

USA \$76 billion

Canada \$1.6 billion

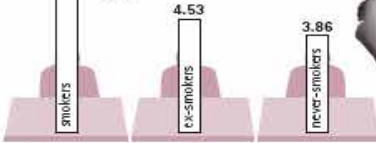
UK \$2.25 billion

Germany \$14.7 billion

Health-care costs

Health care costs attributable to tobacco 2002 or latest available estimates selected countries

Average days off sick per year in the USA 2001



"...reflecting 5.23 years of life lost for the average smoker - indirect positive effects [are that] public finance benefits from smoking on the health care costs - in pensions - and public housing costs savings."

Report on the Czech Republic, commissioned by Philip Morris, 2001

"Philip Morris Apologizes for Report Routing Benefits of Smokers' Deaths."

Wall Street Journal headline, 2001

Workplace smoking costs the USA

\$47 billion every year

Cost of fires caused by smoking annual global estimates 2000

- percentage of all fire deaths: 10%
- total killed by fires caused by smoking: 300,000
- total cost of fires caused by smoking: US\$27 billion

Every year **1,000,000** fires are started by children using cigarette lighters



China 1987: World's worst forest fire caused by cigarettes
300 killed
5,000 made homeless
1.3 million hectares of land destroyed

China \$3.5 billion

Philippines \$600 million

Australia \$6 billion

New Zealand \$84 million

Annual cost of loss from time off work

\$16.5 million

Telecom Australia employees 1994
Australian \$

\$5.5 million



41

Hacia finales del siglo XX, el tabaco se cultiva en más de 100 países de los cuales 80 se encuentran de desarrollo. Dos terceras partes de la producción mundial se concentra en tan solo cuatro países: China 42%, Estados Unidos, India y Brasil con un 24% en conjunto; mientras que el grupo de los 20 principales países productores concentran en su conjunto más del 90 % del mismo.⁶⁵

Quizás el mayor impacto económico para los Estados recae en los gastos públicos en materia de salud representando un 65% en los países de ingreso alto, que corresponde aproximadamente al 6% del PIB, variando notablemente en los países de ingresos medio y bajo.⁶⁶

En cuanto al tema de pensiones, si bien puede afirmarse que los gastos en las pensiones resulta mayormente absorbido por los no fumadores derivado de las enfermedades de los fumadores, en la mayoría de los casos, los fumadores mueren a una edad madura productiva (alrededor de los 50 años) en la cual no alcanzan a hacer efectivos los fondos de pensiones en su totalidad.

Por otra parte, en cuanto a la implantación de gravámenes al tabaco resulta un tema amplio y muy controversial por lo que será analizado a continuación de modo individual.

4.1. Gravamen de productos de tabaco

Quizás la principal controversia derivada del gravamen de los productos de tabaco resulta de la creencia de que al aumentar los impuestos en los productos de tabaco exista la posibilidad de un descenso en la recaudación del Estado al disminuir la demanda de los mismos. Pese a ésta creencia, “estudios empíricos

⁶⁵ Cfr. Ibid, p. 66

⁶⁶ Cfr. Ibid, p. 38

demuestran que el aumento impositivo incrementa los ingresos públicos.”⁶⁷ en el corto y mediano plazo.

A fin de brindar un entendimiento pleno en relación a la afirmación anterior, citare de manera textual la explicación brindada por La Organización Panamericana de Salud” en una publicación conjunta con la Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial en “La epidemia del tabaco”

*...la reducción proporcional de la demanda no supera la magnitud del incremento de las tasas, puesto que los consumidores adictos responden de una forma relativamente lenta a la elevación de los precios.*⁶⁸

En el largo plazo, se estimaría el desplazamiento de los ingresos a otros productos.

Entendido lo anterior, será abordada otra idea errónea respecto al gravamen de los productos de tabaco que es el incremento del contrabando, el cual desviaría los ingresos públicos tras la reducción de las ventas legales, lo cual es refutado con base en el argumento anterior en donde, por el contrario, los ingresos estatales incrementan, como lo sucedido en Canadá en la última década del siglo XX:

“El contrabando de cigarrillo a gran escala se extendió a Canadá después de que el gobierno de este país subiere los impuestos en 1989 y en 1991. Los cartones de tabaco que se vendían en Canadá por 45 dólares costaban la mitad al otro lado de la frontera sur...El gobierno a causa de la actividad delictiva y el fracaso en el cumplimiento de la ley canadiense, anunció amplio recortes en los tipos impositivos el mes de febrero (de 1994). Las incautaciones de cigarrillos se redujeron inmediatamente, pues los contrabandistas canadienses centraron su

⁶⁷ Cfr. Ibid p. 10

⁶⁸ Idem

atención en el licor, las armas, las drogas ilegales y los inmigrantes ilegales, además de otras formas más tradicionales de contrabando.”⁶⁹

La respuesta posible para el contrabando actual sería, en todo caso, la aplicación de medidas enérgicas contra la actividad delictiva y la corrupción, lo cual, nuevamente, generaría empleos. Este tipo de medidas necesariamente tendrían que aplicarse tanto al interior como en los Estados limítrofes para evitar la rotación del consumo de modo global.

Una última preocupación respecto a este tema es el impacto desproporcionado que el aumento de impuestos podría tener sobre los consumidores pobres. Lo cual es refutable si tomamos en cuenta que el interés del Estado debe centrarse en el impacto de la totalidad del sistema de impuestos y gastos, con lo que, si bien la disminución sería más acelerada debido a la reacción de los pobres sobre el aumento de impuestos, la reducción en los gastos en materia de salud que mayormente afecta a la población en cuestión traería importantes ahorros tanto para el Estado como para los consumidores mismos, más aún si estos últimos no cuentan con prestación en servicios médicos.

Considerando los gastos del Estado invertidos para el control del tabaco, en primera instancia serían autofinanciados por el incremento inicial en la recaudación, generando una cultura antitabáquica en la sociedad que por sí solo se prolongaría permitiendo la disminución gradual de la inversión para la reorientación de los recursos restantes y provenientes de otras fuentes de ahorro generadas por la disminución del consumo.

Pese a los buenos resultados que se observa del análisis de diferentes aspectos de la aplicación de políticas propuestas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco, deben considerarse las variables para su aplicación en los diferentes

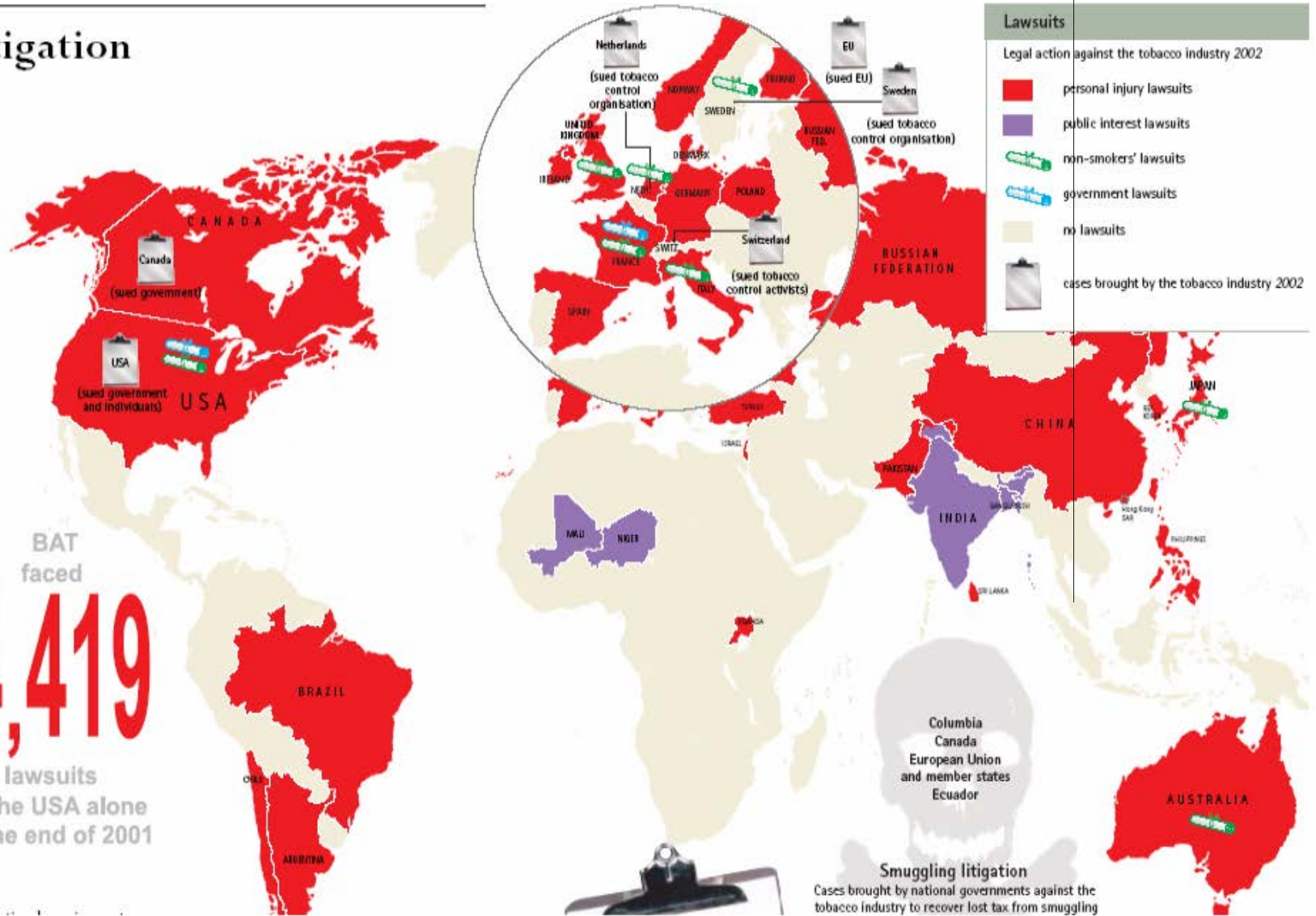
⁶⁹ Jacob Sullum. “For Your Own Good: The Anti-Smoking Crusade and the Tyranny of Public Health”, Nueva York Press, 1998... en David T. Courtwright, Op. Cit., p. 240-241

países descubriendo e identificando las características del mercado de tabaco para cada caso.

Litigation

Fuente: Judith Mackay & Michel Eriksen, The Tobacco Atlas, WHO, Ginebra, Suiza, pp. 87

BAT
faced
4,419
lawsuits
in the USA alone
at the end of 2001



4.2. Análisis político y social

La actividad Estado en la lucha contra el consumo de tabaco, centra sus esfuerzos en programas enfocados a la educación sobre todo de niños y adolescentes para la generación de una cultura antitabáquica efectiva, debido a su alto grado adictivo, a la par de mayores programas de información para adultos.

En este sentido, las políticas restrictivas de acceso a cigarrillos y demás productos de tabaco son primordiales y no representan un mayor costo para el Estado. Igualmente se plantea la limitación de su publicidad, promoción y patrocinio, así como las medidas de etiquetado anteriormente descritas.

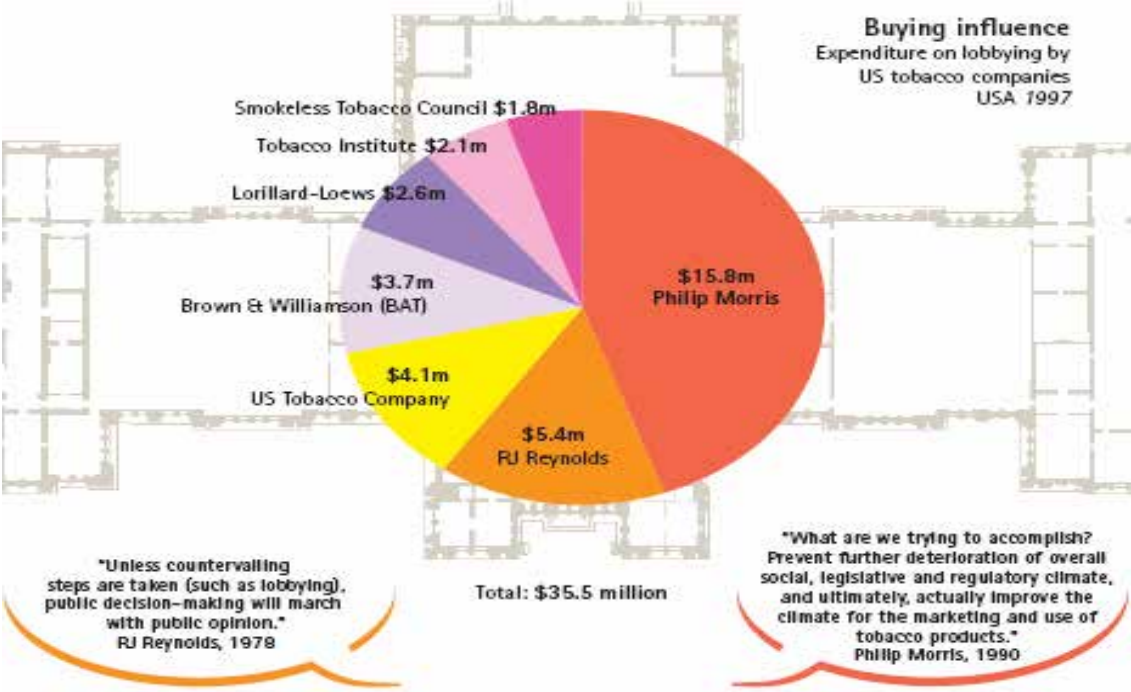
De manera efectiva, la intervención estatal mediante la generación de políticas, prácticamente no representa costos económicos y por el contrario el costo anual de vida saludable ahorrados representa una buena relación de costo-efectividad.

Para ello es fundamental buscar el apoyo de organizaciones internacionales fomentando la investigación y publicación de información e incentivos, así como la cooperación para el control del contrabando.

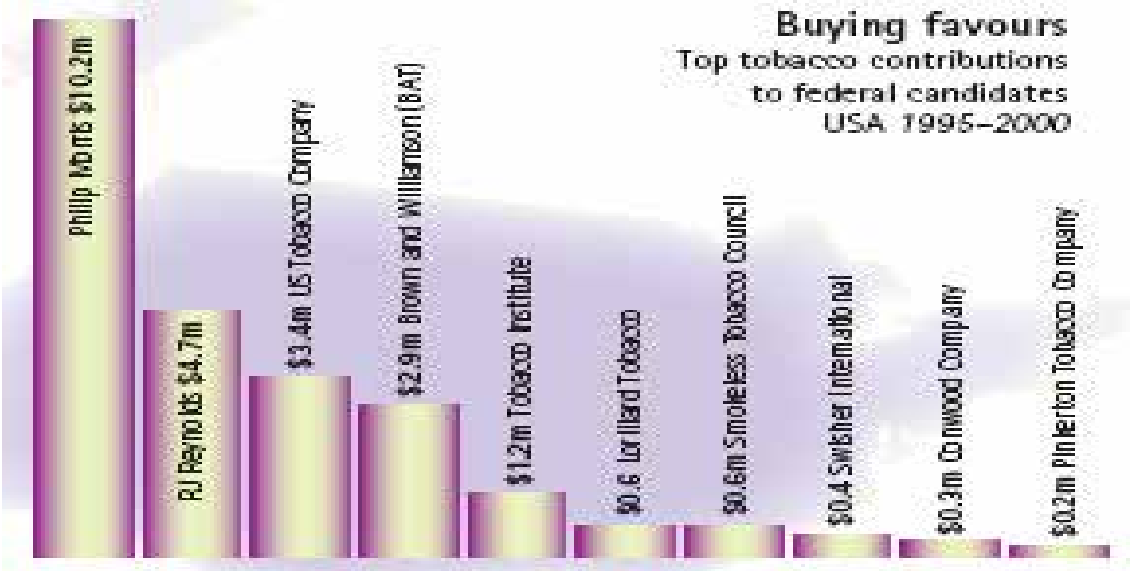
Sin embargo, en éste contexto, los Estados deben lidiar fuertemente con la corrupción que la contra-lucha antitabáquica pretende encontrando en ella las mejores puertas de acceso a la disminución de restricciones.

Es por ello que, para una efectiva puesta en práctica de medidas con control de tabaco, el Estado debe contar con el goce de un amplio respaldo popular, el cual, de conformidad con resultados de estudios realizados en países de ingresos altos, y, pese a la creencia de la inminente oposición de los fumadores a la aplicación de medidas de control de tabaco, en la realidad es respaldado por la mayoría de los adultos fumadores apoyando cuando menos a algún tipo de control como la disposición de información.

Al apoyo de la sociedad debe sumársele el respaldo del sector privado y grupo de interés, conformando un consenso colectivo para la puesta en marcha y el futuro mantenimiento de los cambios.



Fuente: Judith Mackay & Michel Eriksen, The Tobacco Atlas, WHO, Ginebra, Suiza, pp. 62



Fuente: Judith Mackay & Michel Eriksen, The Tobacco Atlas, WHO, Ginebra, Suiza, pp. 63

El impacto social se relaciona directamente con los beneficios a la salud que la aplicación de medidas para la disminución del consumo de tabaco, mediante la ampliación de espacios libres de humo de tabaco.

De igual modo, el impacto emocional por la pérdida de familiares y seres querido a consecuencia del tabaco reedita en la sociedad, aún más si consideramos al tabaco como una droga que facilita la entrada a otro tipo de drogas ilegales y sus consecuentes repercusiones.

En definitiva el análisis social debe centrarse en la creación de una sociedad informada plenamente de las repercusiones del consumo de tabaco, sus efectos colaterales y la consecuente conformación de la cultura antitabáquica anteponiendo la salud y la calidad de vida propia y de sus allegados.

4.3. La experiencia canadiense

Ahora bien, tras el breve análisis empírico de la aplicación de los lineamientos propuestos en el Convenio, la experiencia canadiense brindará una ejemplificación más adecuada de los posibles resultados alcanzables.

Canadá puede considerarse como líder mundial en la lucha para el control del tabaco a través de la legislación, gravamen y la prevención de salud respaldados por fuertes grupos sociales y soportes políticos, lo que le provee un modelo de coalición entre grupos sociales que derivan en la creación sistemática de iniciativas bien planeadas.

En esta lucha Canadá lleva ya más de 20 años consiguiendo logros nacionales e internacionales importantes que han marcado pautas significativas en la lucha antitabáquica.

Pese a ello, no es raro encontrarse con opiniones que aseguren que dicho éxito es, en gran parte debido a las circunstancias favorables particulares de Canadá que no se presentan en otros países. Ante ello, la experiencia canadiense demuestra claramente haber enfrentado, hace cerca de 25 años atrás, la misma clase de obstáculos que la mayoría de los países:

- ✓ Altos rangos de muertes causadas por tabaco, con una alza en la población afectada, cantidad la cual se ha mantenido a partir de la identificación de la epidemia de tabaco
- ✓ Rangos extremadamente altos de fumadores entre varios sectores de la población, especialmente de gente aborigen
- ✓ Poca atención dada a la población que pretende dejar de fumar o con el fin de disminuir los riesgos
- ✓ Muchos de los individuos y organizaciones continúan jugando un papel menor en los esfuerzos de impulsar nuevas políticas para el control de tabaco
- ✓ Canadá continua produciendo mas tabaco per-cápita que los Estados Unidos

A fin de ampliar la visión del consumo de tabaco en Canadá, es importante hacer mención a la historia misma del consumo de tabaco en dicho país.

Los primeros relatos de plantaciones de tabaco en Canadá corresponden a Samuel de Chaplain encargado de la colonización blanca de la “Nueva Francia”, quien describe los cultivos de los Petuns también conocidos como lo indios del tabaco de Ontario, quienes debieron traerlo consigo de las culturas heredadas del centro o sur de América.

El tabaco en Canadá fue cultivado al norte del lago Erin y al sur del al bahía de Georgia, actual provincia de Ontario estableciéndose una creciente industria entre los pueblos indios.

Pese a lo datos proporcionados por los historiadores, a comparación de los datos hallados en códigos mayas, en el caso particular de Canadá no se cuenta con mayores registros por parte de los indios que ahí habitaban.

La comercialización del tabaco en Canadá comienza alrededor del año 1800 en las regiones de Essex y Kent, creciendo fuertemente su producción entre 1840 y 1850.

El ingreso a Canadá del tabaco sin impuesto proveniente de Estados Unidos fue permitido después de 1854 con lo que declino considerablemente la producción del mismo en Ontario. De igual modo sucedió al inicio de la guerra civil de 1861, disminuyendo su producción en 1870 y así sucesivamente hasta su considerable auge que conllevó a las repercusiones ya detalladas en capítulos anteriores.

De gran importancia han sido las estrategias para el control de tabaco extendidas desde niveles gubernamentales que abarcan la prevención y protección, así como la contrapublicidad.

Otro punto importante ha sido la inversión destinada a la investigación respecto a éste tema en donde en 1951 la Instituto Nacional de Cáncer de Canadá describe la posible relación entre el fumar y el cáncer lo cual fue abiertamente declarado en 1963 por el Ministerio Federal de Salud.

En materia legislativa, desde 1908 el Parlamento Canadiense pasa el Acta de Restricción de Tabaco que prohíbe la venta de productos de tabaco a menores de 16 años.

Sin embargo, la intensa lucha para el control del tabaco se centra en la década de los 80 la cual inició con esfuerzos para incrementar el gravamen a lo productos de tabaco enfocados al logro de la disminución del su consumo.

Quizá el mayor obstáculo que enfrentó en esa época es que la comunidad de salud pública nunca se había manifestado ante las instituciones políticas para lograr actitudes que influyeran en el fumar y el uso del tabaco, a comparación de las compañías tabacaleras que mantenían fuertes lazos con los gobiernos provincial y federal.

Aunado a ello, a principios de los 80s, contaba con un incremento en el consumo de cigarrillos, siendo su consumo per capita de tabaco de los más alto entre los países del mundo incluyendo el de mayor consumo entre los países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), arrojando datos de consumo entre adolescentes de 15 a 19 años del 46 %, de los cuales 42% fumaba diariamente.⁷⁰

No existieron medidas restrictivas para su promoción ni advertencias respecto a su consumo hasta 1989, con únicamente un código de conducta voluntario que era constantemente violado por las tabacaleras. Así mismo, los productores de tabaco ejercía gran influencia como fuerza política utilizando a sus gobiernos para soportar su actividad.

Después de 1981 los precios del tabaco comenzaron a elevarse en términos reales por primera vez en 30 años, disminuyendo con ello el consumo total de cigarrillos.

Aunado a ello, la utilización de la evidencia científica ayudo a solidificar el inicio de la lucha iniciando campañas en las grandes ciudades, luchando por espacios libres de humo de tabaco y la eliminación de la publicidad del tabaco en el transporte público involucrando a servidores públicos del departamento de salud federal para la promoción de la disminución del consumo de tabaco.

⁷⁰ Joy de Beyer & Linda Waverley Brigden, Op. Cit, p. 73

A la par de la publicación de estudios científicos respecto a las consecuencias del consumo de tabaco, urgen asociaciones enfocadas a la propagación de esta información a fin de lograr una disminución en el consumo.

La Asociación para los derechos de los no fumadores NSRA por sus siglas en inglés (Non-Smokers' Rights Association) es por mucho la más importante en el desarrollo del movimiento para el control del tabaco en Canadá.

Fundada en 1974 por un pequeño grupo de activistas sociales, combina lo concerniente a los derechos de los no fumadores con el interés por impulsar políticas que conlleven a la reducción de muertes relacionadas con el uso de tabaco. A la cual se alió la Sociedad Canadiense de Cáncer (CCS Canadian Cancer Society) en 1976, sociedad orientada a la recolección de fondos para el tratamiento de personas con cáncer.

Unos años más tarde diferentes grupos comenzarían a aliarse fortaleciéndose unos a otros en su objetivo.⁷¹

En 1983 la compañía tabacalera RJR-Macdonald se convirtió en el patrocinador de la asociación canadiense de sky buscando asociar a los cigarrillos y la práctica de fumar con los esquiadores considerados como héroes nacionales, lo cual fue apelado por las diversas asociaciones y grupos médicos del país, tras lo cual fueron suspendidos diversos contratos realizados entre la tabacalera y los esquiadores quienes inclusive se rehusaron a recibir los trofeos relacionados con cigarrillos.⁷²

Para 1984, la NSRA realizó un listado de 250 espectaculares con publicidad relacionada con el tabaco que se encontraban cercanos a escuelas los cuales tuvieron que ser retirados.⁷³

⁷¹ *Íbid*, p. 76

⁷² Cfr. *ibid* 78

⁷³ Cfr. *Idem*

Dos años mas tarde Lynn Macdonald, miembro del parlamente por parte de un partido de oposición, propuso una regulación respecto a la regulación de fumar en lugares de trabajo así como la publicidad del tabaco únicamente bajo reglamentación.

Diversos grupos de salud presionaron a miembros diversos del Parlamento para que apoyaran la iniciativa, tras lo cual fue votada y para 1988 fue publicada el Acta de control de productos de tabaco entrando en vigor en enero de 1989.

En 1996 el ministro de salud Davis Dingwall introdujo el Acta de tabaco enfocada a la publicidad permitiendo limitados anuncios en publicaciones para adultos pero en contra de los espectaculares cercanos a los sitios de reunión de jóvenes. A su vez incorporó el elevar la edad mínima para la compra de productos de tabaco a 18 años.

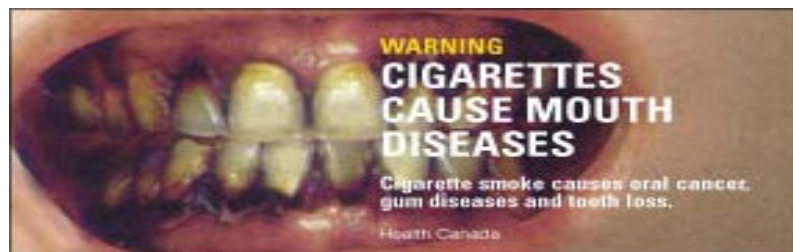
Dicha acta proveyó al gobierno de estándares de diseño, empaquetado con mensajes de salud, publicación de investigaciones y restricciones al patrocinio.

El acta pasó finalmente al Senado en abril de 1997, dos semanas antes de la disolución del parlamento por las elecciones. En 1998 en nuevo ministro de salud retomó el acta aprobándose en diciembre del mismo año.

Respecto al empaquetado, el Acta planteaba advertencias que cubrieran el 20% de cada uno de las caras principales de las cajetilla de cigarros, los cuales fueron contrastados con colores semejantes por la industria tabacalera dificultado la lectura de los mismos, a lo cual la coalición para el control del tabaco apeló sugiriendo que las leyendas cubrieran el 25 % y que los mensajes fueran contrastados en blanco y negro y posteriormente pasó el 60% de las caras

principales de la cajetilla solicitando información adicional a los costados de las mismas.⁷⁴

Para enero de 2000 el Ministerio de Salud publicó 16 imágenes que debían aparecer impresas en las cajetillas en el 50% de las caras frontal y trasera, tras lo cual la información regulatoria a los productos de tabaco se convirtió en ley el 26 de junio de 2000.



⁷⁴ Cfr. Ibid, pp. 83-84

Los resultados arrojados demuestran que las advertencias siguen siendo efectivas, siempre que sean grandes y notorias y que contengan información específica sobre hechos de fuerte impacto. A manera de ejemplo se tienen las encuestas de salud las cuales afirman que la mitad de los fumadores que intentaron dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco fueron motivados por la lectura de la información ofrecida en los paquetes de cigarrillos.

En la lucha por lugares libres de humo de tabaco, la historia es similar pasando de las prohibiciones de fumar en elevadores, tiendas de comida y otros lugares confinados a mediados de los 70, a esfuerzos por promover la iniciativa a nivel nacional a través del Acta para la salud de los no fumadores.

Uno de los principales sectores que se manifestó contra esta ley fue la aérea la cual gradualmente fue restringiendo el fumar en sus vuelos, lo cuales pese a sus argumentos iniciales, incrementaron su popularidad y ventas.

De igual modo fue extendida esta ley a restaurantes y bares que actualmente ofrecen espacios libres de humo de tabaco.

En lo referente al gravamen del tabaco, Canadá ha sido uno de los países en los que los estudios respecto a la elasticidad de la venda de cigarrillos en específico a la recaudación de impuesto, confirman los resultados favorables para el gobierno en el corto y mediano plazo, iniciando con este tipo de medidas en 1982 y hasta 1992 logrando un incremento de 6 centavos por cigarro al tiempo que los niveles de consumo bajan dramáticamente.⁷⁵

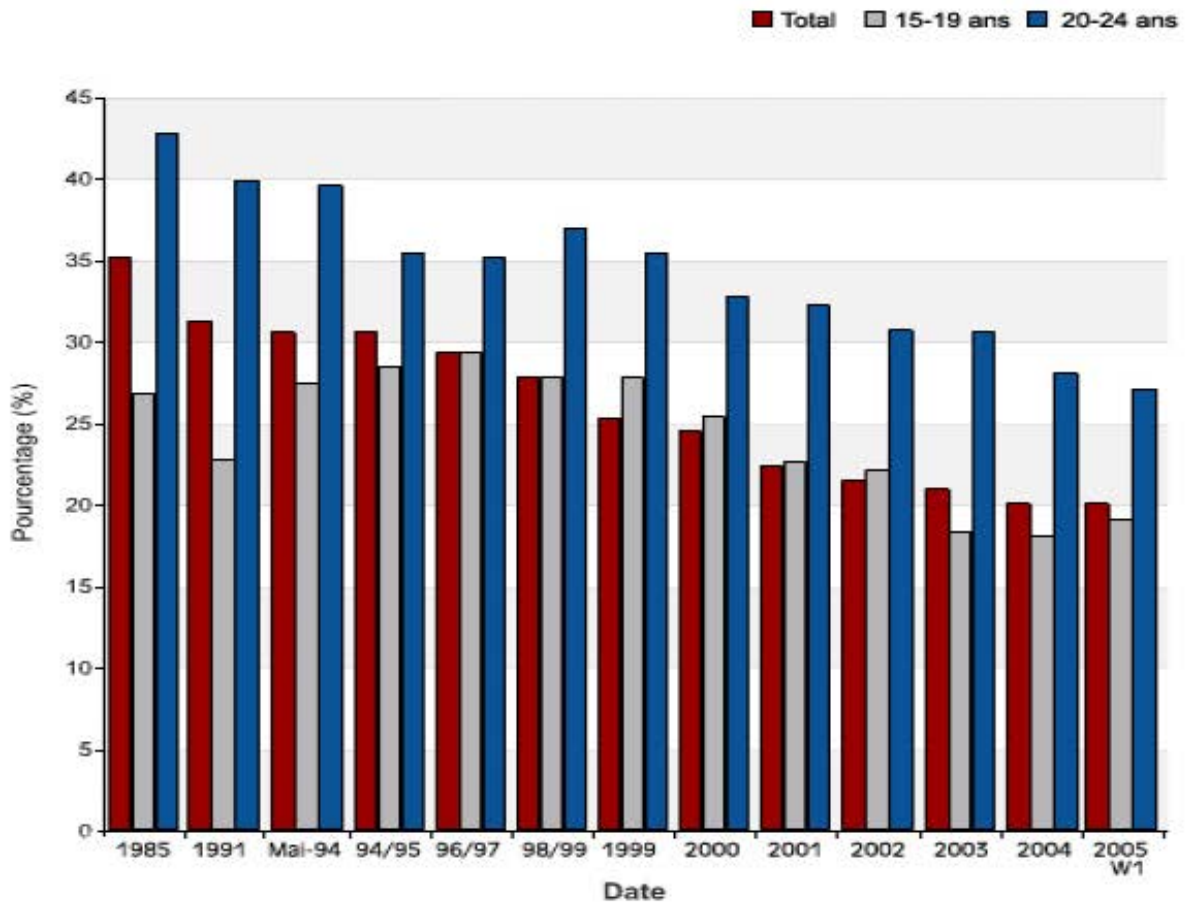
Actualmente, en materia agrícola se han promovido programas de sustitución de cultivos de tabaco por otros productos combatiendo las preocupaciones e intereses de los mismos agricultores.

⁷⁵ Banco Mundial-OPS, Op.cit., p. 45

Ahora, a principios del siglo XXI, el consumo canadiense de tabaco representa menos de 1 % de las ventas mundiales.

De manera general, la experiencia canadiense respecto al control del tabaco nos plantea la necesidad de por lo menos 6 premisas que ha conducido al éxito del desarrollo y aplicación de sus políticas: el plantearse metas a largo plazo y trabajando de modo realista; la utilización de la investigación para la obtención de información y su publicación; la necesidad de ser creativos y; para un éxito a largo plazo, el suficiente sentido de camaradería a complicidad para mantenerse en la lucha.

El consumo por habitante de Canadá en las últimas décadas muestra un decremento importante en los últimos años siendo un ejemplo claro de la efectividad de los programas aplicados que a su vez ayuda a promover un proceso de cooperación internacional siendo Canadá un Estado pionero en este tema en el ámbito mundial.



Fuente: 1999-2004 - Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, Résultats annuels; 2005 - Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, résultats semi-annuels; 1994/95-1998/99 - Enquête nationale sur la santé de la population; Mai 1994 - Enquête sur le tabagisme au Canada; 1985/91 - Enquêtes sociales générales en www.hc-sc.gc.ca

Conclusiones

El desarrollo de la humanidad, si bien ha generado importantes avances científicos y tecnológicos que contribuyen a facilitar el desarrollo de las actividades que demanda la sociedad actual, atendiendo con mayor eficacia los nuevos retos que se presentan.

Especialmente en materia de salud pública, el desarrollo científico ha contribuido a mejorar enormemente la calidad de vida, incrementado con ello la esperanza de vida de las personas año con año. Resulta contradictorio, que si bien el ser humano se ha preocupado tanto por mantener su supervivencia mejorando los niveles de vida de los individuos en todo el mundo, permanezcan costumbres que, mas allá de traer consigo beneficios para los mismos, por el contrario generen la degradación paulatina e inminente de los individuos, como lo es el caso específico del uso de drogas.

La utilización de las mismas por los individuos data, en varios de los casos, de siglos de costumbres heredadas de generación en generación, pasando de la utilización de las mismas como parte de cultos espirituales, hasta la enajenación misma del ser por el abuso en su consumo, llegando hasta nuestros días al desarrollo de drogas sintéticas, o bien a la comercialización abierta, global, de algunas como lo es el caso específico del tabaco, especialmente en su presentación en forma de cigarrillo.

Respecto al tabaco, sin descartar la importancia de atender el abuso de otras drogas, es cada vez más necesario atender adecuadamente los enormes problemas de mortalidad, morbilidad, discapacidad y falta de productividad que ocasiona su uso al interior de las naciones y pueblos del mundo.

Dichos problemas, si bien no pueden solucionarse de un día para otro, tampoco es una opción mantenernos tolerantes ante los alcances epidémicos que su consumo

implica, para lo cual la cooperación entre Estados es fundamental al igual que se presenta en el manejo de otros temas mundiales.

El tabaco como producto de consumo, se ha mantenido a lo largo de varios siglos como un producto sujeto a una normatividad muy laxa, casi nula, lo que ha facilitado la expansión de su consumo y, con ello, propiciado el desarrollo de lo que actualmente es considerado como epidemia: el tabaquismo.

Comercialmente, el tabaco es un producto que genera grandes ganancias a bajos costos de producción, debido, en parte, a su naturaleza adictiva que lo ha convertido en un artículo necesario para el desarrollo de las actividades cotidianas de muchas personas.

Considerando las características propias de la sociedad actual, basada en el consumo de bienes enfocados a cubrir necesidades más allá de las básicas para la supervivencia del individuo, el tabaco es un producto sumamente exitoso con un marketing y una distribución difícilmente superables, aún cuando, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cobra la vida de la mitad de sus usuarios

Por años, el tabaquismo no fue considerado como un problema de prioridad sanitaria, comparándolo con casos como el VIH-Sida, alcanzando actualmente el grado de clasificación epidémica. Si considerando a la cantidad de vidas cobradas y la inversión económica que genera su atención, proporcionalmente no tendría comparación con otras enfermedades.

Pese a lo anterior, la lucha para el control del consumo de tabaco presenta grandes obstáculos que van más allá de sus características epidémicas, tales como los intereses económicos y lazos políticos que dificultan la búsqueda de soluciones tendientes a disminuir la amenaza que representa para la salud mundial.

De igual modo, su comercialización representa una importante fuente de ingresos y divisas para muchos países, contrastando con las consecuencias de su consumo sobre los individuos y Estados, en el corto y largo plazo.

En muchos de los casos, el tabaco representa un bien de consumo fácil para la recaudación de impuestos debido a que no es un producto necesario, disfruta de un amplio consumo y posee una demanda relativamente poco elástica. Pese a ello, y a la idea de que la industria tabacalera es una fuente importante de empleos, la ejecución de estrategias que procuren la disminución de su consumo logra rebatir las creencias de disminución de niveles de recaudación estatales y de tasas de empleo como fue planteado a través del análisis de la experiencia canadiense.

Políticamente, el comercio de tabaco representa fuertes intereses, para lo cual, organismos como Naciones Unidas, ONG's y demás personas interesadas en el problema han llevado adelante esfuerzos a fin de contribuir a preservar millones de vidas potencialmente afectadas.

Ante la pérdida de confianza en las instituciones, la Organización Mundial de la Salud da un importante paso al generar un Convenio que coloca a la salud pública por encima de los intereses económicos estatales y transnacionales, atendiendo al tabaquismo como importante fuente epidémica que cobra miles de vidas generando importantes pérdidas económicas y mermando la calidad de vida de futuras generaciones.

Si bien, las políticas que procuran la reducción de la mortalidad relacionada con el tabaco suponen acciones sin precedentes en la escala global, la experiencia de las prácticas registradas para tal fin permite asomarnos a la ventana de posibilidades que los esfuerzos por llevarlas a cabo revelan para el logro final de sus propósitos tal como se establece en el artículo 3 del Convenio: "proteger a las

generaciones presentes y futuras contra la devastadora consecuencia sanitaria, social, ambiental y económica de la exposición al humo de tabaco”

Es importante no perder de vista la aplicación del objetivo del Convenio ya que no se trata únicamente de generar acciones enfocadas a la disminución del consumo actual de tabaco, si no a prevenir la generación de nuevos consumidores evitando que continúe propagándose una idea errada del producto.

En el plano, social no pueden dejarse de lado los costos directos que los fumadores imponen en su entorno tales como daños a la salud de los no fumadores y costos económicos generando un incremento en los gastos dirigidos a la atención de la salud, desviándose así recursos estatales que podrían en programas sociales de mayor alcance.

Partiendo de que, pese a la cantidad de información circulante en la actualidad de los efectos nocivos del consumo de tabaco, parece poco probable que la mayoría de los fumadores conozcan a plenitud la magnitud de los riesgos y que soporten la totalidad de los costos que supone su elección, lo que a su vez resulta en una asignación ineficaz de los recursos, por lo que la intervención de los gobiernos se justifica al reajustar los incentivos a los consumidores con objeto de promover la disminución del consumo de tabaco.

Ante esto, las medidas a aplicar por los Estados deben ser múltiples mediante la aplicación conjunta de la disuasión a los niños, protección de los no fumadores e información necesaria a los fumadores sobre los efectos del tabaco en la salud y apoyo para su curación. Todo ello con apoyo del incremento de precios e impuestos, generación y publicación de investigación sobre los efectos del tabaco en la salud, añadiendo los etiquetados y la prohibición de su promoción y patrocinio, además de la implantación de lugares libres de humo de tabaco, así como el facilitar el acceso a productos sustitutos de nicotina y tratamientos para dejar de fumar.

La información, pieza clave en el desarrollo de estas políticas, debe ser clara y no generar ideas equivocadas o confusas respecto a la nocividad del consumo de productos de tabaco.

Los métodos más comunes de tratamiento del tabaquismo son la desintoxicación mediante la eliminación de la práctica y la disminución progresiva de la adicción a la nicotina con terapia de reemplazo mediante la utilización de goma de mascar, spray nasal y parches de nicotina, terapia e hipnosis, de lo cual se destaca que la combinación de varios de estos suele producir la tan anhelada abstinencia.

La experiencia canadiense encuentra su mayor logro en la medida en que la aplicación de medidas al interior son proyectas al exterior del estado repercutiendo en otros, apoyando así la lucha conjunta, promoviendo la investigación, concientización y lucha por el derecho a la salud pasando por encima de intereses de mercado.

De igual modo, el ejemplo de Canadá en la aplicación de acciones y políticas contenidas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco ayuda a reafirmar la eficacia del mismo siendo un importante aliciente ante los grandes retos que se presentan en materia de salud, lo cual se plasma en la disminución de sus índices de consumo de los últimos diez años como se muestra en la última gráfica presentada en esta trabajo.

El espíritu de cooperación debe fortalecerse ya que, ante el lento crecimiento de las economías estatales, en adelante, la dificultad para afrontar lo nuevos retos en el desarrollo de la humanidad será mayor, por lo que la aplicación oportuna de acciones conjuntas con miras al mejoramiento de la calidad de vida de las próximas generaciones ayudará al desarrollo del bienestar común.

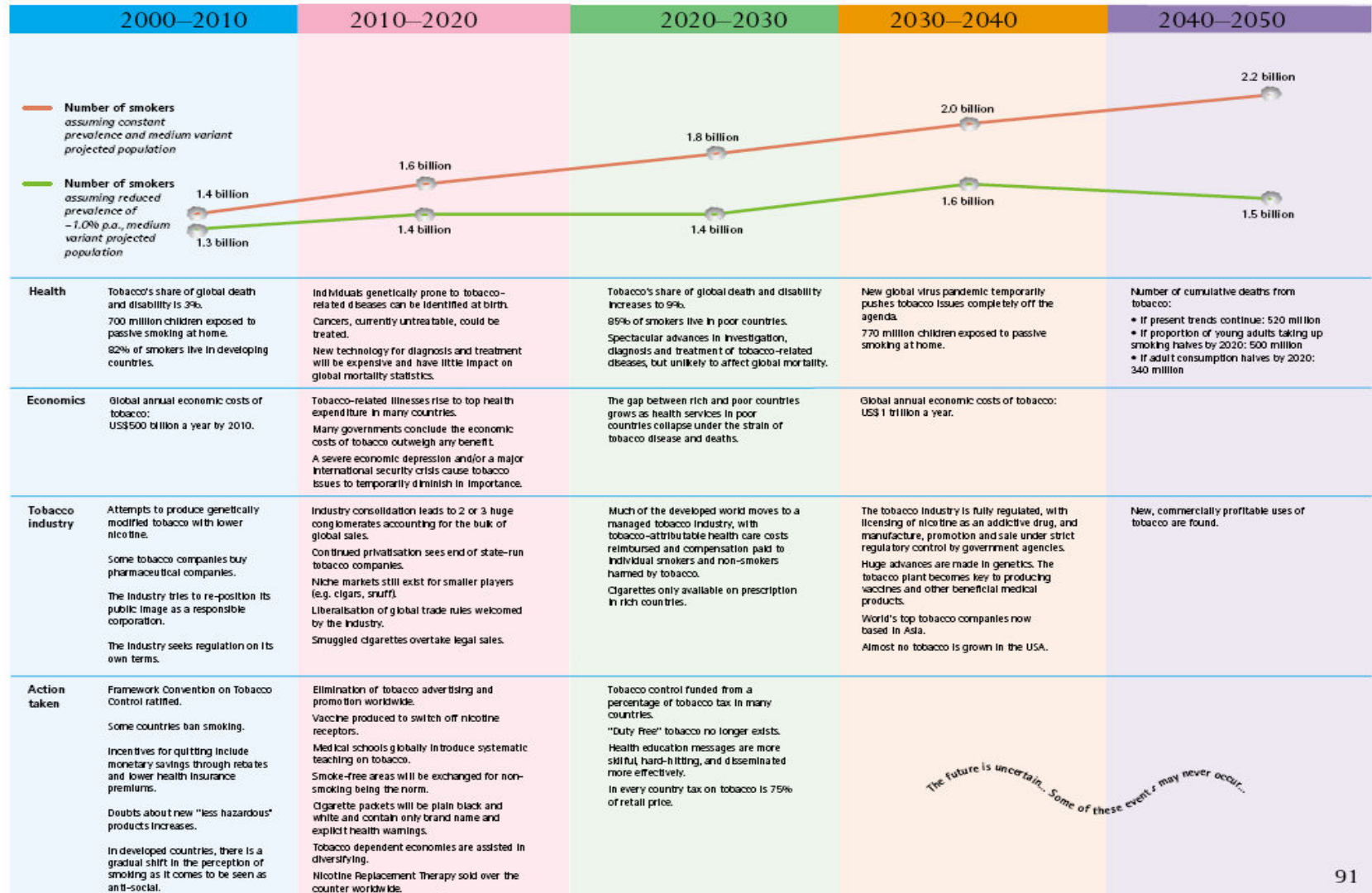
Para ello es importante procurar la protección de las política públicas frente a interese de los productores de tabaco y comercializadores asociados, así como de las redes de corrupción que han tejido con autoridades, legisladores y gobernantes en los ámbitos nacional e internacional.

Sin embargo, muy por encima de las acciones internacionales y estatales, es la sociedad, los individuos, los que logran el desarrollo exitoso de las medidas planteadas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco, adoptándolas y difundíéndolas, en la medida en que generen conciencia respecto a los daños que el tabaco causa en si mismos y en sus allegados.

Resulta inadmisibile que el hombre consienta la comercialización y consumo de una sustancia que ha y continúa provocando tan inmensa cantidad de muertes, por lo que coincido con Isaac Asimov en que, partiendo del instinto de supervivencia propia de todo ser humano:

“La única guerra que puede permitirse el hombre es la de su supervivencia”

The Future



Fuente: Judith Mackay & Michel Eriksen, The Tobacco Atlas, WHO, Ginebra, Suiza, p.41

Bibliografía

Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud. *La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, DC, EUA, 2000, 133 pp.

Camargo Padreo Pablo. *La convención de las Naciones Unidas contra el narcotráfico*. Ed. Jurídica Radar, Colombia, 1995, 581 pp.

Camin Francisco y Martín Aceña Paulo. *El negocio del tabaco en la historia, Documentación de trabajo 9801*. Universidad de Catalá y Fundación Empresa pública, España, 1998, 83 pp.

Centro de Comercio Internacional. *Principales mercados del tabaco sin elaborar*. Ginebra [s.n.] 1968, 590 pp.

Centro de Prevención del alcoholismo y Tabaquismo. *Tabaquismo. Programa para dejar de fumar*. Ediciones Días de Santos S.A. España, 2002 , 267 pp.

Cid Capetillo Ileana (Compiladora). *Lecturas básicas para introducción al estudio de Relaciones Internacionales*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1998, 285 pp.

Consumer Union. *The consumers union report on "smoking and the public interest"*. Mount Vernon, New York, 1963, 222 pp.

Council on Foreign Relations. *Reflexiones sobre el control internacional de las drogas*. Traduc. Utrilla de Veira Mónica, FCE, Council on Foreign Relations Inc., México, 1997, 116 pp.

Courtwright David T. *Las Drogas en la Formación de Mundo Moderno*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2002, 318 pp.

De Beyer Joy & Waverley Brigden Linda. *Tobacco Control Policy. Strategies successes & Setbacks*. The World Bank, Washington DC, USA, 189 pp.

Del Arena Celestino. *Introducción a las relaciones internacionales*. Ed. Tecnos, Madrid, 1994, 495 pp.

Fernández Méndez Eugenio. *El tabaco en nuestra historia y costumbres*. First Book Publishing of P.R., San Juan, Puerto Rico, 1997, 74 pp.

Fundación de Ciencias de la Salud. *Las Drogas a Debate: Ética y Programas de Sustitución*. Ediciones Doce calles, S.L., Madrid, 1999, 312 pp.

Houser Norman W. *El cigarro y la salud*. Traduc. Rodolfo Piña García, Ed. Trillas, México, 1990, 97 pp.

Jha Prabhat, Chaloupka Frank J., *Tobacco Control y developing countries*. Oxford: Oxford University, 2000, 489 pp.

Loaeza Soledad (compiladora). *La cooperación internacional en un mundo desigual*. El Colegio de México, Centro de estudios internacionales, México, 1994, 447 pp.

López Gonzalo Andrés. *Introducción a la solidaridad internacional: la cooperación para el desarrollo*. Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, España, 2000, 163 pp.

Mackay Judith & Eriksen Michael. *The Tobacco Atlas*. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2002, 128 pp.

Ortiz Fernández Fernando. *Contrapunteo cubano del tabaco y azúcar: Advertencia de sus contrastes agrarios, económicos, históricos y sociales, su etnografía y su transculturación*. Ed. Ariel, Universidad Central de las Villas, Santa Clara, Barcelona, 1973, 540 pp.

Reuter Paul. *Introducción al derecho de los tratados*. Traduc. Marta Pino Moreno, Ed. FCE, Facultad de Derecho, UNAM, México, 1999, 340 pp.

Ruiz Sánchez Lucía Irene (Coordinadora). *Las negociaciones internacionales*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, SRE, México, 1995, 197 pp.

Sanjuán Mario Alfonso e Ibáñez López Pilar. *Todo sobre las drogas legales e ilegales. (Incluido alcohol y tabaco)*. Ed. Dukinson, Madrid, 1992, 565 pp.

Smith Peter H. (Compilador). *El Combate a las Drogas en América*. FCE, México, 1992, 456 pp.

Solé Eulalia. *El peso de la droga, un reto para la humanidad*. Flor de Viento Ediciones, España, 1996, 217 pp.

Stimmel Barry, Md. *Alcoholism, Drug Addiction and the Road to Recovery. Life on the edge*. The Haworth Medical Press, USA, 2002, 414 pp.

Tail Lyal. *Tobacco Canada*. Ed. Trillsonburg, Ontario Canada, 1968, 560 pp.

Truyol y Serra Antonio. *La sociedad internacional*. Alianza Universidad, Madrid, 1998, 241 pp.

Watson Ronald R. & Witten Mark. *Environmental tobacco smoke*. Boca Raton, Florida: CRC, 2001, 377 pp.

The World Health Organization. *Women and the Tobacco Epidemic; Challenges for the 21st Century*. World Health Organization, Canada, 2001, 222 pp.

Publicaciones

INGCAT. *Juntos contra el Tabaco*. INGCAT, Ginebra, mayo, 1999, 7-69 pp.

Organización Panamericana de la Salud. *La rentabilidad a costa de la gente; actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública*. 61-96 pp.

_____. *Desarrollo de la Legislación para el Control del Tabaco. Modelo y Guías*. junio 2002, 62 pp.

Valdés Salgado Raydel. *El Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Ed. Salud pública de México /vol. 45, no. 3, mayo-junio de 2003. pp. 153-154

Documentos

Delegación de México. *Carpeta de Negociación del Convenio Marco para el Control del Tabaco*. reuniones I, II, III, IV y V, 2003

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Tratamiento de la Adicción a la Nicotina*. INER, Cuaderno de trabajo, México, 2005

Naciones Unidas. *Fiscalización e drogas. Las Naciones Unidas y la Fiscalización Internacional de Drogas*, Nueva York, 1990, 5 pp.

_____. *Contribuciones de expertos en reducción de la demanda de drogas de México y Centroamérica*. Programa de las UN para la Fiscalización Internacional de Drogas, México, 1998, pp. 7-13, 60-114

_____. *Programa de las UN para la Fiscalización Internacional de Drogas*. México, 1992, 114 Naciones Unidas. *Fiscalización e drogas. Las Naciones Unidas y la Fiscalización Internacional de Drogas*, Nueva York, 1990, 5 pp.

_____, *Contribuciones de expertos en reducción de la demanda de drogas de México y Centroamérica*, Programa de las UN para la Fiscalización Internacional de Drogas, México, 1998, 73 pp.

_____, *Programa de las UN para la Fiscalización Internacional de Drogas*. México, 1992, 114 pp.

Hemerografía

CONADIC. “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, en *Conadic Informa Boletín*. Consejo Nacional contra las adicciones, Mayo 2003, pp.7-22

Gómez Mena Carolina, *Entró en vigor el Convenio global contra el tabaquismo*, en periódico “La Jornada”, Sociedad y Justicia, México D.F., Lunes 28 de febrero de 2005

Fuentes electrónicas

www.tabaquismo.freehosting.net

www.tobaccocontrol.com

www.salud.gob.mx

www.who.org

www.ops.org

www.tobaccodocuments.org

www.pmdocs.com

www.tobacco.org

www.cctc.ca

www.worldbank.org

www.ieanet.com

www.tobaccoupdate.com.ar

Entrevistas

Con el Dr. Rafael Camacho Solis, Coordinador del grupo catalizador de acciones contra el tabaquismo, México D.F., junio 2005

**56^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD****WHA56.1****Punto 13 del orden del día****21 de mayo de 2003**

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

La 56^a Asamblea Mundial de la Salud,

Recordando sus resoluciones WHA49.17 y WHA52.18, en las que se pide que se elabore un convenio marco de la OMS para el control del tabaco de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19 de la Constitución de la OMS;

Resuelta a proteger a las generaciones presentes y futuras del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco;

Observando con honda preocupación el importante aumento del número de personas que fuman o de alguna otra manera consumen tabaco en todo el mundo;

Reconociendo con beneplácito el informe del Presidente del Órgano de Negociación Intergubernamental acerca de los resultados de los trabajos de dicho Órgano;¹

Convencida de que este convenio representa una iniciativa pionera para el progreso de la acción nacional, regional e internacional y la cooperación mundial encaminada a proteger a la salud humana de los efectos devastadores del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, y consciente de que debe prestarse una atención especial a la situación particular de los países en desarrollo y de los países con economías en transición;

Subrayando la necesidad de una rápida entrada en vigor y una aplicación efectiva del convenio,

1. **ADOPTA** el Convenio anexo a la presente resolución;
2. **OBSERVA**, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 34 del Convenio, que éste se hallará abierto a la firma en la sede de la OMS en Ginebra del 16 de junio de 2003 al 22 de junio de 2003, y posteriormente en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, del 30 de junio de 2003 al 29 de junio de 2004;
3. **EXHORTA** a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional facultadas para ello a que consideren la posibilidad de firmar, ratificar, aceptar, aprobar y confirmar formalmente el Convenio o adherirse a él a la mayor brevedad, a fin de que entre en vigor lo antes posible;

¹ Documento A56/INF.DOC./7.

4. INSTA a todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que, a la espera de que entre en vigor el Convenio, adopten todas las medidas oportunas para frenar el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco;
5. INSTA a todos los Estados Miembros, organizaciones de integración económica regional, observadores y demás partes interesadas a que apoyen las actividades preparatorias mencionadas en esta resolución y fomenten efectivamente la pronta entrada en vigor y la aplicación del Convenio;
6. EXHORTA a las Naciones Unidas e invita a otras organizaciones internacionales pertinentes a que sigan respaldando el fortalecimiento de los programas nacionales e internacionales de control del tabaco;
7. DECIDE establecer, con arreglo al artículo 42 del Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud, un grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta del que podrán formar parte todos los Estados y organizaciones de integración económica regional a que se refiere el artículo 34 del Convenio, para examinar y preparar propuestas acerca de las cuestiones que en el Convenio se considera que podrían ser objeto de examen en la primera reunión de la Conferencia de las Partes, o sobre las que ésta podría adoptar alguna decisión, según proceda; entre esas cuestiones habrían de figurar las siguientes:
 - 1) un reglamento interior de la Conferencia de las Partes (artículo 23.3), con inclusión de criterios para la participación de observadores en las reuniones de la Conferencia de las Partes (artículo 23.6);
 - 2) opciones para la designación de una secretaría permanente y disposiciones para su funcionamiento (artículo 24.1);
 - 3) normas de gestión financiera para la Conferencia de las Partes y sus órganos subsidiarios, y disposiciones financieras que rijan el funcionamiento de la secretaría (artículo 23.4);
 - 4) un proyecto de presupuesto para el primer ejercicio financiero (artículo 23.4);
 - 5) el examen de las fuentes y mecanismos existentes y potenciales de asistencia a las Partes para facilitar el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Convenio (artículo 26.5);
8. DECIDE ASIMISMO que el grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta también supervise los preparativos de la primera reunión de la Conferencia de las Partes, y que le rinda cuentas directamente;
9. RESUELVE que las decisiones que ha adoptado el Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en relación con la participación de las organizaciones no gubernamentales se apliquen a las actividades del grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta;
10. PIDE a la Directora General:
 - 1) que asegure las funciones de secretaría del Convenio hasta que se designe y establezca una secretaría permanente;
 - 2) que adopte las medidas necesarias para prestar apoyo a los Estados Miembros, en particular a los países en desarrollo y los países con economías en transición, en la preparación para la entrada en vigor del Convenio;

- 3) que convoque reuniones del grupo de trabajo intergubernamental de composición abierta, con la frecuencia que proceda, entre el 16 de junio de 2003 y la primera reunión de la Conferencia de las Partes;
- 4) que siga velando por que la OMS desempeñe un papel decisivo en la aportación de asesoramiento técnico, orientación y apoyo para el control mundial del tabaco;
- 5) que mantenga a la Asamblea de la Salud informada sobre los progresos realizados para la entrada en vigor del Convenio y sobre los preparativos de la primera reunión de la Conferencia de las Partes.

ANEXO

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

Preámbulo

Las Partes en el presente Convenio,

Determinadas a dar prioridad a su derecho de proteger la salud pública,

Reconociendo que la propagación de la epidemia de tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública, que requiere la más amplia cooperación internacional posible y la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral,

Teniendo en cuenta la inquietud de la comunidad internacional por las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco en el mundo entero,

Seramente preocupadas por el aumento del consumo y de la producción de cigarrillos y otros productos de tabaco en el mundo entero, particularmente en los países en desarrollo, y por la carga que ello impone en las familias, los pobres y en los sistemas nacionales de salud,

Reconociendo que la ciencia ha demostrado inequívocamente que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y que las enfermedades relacionadas con el tabaco no aparecen inmediatamente después de que se empieza a fumar o a estar expuesto al humo de tabaco, o a consumir de cualquier otra manera productos de tabaco,

Reconociendo además que los cigarrillos y algunos otros productos que contienen tabaco están diseñados de manera muy sofisticada con el fin de crear y mantener la dependencia, que muchos de los compuestos que contienen y el humo que producen son farmacológicamente activos, tóxicos, mutágenos y cancerígenos, y que la dependencia del tabaco figura como un trastorno aparte en las principales clasificaciones internacionales de enfermedades,

Reconociendo también que existen claras pruebas científicas de que la exposición prenatal al humo de tabaco genera condiciones adversas para la salud y el desarrollo del niño,

Profundamente preocupadas por el importante aumento del número de fumadores y de consumidores de tabaco en otras formas entre los niños y adolescentes en el mundo entero, y particularmente por el hecho de que se comience a fumar a edades cada vez más tempranas,

Alarmadas por el incremento del número de fumadoras y de consumidoras de tabaco en otras formas entre las mujeres y las niñas en el mundo entero y teniendo presente la necesidad de una plena participación de la mujer en todos los niveles de la formulación y aplicación de políticas, así como la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas en función del género,

Profundamente preocupadas por el elevado número de miembros de pueblos indígenas que fuman o de alguna otra manera consumen tabaco,

Seramente preocupadas por el impacto de todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio encaminadas a estimular el consumo de productos de tabaco,

Reconociendo que se necesita una acción cooperativa para eliminar toda forma de tráfico ilícito de cigarrillos y otros productos de tabaco, incluidos el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación,

Reconociendo que el control del tabaco en todos los niveles, y particularmente en los países en desarrollo y en los países con economías en transición, necesita de recursos financieros y técnicos suficientes adecuados a las necesidades actuales y previstas para las actividades de control del tabaco,

Reconociendo la necesidad de establecer mecanismos apropiados para afrontar las consecuencias sociales y económicas que tendrá a largo plazo el éxito de las estrategias de reducción de la demanda de tabaco,

Conscientes de las dificultades sociales y económicas que pueden generar a mediano y largo plazo los programas de control del tabaco en algunos países en desarrollo o con economías en transición, y reconociendo la necesidad de asistencia técnica y financiera en el contexto de las estrategias de desarrollo sostenible formuladas a nivel nacional,

Conscientes de la valiosa labor que sobre el control del tabaco llevan a cabo muchos Estados y destacando el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud y los esfuerzos desplegados por otros organismos y órganos del sistema de las Naciones Unidas, así como por otras organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales en el establecimiento de medidas de control del tabaco,

Destacando la contribución especial que las organizaciones no gubernamentales y otros miembros de la sociedad civil no afiliados a la industria del tabaco, entre ellos órganos de las profesiones sanitarias, asociaciones de mujeres, de jóvenes, de defensores del medio ambiente y de consumidores e instituciones docentes y de atención sanitaria, han aportado a las actividades de control del tabaco a nivel nacional e internacional, así como la importancia decisiva de su participación en las actividades nacionales e internacionales de control del tabaco,

Reconociendo la necesidad de mantener la vigilancia ante cualquier intento de la industria del tabaco de socavar o desvirtuar las actividades de control del tabaco, y la necesidad de estar informados de las actuaciones de la industria del tabaco que afecten negativamente a las actividades de control del tabaco,

Recordando el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, en el que se declara que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental,

Recordando asimismo el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en el que se afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social,

Decididas a promover medidas de control del tabaco basadas en consideraciones científicas, técnicas y económicas actuales y pertinentes,

Recordando que en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, se

establece que los Estados Partes en dicha Convención adoptarán medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica,

Recordando además que en la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, se establece que los Estados Partes en dicha Convención reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud,

Han acordado lo siguiente:

PARTE I: INTRODUCCIÓN

Artículo 1

Lista de expresiones utilizadas

Para los efectos del presente Convenio:

- a) «comercio ilícito» es toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución, venta o compra, incluida toda práctica o conducta destinada a facilitar esa actividad;
- b) una «organización de integración económica regional» es una organización integrada por Estados soberanos a la que sus Estados Miembros han traspasado competencia respecto de una diversidad de asuntos, inclusive la facultad de adoptar decisiones vinculantes para sus Estados Miembros en relación con dichos asuntos;¹
- c) por «publicidad y promoción del tabaco» se entiende toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco;
- d) el «control del tabaco» comprende diversas estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo su consumo de productos de tabaco y su exposición al humo de tabaco;
- e) la «industria tabacalera» abarca a los fabricantes, distribuidores mayoristas e importadores de productos de tabaco;
- f) la expresión «productos de tabaco» abarca los productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé;
- g) por «patrocinio del tabaco» se entiende toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco.

¹ Cuando proceda, el término «nacional» se referirá a las organizaciones de integración económica regionales.

Artículo 2

Relación entre el presente Convenio y otros acuerdos e instrumentos jurídicos

1. Para proteger mejor la salud humana, se alienta a las Partes a que apliquen medidas que vayan más allá de las estipuladas por el presente Convenio y sus protocolos, y nada en estos instrumentos impedirá que una Parte imponga exigencias más estrictas que sean compatibles con sus disposiciones y conformes al derecho internacional.
2. Las disposiciones del Convenio y de sus protocolos no afectarán en modo alguno al derecho de las Partes a concertar acuerdos bilaterales o multilaterales, incluso acuerdos regionales o subregionales, sobre cuestiones relacionadas con el Convenio y sus protocolos o sobre cuestiones adicionales, a condición de que dichos acuerdos sean compatibles con sus obligaciones establecidas por el presente Convenio y sus protocolos. Las Partes interesadas notificarán esos acuerdos a la Conferencia de las Partes por conducto de la Secretaría.

PARTE II: OBJETIVO, PRINCIPIOS BÁSICOS Y OBLIGACIONES GENERALES

Artículo 3

Objetivo

El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

Artículo 4

Principios básicos

Para alcanzar los objetivos del Convenio y de sus protocolos y aplicar sus disposiciones, las Partes se guiarán, entre otros, por los principios siguientes:

1. Todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco y se deben contemplar en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas para proteger a todas las personas del humo de tabaco.
2. Se requiere un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas, tomando en consideración lo siguiente:
 - a) la necesidad de adoptar medidas para proteger a todas las personas de la exposición al humo de tabaco;
 - b) la necesidad de adoptar medidas para prevenir el inicio, promover y apoyar el abandono y lograr una reducción del consumo de productos de tabaco en cualquiera de sus formas;

- c) la necesidad de adoptar medidas para promover la participación de las personas y comunidades indígenas en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de programas de control del tabaco que sean socialmente y culturalmente apropiados para sus necesidades y perspectivas; y
 - d) la necesidad de adoptar medidas para que, cuando se elaboren estrategias de control del tabaco, se tengan en cuenta los riesgos relacionados específicamente con el género.
3. La cooperación internacional, particularmente la transferencia de tecnología, conocimientos y asistencia financiera, así como la prestación de asesoramiento especializado, con el objetivo de establecer y aplicar programas eficaces de control del tabaco tomando en consideración los factores culturales, sociales, económicos, políticos y jurídicos locales es un elemento importante del presente Convenio.
 4. Se deben adoptar a nivel nacional, regional e internacional medidas y respuestas multisectoriales integrales para reducir el consumo de todos los productos de tabaco, a fin de prevenir, de conformidad con los principios de la salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad debidas al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco.
 5. Las cuestiones relacionadas con la responsabilidad, según determine cada Parte en su jurisdicción, son un aspecto importante del control total del tabaco.
 6. Se debe reconocer y abordar la importancia de la asistencia técnica y financiera para ayudar a realizar la transición económica a los cultivadores y trabajadores cuyos medios de vida queden gravemente afectados como consecuencia de los programas de control del tabaco, en las Partes que sean países en desarrollo y en las que tengan economías en transición, y ello se debe hacer en el contexto de estrategias nacionales de desarrollo sostenible.
 7. La participación de la sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo del Convenio y de sus protocolos.

Artículo 5

Obligaciones generales

1. Cada Parte formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco, de conformidad con las disposiciones del presente Convenio y de los protocolos a los que se haya adherido.
2. Con ese fin, cada Parte, con arreglo a su capacidad:
 - a) establecerá o reforzará y financiará un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco; y
 - b) adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o otras medidas eficaces y cooperará, según proceda, con otras Partes en la elaboración de políticas apropiadas para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco.
3. A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.

4. Las Partes cooperarán en la formulación de propuestas sobre medidas, procedimientos y directrices para la aplicación del Convenio y de los protocolos a los que se hayan adherido.
5. Las Partes cooperarán según proceda con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros órganos competentes para alcanzar los objetivos del Convenio y de los protocolos a los que se hayan adherido.
6. Las Partes, con arreglo a los medios y recursos de que dispongan, cooperarán a fin de obtener recursos financieros para aplicar efectivamente el Convenio mediante mecanismos de financiamiento bilaterales y multilaterales.

PARTE III: MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE TABACO

Artículo 6

Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco

1. Las Partes reconocen que las medidas relacionadas con los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan su consumo de tabaco.
2. Sin perjuicio del derecho soberano de las Partes a decidir y establecer su propia política tributaria, cada Parte tendrá en cuenta sus objetivos nacionales de salud en lo referente al control del tabaco y adoptará o mantendrá, según proceda, medidas como las siguientes:
 - a) aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendentes a reducir el consumo de tabaco; y
 - b) prohibir o restringir, según proceda, la venta y/o la importación de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana por los viajeros internacionales.
3. De conformidad con el artículo 21, en sus informes periódicos a la Conferencia de las Partes, éstas comunicarán las tasas impositivas aplicadas a los productos de tabaco y las tendencias del consumo de dichos productos.

Artículo 7

Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco

Las Partes reconocen que las medidas integrales no relacionadas con los precios son un medio eficaz e importante para reducir el consumo de tabaco. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces que sean necesarias para el cumplimiento de sus obligaciones dimanantes de los artículos 8 a 13 y cooperará con las demás Partes según proceda, directamente o por intermedio de los organismos internacionales competentes, con miras a su cumplimiento. La Conferencia de las Partes propondrá directrices apropiadas para la aplicación de lo dispuesto en esos artículos.

Artículo 8

Protección contra la exposición al humo de tabaco

1. Las Partes reconocen que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.
2. Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales.

Artículo 9

Reglamentación del contenido de los productos de tabaco

La Conferencia de las Partes, en consulta con los órganos internacionales competentes, propondrá directrices sobre el análisis y la medición del contenido y las emisiones de los productos de tabaco y sobre la reglamentación de esos contenidos y emisiones. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas y administrativas u otras medidas eficaces aprobadas por las autoridades nacionales competentes para que se lleven a la práctica dichos análisis y mediciones y esa reglamentación.

Artículo 10

Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco

Cada Parte adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para exigir que los fabricantes e importadores de productos de tabaco revelen a las autoridades gubernamentales la información relativa al contenido y las emisiones de los productos de tabaco. Cada Parte adoptará y aplicará asimismo medidas eficaces para que se revele al público la información relativa a los componentes tóxicos de los productos de tabaco y las emisiones que éstos pueden producir.

Artículo 11

Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco

1. Cada Parte, dentro de un periodo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte, adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas eficaces para conseguir lo siguiente:
 - a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y no se empleen términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros, por ejemplo expresiones tales como «con bajo contenido de alquitrán», «ligeros», «ultra ligeros» o «suaves»; y
 - b) que en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos figuren también advertencias sanitarias que describan los efectos noci-

vos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes apropiados. Dichas advertencias y mensajes:

- i)* serán aprobados por las autoridades nacionales competentes;
- ii)* serán rotativos;
- iii)* serán grandes, claros, visibles y legibles;
- iv)* deberían ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas;
- v)* podrán consistir en imágenes o pictogramas, o incluirlos.

2. Todos los paquetes y envases de productos de tabaco y todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos, además de las advertencias especificadas en el párrafo 1(*b*) de este artículo, contendrán información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y de sus emisiones de conformidad con lo definido por las autoridades nacionales.

3. Cada Parte exigirá que las advertencias y la información textual especificadas en los párrafos 1(*b*) y 2 del presente artículo figuren en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos en su idioma o idiomas principales.

4. A efectos del presente artículo, la expresión «empaquetado y etiquetado externos» en relación con los productos de tabaco se aplica a todo envasado y etiquetado utilizados en la venta al por menor del producto.

Artículo 12

Educación, comunicación, formación y concientización del público

Cada Parte promoverá y fortalecerá la concientización del público acerca de las cuestiones relativas al control del tabaco utilizando de forma apropiada todos los instrumentos de comunicación disponibles. Con ese fin, cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para promover lo siguiente:

- a)* un amplio acceso a programas integrales y eficaces de educación y concientización del público sobre los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, incluidas sus propiedades adictivas;
- b)* la concientización del público acerca de los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, así como de los beneficios que reportan el abandono de dicho consumo y los modos de vida sin tabaco, conforme a lo especificado en el párrafo 2 del artículo 14;
- c)* el acceso del público, de conformidad con la legislación nacional, a una amplia variedad de información sobre la industria tabacalera que revista interés para el objetivo del presente Convenio;
- d)* programas eficaces y apropiados de formación o sensibilización y concientización sobre el control del tabaco dirigidos a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la co-

munidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, responsables de las políticas, administradores y otras personas interesadas;

e) la concientización y la participación de organismos públicos y privados y organizaciones no gubernamentales no asociadas a la industria tabacalera en la elaboración y aplicación de programas y estrategias intersectoriales de control del tabaco; y

f) el conocimiento público y el acceso a la información sobre las consecuencias sanitarias, económicas y ambientales adversas de la producción y el consumo de tabaco.

Artículo 13

Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

1. Las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco.

2. Cada Parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dicha prohibición comprenderá, de acuerdo con el entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte en cuestión, una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos originados en su territorio. A este respecto, cada Parte, dentro de un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para la Parte en cuestión, adoptará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas apropiadas e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21.

3. La Parte que no esté en condiciones de proceder a una prohibición total debido a las disposiciones de su constitución o sus principios constitucionales aplicará restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dichas restricciones comprenderán, de acuerdo con el entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte en cuestión, la restricción o una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio originados en su territorio que tengan efectos transfronterizos. A este respecto, cada Parte adoptará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas apropiadas e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21.

4. Como mínimo, y de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, cada Parte:

a) prohibirá toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco que promueva un producto de tabaco por cualquier medio que sea falso, equívoco o engañoso en alguna otra forma o que pueda crear una impresión errónea con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones;

b) exigirá que toda publicidad de tabaco y, según proceda, su promoción y patrocinio, vaya acompañada de una advertencia o mensaje sanitario o de otro tipo pertinente;

c) restringirá el uso de incentivos directos o indirectos que fomenten la compra de productos de tabaco por parte de la población;

d) exigirá, si no ha adoptado una prohibición total, que se revelen a las autoridades gubernamentales competentes los gastos efectuados por la industria del tabaco en actividades de publicidad, promoción y patrocinio aún no prohibidas. Dichas autoridades podrán decidir que esas cifras, a re-

serva de lo dispuesto en la legislación nacional, se pongan a disposición del público y de la Conferencia de las Partes de conformidad con el artículo 21;

e) procederá dentro de un plazo de cinco años a una prohibición total o, si la Parte no puede imponer una prohibición total debido a su constitución o sus principios constitucionales, a la restricción de la publicidad, la promoción y el patrocinio por radio, televisión, medios impresos y, según proceda, otros medios, como Internet; y

f) prohibirá o, si la Parte no puede imponer la prohibición debido a su constitución o sus principios constitucionales, restringirá el patrocinio de acontecimientos y actividades internacionales o de participantes en las mismas por parte de empresas tabacaleras.

5. Se alienta a las Partes a que pongan en práctica medidas que vayan más allá de las obligaciones establecidas en el párrafo 4.

6. Las Partes cooperarán en el desarrollo de tecnologías y de otros medios necesarios para facilitar la eliminación de la publicidad transfronteriza.

7. Las Partes que hayan prohibido determinadas formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco tendrán el derecho soberano de prohibir las formas de publicidad, promoción y patrocinio transfronterizos de productos de tabaco que penetren en su territorio, así como de imponerles las mismas sanciones previstas para la publicidad, la promoción y el patrocinio que se originen en su territorio, de conformidad con la legislación nacional. El presente párrafo no respalda ni aprueba ninguna sanción en particular.

8. Las Partes considerarán la elaboración de un protocolo en el cual se establezcan medidas apropiadas que requieran colaboración internacional para prohibir completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos.

Artículo 14

Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco

1. Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo presentes las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.

2. Con ese fin, cada Parte procurará lo siguiente:

a) idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo y entornos deportivos;

b) incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda;

c) establecer en los centros de salud y de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia del tabaco; y

d) colaborar con otras Partes para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluidos productos farmacéuticos, de conformidad con el artículo 22. Dichos productos y sus componentes pueden ser medicamentos, productos usados para administrar medicamentos y medios diagnósticos cuando proceda.

PARTE IV: MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE TABACO

Artículo 15

Comercio ilícito de productos de tabaco¹

1. Las Partes reconocen que la eliminación de todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, como el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación, y la elaboración y aplicación a este respecto de una legislación nacional y de acuerdos subregionales, regionales y mundiales son componentes esenciales del control del tabaco.
2. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para que todos los paquetes o envases de productos de tabaco y todo empaquetado externo de dichos productos lleven una indicación que ayude a las Partes a determinar el origen de los productos de tabaco y, de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes, ayude a las Partes a determinar el punto de desviación y a vigilar, documentar y controlar el movimiento de los productos de tabaco y su situación legal. Además, cada Parte:
 - a) exigirá que todos los paquetes y envases de productos de tabaco para uso al detalle y al por mayor que se vendan en su mercado interno lleven la declaración: «*Venta autorizada únicamente en (insertar el nombre del país o de la unidad subnacional, regional o federal)*», o lleven cualquier otra indicación útil en la que figure el destino final o que ayude a las autoridades a determinar si está legalmente autorizada la venta del producto en el mercado interno; y
 - b) examinará, según proceda, la posibilidad de establecer un régimen práctico de seguimiento y localización que dé más garantías al sistema de distribución y ayude en la investigación del comercio ilícito.
3. Cada Parte exigirá que la información o las indicaciones que ha de llevar el empaquetado según el párrafo 2 del presente artículo figuren en forma legible y/o en el idioma o los idiomas principales del país.
4. Con miras a eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco, cada Parte:
 - a) hará un seguimiento del comercio transfronterizo de productos de tabaco, incluido el comercio ilícito, reunirá datos sobre el particular e intercambiará información entre autoridades aduaneras, tributarias y otras autoridades, según proceda y de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes aplicables;

¹ Durante todo el proceso de prenegociación y negociación del Convenio Marco se ha debatido extensamente la posibilidad de adoptar pronto un protocolo sobre el comercio ilícito de productos de tabaco. El ONI podría iniciar la negociación de dicho protocolo inmediatamente después de la adopción del Convenio Marco, o podría hacerlo la Conferencia de las Partes en una etapa posterior.

- b) promulgará o fortalecerá legislación, con sanciones y recursos apropiados, contra el comercio ilícito de productos de tabaco, incluidos los cigarrillos falsificados y de contrabando;
 - c) adoptará medidas apropiadas para garantizar que todos los cigarrillos y productos de tabaco falsificados y de contrabando y todo equipo de fabricación de éstos que se hayan decomisado se destruyan aplicando métodos inocuos para el medio ambiente cuando sea factible, o se eliminen de conformidad con la legislación nacional;
 - d) adoptará y aplicará medidas para vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de productos de tabaco que se encuentren o se desplacen en su jurisdicción en régimen de suspensión de impuestos o derechos; y
 - e) adoptará las medidas que proceda para posibilitar la incautación de los beneficios derivados del comercio ilícito de productos de tabaco.
5. La información recogida con arreglo a lo dispuesto en los párrafos 4(a) y 4(d) del presente artículo será transmitida, según proceda, en forma global por las Partes en sus informes periódicos a la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21.
6. Las Partes promoverán, según proceda y conforme a la legislación nacional, la cooperación entre los organismos nacionales, así como entre las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales pertinentes, en lo referente a investigaciones, enjuiciamientos y procedimientos judiciales con miras a eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco. Se prestará especial atención a la cooperación a nivel regional y subregional para combatir el comercio ilícito de productos de tabaco.
7. Cada Parte procurará adoptar y aplicar medidas adicionales, como la expedición de licencias, cuando proceda, para controlar o reglamentar la producción y distribución de los productos de tabaco a fin de prevenir el comercio ilícito.

Artículo 16

Ventas a menores y por menores

1. Cada Parte adoptará y aplicará en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para prohibir la venta de productos de tabaco a los menores de la edad que determine la legislación interna, la legislación nacional o a los menores de 18 años. Dichas medidas podrán consistir en lo siguiente:
- a) exigir que todos los vendedores de productos de tabaco indiquen, en un anuncio claro y destacado situado en el interior de su local, la prohibición de la venta de productos de tabaco a los menores y, en caso de duda, soliciten que cada comprador de tabaco demuestre que ha alcanzado la mayoría de edad;
 - b) prohibir que los productos de tabaco en venta estén directamente accesibles, como en los estantes de los almacenes;
 - c) prohibir la fabricación y venta de dulces, refrigerios, juguetes y otros objetos que tengan forma de productos de tabaco y puedan resultar atractivos para los menores; y

- d) garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco bajo su jurisdicción no sean accesibles a los menores y no promuevan la venta de productos de tabaco a los menores.
2. Cada Parte prohibirá o promoverá la prohibición de la distribución gratuita de productos de tabaco al público y especialmente a los menores.
 3. Cada Parte procurará prohibir la venta de cigarrillos sueltos o en paquetes pequeños que vuelvan más asequibles esos productos a los menores de edad.
 4. Las Partes reconocen que, para que sean más eficaces, las medidas encaminadas a impedir la venta de productos de tabaco a los menores de edad deben aplicarse, cuando proceda, conjuntamente con otras disposiciones previstas en el presente Convenio.
 5. A la hora de firmar, ratificar, aceptar o aprobar el presente Convenio o de adherirse al mismo, o en cualquier otro momento posterior, toda Parte podrá indicar mediante una declaración escrita que se compromete a prohibir la introducción de máquinas expendedoras de tabaco dentro de su jurisdicción o, según proceda, a prohibir completamente las máquinas expendedoras de tabaco. El Depositario distribuirá a todas las Partes en el Convenio las declaraciones que se formulen de conformidad con el presente artículo.
 6. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces, con inclusión de sanciones contra los vendedores y distribuidores, para asegurar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los párrafos 1 a 5 del presente artículo.
 7. Cada Parte debería adoptar y aplicar, según proceda, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas eficaces para prohibir la venta de productos de tabaco por personas de una edad menor a la establecida en la legislación interna, la legislación nacional o por menores de 18 años.

Artículo 17

Apoyo a actividades alternativas económicamente viables

Las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, promoverán según proceda alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores y eventualmente, los pequeños vendedores de tabaco.

PARTE V: PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

Artículo 18

Protección del medio ambiente y de la salud de las personas

En cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el presente Convenio, las Partes acuerdan prestar debida atención a la protección ambiental y a la salud 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 respectivos territorios.

PARTE VI: CUESTIONES RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD

Artículo 19

Responsabilidad

1. Con fines de control del tabaco, las Partes considerarán la adopción de medidas legislativas o la promoción de sus leyes vigentes, cuando sea necesario, para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, inclusive la compensación cuando proceda.
2. Las Partes cooperarán entre sí en el intercambio de información por intermedio de la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21, a saber:
 - a) información, de conformidad con el párrafo 3(a) del artículo 20, sobre los efectos en la salud del consumo de productos de tabaco y la exposición al humo de tabaco; y
 - b) información sobre la legislación y los reglamentos vigentes y sobre la jurisprudencia pertinente.
3. Las Partes, según proceda y según hayan acordado entre sí, dentro de los límites de la legislación, las políticas y las prácticas jurídicas nacionales, así como de los tratados vigentes aplicables, se prestarán recíprocamente ayuda en los procedimientos judiciales relativos a la responsabilidad civil y penal, de forma coherente con el presente Convenio.
4. El Convenio no afectará en absoluto a los derechos de acceso de las Partes a los tribunales de las otras Partes, donde existan esos derechos, ni los limitará en modo alguno.
5. La Conferencia de las Partes podrá considerar, si es posible, en una etapa temprana, teniendo en cuenta los trabajos en curso en foros internacionales pertinentes, cuestiones relacionadas con la responsabilidad, incluidos enfoques internacionales apropiados de dichas cuestiones y medios idóneos para apoyar a las Partes, cuando así lo soliciten, en sus actividades legislativas o de otra índole de conformidad con el presente artículo.

PARTE VII: COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN

Artículo 20

Investigación, vigilancia e intercambio de información

1. Las Partes se comprometen a elaborar y promover investigaciones nacionales y a coordinar programas de investigación regionales e internacionales sobre control del tabaco. Con ese fin, cada Parte:
 - a) iniciará, directamente o por conducto de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos competentes, investigaciones y evaluaciones científicas, cooperará en ellas y promoverá y alentará así investigaciones que aborden los factores determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco e investigaciones tendientes a identificar cultivos alternativos; y

- b) promoverá y fortalecerá, con el respaldo de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos competentes, la capacitación y el apoyo destinados a todos los que se ocupen de actividades de control del tabaco, incluidas la investigación, la ejecución y la evaluación.
2. Las Partes establecerán, según proceda, programas de vigilancia nacional, regional y mundial de la magnitud, las pautas, los determinantes y las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. Con ese fin, las Partes integrarán programas de vigilancia del tabaco en los programas nacionales, regionales y mundiales de vigilancia sanitaria para que los datos se puedan cotejar y analizar a nivel regional e internacional, según proceda.
3. Las Partes reconocen la importancia de la asistencia financiera y técnica de las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y de otros órganos. Cada Parte procurará:
- a) establecer progresivamente un sistema nacional de vigilancia epidemiológica del consumo de tabaco y de los indicadores sociales, económicos y de salud conexos;
- b) cooperar con organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y con otros órganos competentes, incluidos organismos gubernamentales y no gubernamentales, en la vigilancia regional y mundial del tabaco y en el intercambio de información sobre los indicadores especificados en el párrafo 3(a) del presente artículo; y
- c) cooperar con la Organización Mundial de la Salud en la elaboración de directrices o procedimientos de carácter general para definir la recopilación, el análisis y la difusión de datos de vigilancia relacionados con el tabaco.
4. Las Partes, con arreglo a la legislación nacional, promoverán y facilitarán el intercambio de información científica, técnica, socioeconómica, comercial y jurídica de dominio público, así como de información sobre las prácticas de la industria tabacalera y sobre el cultivo de tabaco, que sea pertinente para este Convenio, y al hacerlo tendrán en cuenta y abordarán las necesidades especiales de las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición. Cada Parte procurará:
- a) establecer progresivamente y mantener una base de datos actualizada sobre las leyes y reglamentos de control del tabaco y, según proceda, información sobre su aplicación, así como sobre la jurisprudencia pertinente, y cooperar en la elaboración de programas de control del tabaco a nivel regional y mundial;
- b) compilar progresivamente y actualizar datos procedentes de los programas nacionales de vigilancia, de conformidad con el párrafo 3(a) del presente artículo; y
- c) cooperar con organizaciones internacionales competentes para establecer progresivamente y mantener un sistema mundial con objeto de reunir regularmente y difundir información sobre la producción y manufactura del tabaco y sobre las actividades de la industria tabacalera que tengan repercusiones para este Convenio o para las actividades nacionales de control del tabaco.
5. Las Partes deberán cooperar en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y en las instituciones financieras y de desarrollo a que pertenezcan, a fin de fomentar y alentar el suministro de recursos técnicos y financieros a la Secretaría del Convenio para ayudar a las Partes que sean paí-

ses en desarrollo o tengan economías en transición a cumplir con sus compromisos de vigilancia, investigación e intercambio de información.

Artículo 21

Presentación de informes e intercambio de información

1. Cada Parte presentará a la Conferencia de las Partes, por conducto de la Secretaría, informes periódicos sobre su aplicación del Convenio, que deberían incluir lo siguiente:

- a) información sobre las medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole adoptadas para aplicar el Convenio;
- b) información, según proceda, sobre toda limitación u obstáculo surgido en la aplicación del Convenio y sobre las medidas adoptadas para superar esos obstáculos;
- c) información, según proceda, sobre la ayuda financiera o técnica suministrada o recibida para actividades de control del tabaco;
- d) información sobre la vigilancia y la investigación especificadas en el artículo 20; y
- e) información conforme a lo especificado en los artículos 6.3, 13.2, 13.3, 13.4(d), 15.5 y 19.2.

2. La frecuencia y la forma de presentación de esos informes de todas las Partes serán determinadas por la Conferencia de las Partes. Cada Parte elaborará su informe inicial en el término de los dos años siguientes a la entrada en vigor de este Convenio para dicha Parte.

3. La Conferencia de las Partes, de conformidad con los artículos 22 y 26, considerará mecanismos para ayudar a las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, a petición de esas Partes, a cumplir con sus obligaciones estipuladas en este artículo.

4. La presentación de informes y el intercambio de información previstos en el presente Convenio estarán sujetos a la legislación nacional relativa a la confidencialidad y la privacidad. Las Partes protegerán, según decidan de común acuerdo, toda información confidencial que se intercambie.

Artículo 22

Cooperación científica, técnica y jurídica y prestación de asesoramiento especializado

1. Las Partes cooperarán directamente o por conducto de los organismos internacionales competentes a fin de fortalecer su capacidad para cumplir las obligaciones dimanantes de este Convenio, teniendo en cuenta las necesidades de las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición. Esa cooperación promoverá la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología, según se haya decidido de común acuerdo, con objeto de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales de control del tabaco encaminados, entre otras cosas, a lo siguiente:

- a) facilitar el desarrollo, la transferencia y la adquisición de tecnología, conocimiento, aptitudes, capacidad y competencia técnica relacionados con el control del tabaco;

- b) prestar asesoramiento técnico, científico, jurídico y de otra índole a fin de establecer y fortalecer estrategias, planes y programas nacionales de control del tabaco, con miras a la aplicación del Convenio mediante, entre otras cosas, lo siguiente:
- i) ayuda, cuando así se solicite, para crear una sólida base legislativa, así como programas técnicos, en particular programas de prevención del inicio del consumo de tabaco, promoción del abandono del tabaco y protección contra la exposición al humo de tabaco;
 - ii) ayuda, según proceda, a los trabajadores del sector del tabaco para desarrollar de manera económicamente viable medios de subsistencia alternativos apropiados que sean económicamente y legalmente viables;
 - iii) ayuda, según proceda, a los cultivadores de tabaco para llevar a efecto la transición de la producción agrícola hacia cultivos alternativos de manera económicamente viable;
- c) respaldar programas de formación o sensibilización apropiados para el personal pertinente, según lo dispuesto en el artículo 12;
- d) proporcionar, según proceda, el material, el equipo y los suministros necesarios, así como apoyo logístico, para las estrategias, planes y programas de control del tabaco;
- e) determinar métodos de control del tabaco, incluido el tratamiento integral de la adicción a la nicotina; y
- f) promover, según proceda, investigaciones encaminadas a mejorar la asequibilidad del tratamiento integral de la adicción a la nicotina.
2. La Conferencia de las Partes promoverá y facilitará la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología con el apoyo financiero garantizado de conformidad con el artículo 26.

PARTE VIII: ARREGLOS INSTITUCIONALES Y RECURSOS FINANCIEROS

Artículo 23

Conferencia de las Partes

1. Por el presente se establece una Conferencia de las Partes. La primera reunión de la Conferencia de las Partes será convocada por la Organización Mundial de la Salud a más tardar un año después de la entrada en vigor de este Convenio. La Conferencia determinará en su primera reunión el lugar y las fechas de las reuniones subsiguientes que se celebrarán regularmente.
2. Se celebrarán reuniones extraordinarias de la Conferencia de las Partes en las ocasiones en que la Conferencia lo considere necesario, o cuando alguna de las Partes lo solicite por escrito, siempre que, dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que la Secretaría del Convenio haya comunicado a las Partes la solicitud, ésta reciba el apoyo de al menos un tercio de las Partes.
3. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso su Reglamento Interior en su primera reunión.

4. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso sus normas de gestión financiera, que regirán también el financiamiento de cualquier órgano subsidiario que pueda establecer, así como las disposiciones financieras que regirán el funcionamiento de la Secretaría. En cada reunión ordinaria adoptará un presupuesto para el ejercicio financiero hasta la siguiente reunión ordinaria.

5. La Conferencia de las Partes examinará regularmente la aplicación del Convenio, adoptará las decisiones necesarias para promover su aplicación eficaz y podrá adoptar protocolos, anexos y enmiendas del Convenio de conformidad con lo dispuesto en los artículos 28, 29 y 33. Para ello:

- a) promoverá y facilitará el intercambio de información de conformidad con los artículos 20 y 21;
- b) promoverá y orientará el establecimiento y el perfeccionamiento periódico de metodologías comparables de investigación y acopio de datos, además de las previstas en el artículo 20, que sean pertinentes para la aplicación del Convenio;
- c) promoverá, según proceda, el desarrollo, la aplicación y la evaluación de estrategias, planes, programas, políticas, legislación y otras medidas;
- d) considerará los informes que le presenten las Partes de conformidad con el artículo 21 y adoptará informes regulares sobre la aplicación del Convenio;
- e) promoverá y facilitará la movilización de recursos financieros para la aplicación del Convenio de conformidad con el artículo 26;
- f) establecerá los órganos subsidiarios necesarios para cumplir con el objetivo del Convenio;
- g) recabará, cuando corresponda, los servicios, la cooperación y la información de las organizaciones y órganos del sistema de las Naciones Unidas y de otras organizaciones y órganos intergubernamentales y no gubernamentales internacionales y regionales competentes y pertinentes como medio para fortalecer la aplicación del Convenio; y
- h) considerará otras medidas, según proceda, para alcanzar el objetivo del Convenio, teniendo presente la experiencia adquirida en su aplicación.

6. La Conferencia de las Partes establecerá los criterios para la participación de observadores en sus reuniones.

Artículo 24 *Secretaría*

1. La Conferencia de las Partes designará una secretaría permanente y adoptará disposiciones para su funcionamiento. La Conferencia de las Partes procurará hacer esto en su primera reunión.

2. Hasta que se haya designado y establecido una secretaría permanente, las funciones de secretaría de este Convenio estarán a cargo de la Organización Mundial de la Salud.

3. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:
 - a) adoptar disposiciones para las reuniones de la Conferencia de las Partes y de cualquiera de sus órganos subsidiarios y prestarles los servicios necesarios;
 - b) transmitir los informes que haya recibido en virtud del Convenio;
 - c) prestar apoyo a las Partes, en particular a las que sean países en desarrollo o tengan economías en transición, cuando así lo soliciten, en la recopilación y transmisión de la información requerida de conformidad con las disposiciones del Convenio;
 - d) preparar informes sobre sus actividades en el marco de este Convenio, siguiendo las orientaciones de la Conferencia de las Partes, y someterlos a la Conferencia de las Partes;
 - e) asegurar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, la coordinación necesaria con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros órganos competentes;
 - f) concertar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, los arreglos administrativos y contractuales que sean necesarios para el ejercicio eficaz de sus funciones; y
 - g) desempeñar otras funciones de secretaría especificadas en el Convenio y en cualquiera de sus protocolos, y las que determine la Conferencia de las Partes.

Artículo 25

Relaciones entre la Conferencia de las Partes y las organizaciones intergubernamentales

Para prestar cooperación técnica y financiera a fin de alcanzar el objetivo de este Convenio, la Conferencia de las Partes podrá solicitar la cooperación de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, incluidas las instituciones de financiamiento y desarrollo.

Artículo 26

Recursos financieros

1. Las Partes reconocen la importancia que tienen los recursos financieros para alcanzar el objetivo del presente Convenio.
2. Cada Parte prestará apoyo financiero para sus actividades nacionales destinadas a alcanzar el objetivo del Convenio, de conformidad con sus planes, prioridades y programas nacionales.
3. Las Partes promoverán, según proceda, la utilización de vías bilaterales, regionales, subregionales y otros canales multilaterales para financiar la elaboración y el fortalecimiento de programas multisectoriales integrales de control del tabaco de las Partes que sean países en desarrollo y de las que tengan economías en transición. Por consiguiente, deben abordarse y apoyarse, en el contexto de estrategias nacionales de desarrollo sostenible, alternativas económicamente viables a la producción de tabaco, entre ellas la diversificación de cultivos.
4. Las Partes representadas en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y las instituciones financieras y de desarrollo pertinentes alentarán a estas entidades a que faciliten asistencia financiera a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición para ayu-

darlas a cumplir sus obligaciones en virtud del presente Convenio, sin limitar los derechos de participación en esas organizaciones.

5. Las Partes acuerdan lo siguiente:

- a) a fin de ayudar a las Partes a cumplir sus obligaciones en virtud del Convenio, se deben movilizar y utilizar en beneficio de todas las Partes, en especial de los países en desarrollo y los países con economías en transición, todos los recursos pertinentes, existentes o potenciales, ya sean financieros, técnicos o de otra índole, tanto públicos como privados, disponibles para actividades de control del tabaco;
- b) la Secretaría informará a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición, previa solicitud, sobre fuentes de financiamiento disponibles para facilitar el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Convenio;
- c) la Conferencia de las Partes en su primera reunión examinará las fuentes y mecanismos existentes y potenciales de asistencia sobre la base de un estudio realizado por la Secretaría y de otra información pertinente, y considerará su adecuación; y
- d) los resultados de este examen serán tenidos en cuenta por la Conferencia de las Partes a la hora de determinar la necesidad de mejorar los mecanismos existentes o establecer un fondo mundial voluntario u otros mecanismos financieros apropiados para canalizar recursos financieros adicionales, según sea necesario, a las Partes que sean países en desarrollo y a las que tengan economías en transición para ayudarlas a alcanzar los objetivos del Convenio.

PARTE IX: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Artículo 27

Solución de controversias

1. Si surge una controversia entre dos o más Partes respecto de la interpretación o la aplicación del presente Convenio, esas Partes procurarán resolver la controversia por vía diplomática mediante negociación o cualquier otro medio pacífico de su elección, por ejemplo buenos oficios, mediación o conciliación. El hecho de que no se llegue a un acuerdo mediante buenos oficios, mediación o conciliación no eximirá a las Partes en la controversia de la responsabilidad de seguir tratando de resolverla.
2. Al ratificar, aceptar, aprobar o confirmar oficialmente el Convenio, al adherirse a él, o en cualquier momento después de ello, un Estado u organización de integración económica regional podrá declarar por escrito al Depositario que, en caso de controversia no resuelta de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, acepta como obligatorio un arbitraje especial de acuerdo con los procedimientos que adopte por consenso la Conferencia de las Partes.
3. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán a todos los protocolos y a las Partes en dichos protocolos, a menos que en ellos se disponga otra cosa.

PARTE X: DESARROLLO DEL CONVENIO

Artículo 28

Enmiendas del presente Convenio

1. Cualquiera de las Partes podrá proponer enmiendas del presente Convenio. Dichas enmiendas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.
2. Las enmiendas del Convenio serán adoptadas por la Conferencia de las Partes. La Secretaría comunicará a las Partes el texto del proyecto de enmienda al menos seis meses antes de la reunión en la que se proponga su adopción. La Secretaría comunicará asimismo los proyectos de enmienda a los signatarios del Convenio y, a título informativo, al Depositario.
3. Las Partes harán todo lo posible por llegar a un acuerdo por consenso sobre cualquier propuesta de enmienda del Convenio. Si se agotan todas las posibilidades de llegar a un acuerdo por consenso, como último recurso la enmienda será adoptada por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la reunión. A los efectos del presente artículo, por «Partes presentes y votantes» se entiende las Partes presentes que emitan un voto a favor o en contra. La Secretaría comunicará toda enmienda adoptada al Depositario, y éste la hará llegar a todas las Partes para su aceptación.
4. Los instrumentos de aceptación de las enmiendas se entregarán al Depositario. Las enmiendas adoptadas de conformidad con el párrafo 3 del presente artículo entrarán en vigor, para las Partes que las hayan aceptado, al nonagésimo día contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido instrumentos de aceptación de por lo menos dos tercios de las Partes en el Convenio.
5. Las enmiendas entrarán en vigor para las demás Partes al nonagésimo día contado desde la fecha en que se haya entregado al Depositario el instrumento de aceptación de las enmiendas en cuestión.

Artículo 29

Adopción y enmienda de los anexos del presente Convenio

1. Los anexos y enmiendas del presente Convenio se propondrán, se adoptarán y entrarán en vigor de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 28.
2. Los anexos del Convenio formarán parte integrante de éste y, salvo que se disponga expresamente otra cosa, toda referencia al Convenio constituirá al mismo tiempo una referencia a sus anexos.
3. En los anexos sólo se incluirán listas, formularios y otros materiales descriptivos relacionados con cuestiones de procedimiento y aspectos científicos, técnicos o administrativos.

PARTE XI: DISPOSICIONES FINALES

Artículo 30

Reservas

No podrán formularse reservas a este Convenio.

Artículo 31*Denuncia*

1. En cualquier momento después de un plazo de dos años a partir de la fecha de entrada en vigor del Convenio para una Parte, esa Parte podrá denunciar el Convenio, previa notificación por escrito al Depositario.
2. La denuncia surtirá efecto al cabo de un año contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido la notificación correspondiente o, posteriormente, en la fecha que se indique en dicha notificación.
3. Se considerará que la Parte que denuncia el Convenio denuncia asimismo todo protocolo en que sea Parte.

Artículo 32*Derecho de voto*

1. Salvo lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, cada Parte en el Convenio tendrá un voto.
2. Las organizaciones de integración económica regional, en los asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto con un número de votos igual al número de sus Estados Miembros que sean Partes en el Convenio. Esas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si cualquiera de sus Estados Miembros ejerce el suyo, y viceversa.

Artículo 33*Protocolos*

1. Cualquier Parte podrá proponer protocolos. Dichas propuestas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.
2. La Conferencia de las Partes podrá adoptar protocolos del presente Convenio. Al adoptar tales protocolos deberá hacerse todo lo posible para llegar a un consenso. Si se agotan todas las posibilidades de llegar a un acuerdo por consenso, como último recurso el protocolo será adoptado por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la reunión. A los efectos del presente artículo, por «Partes presentes y votantes» se entiende las Partes presentes que emitan un voto a favor o en contra.
3. El texto de todo protocolo propuesto será comunicado a las Partes por la Secretaría al menos seis meses antes de la reunión en la cual se vaya a proponer para su adopción.
4. Sólo las Partes en el Convenio podrán ser Partes en un protocolo del Convenio.
5. Cualquier protocolo del Convenio sólo será vinculante para las Partes en el protocolo en cuestión. Sólo las Partes en un protocolo podrán adoptar decisiones sobre asuntos exclusivamente relacionados con el protocolo en cuestión.
6. Las condiciones para la entrada en vigor del protocolo serán las establecidas por ese instrumento.

Artículo 34

Firma

El presente Convenio estará abierto a la firma de todos los Miembros de la Organización Mundial de la Salud, de todo Estado que no sea Miembro de la Organización Mundial de la Salud pero sea miembro de las Naciones Unidas, así como de las organizaciones de integración económica regional, en la sede de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, desde el 16 de junio de 2003 hasta el 22 de junio de 2003, y posteriormente en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, desde el 30 de junio de 2003 hasta el 29 de junio de 2004.

Artículo 35

Ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión

1. El Convenio estará sujeto a la ratificación, aceptación, aprobación o adhesión de los Estados y a la confirmación oficial o la adhesión de las organizaciones de integración económica regional. Quedará abierto a la adhesión a partir del día siguiente a la fecha en que el Convenio quede cerrado a la firma. Los instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión se depositarán en poder del Depositario.
2. Las organizaciones de integración económica regional que pasen a ser Partes en el Convenio sin que lo sea ninguno de sus Estados Miembros quedarán sujetas a todas las obligaciones que les incumban en virtud del Convenio. En el caso de las organizaciones que tengan uno o más Estados Miembros que sean Partes en el Convenio, la organización y sus Estados Miembros determinarán su respectiva responsabilidad por el cumplimiento de las obligaciones que les incumban en virtud del Convenio. En esos casos, la organización y los Estados Miembros no podrán ejercer simultáneamente derechos conferidos por el Convenio.
3. Las organizaciones de integración económica regional expresarán en sus instrumentos de confirmación oficial o de adhesión el alcance de su competencia con respecto a las cuestiones regidas por el Convenio. Esas organizaciones comunicarán además al Depositario toda modificación sustancial en el alcance de su competencia, y el Depositario la comunicará a su vez a las Partes.

Artículo 36

Entrada en vigor

1. El presente Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que haya sido depositado en poder del Depositario el cuadragésimo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión.
2. Respecto de cada Estado que ratifique, acepte, apruebe el Convenio o se adhiera a él una vez satisfechas las condiciones relativas a la entrada en vigor establecidas en el párrafo 1 del presente artículo, el Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que el Estado haya depositado su instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión.
3. Respecto de cada organización de integración económica regional que deposite un instrumento de confirmación oficial o de adhesión, una vez satisfechas las condiciones relativas a la entrada en vigor estipuladas en el párrafo 1 del presente artículo, el Convenio entrará en vigor al nonagésimo día contado desde la fecha en que la organización haya depositado su instrumento de confirmación oficial o de adhesión.

4. A los efectos del presente artículo, los instrumentos depositados por una organización de integración económica regional no se considerarán adicionales a los depositados por los Estados Miembros de esa organización.

Artículo 37
Depositario

El Secretario General de las Naciones Unidas será el Depositario del Convenio, de las enmiendas de éste y de los protocolos y anexos aprobados de conformidad con los artículos 28, 29 y 33.

Artículo 38
Textos auténticos

El original del presente Convenio, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL los infrascritos, debidamente autorizados a esos efectos, han firmado el presente Convenio.

HECHO en GINEBRA el [día del mes] de dos mil tres.

Cuarta sesión plenaria, 21 de mayo de 2003
A56/VR/4

= = =